

# PELAKSANAAN SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA PERAWAT KLINIK LUKA DIABETES KOTA SEMARANG

**Mezzaluna Pradyna Putri<sup>1\*</sup>, Elis Hartati<sup>1</sup>, Fara Fitri Fakhrudiana<sup>1</sup>**

Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

\*Email: mezzalunaaa02@gmail.com

Submitted 31 May 2025; Accepted 31 October 2025; Published 31 October 2025

---

## Abstract

**Background:** Diabetes mellitus (DM) remains a significant health problem in Indonesia, with a rising number of cases and a high risk of complications such as diabetic foot ulcers (DFU), which can lead to amputation and decreased quality of life. Proper wound care and the implementation of a strong patient safety culture are crucial to prevent adverse events and improve the quality of care in wound care clinics.

**Methods:** This study was conducted at a diabetic wound care clinic in Semarang City from April to May 2025, involving four nurses as respondents. The patient safety culture survey employed the Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 from AHRQ, assessing ten dimensions of patient safety culture with scores categorized as good ( $\geq 75\%$ ), average (50-75%), and needing improvement (<50%).

**Results:** The survey results indicated an average patient safety culture score of 70.31%, categorized as average. The highest score was found in the dimension of handover and information exchange (100%), while the lowest was in staffing and work pace (18.75%). Out of ten dimensions, six were categorized as good, two as average, and two required further improvement.

**Conclusion:** The patient safety culture at the wound care clinic was considered average, highlighting the need for improvements in clinic management, especially in staffing and work pace arrangements. A structured approach to human resource management, effective communication, and the implementation of an open and non-punitive incident reporting system are essential to enhance patient safety and service quality.

**Keyword:** Patient safety culture, diabetic wound care, staffing management.

## Abstrak

**Latar Belakang:** Diabetes melitus (DM) merupakan masalah kesehatan serius di Indonesia dengan peningkatan jumlah penderita yang signifikan, termasuk risiko komplikasi seperti ulkus kaki diabetik (DFU) yang dapat menyebabkan amputasi dan menurunkan kualitas hidup. Perawatan luka yang tepat dan penerapan budaya keselamatan pasien sangat penting untuk mencegah kejadian tidak diinginkan dan meningkatkan mutu layanan di klinik perawatan luka.

**Metode:** Penelitian ini dilakukan di klinik perawatan luka diabetes di Kota Semarang pada April-Mei 2025 dengan melibatkan 4 perawat sebagai responden. Survei budaya keselamatan pasien menggunakan instrumen Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 dari AHRQ, mengukur sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien dengan kategori skor baik ( $\geq 75\%$ ), rata-rata (50-75%), dan butuh peningkatan (<50%).

**Hasil:** Hasil survei menunjukkan skor rata-rata budaya keselamatan pasien sebesar 70,31% yang masuk kategori rata-rata. Dimensi dengan skor tertinggi adalah penyerahan dan pertukaran informasi (100%), sedangkan pengaturan staf dan tempo kerja memperoleh skor terendah (18,75%). Dari sepuluh dimensi, enam termasuk kategori baik, dua kategori rata-rata, dan dua membutuhkan peningkatan lebih lanjut.

**Kesimpulan:** Budaya keselamatan pasien di klinik perawatan luka tergolong rata-rata, menandakan perlunya peningkatan manajemen terutama dalam pengaturan staf dan tempo kerja. Pendekatan terstruktur dalam pengelolaan sumber daya manusia, komunikasi efektif, serta penerapan sistem pelaporan insiden yang terbuka dan tanpa stigma sangat diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas layanan.

**Kata Kunci:** Budaya keselamatan pasien, perawatan luka, manajemen staf

---

## Pendahuluan

Diabetes melitus (DM) masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang serius di Indonesia. WHO memprediksi jumlah penderita diabetes tipe 2 di Indonesia akan terus meningkat, dari 8,4 juta orang pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta orang pada tahun 2030. Selain itu, *International Diabetes Federation* (IDF) juga mencatat bahwa jumlah penderita diabetes meningkat dari 10,3 juta pada tahun 2013 menjadi 16,7 juta yang diperkirakan terjadi pada tahun 2045. Data ini menyoroti perlunya langkah pencegahan dan penanganan yang lebih efektif untuk mengatasi peningkatan jumlah kasus diabetes di masa depan.<sup>1</sup>

Diabetes melitus (DM) dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk gangguan pembuluh darah baik makrovaskular maupun mikrovaskular, serta kerusakan saraf atau neuropati. Berdasarkan laporan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, pada tahun 2011 di RSCM, komplikasi yang paling sering terjadi adalah neuropati (54%), diikuti oleh retinopati (33,4%), proteinuria (26,5%), penyakit arteri perifer (10,9%), ulkus kaki (8,7%), angina (7,4%), stroke dan serangan jantung (5,3%), gagal jantung (2,7%), amputasi (1,3%), serta dialisis (0,5%) (Kemenkes RI, 2020). *Diabetic Foot Ulcer* (DFU) atau ulkus kaki diabetik menyebabkan pasien beresiko untuk mengalami kekambuhan, infeksi, rawat inap, amputasi, dan bahkan kematian, serta menimbulkan dampak sosial ekonomi yang signifikan. Penderita diabetes memiliki kemungkinan hingga 25% mengalami DFU sepanjang hidup mereka.<sup>2,3</sup> Berdasarkan studi meta-analisis, prevalensi DFU secara global pada laki-laki lebih tinggi 6,3% dibandingkan perempuan.<sup>4</sup> Sekitar 20% dari infeksi kaki diabetik yang tergolong sedang hingga parah berakhir dengan amputasi.<sup>5,6</sup> Kulit memiliki fungsi sebagai pelindung pertama tubuh untuk mencegah masuknya bakteri. Ketika kulit mengalami kerusakan, bakteri-bakteri yang menginvasi tubuh dapat menyebabkan infeksi pada luka, sepsis, dan penyakit lainnya.<sup>3</sup> Meskipun infeksi pada luka kaki diabetik biasanya dimulai dari permukaan kulit, bakteri dapat menyebar ke jaringan di bawahnya, termasuk fasia, tendon, otot, sendi, dan tulang. Peradangan yang terjadi akibat infeksi dapat meningkatkan tekanan dalam jaringan hingga melebihi tekanan kapiler, menyebabkan gangguan aliran darah dan kematian jaringan akibat iskemia. Akibatnya, infeksi bisa berkembang lebih parah. Tendon dalam struktur kaki berperan dalam mempercepat penyebaran infeksi ke area yang lebih dalam, yang umumnya bergerak dari zona bertekanan tinggi ke zona dengan tekanan lebih rendah.<sup>7</sup> Proses penyembuhan luka diabetes yang lambat disebabkan oleh hiperglikemia, hipoksia, infeksi, inflamasi, gangguan angiogenesis, dan lain-lain yang merupakan ciri khas dari luka diabetes.<sup>3</sup> Sebanyak 25% pasien DM dilaporkan memiliki penyembuhan luka yang kurang baik, yang nantinya dapat menyebabkan amputasi dan dampak psikologis pada pasien.<sup>8</sup>

Perawatan luka yang dilakukan secara rutin dengan metode yang tepat, ditambah dengan debridemen, pengobatan, dan diet yang sesuai, dapat membantu mengurangi tingkat keparahan luka serta mencegah amputasi pada penderita ulkus diabetikum. Tujuan utama dari perawatan ini adalah menghilangkan faktor penyebab, meningkatkan sirkulasi darah, memperbaiki aliran vena, serta mendukung proses penyembuhan dan tindakan pencegahan.<sup>9</sup> Selain itu, pendekatan yang komprehensif, termasuk perawatan luka yang teratur dan prosedur debridemen, berperan penting dalam mencegah penyebaran infeksi, mempercepat pembentukan jaringan baru (granulasi), dan menjaga luka agar tidak semakin memburuk. Dengan penanganan yang tepat, risiko amputasi dapat dikurangi secara signifikan, bahkan dalam kondisi tertentu, luka yang membaik dapat sepenuhnya menghindari tindakan amputasi.<sup>8,10,11</sup> Selain itu, faktor lain yang mendukung penyembuhan luka bukan hanya alat medis, tetapi juga edukasi pasien, kepatuhan dalam mengenakan alas kaki yang tepat, serta konsultasi dini dengan tenaga kesehatan untuk menjaga kadar gula darah tetap terkendali.<sup>12</sup> Ketiga aspek ini berkontribusi dalam mempercepat perbaikan kondisi luka dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Perawatan pasien dengan DFU membutuhkan sistem layanan kesehatan yang terstruktur dan berjenjang agar setiap pasien mendapatkan penanganan sesuai dengan tingkat keparahan kondisinya. Model *hub-and-spoke* menjadi pendekatan yang direkomendasikan, di mana sebagian besar perawatan dilakukan di dekat tempat tinggal pasien, seperti di praktik dokter umum atau rumah sakit komunitas. Layanan ini terbagi dalam tiga tingkat, dimulai dari tingkat dasar, yang berfokus pada identifikasi pasien berisiko serta pemantauan rutin oleh dokter umum dan perawat lokal. Pasien dengan risiko tinggi akan dirujuk ke tingkat menengah, yang mencakup klinik diabetes dan pusat bedah vaskular. Di tingkat ini, pasien dengan DFU ringan hingga sedang mendapatkan pemeriksaan diagnostik yang lebih lanjut serta prosedur medis sederhana yang dilakukan di lingkungan klinik. Jika pasien mengalami DFU berat atau kompleks, mereka dirujuk ke pusat perawatan kaki diabetik, yaitu fasilitas khusus dengan tim medis yang lebih lengkap, termasuk ahli bedah vaskular dan spesialis diabetologi.<sup>8</sup>

Struktur layanan kesehatan seperti ini sangat penting karena memastikan setiap pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Selain meningkatkan efisiensi sistem kesehatan, pendekatan ini juga mempercepat penanganan, mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut, serta memastikan akses ke pemeriksaan dan prosedur medis yang diperlukan. Dengan sistem rujukan yang jelas dan fasilitas yang terkoordinasi, pasien dapat menerima perawatan yang lebih efektif, mengurangi risiko amputasi, dan meningkatkan kualitas hidup mereka.<sup>8</sup>

Tingginya resiko nekrosis jaringan pada penderita diabetes dapat dikelola dengan efektif melalui pembentukan tim multidisiplin khusus perawatan kaki diabetik. Tim ini menyediakan layanan rawat jalan di klinik kaki diabetik serta perawatan rawat inap di rumah sakit. Karena kondisi kaki diabetik dapat memburuk dengan cepat, penundaan dalam perawatan bisa berdampak serius. Oleh karena itu, perlu adanya layanan yang memungkinkan pasien mendapatkan perawatan darurat tanpa perlu janji temu, sehingga mereka dapat diperiksa pada hari yang sama atau dalam waktu 24 jam. Selain itu, sistem ini juga membantu tenaga medis setempat dengan memberikan jalur yang jelas untuk mencari bantuan dan konsultasi terkait pasien mereka, sehingga perawatan dapat diberikan lebih cepat dan tepat<sup>13</sup>. Salah satu unit perawatan luka diabetes yang ada di Indonesia adalah Rumat. Rumat menyediakan jasa perawatan luka diabetes baik di unit maupun pelayanan *homecare*. Petugas yang melakukan perawatan luka di Rumat adalah perawat yang sudah memiliki sertifikasi perawatan luka.

Selain memiliki kompetensi yang baik, perawat juga perlu memiliki pengetahuan yang baik mengenai *patient safety*, tidak hanya pada lingkup rumah sakit namun juga pada lingkup klinik. Keselamatan pasien mencakup upaya pencegahan terhadap kesalahan medis, pengelolaan risiko, serta intervensi yang cepat dan tepat dalam menangani kondisi yang dapat membahayakan pasien.<sup>14,15</sup> Perawatan luka yang rutin, debridemen, dan edukasi pasien berkontribusi pada penyembuhan optimal. Dengan dukungan sistem kesehatan yang baik, perawat dapat lebih efektif dalam menjalankan perannya dan memastikan kesejahteraan pasien. Melalui penerapan prinsip-prinsip *patient safety*, klinik dapat meningkatkan kualitas layanan, mencegah kesalahan medis, dan melindungi pasien dari risiko yang dapat membahayakan keselamatan mereka.

### Metode Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan di salah satu instansi klinik perawatan luka diabetes Kota Semarang pada bulan April hingga Mei 2025. Populasi target adalah perawat klinik instansi tersebut sebanyak 4 orang yang tersebar pada empat cabang yang ada di Kota Semarang. Pelaksanaan kegiatan diawali dengan menjelaskan maksud dan tujuan kegiatan serta kesediaan responden untuk berpartisipasi. Peneliti lalu melakukan survei untuk mendapatkan gambaran situasional dan tingkat kualitas penerapan budaya keselamatan pasien terkait sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien. Survei dilakukan menggunakan instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 User Guide* yang diterbitkan oleh *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Hasil penilaian skor dibagi menjadi 3 kategori: baik ( $\geq 75\%$ ), rata-rata (50-75%), dan butuh peningkatan (<50%).

### Hasil dan Pembahasan

Jumlah responden yang mengikuti kegiatan ini sebanyak 4 orang. Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

Variabel	Rerata $\pm$ SD	Min	Max
Usia (tahun)	25,5	24	27
Lama bekerja di fasilitas kesehatan (bulan)	20,75	6	36
Lama bekerja di unit saat ini (bulan)	11,25	1	34

Berdasarkan Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa usia rerata perawat yang bekerja pada klinik luka tersebut adalah 25,5 tahun dengan usia minimum 24 tahun dan maksimum 27 tahun. Rerata lama perawat bekerja di fasilitas kesehatan adalah 20,75 bulan. Sedangkan rerata lama perawat bekerja di unit saat ini adalah 11,25 bulan. Data survei budaya keselamatan pasien diambil sebanyak satu kali. Hasil skor penerapan budaya keselamatan pasien terkait sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien dapat dilihat pada Tabel 2.

Secara keseluruhan budaya keselamatan pasien di klinik perawatan luka tersebut tergolong dalam kategori rata-rata dengan nilai rata-rata respon positif sebesar 70,31%. Rata-rata respon positif tertinggi berada pada dimensi penyerahan dan pertukaran informasi (100%) dan rata-rata respon positif terendah berada pada dimensi pengaturan taf dan tempo kerja (18,75%). Dari 10 dimensi yang ada dapat dilihat bahwa dari 10 dimensi budaya keselamatan pasien, 6 dimensi termasuk kategori baik, 2 dimensi termasuk kategori rata-rata, dan 2 dimensi membutuhkan peningkatan lebih lanjut.

**Tabel 2.** Hasil skor penerapan budaya keselamatan pasien

No.	Dimensi	Skor respon positif (%)	Kategori
1.	Kerjasama	66,67	Rata-rata
2.	Pengaturan staf dan tempo kerja	18,75	Butuh peningkatan
3.	Pembelajaran organisasi - Perbaikan berkesinambungan	91,67	Baik
4.	Respons terhadap error	43,75	Butuh peningkatan
5.	Dukungan supervisor, manajer, atau ketua medis untuk keselamatan pasien	83,33	Baik
6.	Komunikasi tentang error	91,67	Baik
7.	Keterbukaan komunikasi	68,75	Rata-rata
8.	Pelaporan kejadian keselamatan pasien	75,00	Baik
9.	Dukungan manajemen faskes untuk keselamatan pasien	91,67	Baik
10.	Penyerahan dan pertukaran informasi	100,00	Baik
<b>Skor budaya keselamatan pasien</b>		<b>70,31</b>	Rata-rata

Hasil survei penerapan budaya keselamatan pasien di klinik perawatan luka Kota Semarang menunjukkan bahwa penerapan budaya di klinik tersebut tergolong dalam kategori rata-rata dengan skor sebesar 70,31%. Hal ini menunjukkan bahwa perlu adanya peningkatan dalam manajemen klinik. Manajemen fasilitas kesehatan (faskes) perlu membangun budaya keselamatan pasien untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diinginkan (KTD). Keselamatan pasien adalah indikator yang menggambarkan kualitas tinggi dalam layanan kesehatan. Keselamatan pasien dapat dipengaruhi oleh budaya individu dan sistem yang dijalankan dalam organisasi. Oleh sebab itu, diperlukan pendekatan yang bersifat personal dan strategi manajemen yang terstruktur dalam organisasi.<sup>16</sup> Penerapan *patient safety* dapat dimulai dengan membentuk budaya keselamatan pasien, yang mencakup kewajiban, persepsi, keyakinan, sikap, kemampuan, serta pola perilaku individu dan kelompok yang didasari komitmen organisasi terhadap perawatan pasien. Dengan diterapkannya budaya ini diharapkan dapat mendeteksi kesalahan yang mungkin terjadi atau telah terjadi, meningkatkan kesadaran, serta memungkinkan pelaporan jika terjadi insiden.<sup>17</sup> Institusi kesehatan perlu melakukan pengukuran kualitas penerapan budaya keselamatan pasien oleh seluruh staf institusi tersebut, agar dapat mengetahui sejauh mana keselamatan sudah menjadi prioritas dan dilaksanakan oleh seluruh karyawan.<sup>18</sup>

Dalam upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, pengaturan staf dan tempo kerja menjadi aspek yang sangat penting. Untuk itu, diperlukan evaluasi menyeluruh terhadap alokasi staf, jam kerja, kompetensi dan kapasitas tenaga, serta pola penempatan dan pembagian tugas yang adil. Hal ini bertujuan untuk menciptakan efisiensi dan pemerataan tanggung jawab antar staf.<sup>18</sup> Pengalokasian sumber daya manusia, termasuk dalam hal peningkatan kapasitas dan pengaturan jam kerja, perlu dikelola lebih baik. Evaluasi efektivitas dan efisiensi kerja harus dilakukan berdasarkan jenis tenaga kerja untuk mencegah terjadinya tumpang tindih peran atau pengulangan tugas oleh beberapa petugas. Selain itu, koordinasi antar layanan dan antar petugas juga penting untuk mengatasi ketidakseimbangan distribusi tenaga di berbagai unit pelayanan. HRD perlu memenuhi kecukupan baik dalam segi kuantitas maupun kualitas terkait dengan pendistribusian perawat. Sebagian besar perawat memiliki persepsi bahwa jumlah staf di masing-masing unit tidak mencukupi untuk menangani beban kerja di unitnya. Perhitungan kebutuhan staf yang tepat diperlukan agar menghindari terjadinya peningkatan beban kerja perawat, terutama dengan adanya praktik *homecare* setelah jam kerja klinik.<sup>19</sup> Pemanfaatan teknologi, seperti CCTV dan *pneumatic tube*, juga sangat membantu dalam mengurangi beban kerja. Pendekatan multi atau interdisiplin dapat diterapkan melalui sistem pendeklegasian wewenang dan supervisi berjenjang, khususnya kepada petugas yang sudah terlatih. Penunjukan penanggung jawab (PJ) untuk aspek keselamatan pasien, mutu layanan, dan sistem informasi akan mendukung terciptanya manajemen kerja yang efektif. Selain itu, penyusunan panduan atau protokol kerja juga penting untuk memastikan kesesuaian dan konsistensi dalam pelaksanaan tugas.<sup>18</sup>

Tidak kalah pentingnya, komunikasi yang efektif mengenai kesalahan (error) serta respons terhadapnya juga harus diperhatikan. Umpam balik baik dari instansi maupun individu diperlukan sebagai bentuk pembelajaran.<sup>19</sup> Suasana kerja yang terbuka sangat dibutuhkan agar staf merasa aman dalam melaporkan insiden yang terjadi. Menciptakan lingkungan yang mendukung pelaporan kesalahan secara spontan sangat membantu dalam proses perbaikan sistem. Budaya organisasi juga harus menghindari sikap menyalahkan individu, mengadopsi prinsip *no blaming, no shaming, and no naming*, agar fokus tetap tertuju pada perbaikan sistem, bukan pada mencari kesalahan personal. Keselamatan pasien sebaiknya

menjadi topik diskusi rutin yang dilakukan secara terbuka dalam setiap unit. Respons terhadap kesalahan, termasuk tindak lanjut dari pelaporan insiden, perlu dijadikan sebagai indikator kinerja baik individu maupun unit kerja. Penilaian ini akan lebih bermakna jika setelahnya terdapat tindak lanjut nyata, seperti pengalokasian sumber daya atau perbaikan sistem kerja yang mendukung upaya perbaikan berkelanjutan.<sup>18</sup>

## **Simpulan dan Saran**

Berdasarkan hasil survei di klinik perawatan luka Kota Semarang, budaya keselamatan pasien secara keseluruhan tergolong dalam kategori rata-rata dengan skor respons positif sebesar 70,31%, menunjukkan perlunya peningkatan manajemen klinik terutama pada aspek pengaturan staf dan tempo kerja yang memiliki skor terendah. Meskipun enam dari sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien berada dalam kategori baik, dua dimensi masih dalam kategori rata-rata dan dua lainnya memerlukan perhatian lebih lanjut. Oleh karena itu, manajemen fasilitas kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien yang kuat melalui pendekatan personal dan strategi manajemen terstruktur, termasuk pengelolaan sumber daya manusia yang tepat dalam hal kuantitas, kualitas, dan distribusi staf, serta pemanfaatan teknologi dan sistem kerja yang efisien. Komunikasi efektif mengenai kesalahan dan pemberian umpan balik konstruktif juga menjadi kunci penting dalam membangun lingkungan kerja yang terbuka dan aman untuk pelaporan insiden, sehingga dapat mendorong perbaikan sistem secara berkelanjutan. Dengan demikian, penerapan budaya keselamatan pasien yang komprehensif akan meningkatkan kualitas layanan dan mencegah terjadinya kejadian tidak diinginkan di klinik tersebut.

## **Ucapan Terima Kasih**

Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh responden yang telah dengan sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini, kepada para pembimbing, serta kepada tenaga kesehatan dan pihak klinik yang telah memberikan dukungan penuh selama proses pengumpulan data berlangsung.

## **Daftar Pustaka**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/603/2020 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa. Indonesia; 2020.
2. Patry J, Tourigny A, Mercier MP, Dionne CE. Quality of Diabetic Foot Ulcer Care: Evaluation of an Interdisciplinary Wound Care Clinic Using an Extended Donabedian Model Based on a Retrospective Cohort Study. *Can J Diabetes*. 2021 Jun 1;45(4):327-333.e2.
3. Li M, Jafari H, Okoro OV, Nie L, Shavandi A. Nanozymes as catalysts for accelerated healing of diabetic wounds. *Cell Biomaterials* [Internet]. 2025 Apr;100049. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S3050562325000406>
4. Wang Y, Wang C, Zheng L. Bibliometric analysis of systematic review and meta-analysis on diabetic foot ulcer. *Heliyon*. 2024 Mar 30;10(6).
5. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Tredwell J, Boulton AJM. Diabetic Foot Syndrome: Evaluating the prevalence and incidence of foot pathology in Mexican Americans and non-Hispanic whites from a diabetes disease management cohort. *Diabetes Care* [Internet]. 2003 May 1;26(5):1435-8. Available from: <https://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1435>
6. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJG, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infectionsa. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2012 Jun 15;54(12): e132-73. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/cis346>
7. Bonnet E, Maulin L, Senneville E, Castan B, Fourcade C, Loubet P, et al. Clinical practice recommendations for infectious disease management of diabetic foot infection (DFI) – 2023 SPILF. *Infect Dis Now*. 2024 Feb 1;54(1).
8. Troisi N, Bertagna G, Juszczak M, Canovaro F, Torri L, Adami D, et al. Emergent management of diabetic foot problems in the modern era: Improving outcomes. Vol. 36, *Seminars in Vascular Surgery*. W.B. Saunders; 2023. p. 224–33.
9. Bratajaya CNA, Ernawati. Persepsi Pasien tentang Tantangan Perawatan Luka Kronis Diabetes Melitus serta Implikasinya terhadap Kebutuhan Soft-skills Perawat. *Faletahan*

- 
- Health Journal [Internet]. 2023;10(2):121–30. Available from: [www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ](http://www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ)
10. Pandey G, Kolipaka T, Srinivasarao DA, Abraham N, Jain A, Srivastava S. Navigating the complexities of diabetic foot ulcers: From pathophysiology to advanced treatment strategies. Vol. 107, Journal of Drug Delivery Science and Technology. Editions de Sante; 2025.
11. Thomas DC, Tsu CL, Nain RA, Arsat N, Fun SS, Sahid Nik Lah NA. The role of debridement in wound bed preparation in chronic wound: A narrative review. Vol. 71, Annals of Medicine and Surgery. Elsevier Ltd; 2021.
12. Koonalinthip N, Siwabanpakul P, Jaroenarpornwatana A. The effectiveness of Diabetic Foot Clinic in prevention and healing of diabetic foot ulcers. Foot. 2021 Sep 1;48.
13. Edmonds M. The benefits of working together in diabetic foot care for the vulnerable patient. Practical Diabetes. 2016 Jan 1;33(1):29–33.
14. Ramsay A, Hartin P, McBain-Rigg K, Birks M. Advocating for patient safety: Power dynamics in nurse advocacy practice in Australia—An integrative review. Collegian. Elsevier B.V.; 2025.
15. Arica EÖ, Koç Z. Investigating nurses' attitudes towards the prevention of falls: A mixed-method study. Geriatr Nurs (Minneap). 2025 Mar 1;62: 62–71.
16. Pasinringi SA, Rivai F, Irwandy, Rezeki SF. Maturity Level of Patient Safety Culture in Makassar City Hospital. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2021 Jun 1;17(2):58–63.
17. Agustina D. Safety Culture Assessment: a Tool for Improving Patient Safety in Hospital. Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit. 2018;7(2).
18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/43463/2024 Tentang Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien [Internet]. Jakarta; 2024 Jul. Available from: <https://www.yankeks.kemkes.go.id>
19. Bahri S, Fitriani AD, Jamaluddin J. An Overview of Patient Safety Culture with the AHRQ. Journal La Medihealtico. 2023 Feb 15;3(6):493–506.