

PENGARUH PROGRAM MENTORING TERHADAP PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Devi Nurmalia*, Hanny Handiyani**, Hening Pujasari***

*) Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar, PSIK FK UNDIP Semarang

*) Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar, FIK Universitas Indonesia Jakarta

**) Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar FIK Universitas Indonesia Jakarta

ABSTRAK

Budaya keselamatan pasien merupakan dasar utama dalam keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program mentoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap di salah satu rumah sakit swasta di Semarang. Metode penelitian ini menggunakan *quasi experiment design: pretest-posttest with control group design*, sampel yang digunakan 90 perawat (45 pada kelompok intervensi dan 45 pada kelompok kontrol). Hasil menunjukkan terdapat pengaruh antara penerapan budaya kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sesudah program mentoring ($p= 0.056, \chi^2 = 4.5 \alpha = 0.1$) dan RR 2.5. Hasil analisis menunjukkan bahwa kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring akan beresiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan.

Kata kunci: budaya keselamatan pasien, mentoring keperawatan

PENDAHULUAN

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Penerapan ini sejalan dengan *National Patient Safety Agency* dan KKP-RS dalam tujuh langkah keselamatan pasien yang menekankan bahwa langkah awal menuju keselamatan pasien adalah dengan menerapkan budaya keselamatan pasien (NPSA, 2004). Pronovost & Sexton (2005) juga menekankan bahwa memiliki budaya meningkatkan keselamatan di organisasi itu merupakan awal yang sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang penting dalam keselamatan pasien. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mewujudkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Fokus pada budaya keselamatan pasien akan lebih berhasil apabila dibandingkan hanya fokus pada program keselamatan saja (Fleming, 2006; Reason, 2000). Budaya keselamatan pasien secara garis besar dipengaruhi oleh 4 dimensi yaitu terbuka (*open*), adil (*just*) dan informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (*reporting*) dan belajar dari kesalahan yang ada (*learning*). Bersikap terbuka dan adil berarti berbagi informasi secara terbuka dan bebas, dan perlakuan adil bagi perawat ketika sebuah kejadian terjadi (NPSA, 2004). Informasi yang akurat membantu dalam pencegahan kejadian dari keselamatan pasien (Reason, 2000). Sistem pelaporan digunakan untuk memberikan informasi kepada pihak managerial mengenai kejadian yang terjadi dan sebagai pembelajaran sehingga kejadian yang sama tidak terulang (Carthey & Clarke, 2010). Budaya keselamatan pasien juga dapat mengurangi pengeluaran *financial* yang diakibatkan oleh kejadian keselamatan pasien (Carthey & Clarke, 2010; Jeff, Law, & Baker, 2007; NPSA, 2004).

Mentoring terbukti efektif dalam meningkatkan persepsi dan ketrampilan perawat. Proses mentoring menerapkan model pembelajaran sesuai dengan tingkatan

kebutuhan *mentee* sehingga proses internalisasi terhadap sesuatu akan lebih mudah didapatkan (Dadge & Casey, 2009). Penelitian kualitatif (*action research*) yang dilakukan oleh Norwood (2010) mendapatkan hasil bahwa mentoring terbukti efektif dalam meningkatkan persepsi perawat terhadap pekerjaannya, meningkatkan pengetahuan dan skill sehingga berdampak pada komunikasi dan penyelesaian konflik. Program mentoring yang dilakukan oleh Stacy Cottingham selama 18 bulan menunjukkan 100% dari peserta program puas dan 100 % peserta juga menyatakan akan tetap bekerja di instansi masing-masing. mentoring juga mengurangi biaya rumah sakit sebesar 24% akibat *turn over* perawat (Cottingham, DiBartolo, Battisono, & Brown, 2010).

Mentoring merupakan proses pembelajaran dimana mentor mampu membuat *mentee* (peserta mentoring) yang tadinya tergantung menjadi mandiri. Mentoring merupakan bantuan secara tersembunyi “*offline help*” dari mentor ke *mentee* untuk transfer pengetahuan, pemikiran dalam kerja secara signifikan (McKimm, Jolie, & Hatter, 2007)

Penelitian ini dilakukan di salah satu rumah sakit swasta dimana selama ini belum mempunyai pelaporan dari angka kejadian, dan angka kejadian tidak diinginkan baru terdeteksi pada tahun 2011 sebesar 4%. Jumlah secara rinci dari angka kejadian tersebut peneliti tidak mendapatkan ijin untuk menampilkan data. Ketua tim keselamatan pasien menyatakan bahwa pelaporan tentang kejadian seringkali terlambat dan harus terus menerus diminta baru perawat membuat laporan. Pelaporan yang terlambat mengakibatkan tidak adanya pembelajaran atas kejadian yang ada sehingga kejadian yang terjadi terus menerus berulang.

Pengarahan dengan program mentoring belum ada. Tim keselamatan pasien menjadi tumpuan utama dalam pembentukan budaya keselamatan pasien. Pengarahan tentang keselamatan pasien yang ada di rumah sakit saat ini hanya berfokus pada tim keselamatan

pasien sebagai pemberi arahan dan hanya terjadi secara satu arah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *quasi eksperimen: pretest-posttest with control group design*. Kelompok intervensi mendapatkan perlakuan berupa program mentoring yang dilakukan selama 4 sesi, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan perlakuan apa-apa. Sebelum mendapatkan program mentoring kelompok intervensi dan kontrol terlebih dahulu dilakukan *pre test*, kemudian satu minggu

setelah program mentoring selesai kelompok intervensi dan kontrol di evaluasi dengan *post test*.

Pengambilan sampel menggunakan metode *sampel random sampling*. Sesuai hitungan jumlah sampel yang akan diambil berdasarkan Kriteria inkusi dan eksklusi sebanyak 90 ($n_1=n_2=45$). Kriteria inklusi pada penelitian ini ada semua perawat yang mau menjadi responden, sedangkan kriteria eksklusinya 1) perawat yang sedang cuti (cuti hamil, cuti menikah, cuti sakit), 2). Perawat yang sedang masa tugas/ijin belajar, 3). Perawat yang menjadi anggota tin keselamatan pasien

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Perawat, April-Mei 2012 (N=90)

No	Variabel	Kelompok		Total (N=90)
		Kontrol (n=45)	Intervensi (n=45)	
1	Umur			
	Mean	32.8	25.7	-
	Min-max	23-45	21-41	-
	90% CI	31.11-34.53	24.83-26.59	-
2	Masa Kerja			
	Mean	5.22	2.42	-
	Min-max	1-10	1-8	-
	90% CI	4.49-5.95	2.05-2.79	-
3	Jenis Kelamin Σ (%)			
	Laki-laki	9 (20)	4 (8.9)	13 (14.4)
	Perempuan	36 (80)	41 (91.9)	77 (85.6)
4	Pendidikan, Σ (%)			
	DIII Keperawatan	41 (51.3)	39 (86.7)	80 (88.9)
	S1 Keperawatan	4 (8.9)	6 (13.3)	10 (11.1)
5	Pelatihan, Σ (%)			
	Pernah	15 (33.3)	9 (20)	24 (26.7)
	Tidak Pernah	36 (66.7)	36 (80)	66 (73.3)

Tabel 1 menunjukkan karakteristik perawat berdasarkan usia, masa kerja, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pelatihan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia responden dan masa kerja pada kedua kelompok tidak berdistribusi normal. Rentang usia pada kedua kelompok antara 21 sampai 45 tahun. Jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pelatihan tentang keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan

kelompok kontrol menunjukkan persebaran yang sama. Mayoritas perawat berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 77 perawat (85.6%). Tingkat pendidikan perawat sebagian besar adalah DIII Keperawatan sebesar 80 (88.9%). Perawat mayoritas belum pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien yaitu sebesar 66 perawat (73.3%).

Tabel 2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Mentoring, April-Mei 2012 (N=90)

Variabel/ kelompok	Sebelum		Sesudah		P
	Kurang baik	Baik	Kurang baik	Baik	
Budaya penerapan pasien					
Kontrol	23 (51.1)	22 (48.9)	25 (55.6)	20 (44.4)	0.00*
Intervensi	24 (53.3)	21 (46.7)	15 (33.3)	30 (66.7)	0.06*
Dimensi keterbukaan					
Kontrol	25 (55.6)	20 (44.4)	15 (33.3)	30 (66.7)	0.00*
Intervensi	25 (55.6)	20 (44.4)	21 (46.7)	24 (53.3)	0.01*
Dimensi keadilan					
Kontrol	17 (37.8)	28 (62.2)	18 (40)	27 (60)	0.000*
Intervensi	31 (68.9)	14 (31.1)	20 (44.4)	25 (55.6)	0.618
Dimensi pelaporan					
Kontrol	25 (55.6)	20 (44.4)	24 (53.3)	21 (46.7)	0.000*
Intervensi	23 (51.1)	22 (48.9)	17 (37.8)	28 (62.2)	0.850
Dimensi pembelajaran					
Kontrol	26 (57.8)	19 (42.2)	25 (55.6)	20 (44.4)	0.000*
Intervensi	27 (60)	18 (40)	18 (40)	27 (60)	0.823

*bermakna pada α : 0.1

Penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok intervensi sebelum program mentoring berada pada kategori kurang baik, yaitu sebesar 53.3%. Budaya keselamatan pasien meningkat 20% setelah mendapatkan program mentoring yang secara klinis dan statistik bermakna ($p=0.06$; $\alpha=0.1$).

Proporsi dimensi budaya keselamatan pasien paling rendah pada dimensi keadilan 31.1%. Dimensi keselamatan pasien pada kelompok intervensi secara keseluruhan mengalami peningkatan secara klinis, tetapi hanya satu dimensi yang mengalami peningkatan bermakna secara klinis dan statistik yaitu pada dimensi keterbukaan ($p=0.01$; $\alpha=0.1$).

Penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol sebelum program berada pada kategori kurang baik, yaitu sebesar 51.1%. Sesudah kelompok intervensi mendapatkan program mentoring, penerapan budaya keselamatan pasien pada kelompok kontrol mengalami penurunan sebesar 4.5% dan penurunan ini secara statistik bermakna ($p=0.000$; $\alpha=0.1$).

Dimensi keselamatan pasien pada kelompok kontrol mayoritas mengalami peningkatan sebesar 2.2% dan secara statistik bermakna ($p=1.000$; $\alpha=0.1$) hanya satu dimensi yang mengalami peningkatan secara klinis paling besar yaitu sebesar 22.3% pada dimensi keterbukaan.

Tabel 3 menunjukkan perbandingan perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok yang mendapatkan program mentoring dengan kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring, maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0.056$; $\chi^2=4.5$; $\alpha=0.1$). Hasil analisis diperoleh nilai RR= 2.5, artinya kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring keperawatan akan beresiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan

Tabel 3 Efektifitas Program Mentoring Keperawatan terhadap Budaya Keselamatan Pasien, April-Mei 2012
(N=90)

Variabel	Kategori budaya	Kelompok kontrol (N= 45)		Kelompok intervensi (N= 45)		Jumlah		χ^2	p	RR
		Σ	%	Σ	%	Σ	%			
Budaya										
	Budaya kurang baik	25	55.6	15	33.3	40	44.5	4.5	0.056	2.5
	Budaya baik	20	44.4	30	66.7	50	55.5			

PEMBAHASAN

Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada Kelompok yang Mendapatkan Program Mentoring

Peningkatan proporsi budaya baik pada penerapan budaya sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi bermakna secara klinis dan statistik (nilai p : 0.06; α : 0.1). Intervensi program mentoring yang diberikan pada kelompok intervensi meningkatkan proporsi budaya sebesar 20%.

Temuan ini membuktikan bahwa membangun budaya keselamatan pasien memerlukan waktu yang lama dan melibatkan semua elemen dalam organisasi, tidak hanya perawat (Reason, 2000, 2003). Efektifitas program mentoring akan lebih terlihat jika dilakukan selama satu tahun ajaran (Ali & Panther, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian Cottingham (2010) yang menyatakan bahwa mentoring yang dilakukan selama 18 bulan dapat meningkatkan produktifitas perawat. Penelitian yang lain oleh Gagliardi (2009) juga menyatakan bahwa mentoring sangat bermanfaat dalam menurunkan stress dan konflik kerja sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kecil kemungkinan meninggalkan organisasi.

Hasil pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol yang mengalami penurunan. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa lingkungan yang kondusif akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien (Jeffs, Law & Baker, 2007; Sammer et al, 2009). Mentoring merupakan metode untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, sehingga dapat memudahkan dalam proses belajar (Ali&Panther, 2008; Noorwood, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dodge, Jean & Casey (2009) yang menyatakan bahwa mentoring mampu memberikan dukungan untuk menguatkan mental, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif, sehingga mampu

mencapai tingkat kemadirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom.

a. Dimensi keterbukaan

Keterbukaan berarti perawat merasa nyaman berdiskusi tentang adanya kejadian dan issue tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim atau dengan manajer. Fokus dari keterbukaan merupakan media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan perawat (NPSA, 2004; Reiling, 2006).

Keterbukaan merupakan salah satu komponen dari budaya keselamatan pasien. Kepercayaan dan kepribadian merupakan pedoman bagi seseorang dalam bersikap terbuka. Program mentoring bertujuan untuk memberi dukungan emosional sehingga diharapkan perawat sebagai *mentee* mempunyai *trust* dengan mentor. Hubungan saling percaya antara mentor dan *mentee* serta tim satu kelompok diharapkan mampu membentuk kepercayaan diri *mentee* untuk mau terbuka sehingga dapat belajar dari kesalahan yang telah diperbuat (Ali&Panther, 2008, Reiling, 2006).

Program mentoring yang singkat juga menjadi faktor yang dapat mempengaruhi keterbukaan dari perawat. Mentoring yang hanya terjadi selama dua minggu kurang mencukupi untuk menimbulkan sikap terbuka. Waktu seringkali menjadi kendala dalam proses mentoring, seperti pada penelitian Van Eps et al dalam Noorwood (2010) menyatakan bahwa waktu yang singkat membuat harapan dari *mentee* tidak terpenuhi sehingga menimbulkan ketidakpuasan.

b. Dimensi keadilan

Perbedaan proporsi yang lebih besar pada kelompok intervensi terjadi pada dimensi keadilan, yaitu sebesar 24.5%. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa

program mentoring dapat meningkatkan penerapan pada dimensi keadilan.

Dimensi keadilan berfokus pada respon tidak menghukum terhadap kesalahan dan melihat suatu kejadian dari dua sisi. Selain melihat dari akuntabilitas perawat juga memperhatikan kesalahan dari sistem (Sammer et al, 2009). Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi kinerja perawat karena mempunyai dampak pada psikologis perawat (Yahya, 2006). Fokus pada kesalahan sistem akan lebih efektif dibandingkan fokus pada kesalahan yang diperbuat, karena kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal (Reason, 2000, 2003).

Kelompok intervensi sebelum mendapat program mentoring mayoritas merasa takut untuk membuat pelaporan karena beranggapan bahwa laporan yang dibuat akan membuat aib dan mempengaruhi penilaian dari manajemen. Hikmah (2008) menyatakan bahwa perawat merasa kesalahan akan membawa dampak negative sehingga kesalahan yang ada tidak dilaporkan. *National Patient Safety Agency* (2004) menyatakan bahwa respon tidak menghukum akan meningkatkan pelaporan.

Program mentoring bersifat lebih fokus terhadap permasalahan yang dialami *mantee*. Kualitas hubungan antara mentor dan *mantee* akan menentukan outcome. Hubungan positif yang telah terbina antara mentor dan *mantee* menjadi hal yang penting bagi perawat sebagai *mantee*, karena bagi *mantee* mentor adalah *role model* yang layak diikuti. Sesuai dengan pernyataan Ali&Panther (2008) dan Noorwood (2010) yang menyatakan bahwa mentor memiliki beberapa peran sebagai guru, panutan, pelindung, penasehat dan pelindung sedangkan *mantee* cenderung mengikuti apa yang dianjurkan mentor.

Faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan program mentoring dalam meningkatkan dimensi keadilan tidak terlepas dari kontribusi mentor yang efektif dalam mentoring. Mentor mampu menunjukkan empati, menciptakan lingkungan belajar, memahami kebutuhan dari *mantee* akan menciptakan mentoring yang efektif (Anderson, 2011). Lingkungan belajar yang efektif didukung oleh mentor yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang lebih dari mentor.

c. Dimensi pelaporan

Pelaporan merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. informasi yang adekuat akan dijadikan sebagai proses pembelajaran untuk meningkatkan keselamatan pasien (Jeff, Law& Baker, 2007). Perawat yang merasa aman bahwa akan diperlakukan secara adil dan tidak mendapat hukuman karena laporan tersebut akan mendorong untuk membuat dalam pelaporan. Hambatan dalam pembuatan laporan bisa dikarenakan beberapa hal antara lain: perasaan takut disalahkan, bingung bentuk pelaporan, kurang menyadari keuntungan pelaporan (Bird, 2005; Jeffs, Law & Baker, 2007).

Pelaporan yang adekuat, akan memberikan manfaat antara lain: keterlibatan staff pada manajemen resiko dan kesadaran staff akan meningkat, organisasi akan merespon keluhan dari pasien secara lebih cepat dan efektif, mencegah pengeluaran rumah sakit yang berlebih karena keluhan pasien berkurang, kejadian dapat dicegah dan biaya perkara (Hudson, 1999; Bird, 2005; Jeffs, Law & Baker, 2007).

Pada penelitian, mayoritas perawat merasa kesulitan dalam membuat pelaporan. Pada program mentoring yang berlangsung dipilih pelaporan sebagai bahan untuk simulasi dan diskusi. Mentor membantu *mentee* dalam pembuatan laporan yang baik. Sehingga didapatkan

hasil di akhir sesi/ *post test* hasil dari dimensi pelaporan mengalami peningkatan. Mentor bertindak sebagai guru dengan memberikan pengatahan dan pengalaman yang dimilikinya serta menciptakan lingkungan yang kondusif untuk proses belajar (Ali&Panther, 2008; Noorwood, 2010).

Mentoring dengan cara simulasi terbukti efektif meningkatkan dimensi budaya pelaporan. Hasil penelitian ini menunjukkan kelompok intervensi mengalami peningkatan dari sebelum dan sesudah pelaksanaan program. Sebelum pelaksanaan program mentoring pelaporan berada pada kategori kurang baik 68.9% sesudah program mentoring menjadi kategori baik dengan 55.6%.

d. Dimensi pembelajaran

Budaya pembelajaran terbentuk ketika individu belajar dari kesalahan dan mampu meningkatkan kemampuan sebagai bagian dari sistem Pembelajaran dimulai ketika pemimpin menjadi role model bagi perawat tidak hanya pada budaya yang kurang melainkan juga budaya yang baik (Sammer et al, 2009; Reiling 2006).

Kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien merupakan proses belajar untuk lebih menjadi baik. Perawat merupakan bagian dari budaya keselamatan pasien mampu belajar dari laporan kejadian keselamatan pasien baik itu kejadian tidak diinginkan dan kejadian nyaris cidera (Jeffs, Law & Baker, 2007).

Pembelajaran dilakukan untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan berulang (Reiling, 2006). Pembelajaran didukung oleh *feedback* dan dukungan dari organisasi serta rekan satu tim di rumah sakit. Pembelajaran efektif untuk mencegah proses yang tidak aman dan mencegah kesalahan. Evaluasi dari proses belajar meningkatkan kesempatan untuk berbagi

ilmu yang didapat serta meningkatkan proses belajar. (Sammer et al, 2009; Flemming, 2006).

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa program mentoring merupakan salah satu upaya positif dalam pengembangan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien yang terdiri dari beberapa dimensi tidak dapat berdiri sendiri melainkan dimensi yang satu dengan yang lain saling emmpengaruhi (Jeffs, Law & Baker, 2007). Penerapan budaya keselamatan pasien dikatakan berhasil apabila semua elemen yang ada di dalam rumah sakit menerapkan budaya keselamatan pasien dalam pekerjaannya sehari-hari (Hudson, 1999; Reiling, 2006).

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik perawat rata-rata berada pada usia dewasa muda (20-40 tahun), dengan rata-rata lama kerja 3 tahun, mayoritas berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan sebagian besar DII Keperawatan serta mayoritas belum pernah mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien.

Terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi. Ditemukan perbedaan yang bermakna pada dimensi keterbukaan budaya keselamatan pasien pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah program mentoring. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan program mentoring ($p=0.056$; $\chi^2=4.5$; $\alpha=0.1$).

Program mentoring terbukti berpengaruh dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien. Proses perubahan budaya memerlukan waktu yang lama. Oleh sebab itu, diperlukan proses yang terus menerus dalam memberikan mentoring, sehingga pencapaian budaya keselamatan pasien mencapai hasil yang optimal. Hasil

penelitian ini memberikan implikasi bagi pelayanan dan pendidikan keperawatan untuk mengembangkan metode pengarahan sesuai dengan kebutuhan perawat di rumah sakit.

REFERENSI

Ali, P. A., & Panther, W. (2008). Professional development & the role of mentorship. *Journal of Nursing Standard*, 22(42), 35-39.

Anderson, L. (2011). A learning resource for developing effective mentorship in practice. *Journal of Nursing Standard*, 25(51), 48-56.

Bird, D. (2005). Patient safety: Improving incident reporting. *Journal of Nursing Standard*. 20(14-16), 43.

Carthey, J., & Clarke, J. (2010). *Implementing human factor in healthcare: How to guide*. London: Patient Safety First

Cottingham, S., DiBartolo, M. C., Battistoni, S., & Brown, T. (2010). Partners in nursing: A mentoring initiative to enhance nurse retention. *Nursing Education Research*, 32(4).

Dadge, Jean., & Casey, D. (2009). Supporting mentors in clinical practice. *Journal Nursing Children and Young People*, 21(10), 35

Fleming, M. (2006). *Patient safety culture: sharing & learning from each other*. <http://www.capch.org/patientsafetyculture>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2012

Gagliardi, A. R., Perrier, L., Webster, F., Leslie, K., Bell, M., Levinson, W., . . . Straus, S. E. (2009). Exploring mentorship as a strategy to build capacity for knowledge translation research and practice: protocol for a qualitative study. *BioMed Central* 4(55).

Hikmah, S. (2008). *Persepsi staf mengenai patient safety di IRD RSUP Fatmawati*. Skripsi. Jakarta: FKM-UI

Hudson, P. (1999). *Safety culture-theory and practice*. <http://www.ftp.rta.nato.int/public/PubFulltext/RTO/MP/RTO-MP-032//MP-032-08.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2012.

Jeffs, L., Law, M., & Baker, G. R. (2007). Creating reporting & learning cultures in health-care organizations. *The Canadian Nurse*, 103(3), 16.

McKimm, J., Jolie, C., & Hatter, M. (2007). Mentoring: Theory and practice. *Preparedness to Practice, mentoring scheme*. <http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/elearning/feedback/files/judul.pdf>. Diperoleh tanggal 10 Februari 2012.

National Patient Safety Agency (NPSA). (2004). *Seven step to patient safety: the full reference guide*. London: National Patient Safety Agency

Norwood, A. W. (2010). *The Lived Experience of Nurse Mentors: Mentoring nurses in the profession*. Disertasi. Missouri: Faculty of The Graduate School University of Missouri-Columbia.

Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines & recommendations. *Quality & Safety in Health Care*, 14(231-233).

Reason, J. & Hobbs, A. (2003). *Managing maintenance error: A practical guide*. Hampshire : Ashgate Publishing Company.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Journal BMJ*, 320.

Reiling, J. G. (2006). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advanced in Patient Safety*, 2(20), 1-15.

Sammer, E. C.; Lykens, K.; Singh, K.P; Mains, D.A.& Lackan, N.A. (2009).

What is patient safety culture? A review literature. *Journal Nursing Scholarship*, 42(2), 156

Yahya, A. (2006, November). *Konsep dan program patient safety*. Disampaikan pada konvensi nasional mutu rumah sakit ke VI. Bandung.