

Kepatuhan Praktisi Kebersihan Tangan di Ruang Operasi: Apakah Pasien Benar-benar Aman? Studi Observasional

Manggar Purwacaraka^{1a*}, Indah Rohmawati¹, Anis Murniati¹

¹ Dosen di STIKes Hutama Abdi Husada, Tulungagung, Indonesia

^a manggar.com@gmail.com

* corresponding author

INFO ARTIKEL	ABSTRAK
Riwayat artikel: Tanggal diterima: 02 November 2021 Tanggal revisi: 26 November 2021 Diterima: 15 Desember 2021 Diterbitkan: 31 Desember 2021	Pendahuluan: Penyedia layanan kesehatan (HCP) yang bekerja di ruang operasi (OR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU) memiliki kesempatan lebih besar untuk lintas pasien yang terkontaminasi karena beban kerja yang tinggi dan seringnya kejadian kontak pasien. Prevalensi infeksi terkait perawatan kesehatan (HCAI) saat ini adalah masalah kesehatan utama dan kontak pasien di OR dan PACU dapat menjadi faktor yang berkontribusi karena kontaminasi mikroba. Metode: Sebuah studi observasional dilakukan pada kepatuhan kebersihan tangan (HH) HCP yang bekerja di OR dan PACU dari fasilitas perawatan kesehatan tersier di Rumah Sakit X. Para peserta dalam penelitian ini terdiri dari ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat yang beredar dan PACU. Pengamatan dan pengumpulan data dilakukan oleh dua perawat sumber daya klinis OR dan PACU, yang telah dilatih oleh departemen pengendalian dan pencegahan infeksi. Hasil : penelitian ini mencakup 2300 peluang untuk kepatuhan HH dan mengamati 200 perawat, 100 ahli bedah dan 100 ahli anestesi. Kepatuhan HH di OR dan PACU tertinggi di antara perawat >90% dan terendah di antara dokter, ahli bedah <70%, diikuti oleh ahli anestesi < 50%. Kesimpulan: Kepatuhan terhadap pedoman HH oleh perawat OR dan PACU diterima lebih tinggi daripada ahli anestesi dan ahli bedah.
Kata kunci: Ruang Operasi Kebersihan Tangan Keselamatan Pasien	

Copyright (c) 2022 Care Journal

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

PENDAHULUAN

Secara Alkitabiah, *Hand Hygiene* (HH) pertama kali disebutkan dalam Keluaran 30:18-21. "Maka mereka tidak akan mencuci tangan dan kaki mereka, supaya mereka tidak mati." Dalam Islam, Al-Qur'an (5,6) menegaskan bahwa mencuci dan kebersihan "Wudhu" (wudhu) adalah yang terpenting tanpa kecuali (Mortell, M., Balkhy, H., Tar nous, E. & Jong, 2013). Aplikasi ilmiah praktik pengendalian infeksi dimulai lebih dari 180 tahun yang lalu, dalam studi bersejarah oleh Dr. Ignaz Semmelweis ((Hebra, 1847);(Hebra, 1848);(Routh, 1849)). HH didukung secara internasional sebagai faktor tunggal yang paling penting dalam mencegah HCAI ((Moment, K. & Fergie, 2010);(Takahashi, I. & Turule, 2010);(Ott, M. & French, 2009);(Aykol, 2007);(NHS,2007);(Pratt, R. J., Pellowe, C. M., Wilson, J. A., Loveday, H. P., Harper, P. J., Jones, S. R., McDougall, C. & Wilcox, 2007);(Zulfa & Kusuma, 2020)(Centers for Diseases Control and prevention, 2002)), yang merupakan infeksi yang dikembangkan seseorang sebagai hasil dari perawatan di rumah sakit. Namun, meskipun lebih dari satu abad pengetahuan HH dan rekomendasi berbasis bukti; besarnya HCAI dan pentingnya kepatuhan terhadap praktik HH di antara HCP, terus rendah ((Takahashi, I. & Turule, 2010);(Askarian, M., Khalooee, A. & Emroodi, 2006);(Trampuz, A. & Widmer, 2004);(Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa- Silva, C. L., Sauvan, V & Per eger, 2004)). Ketidakepatuhan terhadap rekomendasi HH secara luas diakui sebagai penyebab HCAI yang paling penting diubah dengan kepatuhan mulai dari 20-50% ((Maxfield, 2011);(Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010);(Ott, M. & French,

2009);(Aragon, D., Sole, M. L. & Brown, 2005)). Diperkirakan bahwa HCAI bertanggung jawab atas 90.000 kematian per tahun di Amerika Serikat (AS) ((Maxfield, 2011);(Smith, J. M. & Lokhurst, 2009), Kanada 8.000 kematian setiap tahun (Moment, K. & Fergie, 2010) dan 5.000 kematian per tahun di Inggris (Inggris) (Smith, 2009). HCAI adalah peristiwa buruk yang paling sering dilaporkan dalam pemberian perawatan kesehatan (Kaier, K., Wilson, C., Hulscher, M., Wollersheim, H., Huis, A. & Borg, 2012). Ini adalah dilema global dengan lebih dari 1,4 juta orang memperoleh infeksi di rumah sakit per tahun (Devnani, M., Kumar, R., Sharma, R. K. & Gupka, 2011);(Moment, K. & Fergie, 2010);(Pittet, D. & Donaldson, 2005), dan HCAI biaya di Amerika Serikat meningkat menjadi sekitar 4,7 - 6,5 miliar dolar per tahun (Stone, P. W., Braccia, D., Larson, 2005); (Trampuz, A. & Widmer, 2004) dan biaya Layanan Kesehatan Nasional Inggris (NHS) 1 miliar pound per tahun (Davis, 2010).

BAHAN DAN METODE

Desain

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif observasional yang dianggap paling tepat untuk mengumpulkan data tentang kepatuhan HH antara OR dan PACU HCP. Desain dipilih karena observasi adalah metode yang sangat baik untuk penilaian perilaku dalam hubungannya dengan keterampilan dan kinerja klinis (Polit, D. & Hungler, 1999). Namun, metode pengamatan terstruktur ini mengharuskan pengamat untuk memiliki pengetahuan di daerah yang sedang diselidiki (Polit, D. & Hungler, 1999). Kedua pengamat adalah perawat sumber daya klinis (CRN) dari area praktik OR yang sebenarnya. Mereka juga dilatih oleh departemen pengendalian dan pencegahan infeksi (ICPD) untuk mengumpulkan data HH secara akurat.

Pengaturan dan Sampel

Populasi penelitian terdiri dari Ahli bedah bedah (100), Ahli Anestesi (100), dan perawat (200), yang bekerja di OR dan PACU dari fasilitas perawatan kesehatan tersier di Rumah Sakit X. Data dikumpulkan selama 6 bulan, dengan cara pengamatan terstruktur non-peserta. CRN mengamati ATAU dan PACU HCPs melalui hari latihan, menggunakan WHO 5 saat kebersihan tangan untuk menentukan kepatuhan HCP (Gambar 1 dan 2). Agar tidak menciptakan perubahan perilaku pada HCPs yang diamati, HCPs yang diamati tidak diberitahu tentang siapa yang sedang diamati, mengapa atau oleh siapa. Data dikumpulkan secara berkala, dengan pengamatan, antara jam 0800 dan 1600, dengan kompilasi definitif 2300 peluang untuk kepatuhan HH.

HASIL DAN DISKUSI

Hasil penelitian menyimpulkan bahwa kepatuhan terhadap pedoman HH WHO oleh perawat OR dan PACU lebih unggul dari ahli anestesi dan ahli bedah.

Budaya Keselamatan

Meningkatkan kualitas dan keamanan dalam perawatan kesehatan adalah masalah utama di seluruh dunia dan dua laporan bersejarah dari Us Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999 dan 2001 yang menyoroti kekurangan dalam kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Konfirmasi pemasangan mengungkapkan pentingnya menilai dan meningkatkan budaya keselamatan dalam upaya untuk memberantas HCAI(Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M. B., Talbot, T. R. & Wall, 2010), (Pronovost, P. J., Sexton, J. B., Pham, J. C., Goeshel, C. A.,Winters, B. D. & Miller, 2006) dan sebagai konsekuensinya disiplin 'ilmu keselamatan' telah berevolusi dengan aplikasi khusus untuk pengiriman perawatan kesehatan (Ilan, R. & Fowler, 2005). Tujuan dari budaya keselamatan adalah untuk mengurangi risiko bahaya bagi pasien. Namun, terlepas dari budaya keselamatan dan kemajuan global yang transparan dalam sistem perawatan kesehatan, penyediaan perawatan kesehatan terus dikaitkan dengan berbagai potensi

ancaman terhadap keselamatan pasien (Devnani, M., Kumar, R., Sharma, R. K. & Gupka, 2011), (Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010), (Cronenwett, L., Sherwood, G., Bamsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. D. & Warren, 2007). Primum non-nowhere 'di atas segalanya, tidak membahayakan dianggap sebagai dasar praktik perawatan kesehatan, namun, laporan tengara IOM (2000) dari To Err is Human, mengungkapkan bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit tidak aman. Eskalasi yang mengganggu dalam morbiditas dan mortalitas di antara pasien memperkuat dilema tentang kompetensi HCP (Gaba, 2004) dan salah satu dilema perawatan kesehatan yang paling terkenal adalah eskalasi lanjutan HCAI (Moment, K. & Fergie, 2010) yang telah menempatkan HCP di bawah penyelidikan yang meningkat untuk memberikan perawatan yang aman.

Keselamatan didefinisikan sebagai kebebasan dari cedera psikologis dan fisik (Joint Commission International (JCI), 2011), (Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M. Wachter, R. M. & Markowitz, 2001), dan lingkungan yang aman mengurangi risiko penyakit dan cedera, meningkatkan atau mempertahankan status fungsional pasien, dan meningkatkan rasa kesejahteraan pasien. Joint Commission International (JCI) adalah organisasi yang berbasis di AS yang mengakreditasi organisasi dan program perawatan kesehatan. Misi yang dinyatakan JCI adalah untuk terus meningkatkan perawatan kesehatan bagi masyarakat, bekerja sama dengan pemangku kepentingan lainnya, dengan mengevaluasi organisasi perawatan kesehatan dan menginspirasi mereka untuk unggul dalam memberikan perawatan yang aman dan efektif dengan kualitas terbaik. Strategi IHSG untuk meningkatkan keselamatan pasien dan memberikan perawatan yang efektif adalah penerapan tujuan keselamatan pasien (Tabel 1). Sayangnya, kepatuhan terhadap rekomendasi HH tetap sangat rendah.

Tabel 1: Komisi Bersama: Tujuan Keselamatan Pasien Nasional Rumah Sakit - Tujuan KESELAMATAN PASIEN JCI 2011 Mengidentifikasi pasien dengan benar Meningkatkan komunikasi staf Mengurangi bahaya bagi pasien yang minum obat siaga tinggi. Mengurangi risiko Infeksi Terkait Perawatan Kesehatan Mencegah infeksi organisme multi-obat yang resisten mencegah infeksi aliran darah terkait garis pusat. Mengidentifikasi Risiko Keselamatan Pasien.

Tabel 1. Komisi Bersama: Tujuan Keselamatan Pasien Nasional Rumah Sakit - 2011

TUJUAN KESELAMATAN PASIEN IHSG

Identifikasi pasien dengan benar Meningkatkan komunikasi staf Mengurangi bahaya bagi pasien yang minum obat siaga tinggi.

- **Mengurangi risiko Infeksi Terkait Perawatan Kesehatan**
Mencegah infeksi organisme multi-obat-resistant mencegah infeksi aliran darah terkait garis pusat.
- **Mengidentifikasi Risiko Keselamatan Pasien**

Kelompok pasien rentan yang sering membutuhkan bantuan dalam mencapai lingkungan yang aman termasuk bayi, anak-anak, "sakit" dewasa muda dan geriatri. Semua kelompok pasien ini mungkin memerlukan operasi, baik yang direncanakan atau tidak direncanakan sebagai keadaan darurat. Lingkungan perawatan di mana HCP memberikan pengobatan kepada pasien dapat menentukan kualitas dan keamanan perawatan pasien (Gaba, 2004). HCP harus memanfaatkan dan menerapkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman berbasis bukti untuk merawat berbagai dan perubahan kebutuhan pasien. WHO menyoroti perlunya strategi baru untuk meningkatkan praktik HH berdasarkan kepatuhan yang rendah dan mendefinisikan '5 momen' HH untuk memajukan keselamatan pasien (Erasmus, V, Daha, T. J., Brug, J., Richardus, J. H., Behrendt, M. D. Vos, M. C. & van Beeck, 2010), (World Heart Organization (WHO), 2009).

Ruang operasi dan unit perawatan pasca anestesi

OR dan PACU adalah lingkungan risiko pasien laten untuk akuisisi HCAI, karena OR dan PACU HCP sering menyentuh pasien. Kegagalan untuk menerapkan strategi HH dapat mengakibatkan kontaminasi peralatan, implan dan pasien itu sendiri mungkin reservoir untuk patogen yang dapat menginfeksi silang pasien lain (Pittet, D., Stephen, F., Hugonnet, S., Akakpo, C., Souweine, B. & Clergue, 2003). Tidak ada keraguan, bahwa kontak pasien di OR dan PACU oleh HCP dapat berkontribusi pada HCAI, namun, data dalam literatur terbatas terkait dengan kepatuhan pedoman HH di daerah khusus yang diasingkan ini (Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, 2011). Menerapkan strategi HH seperti '5 momen' HH di OR dan PACU telah diidentifikasi dalam literatur sebagai tantangan karena kelangkaan kriteria yang menentukan, dinamika terkait pekerjaan, pergantian pasien dan kebutuhan untuk pemahaman alasan aplikasi (Bellaard-Smith, E.R. & Gillespie, 2012). HCP gagal melakukan HH di PACU sebagian besar selama waktu masuk (hanya 19,6 °) dan 12,5 ° di antara pasien yang sudah dirawat yang gagal melanjutkan perawatan, dengan kepatuhan mulai dari 13 - 2000 (Pittet, D., Stephen, F., Hugonnet, S., Akakpo, C., Souweine, B. & Clergue, 2003)

Kekhawatiran tambahan adalah bahwa tingkat kepatuhan HH untuk staf medis secara konsisten lebih rendah daripada perawat. Namun, (Collins, F. & Hampton, 2005) dan (Nazarko, 2009) mengklaim bahwa dokter memiliki keterampilan HH yang sangat baik dibandingkan dengan perawat. Namun, Gambar 1 dari studi observasional ini mendukung pandangan yang konsisten dengan data HH saat ini dalam literatur bahwa kepatuhan dokter tetap rendah.

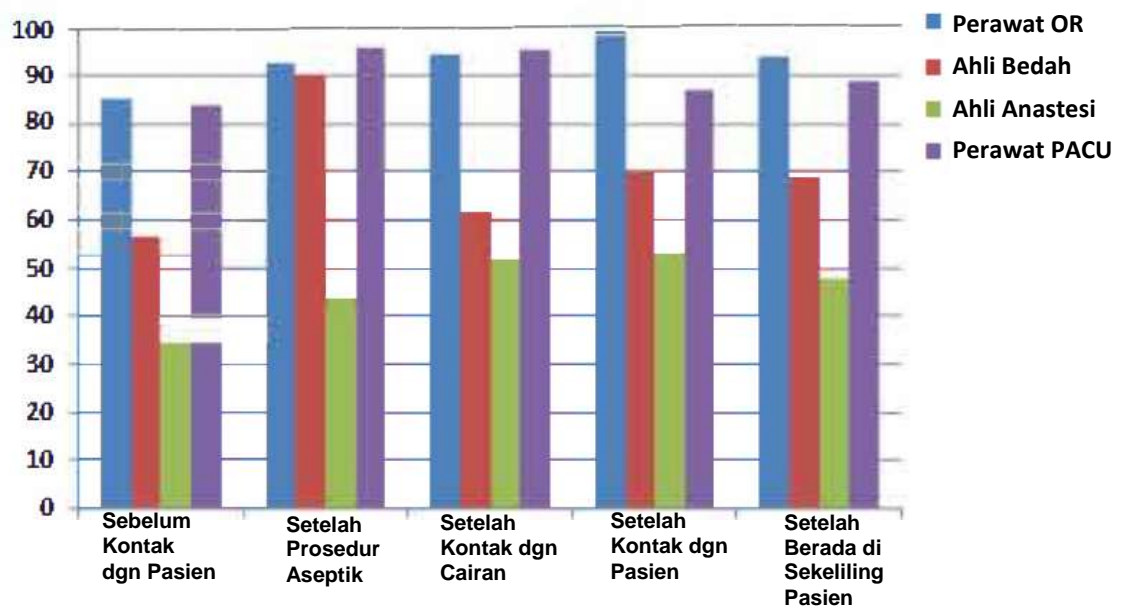
Dokter bedah

Konsep HH yang efektif akrab bagi semua HCP, terutama ahli bedah, yang teliti tentang 'menggosok' sebelum melakukan operasi. Namun, HH yang efektif harus melampaui individu ATAU dan ke area ATAU lainnya seperti PACU, kantor, ruang staf, lingkungan klinis pasien dan area rumah sakit yang diperluas, kafeteria semacam itu. (Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, 2011) setuju bahwa HH jarang dilakukan oleh anggota tim bedah pada saat masuk atau keluar dari OR. Ahli bedah diamati berulang kali, menyentuh pasien, peralatan dan alat tanpa melakukan HH berikutnya. Studi ini juga menegaskan bahwa ahli bedah yang HH tidak patuh juga keluar dari OR dengan tangan yang tampak kotor pada penyelesaian prosedur atau operasi, (Gambar 2). Studi ini menyelidiki alasan ketidakpatuhan banyak HCP yang berpendidikan tinggi dan terlatih. Sebagian besar ahli bedah jarang melakukan HH, dan mempertahankan tingkat kepatuhan HH yang rendah yang menempatkan pasien mereka pada risiko. Kepatuhan > 7000 oleh dokter tampaknya, dapat dicapai dengan perawat yang sedang berlangsung memulai pendidikan, observasi dan umpan balik, (Mortell, 2012). Namun, tanpa dukungan dan dorongan konstan dari anggota tim perawat, ahli bedah kembali dengan mudah ke skor kepatuhan HH ketidakpatuhan < 6000 (Mortell, 2012). Ini adalah dakwaan yang menakutkan bahwa dokter tidak mematuhi rekomendasi HH berbasis bukti dan harus berulang kali diingatkan dan didorong untuk melakukan sesuatu yang sederhana seperti HH. Selain itu semua ahli bedah dan semua dokter harus mengingat Sumpah Hipokrates yang menyatakan 'pertama tidak membahayakan'.

Anestesi

Anestesi adalah lingkungan berisiko tinggi yang rentan terhadap infeksi pasien potensial karena banyak prosedur invasif yang diperlukan dan dilakukan setiap hari di OR. Namun, data tentang HH dalam anestesi juga terbatas, dengan penelitian minimal tentang peluang HH, kegiatan atau kepatuhan sesuai dengan rekomendasi WHO ((Biddle, C. & Shah, 2012), (Loftus, R. W., Muffly, M. K., Brown, J. R., Beach, M. L., Koff, M. D.,

Corwin, H. L., Surgenor, S. D., Kirland, K. B. & Yeager, 2011), (Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, 2011), (Koff, M. D., Loftus, R. W., Burchman, C. C., Schwartzman, J. D., Read, M. E., Henery, E. S. & Beach, 2009). Karakter insular perawatan anestesi sedemikian rupa sehingga HCP berfungsi tanpa banyak pengamatan dari anggota lain dari tim operasi karena mereka dikaburkan oleh pasien yang terbungkus. Hal ini berbeda dengan ahli bedah dan perawat yang terus-menerus memandang satu sama lain, diteliti di bawah budaya penetrasi aseptis. Namun demikian, literatur yang tersedia menyatakan bahwa ahli anestesi telah ditemukan berkontribusi terhadap penularan bakteri pra dan intra operasi karena beban kerja yang menuntut dan beberapa kali pertemuan pasien terbatas. Akibatnya bekerja dengan tangan yang terkontaminasi dapat diprediksi (Petty, 2013), Petty, (Petty, 2009), (Loftus, R. W., Muffly, M. K., Brown, J. R., Beach, M. L., Koff, M. D., Corwin, H. L., Surgenor, S. D., Kirland, K. B. & Yeager, 2011) mengidentifikasi bahwa sebelum kontak pasien, tangan ahli anestesi ditemukan tercemar oleh Methicillin Resistant Staphylococcus Aurous (MRSA), Enterococcus resisten Vankomisin dan Methicillin-Sensitive Staphylococcus Aurous. Diamati bahwa hanya 17% yang melakukan HH sepanjang waktu. Namun, (Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, 2011) mengamati hampir 100% ketidakpatuhan aktivitas HH oleh ahli anestesi sebelum kontak pasien dan mendokumentasikan kepatuhan 2% terhadap HH saat memasuki OR dan 8% saat keluar. Ahli anestesi juga diamati memakai sarung tangan non steril untuk prosedur aseptik atau untuk jangka waktu yang berlebihan ketika tidak diperlukan. Namun, ketika diminta untuk memakai sarung tangan, kurang dari 25% melakukannya (Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, 2011). Selain itu, (Pittet, D., Stephen, F., Hugonnet, S., Akakpo, C., Souweine, B. & Clergue, 2003) mengakui bahwa kepatuhan HH di PACU dengan dokter hanya 9%, mengkonfirmasi tingkat kepatuhan yang lebih rendah pada anestesi dibandingkan dengan dokter dari disiplin lain (Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa- Silva, C. L., Sauvan, V & Per eger, 2004). Dengan demikian, menggambarkan bahwa kepatuhan terhadap pedoman HH secara global oleh ahli anestesi sangat rendah, yang juga dikonfirmasi oleh pengamatan dalam penelitian ini (Gambar 1 dan 2).



Gambar 1. Ruang operasi - WHO '5 moments' Kepatuhan Kebersihan Tangan (2009)

Perawat

Keperawatan adalah "profesi peduli" dan menekankan tugas perawatan, tidak membahayakan? Jika tangan perawat menularkan patogen ke pasien, bahaya dapat dan sedang dilakukan. Tangan perawat bersentuhan dengan pasien dan sering terkontaminasi selama perawatan pasien rutin, seperti identifikasi pasien, penilaian fisik, merekam tanda-tanda vital atau saat menyentuh permukaan atau bahan yang terkontaminasi seperti troli (Kampf, G., Loffler, H. & Gastmeier, 2009); (Ogunsola, F. T. & Adensiji, 2008). Karena perawat melakukan tugasnya 24 jam / hari, 7 hari / minggu dalam pengaturan perawatan kesehatan seperti OR dan PACU, penting bahwa perawat mematuhi rekomendasi dan kebijakan HH. Selain itu, perawat diwajibkan oleh dewan pendaftaran global seperti Inggris, Dewan Keperawatan dan Kebidanan (NMC), untuk memastikan keselamatan pasien, sebagai pendukung pasien. Sikap perawat terhadap HH namun telah dikaitkan dengan ketidakpatuhan dan kurangnya kepemilikan, 'bukan masalah saya (Maxfield, 2011), (Morrow, E., Griffiths, P., Gopal, R. G. & Flaxman, 2011), (Campbell, 2010) dan (Pittet, D., Stephen, F., Hugonnet, S., Akakpo, C., Souweine, B. & Clergue, 2003) mendokumentasikan bahwa kepatuhan HH perawat hanya 20%. Selain itu, perawat berasumsi bahwa sarung tangan adalah alternatif untuk HH, sering memberikan perawatan kepada beberapa pasien dan gagal untuk menghapus sarung tangan untuk pelaksanaan yang tepat dari HH (Ott, M. & French, 2009) (World Health Organization (WHO), 2009) merekomendasikan penggunaan sarung tangan, pertama untuk melindungi HCP dari cairan tubuh dan untuk mengurangi risiko penyebaran kuman bukan sebagai alternatif untuk HH. Meskipun demikian, saat ini ada penyalahgunaan penggunaan sarung tangan yang luas yang melampaui indikasi yang direkomendasikan (Eveillard, M., Joly-Guillou, M. L. & Brunel, 2012) (Fuller, C., Savage, J. & Besser, 2011), (World Health Organization (WHO), 2009). Namun, hasil ini tidak didukung oleh kepatuhan HH yang diberikan oleh perawat OR dan PACU yang bekerja dalam penelitian ini, karena kepatuhan secara konsisten > 90 ° (Gambar 2).

Pasien

Penting untuk mengakui bahwa pasien harus dianggap sebagai bagian dari praktik integral yang terkait dengan kepatuhan HH. (Collins, F. & Hampton, 2005) melaporkan bahwa keterlibatan pasien benar-benar meningkatkan kepatuhan HCP HH sebesar 50%. (Penzais, 2010) menambahkan bahwa ketika pasien mengamati HCP melakukan HH 'tepat', mereka diyakinkan yang merupakan elemen penting untuk menghibur pasien sebelum operasi apa pun. Ini adalah pertimbangan penting dalam periode perioperatif karena masyarakat mendapat informasi yang baik bahwa MRSA adalah penyebab umum infeksi situs bedah (Kaye, K. S., Anderson, D. J., Sloane, R., Chen, L., Choi, Y., Link, K., Sexton, D. J. & Schmader, 2009) dan bahwa 200 0 HCP adalah pembawa persisten dan 30% adalah pembawa intermiten (Van Belgium, A., Melles, D. C., Nouwen, J., Van Keewen, L. W. & Van Wamel, 2009). Biofilm ada di mana-mana di seluruh rumah sakit, di dalam tubuh kita dan karena penumpahan organisme yang konstan dari biofilm, OR dan PACU HCP terus-menerus menyuntik apa pun yang mereka hubungi, ini termasuk pasien (Edmiston, C. E., Seabrook, G. R., Cambria, R. A., Brown, K. R., Lewis, B. D., Sommers, J. R., Krepel, C. J., Wilson, P. J., Sirski, S. & Towne, 2005), (Sheretz, R.J., Bassetti, S. & Bassetti-Wyss, 2001). Oleh karena itu, HH adalah hubungan penting untuk mengganggu kaskade infeksi dan HCAI.

Diskusi

Meskipun kemajuan ilmiah, medis dan perawatan kesehatan yang luar biasa selama abad terakhir HCAI masih ada, menghasilkan mortalitas dan morbiditas yang substansial (Mortell, 2012). Tangan adalah rute utama dimana HCAI di OR dan PACU terjadi dan mencuci tangan yang efektif (bukan scrub bedah) memakan waktu antara 30-

60 detik dan gosok tangan yang efektif antara 20-30 detik (World Heart Organization (WHO), 2009). (Centers for Diseases Control and prevention, 2002) bahkan merekomendasikan menggosok tangan yang kuat atau mencuci tangan selama 15 detik sebagai efektif. Namun penelitian menegaskan bahwa kepatuhan terhadap rekomendasi HH jarang melebihi 20-50%. Sangat penting bahwa semua HCP di OR dan PACU menyadari bahwa mereka bertanggung jawab atas praktik mereka sendiri dan dapat dimintai pertanggungjawaban atas tindakan kelalaian yang membahayakan keselamatan pasien mereka. Kelalaian termasuk kegagalan untuk mematuhi pedoman organisasi HH.

Faktor-faktor yang tak terhitung jumlahnya mendasari kepatuhan HH yang sedikit di antara HCP, ini termasuk kurangnya kesadaran, skeptisisme karena kurangnya data ilmiah pendukung (Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010); (Aykol, 2007). Kurangnya programmer pelatihan pengendalian infeksi yang tepat (Karabay, O., Ser can, I., Sahin, I., Alpteker, H., Ozcan, A. & Oksuz, 2005). Meskipun 90% dari nhs trust menyediakan data pengendalian infeksi selama pelatihan induksi, banyak trust gagal untuk memberikan update tahunan (Nazarko, 2009).

Kesalahpahaman mengenai HH juga berkontribusi terhadap kepatuhan yang rendah, contohnya termasuk, sarung tangan sebagai alternatif HH (Morrow, E., Griffiths, P., Gopal, R. G. & Flaxman, 2011) bersama dengan gagasan bahwa iritasi kulit terjadi karena praktik HH yang sering (Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010), (Karabay, O., Ser can, I., Sahin, I., Alpteker, H., Ozcan, A. & Oksuz, 2005). Selain itu kita juga harus mempertimbangkan peningkatan beban kerja, kurang kepegawaian, waktu terbatas, kurangnya panutan, kurangnya komitmen organisasi terhadap praktik HH yang efektif, ketidaksepakatan dengan kebijakan dan protokol, kurangnya motivasi HCP (Kampf, G. & Loffler, 2010), (Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010). Kurangnya fasilitas HH seperti air mengalir, wastafel, sabun antiseptik atau non-antiseptik, gosok alkohol dan handuk tangan yang tepat juga berperan dalam kepatuhan rendah terhadap praktik HH (Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, 2010), (Kampf, G., Loffler, H. & Gastmeier, 2009)

Daftar ini tidak terbatas, dengan strategi untuk meningkatkan kepatuhan HH termasuk, pelatihan staf dan tindak lanjut, kepemimpinan untuk memastikan bahwa produk HH tersedia dan mudah diakses (Kampf, G. & Loffler, 2010), (Campbell, 2010) bahkan merekomendasikan bahwa staf yang tidak patuh harus disiplin untuk menghindari pelanggaran kebijakan rumah sakit.

Dilema HH ini adalah masalah keselamatan dan advokasi pasien yang dikategorikan sebagai kegagalan untuk menerapkan pengetahuan yang diketahui dan praktik yang diharapkan terkait dengan HH, pada dasarnya memvalidasi "kesenjangan teori-praktik-etika" (Mortell, 2012). Bukti, yang berasal dari literatur menunjukkan bahwa ketidakpedulian terhadap rekomendasi praktik berbasis bukti. HCP di sebagian besar tingkatan telah diberikan pendidikan HH, menyadari rekomendasi HH organisasi, namun memilih untuk terang-terangan tidak patuh. Salah satu penjelasan yang mungkin untuk ketidakpatuhan HH mungkin, ada "kesenjangan etis" antara kegagalan untuk "tidak membahayakan" (Mortell, M., Balkhy, H., Tar nous, E. & Jong, 2013).

KESIMPULAN

Sejarah telah menunjukkan bahwa kepatuhan HH tidak diragukan lagi akan terus bermasalah dan bahwa kepatuhan HH akan tetap rendah, terlepas dari rekomendasi praktik berbasis bukti atau dukungan untuk lebih banyak pendidikan dan penelitian. Argumen ilmiah dan pendidikan tidak cukup dan mengingat hal ini. Dengan demikian rekomendasi penulis dimaksudkan bahwa kepemimpinan dalam organisasi perawatan kesehatan (HCO), pertama, menekankan kewajiban moral dan etika HH kepada HCP, terutama kepada dokter, ahli bedah dan ahli anestesi tentang dimulainya pekerjaan, selama pekerjaan dan bertahan sebagai kewajiban kontrak. Kedua, bahwa kepemimpinan HCO harus memberikan umpan balik yang sedang berlangsung kepada semua HCP yang

menginformasikan dan memvalidasi kepatuhan atau ketidakpatuhan mereka. Ketiga, strategi harus digunakan, menekankan pesan keselamatan dan tugas perawatan ketika merawat pasien. Selain itu, pengawasan HH departemen pengendalian infeksi harus mencakup area perawatan khusus terpisah seperti OR dan PACU untuk mencapai kepatuhan HH 1000%.

HH adalah tanggung jawab yang dimiliki oleh semua pemangku kepentingan, yang meliputi administrator, pemimpin, semua HCP dan pasien. Mengatasi kepatuhan adalah tugas semua HCP. Namun, HCP senior seperti konsultan, direktur keperawatan klinis, manajer perawat dan profesional kesehatan senior sekutu, harus mewakili panutan dan secara aktif memuja HH. Senior mengatakan dan melakukan, junior melihat dan melakukan, itu sesederhana ABC.

Pertimbangan etis

Untuk jenis penelitian ini, persetujuan formal tidak diperlukan, karena tidak mengidentifikasi organisasi atau individu yang terlibat. Data yang dikumpulkan juga didistribusikan ke ICPD untuk analisis berkelanjutan mereka untuk meningkatkan kepatuhan HH di antara HCP.

Deklarasi kepentingan

Penulis menyatakan tidak ada potensi konflik kepentingan sehubungan dengan kepengarangan, dan / atau publikasi artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aragon, D., Sole, M. L. & Brown, S. (2005). Outcomes of an infection prevention project focusing on hand hygiene and isolation practices. *American Association of Critical-Care Nurses*, 16(2), 121–132.
- Askarian, M., Khalooee, A. & Emroodi, N. N. (2006). Personal hygiene and safety of government hospital staff in Shira, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(3), 431–437.
- Aykol, A. D. (2007). Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 431–437.
- Bellaard-Smith, E.R. & Gillespie, E. E. (2012). Implementing Hand Hygiene strategies in the operating suite. *Healthcare Infection*. *Healthcare Infection*, 17(1), 33–37.
- Biddle, C. & Shah, J. (2012). Quantification of anesthesia providers' hand hygiene in a busy metropolitan operating room: What would Semmelweis think? *American Journal Of Infection Control*, 40(8), 756–759.
- Campbell, R. (2010). Hand washing compliance goes from 330 0 to 950 0 steering team of key player's drives process. *Healthcare Benchmarks and Quality Improvement*, 17(1), 5–6.
- Centers for Diseases Control and prevention. (2002). *Guidelines for hand hygiene in health care settings*. <http://cdc.gov/handhygiene/>
- Collins, F. & Hampton, S. (2005). Hand washing and MRSA'. *British Journal of Nursing*, 14(13), 703–707.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Bamsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. D. & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-31.
- Davis, C. R. (2010). Infection free surgery: how to improve hand hygiene compliance and eradicate MRSA from surgical wards. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 92(4), 316–319.
- Devnani, M., Kumar, R., Sharma, R. K. & Gupka, A. K. (2011). A survey of hand washing facilities in the outpatient department of a tertiary care teaching hospital in India. *Journal Of Infection in Developing Countries*, 5(2), 114–118.
- Edmiston, C. E., Seabrook, G. R., Cambria, R. A., Brown, K. R., Lewis, B. D., Sommers,

- J. R., Krepel, C. J., Wilson, P. J., Sirski, S. & Towne, J. B. (2005). Molecular epidemiology of microbial contamination in the operating room: Is there a risk of infection? *Surgery*, 138(4), 573–582.
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, J., Richardus, J. H., Behrendt, M. D. Vos, M. C. & van Beeck, E. F. (2010). Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 3(3), 283-294.
- Eveillard, M., Joly-Guillou, M. L. & Brunel, P. (2012). Correlation between glove use practices and compliance with hand hygiene in a multicenter study with elderly patients. *American Journal of Infection Control*, 40(4), 387–388.
- Fuller, C., Savage, J. & Besser, S. (2011). The Dirty Hand in the Latex Glove: A Study of Hand Hygiene Compliance when Gloves are Worn. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 32(12), 1194-1199.
- Gaba, D. M. (2004). The Future Vision of Simulation in Health Care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), 2–10.
- Hebra, F. (1847). Hochst wichtige erfahrungen uber die aetiologie der an gebaranstalten epidemischen puerperalfieber. *Zeitschrift Der Kk Gesellschaft Der Arte Zu Wien*, 4(1), 242–244.
- Hebra, F. (1848). Fortsetzung der erfahrungen uber die aetiologie der an gebaranstalten epidemischen puerperalfieber. *Zeitschrift Der Kk. Gesellschaft Der Arte Zu Wien*, 5.
- Ilan, R. & Fowler, R. (2005). Brief History of Patient Safety Culture and Science. *Journal of Critical Care*, 20(1), 2–5.
- Joint Commission International (JCI). (2011). *International patient safety goals update*.
- Kaier, K., Wilson, C., Hulscher, M., Wollersheim, H., Huis, A. & Borg, M. (2012). Implementing bundles of infection prevention and management. *Infection*, 40(2), 225–228.
- Kampf, G., Loffler, H. & Gastmeier, P. (2009). Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections. *DeutschesArzteblatt International*, 106(40), 649–655.
- Kampf, G. & Loffler, H. (2010). Hand disinfection in hospitals-benefits and risks. *Journal of the German Society of Dermatology*, 8(12), 978–983.
- Karabay, O., Sercan, I., Sahin, I., Alpteker, H., Ozcan, A. & Oksuz, S. (2005). Compliance and efficacy of hand rubbing during in hospital practice: Medical principles and Practice. *Journal of the Kuwait University*, 14(5), 313–317.
- Kaye, K. S., Anderson, D. J., Sloane, R., Chen, L., Choi, Y., Link, K., Sexton, D. J. & Schmader, K. E. (2009). The effect of surgical site infection on older operative patients. *Journal of the Geriatric Society*, 57(1), 46–54.
- Koff, M. D., Loftus, R. W., Burchman, C. C., Schwartzman, J. D., Read, M. E., Henery, E. S. & Beach, M. L. (2009). Reduction of intraoperative bacterial contamination of peripheral IV tubing through the use of a novel device. *Anesthesiology*, 110(5), 978–985.
- Krediet, A. C., Kalkman, C. J. & Bonten, M. J. Gigengack, A. C. & Barach, P. (2011). Hand hygiene practices in the operating room: an observational study. *British Journal of Anaesthesia*, 107(4), 553–558.
- Loftus, R. W., Muffly, M. K., Brown, J. R., Beach, M. L., Koff, M. D., Corwin, H. L., Surgenor, S. D., Kirland, K. B. & Yeager, M. P. (2011). Hand contamination of anesthesia providers is an important risk factor for intraoperative bacterial transmission. *Anesthesia and Analgesia*, 112(1), 98–105.
- Mani, A., Shubangi, A. M. & Saini, R. (2010). Hand hygiene among health care workers. *Indian Journal of Dental Research*, 21(1), 115-118.
- Maxfield, D. & D. (2011). Influencing hand hygiene at spectrum health. *Physician Executive*, 37(3), 30–32.
- Moment, K. & Fergie, G. R. (2010). Nursing activity recognition using inexpensive game controller: an application to infection control. *Journal of European Society for*

- Engineering and Medicine*, 18(6), 393–408.
- Morrow, E., Griffiths, P., Gopal, R. G. & Flaxman, D. (2011). Somebody else's problem? Staff perceptions of the sources of control of MRSA. *American Journal Of Infection Control*, 39(4), 284–291.
- Mortell, M., Balkhy, H., Tar nous, E. & Jong, M. T. (2013). Physician "defiance" toward hand hygiene compliance : Is there a theory practice ethics gap? *Journal of the Saudi Heart Association*, 2(1), 149–152.
- Mortell, M. (2012). Hand Hygiene compliance: is there a theory practice ethics gap? *British Journal of Nursing*, 21(17), 1011–10114.
- Nazarko, L. (2009). Potential pitfalls in adherence to hand washing in the community. *British Journal of Community Nursing*, 14(2), 64–68.
- NHS. (2007). *National Hand Hygiene NHS Campaign, Compliance with Hand Hygiene - Audit Report*. <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/national-hand-hygiene-campaign/audit-report-2007-12-27.pdf>
- Ogunsola, F. T. & Adensiji, Y. O. (2008). Comparison of 4 methods of hand washing in situations of inadequate water supply. *West African Journal of Medicine*, 27(1), 24–28.
- Ott, M. & French, R. (2009). Hand hygiene compliance among health care staff and students in a mental health setting. *Mental Health Nursing*, 30(2), 702–704.
- Penzais, A. (2010). Don't get complacent with hand hygiene. *Emergency Department of Nursing*, 13(5), 54–55.
- Petty, W. C. (2009). PACU - Why hand washing is vital. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(2), 250–253.
- Petty, W. C. (2013). Closing the Hand Hygiene Gap in the Post Anesthesia Care Unit: A Body Worn Alcohol Based Dispenser. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28(2), 87–97.
- Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa- Silva, C. L., Sauvan, V & Per eger, T. V. (2004). Hand hygiene among physicians: performance beliefs and perceptions. *Annals Of Internal Medicine*, 141(1), 1–8.
- Pittet, D., Stephen, F., Hugonnet, S., Akakpo, C., Souweine, B. & Clergue, F. (2003). Hand cleansing during post anesthesia care. *Anesthesiology*, 99(3), 530–535.
- Pittet, D. & Donaldson, L. (2005). Clean care is safer care: a worldwide priority. *The Lancet*, 366(9493), 1246–1247.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Nursing ResearchN: Principles and Metlzods*, Lippincott, New York.
- Pratt, R. J., Pellowe, C. M., Wilson, J. A., Loveday, H. P., Harper, P. J., Jones, S. R., McDougall, C. & Wilcox, M. H. (2007). Epic 2: National Evidence Based Guidelines for Preventing Health Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 65(1), S1–\$64.
- Pronovost, P. J., Sexton, J. B., Pham, J. C., Goeshel, C. A., Winters, B. D. & Miller, M. R. (2006). Measurement of quality and assurance of safety in the critically ill. *Clinic and Chest Medicine*, 30(1), 169–179.
- Routh, C. H. F. (1849). On the Causes of the Endemic Puerperal Fever of Vienna. *Medico-CNirurgical Transactions*, 32, 27–40.
- Sheretz, R.J., Bassetti, S. & Bassetti-Wyss, B. (2001). "Cloud" health-care workers. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 241–244.
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M. Wachter, R. M. & Markowitz, A. J. (2001). Making health care safer: a critical analysis outpatient safety practices. *Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M. Wachter, R. M. & Markowitz, A. J., 43, 1–668.*
- Smith, J. M. & Lokhurst, D. B. (2009). Infection control: can nurses improve hand hygiene practice? *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, 11(1), 1–6.
- Smith, S. M. (2009). A review of hand washing techniques in primary care and community setting. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 786–790.

- Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M. B., Talbot, T. R. & Wall, R. J. (2010). Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 592–596.
- Stone, P. W., Braccia, D., Larson, E. (2005). Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal Of Infection Control*, 33(6), 501–509.
- Takahashi, I. & Turule, S. (2010). Evaluation of individual and facility factors that promote hand washing in aged care facilities in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 12(1), 127-134.
- Trampuz, A. & Widmer, A. F. (2004). Hand Hygiene: a frequently missed lifesaving opportunity during patient care. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(1), 109–116.
- Van Belkum, A., Melles, D. C., Nouwen, J., Van Keulen, L. W. & Van Wamel, W. (2009). Co-evolutionary aspects of human colonization and infection by staphylococcus aureus. *Infection, Genetics and Evolution*, 9(1), 32–47.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Guidelines on Hand Hygiene in health care. First global patient safety challenge. Clean care is safer care. Geneva, Switzerland.*
- Zulfa, F., & Kusuma, H. (2020). Upaya Program Balai Edukasi Corona Berbasis Media Komunikasi Dalam Pencegahan Penyebaran Covid-19. *Jurnal Abdimas Kesehatan Perintis*, 2(1), 17–24.
<https://www.jurnal.stikesperintis.ac.id/index.php/JAKP/article/view/445>