

PENINGKATAN PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN PERIOPERATIF PERAWAT PELAKSANA MELALUI PENGENDALIAN KEPALA RUANGAN DI RS X

Aam Sumadi¹, Hanny Handiyani², Tuti Nuraini³

- 1. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam As-Syafi'iyah, Jakarta.*
- 2. Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, Indonesia*
- 3. Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, Indonesia*

**email: aam_sumadi@yahoo.com, Hannyhandiyani@gmail.com, tutinuraini@gmail.com*

ABSTRAK

Pendahuluan Risiko kesalahan perioperatif sangat besar sehingga keselamatan pasien harus diupayakan. Fungsi Pengendalian kepala ruangan memastikan kerja sama tim sesuai tujuan perencanaan untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap terjadinya insiden atau kejadian yang tidak diharapkan. **Tujuan Penelitian** untuk mengetahui efektifitas fungsi pengendalian kepala ruangan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif. **Metodologi Penelitian** Desain penelitian menggunakan preeksperimen dengan rancangan pretest-posttest without control. Sampel yang digunakan 75 perawat pelaksana yang terlibat keperawatan perioperatif. **Hasil Penelitian** Data analisis dengan Paired t test menunjukkan efektifitas fungsi pengendalian kepala ruangan $P = 0,0001$, (CI= 120,79-127,01) meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif oleh perawat pelaksana $P = 0,0001$, (CI 141,59-147,15). **Simpulan** setelah intervensi dengan tingkat hubungan sedang dan berkorelasi positif. **Saran** Penelitian ini merekomendasikan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengendalian kepala ruangan dan pengembangan model pengendalian yang lebih lengkap.

Kata Kunci : Fungsi pengendalian, kepala ruangan, keselamatan pasien perioperatif.

ABSTRACT

Introduction the risk of errors in the perioperative period is very large so that patient safety should be supported and the team is obligated to cooperate in raising awareness toward the occurrence of the incident or event that is not expected. Head nurse control function ensure appropriate planning objectives accomplished. **The purpose** aims to know the effectiveness of the control function of the head nurse toward the implementation of perioperative patient safety. **This research method** research design using preexperiment with pretest-posttest design without control. The sample size of 75 nurses that involved in perioperative nursing service. **The results** data analysis using paired t test represent the effectiveness of the control function of the head nurse with p value = 0.0001 (CI = 120.79 – 127.01) and the improve of implementation of perioperative patient safety by nurses. **The conclusion** post intervention that indicates positive correlation with p value = 0.0001 (CI = 141.59 – 147.15). **Suggestions** this research recommends there should be monitoring and evaluation of implementation of the control head room and a development model that is more complete control

Keywords: control functions, head nurse, perioperative patient safety



LATAR BELAKANG

Perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki baik secara mandiri, maupun bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain (Depkes, 2006). Keselamatan pasien harus diupayakan selama periode perioperatif yaitu sebelum operasi (praoperatif), selama operasi (intraoperatif), dan setelah operasi (postoperatif). Kemampuan klinik perawat mutlak diperlukan pada setiap tahapan tersebut karena perawat akan terlibat dengan berbagai profesi lain sehingga proses pekerjaan harus terintegrasi dengan baik dimana tim wajib bekerja sama dalam mencegah kejadian yang tidak diharapkan. (AORN, 2008; Delaune & Ladner, 2010; Gruendemann & Fernsebner, 2005; Smeltzer, 2012).

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan/operasi menjadi salah satu masalah kesehatan global. Inggris melakukan 7,9 juta operasi pertahun, dimana 129.416 mengakibatkan KTD (Reynolds, & Mawson, 2011). WHO memperkirakan sedikitnya ada 234 juta operasi yang dilakukan setiap tahun dan komplikasi sesudah operasi dengan rawat inap mencapai 25%, *Crude mortality rate* sesudah operasi 0,5-5%. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa negara industri memiliki angka kematian 0,4-0,8% yang diakibatkan karena pembedahan, dan komplikasi setelah pembedahan sebesar 3-17,5%. Angka ini jauh lebih tinggi pada negara berkembang termasuk Indonesia (Haynes et al, 2009). Penelitian lainnya menunjukkan bahwa 1 dari setiap 150 pasien yang dirawat di rumah sakit meninggal, dan hampir dua pertiganya

terkait dengan pembedahan (De vries, et al, 2010).

Insiden kesalahan prosedur operasi dapat disebabkan oleh semua tim yang terlibat. Jumlah total insiden 2217 sejak tahun 1990-2003 di Florida yang dilakukan oleh dokter 77.6 %, residen 0.5%, dokter gigi 18,1%, dokter anak 2.6%, kesalahan operasi terkait perawat sebanyak 0,8 %, dan akibat professional kesehatan lain 0.3% (Seiden, 2006). Artinya ada 18 kejadian yang disebabkan oleh perawat walaupun tidak dijelaskan jenis kejadiannya, tetapi merupakan sesuatu hal yang harus dapat dicegah dengan manajemen risiko dan melakukan perbaikan agar tidak terulang lagi kesalahan yang sama.

Pengendalian kepala ruangan terhadap pelayanan keperawatan perioperatif meliputi program keselamatan pasien dan program pengendalian mutu pelayanan keperawatan kamar bedah dan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat (Kemenkes 2011b). Kepala ruangan sebagai manajer tingkat bawah yang berada langsung dalam pengelolaan pemberian asuhan keperawatan sangat berperan dalam menentukan mutu pelayanan keperawatan. Mengingat risiko terjadinya kesalahan pasien pada periode perioperatif sangat besar, maka dibutuhkan kemampuan dalam hal pengendalian.

Kepala ruangan harus memiliki kemampuan dan keterampilan dalam mempengaruhi perawat pelaksana agar dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan perencanaan. Tujuan dalam perencanaan dapat diketahui tercapai dengan baik atau tidak setelah pengendalian atau penilaian dilakukan

Kepala ruangan melakukan penilaian kinerja, penilaian mutu pelayanan, dan

disiplin perawat dalam melakukan tindakan sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) (Marquis & Huston, 2010). Kepala ruangan selanjutnya mengevaluasi kemajuan ruang rawatnya termasuk pelaksanaan asuhan keperawatan perioperatif dengan monitoring secara berkala dan melakukan proses perbaikan kualitas yang terus menerus.

Data tindakan operasi di RS X per bulan rata-rata kurang lebih 286 tindakan. Kejadian pembatalan atau penundaan operasi per bulan rata-rata 18 pasien (6%). Penyebab ditundanya operasi bermacam-macam namun sebagian besar karena keadaan umum pasien yang kurang memungkinkan diantaranya tekanan darah meningkat dan gula darah meningkat sebanyak 30%, persiapan pasien kurang (tidak puasa 10%), pembatalan dari pasien 20%, perubahan kondisi fisik pasien 20% sebab administrasi yang belum lengkap 20% (Data Ruang Bedah RS X, 2013).

Hasil pengamatan yang dilakukan peneliti sebagai kepala ruangan kamar bedah sejak Juli sampai Desember 2013 dan divalidasi dengan data dari bagian rekam medik, bahwa *informed consent* 63,7% belum diisi lengkap pada bagian *informed*, sebagian besar perawat tidak tandatangan sebagai saksi, *Surgical Safety Checklist* 72,2% yang terisi lengkap (Data bagian rekam medis RS. X Juli - Desember 2013), form edukasi keperawatan dan formulir edukasi medis belum terisi lengkap, *marking site* 90% belum dilakukan, gelang identitas pasien masih ada yang belum dipasang sampai di kamar operasi.

Penelitian ini dilakukan sebagai cara untuk mengidentifikasi dan menganalisis pelaksanaan fungsi pengendalian kepala ruangan terhadap keselamatan pasien perioperatif. Penelitian ini berupaya untuk meningkatkan kemampuan kepala ruangan dalam melaksanakan fungsi pengendalian.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *pre-eksperimental*, dengan *one group pre test and post test design* yaitu menggunakan satu kelompok subyek dengan cara melakukan pengukuran sebelum dan setelah perlakuan. (Arikunto 2010; Dharma, 2011; Sugiyono, 2009).

Sampel dalam penelitian ini diambil secara *cluster sampling* yang memenuhi kriteria inklusi yaitu perawat pelaksana yang bekerja di RS. X, terlibat dalam keperawatan perioperatif, sudah menjadi pegawai tetap, bersedia menjadi responden, dan tidak sedang cuti atau libur kerja. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 75 perawat pelaksana.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang berisi item pernyataan yang dikembangkan sendiri oleh peneliti yaitu kuesioner A mencakup data demografi responden, kuesioner B mencakup pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif, dan kuesioner C mencakup pengendalian kepala ruangan terkait keselamatan pasien perioperatif. Pengambilan data awal (*pre test*) dilakukan pada perawat pelaksana, selanjutnya kepala ruangan dilakukan pelatihan pengendalian kepala ruangan. Pengambilan data akhir (*post test*) dilakukan setelah 1 bulan intervensi.

HASIL PENELITIAN

Peningkatan nilai rerata pengendalian kepala ruangan sesudah intervensi yaitu sebesar 124,05 (SD 11,561) dibandingkan sebelum intervensi yaitu sebesar 93,57 (SD 11,595) Uji statistik menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,0001 ($p < 0,05$). Hasil analisis ini menunjukkan adanya perbedaan nilai pengendalian kepala ruangan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 1
Analisis Perbedaan Pengendalian Kepala
Ruangan Sebelum dan Sesudah
Intervensi di RS X

Pengukuran	Pengendalian Kepala Ruang				p
	N	Mean	Selisih Mean	SD	
Sebelum intervensi	75	93,57	30,48	11,595	0,0001
Sesudah intervensi	75	124,05		11,561	

Peningkatan ini menunjukkan pandangan positif perawat pelaksana terhadap pelaksanaan fungsi pengendalian kepala ruangan sebelum intervensi 64,9 % sesudah intervensi 86 % (dari pembagian nilai mean dengan jumlah jawaban maksimal yaitu 144 dan dikalikan 100), selisih mean 30,48 atau 21,2 %. Disimpulkan bahwa intervensi berupa pelatihan kepada kepala ruangan dapat meningkatkan efektifitas fungsi pengendalian kepala ruangan dalam melaksanakan keselamatan pasien perioperatif di RS X sebesar 21,2 %.

Tabel 2
Analisis Perbedaan Pelaksanaan
Keselamatan Pasien Perioperatif Oleh
Perawat pelaksana Sebelum dan Sesudah
Intervensi di RS X

Pengukuran	Pelaksanaan Keselamatan Pasien Perioperatif				p
	N	Mean	SD	Selisih Mean	
Sebelum intervensi	75	132,22	21,074	12,15	0,0001*
Sesudah intervensi	75	144,37	12,094		

Tabel 2 menunjukkan peningkatan nilai rerata pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif oleh perawat sebelum intervensi yaitu sebesar 132,22 (SD 21,074) menjadi 144,37 (SD 12,094) sesudah intervensi. Uji

statistik menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,0001 ($p < 0,05$). Hasil analisis ini menunjukkan adanya perbedaan nilai pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Secara deskriptif pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif dari 82,5% menjadi 90,2% (dari pembagian nilai mean dengan jumlah jawaban maksimal yaitu 160 dan dikalikan 100). Selisih mean sebesar 12,15 atau 7,7%. Disimpulkan bahwa intervensi berupa pelatihan pengendalian kepada kepala ruangan tersebut efektif sehingga perawat pelaksana dapat meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif sebesar 7,7%.

Kekuatan hubungan fungsi pengendalian kepala ruangan terhadap keselamatan pasien perioperatif oleh perawat pelaksana dianalisis menggunakan uji korelasi *Pearson* (Tabel 3).

Tabel 3
Analisis Hubungan Fungsi Pengendalian
Kepala Ruang Dengan Pelaksanaan
Keselamatan Pasien Perioperatif Oleh
Perawat di RS X

Variabel Independen	Variabel Dependen	Sesudah Intervensi	
Fungsi pengendalian kepala ruangan	Pelaksanaan Keselamatan Pasien Perioperatif	Nilai r	p
		0,362	0,001

Hasil uji menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,001 ($p < 0,05$) $r = 0,362$. Hasil ini menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara fungsi pengendalian kepala ruangan dengan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat sesudah intervensi dengan kekuatan hubungan sedang (Colton dalam Hastono, 2007).

PEMBAHASAN

Kenaikan penilaian persepsi perawat pelaksana dalam melaksanakan keselamatan pasien perioperatif setelah kepala ruangan dilatih pengendalian persentase kenaikannya yaitu yang pertama komunikasi efektif, kedua pencegahan risiko jatuh, yang ketiga dengan nilai sama identifikasi pasien dan pencegahan risiko infeksi. Keempat peningkatan pengawasan obat dan yang terakhir ketepatan lokasi, ketepatan prosedur, dan ketepatan pasien yang dilakukan operasi. Sasaran empat tersebut terjadi peningkatan yang paling sedikit karena berfokus pada keselamatan pasien intraoperatif yaitu di kamar operasi. Kuesioner yang diberikan kepada perawat pelaksana lebih banyak perawat yang ada di ruang rawat yaitu periode pra dan post operatif, sedangkan pertanyaan dalam kuesioner tidak dibedakan yaitu meliputi periode perioperatif.

Urutan peningkatan dari hasil penilaian perawat pelaksana tersebut tidak menjadi patokan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif. Contoh pasien sebelum dilakukan operasi memerlukan berkali-kali proses identifikasi, tim yang terlibat harus menggunakan komunikasi yang efektif. Penggunaan obat-obatan yang diberikan selama pembedahan harus dengan kewaspadaan yang maksimal. Pengurangan risiko infeksi dengan prosedur cuci tangan pembedahan dan penggunaan sterilitas peralatan yang benar. Pengurangan risiko jatuh harus dilaksanakan penuh karena pasien dalam kondisi sedasi atau anestesi. Pelaksanaan periode tersebut terintegrasi dan tidak dipisahkan satu dengan yang lainnya.

Komunikasi sangat penting dalam periode perioperatif walaupun untuk sasaran keselamatan pasien yang lain juga penting. Hal ini sesuai dengan pendapat Haynes, et al (2009) dan Reynolds, & Mawson, (2011) dalam penelitiannya yang membuktikan

bahwa insiden keselamatan pasien perioperatif dapat dicegah dengan meminimalkan faktor risiko. Salah satunya yaitu perilaku petugas harus konsisten dan komitmen melakukan komunikasi selama fase intraoperatif, pengarahan selama fase serah terima, dan berbagi informasi selama serah terima. Pendapat tersebut juga diperkuat oleh Scherer & Fitzpatrick (2008) menyatakan komunikasi dan kerja sama tim sebagai kendaraan untuk mencapai koordinasi dengan integrasi persamaan sikap, pengetahuan, dan keterampilan.

Fungsi pengendalian yang sudah dilakukan kepala ruangan terbukti efektif setelah dilakukan pelatihan terjadi peningkatan nilai yaitu *pre test* 82,5% dan nilai *post test* menjadi 90,2%. Tetapi angka pencapaian *post test* tersebut belum 100% sehingga perlu monitoring dan evaluasi yang terus menerus karena target keselamatan pasien pencapaiannya harus 100% yang merupakan salah satu tujuan dari profil indikator mutu ruangan. Tidak boleh ada toleransi untuk angka KTD, KNC, dan sentinel sehingga target angka - angka tersebut harus 0%. Karena 1 angka kejadian sentinel merupakan kejadian luar biasa yang dapat berakibat terhadap kemungkinan tuntutan pada rumah sakit.

Hubungan yang signifikan sesudah pelatihan menunjukkan bahwa intervensi berupa pelatihan yang diberikan kepada kepala ruangan dapat meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS X. Artinya apabila fungsi pengendalian kepala ruangan dilaksanakan dengan baik sesuai dengan pedoman pengendalian kepala ruangan maka pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif akan semakin baik dilaksanakan oleh perawat pelaksana. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pelatihan yang diberikan kepada kepala ruangan dapat meningkatkan efektifitas fungsi pengendalian kepala ruangan terhadap

pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS X.

Meskipun persentase perawat yang mempersiapkan dirinya menerapkan keselamatan pasien secara baik lebih tinggi dari pada perawat yang mempersiapkan dirinya kurang dalam menerapkan keselamatan pasien namun perbedaan tersebut harus tidak ada lagi. Artinya kepala ruangan harus terus mensosialisasikan dan selanjutnya melakukan fungsi pengendaliannya dengan baik sehingga semua perawat menjawab dan melakukan pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif dengan maksimal.

Kepala ruangan mengevaluasi kemajuan ruang rawatnya termasuk pelaksanaan asuhan keperawatan perioperatif dengan monitoring secara berkala. Donovan dalam Swansburg (2000) mengemukakan bahwa pengendalian mempunyai fungsi yang sangat besar untuk jaminan kualitas serta pengevaluasian. Pengendalian setidaknya memperkecil kesalahan yang mungkin terjadi, sehingga kepala ruangan dapat memperbaikinya.

Kepala ruangan bertanggungjawab untuk memfasilitasi pengembangan stafnya, salah satunya yaitu dengan mengadakan pelatihan/pendidikan berkelanjutan, merencanakan program pembinaan keperawatan, memberikan umpan balik hasil pembinaan keperawatan, merencanakan program peningkatan kemampuan perawat dengan magang/*apprentice*, mengevaluasi kompetensi untuk peningkatan jenjang karir (Kemenkes 2011b). Keterlibatan perawat dengan berbagai profesi mengharuskannya untuk selalu meningkatkan kompetensinya karena peran perawat mempengaruhi kualitas pelayanan secara keseluruhan (Tetteh, 2012).

KESIMPULAN

Diberikannya pelatihan kepada kepala ruangan terjadi peningkatan

pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif oleh perawat pelaksana dan peningkatan pelaksanaan fungsi pengendalian kepala ruangan. Artinya apabila fungsi pengendalian kepala ruangan dilaksanakan dengan baik sesuai dengan pedoman pengendalian kepala ruangan maka pelaksanaan keselamatan pasien perioperatif akan semakin baik dilaksanakan oleh perawat pelaksana. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pelatihan yang diberikan kepada kepala ruangan dapat meningkatkan efektifitas fungsi pengendalian kepala ruangan terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS. X.

Apabila fungsi pengendalian dilaksanakan dengan baik maka tujuan organisasi akan tercapai sesuai dengan perencanaan. Pengendalian kepala ruangan sebagai pemegang kemudi dalam mengarahkan tujuan organisasi ruangnya yang sudah ditentukan dan ditunjukkan oleh kompas yang tertuang dalam perencanaan. Selain itu juga diperlukan pedoman yang mendukung penerapan fungsi manajemen keperawatan secara maksimal.

Peningkatan pelaksanaan belum mencapai hubungan yang kuat/semurna dalam hal ini belum maksimal, dan karena masalah keselamatan pasien perioperatif merupakan masalah yang terintegrasi dengan profesi lain untuk itu perlu adanya kebijakan direktur dalam mengatur pengawasan pelaksanaan pencapaian sasaran ke 4 keselamatan pasien.

Perlu adanya optimalisasi pelayanan keperawatan dengan pelatihan terkait peningkatan kemampuan kepala ruangan dalam melaksanakan fungsi manajemen keperawatan dalam hal ini kemampuan fungsi pengendalian yaitu dalam melakukan penilaian dan perbaikan – perbaikan untuk mencapai peningkatan indikator mutu pelayanan keperawatan dan dilakukan

pelatihan kepada perawat pelaksana khusus tentang keselamatan pasien perioperatif

Penting untuk membentuk tim yang berfungsi memonitoring dan mengevaluasi terhadap pelaksanaan manajemen kepala ruangan sehingga upaya perbaikan dapat segera dilaksanakan, dan secara berkesinambungan perlu membuat pedoman-pedoman yang mendukung pelaksanaan manajemen keperawatan bagi kepala ruangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Manajemen penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2008). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver: AORN, Inc
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dirjen Bina Pelayanan Medik. Jakarta: Depkes RI
- De Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M., den Outer, A. J., van Andel, G., van Helden, S. H., ... & Boormeester, M. A. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*, 363(20), 1928-1937.
- Delaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of nursing : standards & practice* (4-ed). American: Thomson Learning Inc.
- Dharma, K..K., (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Gruendemann, B. J., & Fernsebner, B. (2005). Buku Ajar: *Keperawatan perioperatif*. Vol. 1. Jakarta: EGC.(comprehensive perioperative nursing vol 1 principles 1995) penerjemah dr Bruham pandit dkk.
- Haynes, A., Et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360, 491-495. Diakses pada 5 Januari 2014 melalui proquest
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2011b). *Standar pelayanan keperawatan kamar bedah di rumah sakit*. Jakarta: Dirjen BUK Tidak dipublikasi.
- Marquis, B.L, &Houston, C. J. (2010), *Kepemimpinan dan manajemen keperawata: teori & aplikasi (edisi 4)*. Penerjemah Widyawati dkk. Jakarta: EGC.(leadership roles and management function in nursing: theory and application (2003)
- Reynolds , L., & Mawson, A. (2011). A working as a team for better quality and safety in the operating theatre. *HSJ.Co.Uk*, Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/857638771?accountid=17242>
- Seiden. S. C., & Paul, B. (2006), Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events. are they preventable? : <http://www.jamaped.com/> on 02/19/2014
- Scherer, D., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *Association of Operating Room Nurses.AORN Journal*, 87(1), 163-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2007.07.003>. Di unduh 8 Februari 2014. www.proquest.com.
- Smeltzer, S., C. (2012). *Keperawatan medikal bedah brunner dan suddart*. Edisi 8, Vol 1. Penerjemah Agung Waluyo dkk. Jakarta: EGC

- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Swansburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. (Suharyati Samba penerjemah). Jakarta: EGC
- Tetteh, H., A. (2012). Kaizen: A process improvement model for the business of health care and perioperative nursing professionals. *AORN Journal* January 2012 Vol 95 No1 Published by Elsevier