

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Luka bakar merupakan luka yang unik diantara bentuk-bentuk luka lainnya karena luka tersebut meliputi sejumlah besar jaringan mati (eskar) yang tetap berada pada tempatnya untuk jangka waktu yang lama (Smeltzer, 2001). Keparahan luka bakar bergantung pada suhu agen penyebab luka bakar, lamanya waktu terpapar, dan luas area tubuh yang terpapar agen penyebab luka bakar (Noer, 2006).

Setiap tahunnya diperkirakan 500.000 orang mengalami luka bakar ringan dan jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit akibat luka bakar sendiri lebih dari 40.000 pasien (Pitts *et al.*, 2008). Dari data pasien yang dirujuk ke *burn center*, 47% diantaranya mengalami insiden luka bakar di rumah, 27% di jalan, 8% di tempat kerja, 5% di tempat rekreasi, dan 13% sisanya dari sumber lainnya. Ditinjau dari penyebabnya, 40% dari cedera luka bakar disebabkan oleh api, 30% oleh air panas, 4% oleh listrik, 3% oleh bahan kimia, dan sisanya oleh sumber panas yang lain seperti sinar UV, laser, dan lain-lain (Miller *et al.*, 2008). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi luka bakar di Jawa Tengah adalah 7,2% dari seluruh kejadian cedera total. Di Unit Luka Bakar RSUD Dr. Soetomo Surabaya, jumlah kasus yang dirawat selama satu tahun (Januari-Desember 2000) adalah sebanyak 106 kasus atau 48,4% dari seluruh penderita bedah plastik yang dirawat (219

pasien), jumlah kematian akibat luka bakar sebanyak 28 pasien atau sekitar 26,41% dari seluruh penderita luka bakar (Noer, 2006).

Pasien yang mengalami luka bakar, khususnya luka bakar berat/mayor akan kehilangan barier kulit sebagai akibat kontak dengan *burning agent*. Kehilangan barier kulit ini menyebabkan pasien mengalami kondisi inflamasi sehingga meningkatkan resiko terjadinya peningkatan permeabilitas kapiler. Peningkatan permeabilitas kapiler dapat mengakibatkan ekstrasvasi cairan atau perpindahan protein plasma, H₂O, dan elektrolit dari intravaskular menuju interstisial yang terjadi dalam 24-36 jam pasca trauma (Smeltzer, 2001 ; Beccera *et al.*, 2013 ; Dunne & Rawlins, 2014). Perpindahan cairan yang berlangsung terus-menerus ini akan berdampak pada penurunan volume cairan intravaskular dan albumin intravaskular yang diikuti dengan penurunan tekanan onkotik. Berpindahanya cairan dari intravaskular ke interstisial dan keseimbangan tekanan onkotik sangat dipengaruhi oleh kadar albumin dalam plasma (Hidayatsyah, 2008). Pada keadaan dimana kadar albumin dalam plasma menurun, transfusi albumin menjadi salah satu pilihan tatalaksana yang telah dipakai selama lebih dari 60 tahun (Hasan & Indra, 2008; Zhou *et al.*, 2013).

Berdasarkan Pedoman Penggunaan Albumin RSUD dr. Soetomo Surabaya (PPARSDS) (2003), konsentrasi cairan albumin yang digunakan adalah albumin 20% atau albumin 25% yang berfungsi untuk membantu penarikan cairan dari ekstrasvaskular menuju intravaskular pada 24 jam pasca trauma sehingga mencegah kemungkinan terjadinya syok hipovolemik. Selain itu, albumin serum biasanya digunakan sebagai parameter lama penyembuhan luka sebab kadar albumin di bawah 3 g/dL mempunyai hubungan

secara signifikan dengan lamanya penyembuhan luka, seperti luka pasca operasi (Agung, 2005). Namun albumin dalam pengaturan klinis terus menjadi pertimbangan disebabkan karena penggunaannya membutuhkan biaya yang relatif tinggi dan dilakukan pembatasan penggunaan berdasarkan tingkat keparahan serta rendahnya kadar albumin pasien (Boldt, 2010).

Regimen dosis pemberian albumin adalah satu flask untuk membantu penarikan cairan yang dihabiskan dalam waktu 1 jam/hari hingga tercapai kadar normal albumin dalam tubuh (sekitar 2,5-3,0 g/dL) (PPARSDS, 2003). Hal yang perlu diperhatikan pada penggunaan albumin adalah durasi pemberiannya tidak boleh lebih dari 4 jam setelah kemasan dibuka sebab berkaitan dengan stabilitas sediaan albumin yang mudah terkoagulasi oleh panas. Albumin disarankan diberikan dengan laju infusi tidak lebih dari 2 mL/menit (100 ml dalam 4 jam) sebab laju yang lebih cepat dapat menyebabkan penurunan tiba-tiba pada tekanan darah utamanya pada pasien geriatri dengan risiko gagal jantung kongestif (Zhou et al., 2013). Meskipun pemberian albumin dapat mengatasi kondisi syok hipovolemik, penggunaan albumin yang tidak tepat seperti tidak adanya penyesuaian dosis dengan kondisi pasien justru dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik kembali (Moenadjat, 2009).

Berdasarkan latar belakang di atas, penggunaan albumin khususnya pada pasien luka bakar perlu diperhatikan berkaitan dengan penyesuaian dosis, efek samping yang mungkin ditimbulkan, dan masalah-masalah lain yang mungkin muncul selama pemberian albumin. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengkaji pola pemberian albumin pada pasien luka bakar sehingga dapat

meningkatkan jaminan keberhasilan terapi serta memberikan manfaat untuk pasien, para klinisi, dan pihak rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana profil penggunaan albumin pada pasien luka bakar di *Burn Unit* RSDS dilihat dari Data Medik Kesehatan (DMK) pasien?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pola penggunaan cairan albumin pada pasien Luka Bakar di RSDS.

1.3.2 Tujuan Khusus

- (1) Mempelajari regimen penggunaan cairan pada pasien luka bakar.
- (2) Menjelaskan keterkaitan antara kadar albumin dengan *outcome* terapi pada pasien luka bakar.
- (3) Mengidentifikasi *Drug Related Problem* (DRP) terkait penggunaan cairan albumin pada pasien luka bakar.

1.4 Manfaat Penelitian

(1) Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi masukan untuk mengetahui permasalahan terkait penggunaan cairan albumin yang diberikan kepada pasien luka bakar sehingga dapat menambah informasi bagi para klinisi.

(2) Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

Studi ini dapat digunakan sebagai pendahuluan untuk penelitian selanjutnya maupun referensi untuk penelitian terkait di masa yang akan datang.

