

BAB 1

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Insiden luka bakar di Rumah Sakit Dr. Soetomo pada tahun 2012 – 2016 sebanyak 425 pasien dengan mortalitas mencapai 22,3%. Berdasarkan data tersebut, ditemukan bahwa sebanyak 291 pasien (68%) adalah laki – laki, sementara 134 pasien (32%) adalah perempuan. Penyebab luka bakar pada dewasa dan anak berdasarkan data yang dikumpulkan di Unit Luka Bakar RSUD Dr. Soetomo periode 2012 – 2016 yang tersering secara berurutan adalah api (53,64%), *scald* (22,82%), listrik (18,8%), minyak goreng (2,82%), cairan besi panas (0,47%), serta bahan kimia dan uap panas sebanyak sama besar (0,7%) (Sjaifuddin Noer *et al.*, 2018). Selain menimbulkan reaksi sistemik, luka bakar juga dapat menimbulkan reaksi lokal. Pada reaksi lokal akan terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan vasodilatasi, sehingga berdampak terjadinya ekstrasvasi cairan dan protein. Jika tidak segera ditangani dapat terjadi syok hipovolemik pada pasien luka bakar, sehingga diperlukan penanganan resusitasi cairan. Keterlambatan resusitasi cairan dapat menyebabkan *renal failure*, *multiple organ failure* dan sepsis (Puger R., 2013).

Luka bakar adalah kerusakan jaringan akibat kontak dengan sumber panas. Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut juga dapat dipindahkan melalui konduksi dan radiasi elektro magnetik. Luka bakar dibagi menjadi beberapa derajat berdasarkan luas permukaan yang terkena, yaitu derajat I, derajat II dan derajat III. Luka bakar menyebabkan epidermis menjadi rusak atau hilang, oleh karena itu pada kasus luka bakar akan menimbulkan kehilangan cairan. Cairan yang hilang bergantung pada luas daerah yang terkena luka bakar. Kehilangan cairan dapat menyebabkan kerusakan fungsi dan metabolisme tubuh. Semua sistem terganggu terutama sistem kardiovaskular, karena semua organ memerlukan aliran darah yang adekuat, maka perubahan fungsi kardiovaskular memiliki dampak terhadap ketahanan tubuh pasien dan pemulihan pasien (Corwin J. E., 2009). Luka bakar merupakan masalah kompleks yang memerlukan penanganan dan perawatan khusus. Perawatan luka bakar

dapat dilakukan dengan pemantauan fisiologi cairan dan elektrolit, pemantauan nutrisi, pemantauan kardiopulmonar dan perawatan luka (Schwartz S. *et al*, 2000).

Resusitasi cairan dengan koloid dan larutan kristaloid adalah intervensi yang dilakukan pada keadaan akut. Pemilihan dan penggunaan cairan resusitasi pada dasarnya berdasarkan prinsip fisiologi, tetapi praktek klinik kebanyakan menetapkan berdasarkan preferensi klinisian yang ditandai dengan variasi regional. Tidak ada cairan resusitasi yang ideal. Hal ini menjadi bukti yang timbul berdasarkan jenis dan dosis cairan resusitasi, mungkin mempengaruhi hasil yang berpusat pada pasien. Meskipun mungkin dari dasar fisiologi mengambil kesimpulan bahwa larutan koloid tidak disarankan sebagai substansi yang menguntungkan melebihi larutan kristaloid dengan respek terhadap efek hemodinamik. Albumin dianggap sebagai rekomendasi larutan koloid, tetapi penggunaannya terbatas karena harganya. Namun, albumin telah di determinasikan penggunaannya yang sangat aman sebagai cairan resusitasi terbaik pada kasus kritis dan mungkin berperan pada sepsis, yang digunakan berkaitan dengan peningkatan mortalitas diantara pasien dengan cedera trauma otak. Penggunaan larutan *Hydroxyethyl Starch* (HES) berkaitan dengan angka peningkatan terapi penggantian ginjal dan kejadian merugikan diantara pasien pada *Intensive Care Unit* (ICU). Hal ini bukan bukti untuk merekomendasikan penggunaan larutan koloid semisintetik lainnya (Fatir M., 2018).

Larutan garam seimbang dipandang sebagai cairan resusitasi awal, meskipun ini adalah bukti kecil langsung berkenaan dengan perbandingan keamanan dan kemanjurannya. Penggunaan normal salin berkaitan dengan perkembangan asidosis metabolik dan gagal ginjal akut. Keamanan larutan hipertonik tidak menentu. Semua cairan resusitasi dapat berkontribusi terhadap formasi edema interstisial, terutama sekali apabila dibawah kondisi inflamasi, yang mana cairan resusitasi digunakan berlebih. Pemilihan cairan spesifik seharusnya berdasarkan indikasi, kontra indikasi dan efek toksik potensial, yang dipesankan adalah kemanjuran maksimal dan toksisitas minimal.

Berdasarkan data diatas, maka penelitian ini perlu dilakukan untuk mengetahui pengaruh resusitasi cairan sehingga tercapainya normal volume pada pasien luka bakar. Penelitian ini

dilakukan di RSUD Dr. Soetomo karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit umum daerah yang menjadi tempat rujukan terbanyak di daerah Jawa Timur.

2. Rumusan Masalah

Bagaimana profil penggunaan terapi resusitasi cairan pada pasien luka bakar >20% di RSUD Dr. Soetomo?

3. Tujuan Penelitian

3.1 Tujuan Umum

Mengetahui profil penggunaan terapi resusitasi cairan pada pasien luka bakar >20% di RSUD Dr. Soetomo yang MRS <24 jam.

3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan profil, jenis, dosis dan frekuensi pemberian terapi resusitasi cairan pada pasien luka bakar >20% di RSUD Dr. Soetomo yang MRS <24 jam.
2. Mengetahui hubungan antara derajat luka bakar pasien dengan pemberian resusitasi cairan yang diberikan.
3. Mengkaji hubungan penggunaan cairan dan hasil terapi melalui data klinis pasien.

4. Manfaat Penelitian

4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi serta saran bagi penelitian selanjutnya khususnya dalam penelitian terkait profil penggunaan terapi resusitasi cairan pada pasien luka bakar >20% di RSUD Dr. Soetomo.

4.2 Manfaat Praktis

Menambah pengetahuan tenaga medis mengenai resusitasi cairan pada pasien luka bakar serta dapat menjadi bahan dalam peningkatan kualitas perawatan dan pengobatan pada pasien luka bakar di RSUD Dr. Soetomo.