

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

A. Laparotomi

1. Pengertian

Laparotomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, 2010).

2. Jenis Laparotomi

Jenis- jenis pembedahan *laparotomi* menurut (Jitowiyono, 2010)

- a) *Midline incision*, yaitu sayatan ke tepi dari garis tengah abdomen
- b) *Paramedian*, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm)
- c) *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy
- d) *Transverse lower abdomen incision*, yaitu insisi melintang di bawah ± 4 cm diatas anterior spinal iliaka, misalnya: operasi appendictomy.

3. Indikasi

Menurut (Jitowiyono, 2010) ada beberapa indikasi *laparotomi* yaitu:

- a) Trauma abdomen (tumpul/ tajam) / ruptur hepar.
- b) Peritonitis
- c) Perdarahan saluran pencernaan

- d) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e) Adanya masa pada abdomen.

4. Fase Penyembuhan Luka

Kozier, Erb, Berman & Snyder (2010) menjelaskan bahwa proses penyembuhan luka terbagi atas tiga fase: inflamasi, proliferasi, dan maturasi atau remodeling.

a) Fase Inflamasi

Fase inflamasi dimulai segera setelah cedera dan berlangsung selama 3 sampai 6 hari. Dua proses utama yang terjadi selama fase ini: hemostasis dan fagositosis.

Hemostasis (penghentian perdarahan) akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah besar pada area yang terkena, retraksi (penarikan kembali) pembuluh darah yang cedera, deposisi fibrin (jaringan ikat), dan pembentukan bekuan darah pada area tersebut. Bekuan darah yang terbentuk dari platelet darah memberikan matriks fibrin yang membentuk kerangka untuk perbaikan sel. Keropeng juga dapat terbentuk pada permukaan luka. Keropeng yang mengandung bekuan darah dan jaringan mati juga membantu hemostasis dan menghambat kontaminasi mikroorganisme pada luka. Pada bagian bawah keropeng ini, sel epitel akan bergerak menuju luka dari tepi luka. Sel epitel berfungsi sebagai barier antara tubuh dan lingkungan untuk mencegah masuknya mikroorganisme.

Fase inflamasi juga meliputi respon vaskular dan seluler yang bertujuan membuang semua zat asing dan jaringan yang rusak dan mati. Aliran darah ke area luka meningkat, membawa oksigen dan zat gizi yang dibutuhkan dalam proses penyembuhan luka. Akibatnya, area luka terlihat kemerahan dan bengkak.

Selama perpindahan sel, leukosit (terutama, netrofil) akan bergerak masuk ke dalam ruang interstisial. Makrofag yang berasal dari monosit darah akan menggantikan semua leukosit ini dalam 24 jam setelah cedera. Kemudian, semua makrofag tersebut menghancurkan mikroorganisme dan debris sel melalui sebuah proses yang dikenal sebagai fagositosis. Makrofag juga mensekresi faktor angiogenesis (AGF), yang memicu pembentukan epitel pada pembuluh darah akhir yang cedera. Jaringan mikrosirkulasi yang terjadi dapat mempertahankan proses penyembuhan dan luka selama kehidupannya. Respon inflamasi ini sangat penting dalam proses penyembuhan dan tindakan yang dapat mengganggu proses inflamasi, seperti obat steroid dapat meningkatkan risiko pada proses penyembuhan luka.

b) Fase Poliferasi

Fase poliferasi, fase kedua dalam proses penyembuhan, terjadi pada hari ke 3 atau ke 4 sampai hari ke 21 setelah

cedera. Fibroblas (sel jaringan ikat) yang bermigrasi ke luka dalam 24 jam setelah cedera mulai mensintesis kolagen. Kolagen merupakan zat protein berwarna keputihan yang dapat meningkatkan kekuatan regangan pada luka. Saat jumlah kolagen bertambah, semakin meningkat pula kekuatan luka, sehingga kemungkinan luka untuk terbuka semakin berkurang. Apabila luka telah dijahit, “jembatan penyembuhan” akan terlihat di bawah garis jahitan yang utuh. Kolagen yang baru seringkali dapat terlihat pada luka yang tidak mengalami penyatuan.

Pembuluh darah kapiler akan tumbuh melewati luka dan meningkatkan aliran darah. Fibroblas bergerak dari aliran darah ke dalam luka dan menyimpan benang-benang fibrin dalam luka. Saat jaringan pembuluh darah kapiler terbentuk, jaringan akan terlihat merah cerah. Jaringan ini disebut dengan jaringan granulasi, yang rapuh dan mudah berdarah.

Apabila tepi luka tidak merapat, area tersebut akan terisi oleh jaringan granulasi. Saat jaringan granulasi matang, sel epitel yang berasal dari bagian tepi luka akan bergerak masuk ke area jaringan granulasi yang telah matang dan kemudian berproliferasi di atas lapisan jaringan ikat ini untuk mengisi daerah luka. Apabila proses epitelisasi tidak dapat menutup area luka, area luka akan tertutup dengan plasma sel yang

kering dan sel-sel mati. Area ini disebut eskar. Pada awalnya, luka yang sembuh melalui penyembuhan sekunder menghasilkan drainase luka bercampur darah (serosanguineus). Setelah itu, apabila sel epitel tidak menutup area luka, area tersebut akan tertutup oleh jaringan abu-abu yang tebal dan mengandung benang-benang fibrin yang pada akhirnya berubah menjadi jaringan perut kaku.

c) Fase Maturasi

Fase maturasi mulai terjadi sekitar hari ke 21 dan dapat berlangsung selama 1 sampai 2 tahun setelah cedera luka. Kemudian fibroblas terus mensintesis kolagen. Serat-serat kolagen tersebut, yang pada awalnya memiliki bentuk yang tidak beraturan akan berubah menjadi struktur jaringan yang teratur. Selama proses maturasi jaringan, luka akan mengalami pembaruan bentuk dan kontraksi. Jaringan perut akan menjadi lebih kuat, namun area yang sedang mengalami perbaikan tidak akan menjadi kuat seperti jaringan asalnya. Pada beberapa individu, terutama individu yang berkulit gelap, pada area luka akan muncul kolagen dalam jumlah yang tidak normal. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya jaringan parut yang hipertrofik, atau keloid.

B. Nyeri

1. Pengertian

Nyeri adalah salah satu pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah, jika tidak ditangani membahayakan fisiologis dan psikologis bagi kesehatan (Kozier, Erb, Berman , & Snyder, 2010).

Nyeri adalah suatu hal yang dikatakan oleh seseorang tentang nyeri dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri(Potter & Perry,2009).

2. Jenis- jenis nyeri

Nyeri dapat dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri berlangsung (akut atau kronis) atau dengan kondisi patologis :

a) Nyeri akut

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan sedikit memiliki kerusakan jaringan serta respon emosional.

b) Nyeri kronis / menetap

Nyeri kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan , tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan bagi seseorang.

c) Nyeri kronis yang tak teratur (Episodik)

Nyeri yang sesekali terjadi dalam jangka waktu tertentu. Nyeri ini berlangsung dalam beberapa jam, hari, atau minggu.

d) Nyeri akibat kanker

Nyeri ini biasanya disebabkan oleh adanya berkembangnya tumor dan berhubungan oleh proses patologis, prosedur invasif, toksin-toksin dari pengobatan, infeksi, dan keterbatasan secara fisik.

e) Nyeri idiopatik

Nyeri kronis dari ketiadaan penyebab fisik atau psikologis yang dapat diidentifikasi .

3. Faktor- faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Potter & Perry (2010) faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya usia, kelemahan, gen, fungsi neurologis, perhatian, keluarga dan dukungan sosial, tehnik koping, dan budaya.

a. Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri, terutama pada bayi dan dewasa akhir. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan diantara kelompok umur tersebut mempengaruhi bagaimana anak- anak dan dewasa akhir berespon terhadap nyeri.

b. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan penurunan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi sepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

c. Gen

Informasi genetik yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri.

d. Fungsi neurologis

Faktor yang dapat mengganggu atau mempengaruhi penerimaan atau persepsi nyeri yang normal

e. Perhatian

Tingkatan dimana klien memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri yang dirasakan mempengaruhi persepsi nyeri.

f. Keluarga dan dukungan sosial

Meski nyeri masih terasa, tetapi kehadiran keluarga atau teman dekat untuk dukungan, bantuan, atau perlindungan

g. Teknik Koping

Teknik koping memengaruhi kemampuan untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang memiliki kontrol terhadap situasi internal merasa bahwa mereka dapat mengontrol kejadian-kejadian dan akibat yang terjadi dalam hidup mereka, seperti Nyeri.

h. Budaya

Nilai-nilai dan kepercayaan terhadap budaya memengaruhi bagaimana seorang individu mengatasi rasa sakitnya.

4. Tanda dan gejala nyeri

Tanda gejala nyeri ada bermacam- macam perilaku yang tercermin dari pasien. Secara umum orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis berupa :

- a. Suara seperti Menangis, Merintih, menarik/ menghembuskan napas
- b. Ekspresi wajah meringiu mulut
- c. Menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat/ membuka mata atau mulut, menggigit bibir
- d. Pergerakan tubuh Kegelisahan, mondar- mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial yaitu menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri (Mohammad, Sudarti, & Fauziah, 2012).

5. Fisiologi Nyeri

Pemahaman tentang proses terjadinya nyeri dan bagaimana status psikologi pasien sangat penting untuk diketahui, karena pemahaman ini akan berdampak pada pengkajian dan intervensi nyeri.

Proses fisiologi nyeri yang berhubungan dengan persepsi nyeri digambarkan sebagai nosisepsi. Empat proses yang terlibat dalam nosisepsi yaitu transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi.

a. Transduksi

Transduksi adalah stimulus nyeri yang diubah ke bentuk yang dapat diakses oleh otak (Turk & Flor, 1999 dalam Harahap, 2007). Selama fase transduksi, stimulus berbahaya dapat memicu pelepasan mediator biokimia yang mensensitisasi nosiseptor (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

b. Transmisi

Proses ini melalui tiga segmen yaitu segmen pertama impuls nyeri berjalan dari serabut saraf tepi ke medula spinalis. Segmen kedua adalah transmisi dari medula spinalis dan ascendens, melalui traktus spinotalamik ke batang otak dan talamus. Segmen tiga melibatkan transmisi sinyal antara talamus ke korteks sensorik somatik tempat terjadinya nyeri.

c. Persepsi

Proses ini adalah titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Stimulus nyeri ditransmisikan naik ke medulla spinalis ke talamus dan otak tengah. Dari talamus, serabut mentransmisikan pesan nyeri ke berbagai area otak, termasuk korteks sensori dan korteks asosiasi, lobus frontalis dan sistem limbik (Potter & Perry, 2005).

d. Modulasi

Proses ini terjadi saat neuron di batang otak mengirimkan sinyal menuruni kornu dorsalis medulla spinalis. Serabut descendens

ini melepaskan zat seperti opioid endogen, serotonin, dan norepinefrin yang dapat menghambat naiknya impuls bahaya di kornus dorsalis (Kozier, Erb, Berman, & Snyder 2010).

6. Pengkajian Nyeri

Tidak ada cara yang tepat untuk menjelaskan seberapa berat nyeri seseorang. Individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Mohamad, sudarti, & fauziah, 2010). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

a. Riwayat Nyeri

Pengingat PQRST

1) P : Provokasi (penyebab terjadinya nyeri)

Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

2) Q : Quality

Kualitas nyeri yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial atau bahkan digencet.

3) R : Region

Untuk mengkaji lokasi nyerinya, tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

4) S : Severe

Untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri, hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri.

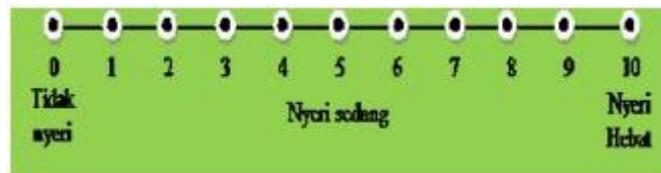
5) T : Time

Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

7. Pengukuran Skala Nyeri

a. Menggunakan Numeric Rating Scale

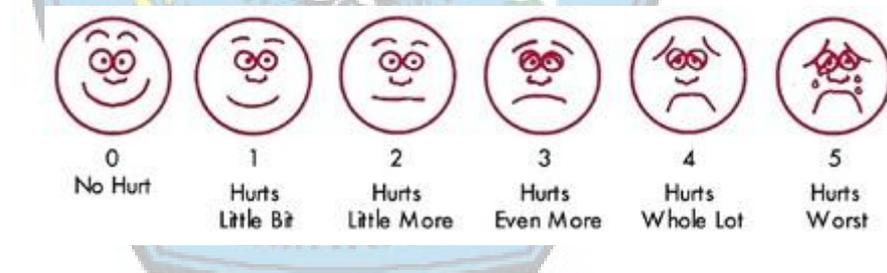
Penilaian skala ini dapat digunakan sebagai alat untuk pendeskripsian kami. Pada skala ini klien menilai nyeri dengan menggunakan angka 0-10. Skala yang paling efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah tindakan terapeutik.



Gambar 2.1 Numerik rating scale

b. Wong dan Baker “ Skala nyeri wajah “

Untuk skala wajah biasanya digunakan untuk anak- anak yang berusia dibawah 7 tahun. Skala tersebut terdiri dari 6 wajah kartun mulai dari wajah tersenyum (tidak sakit) sampai meningkatnya wajah yang tidak bahagia, kepada kesedihan yang amat sangat, wajah menangis (nyeri sangat hebat).



Gambar 2.2 skala nyeri wajah

8. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri dikelompokkan menjadi dua:

a. Penatalaksanaan farmakologi

Penatalaksanaan nyeri farmakologi mencakup penggunaan opioid (narkotik), obat- obatan anti inflamasi nonopioid/ nonsteroid (NSAIDS), dan analgesik penyerta atau koanalgesik (Kozier, Erb, Berman, & Snyder 2010).

b. Penatalaksanaan nonfarmakologi

Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi terdiri dari beberapa strategi penatalaksanaan fisik dan kognitif perilaku intervensi fisik mencakup stimulasi kutaneus, imobilisasi, stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS), tehnik relaksasi, hipnosis, massage, distraksi akupresur & aromaterapi (Kozier, Erb, Berman & Snyder).

Berikut uraian penatalaksanaan nonfarmakologi diantaranya sebagai berikut:

1) Stimulasi kutaneus

Stimulasi ini dapat memberikan perhatian nyeri sementara yang afektif. Stimulasi kutaneus mendistraksi klien dan memfokuskan perhatian pada stimulus taktil, mengalihkan dari sensasi menyakitkan, sehingga mengurangi persepsi nyeri.

2) Imobilisasi

Membatasi pergerakan pada bagian tubuh yang menyakitkan, dapat membantu mengatasi episode nyeri akut. Imobilisasi berkepanjangan dapat menyebabkan kontraktur pada sendi, atrofi sendi dan masalah kardiovaskular.

3) TENS (Stimulasi Saraf Elekktrik Transkutaneus)

TENS (Stimulasi Saraf Elekktrik Transkutaneus) adalah sebuah metode pemberian stimulasi elektrik bervoltase

rendah secara langsung ke area nyeri yang telah teridentifikasi, ke titik akupresur, di sepanjang area saraf tepi yang mensarafi area nyeri atau di sepanjang kolumna spinalis.

4) Relaksasi

Relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan mata dan bernapas dengan perlahan dan nyaman.

5) Hipnosis

Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan holistik, hipnosis menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai.

6) Massage

Massage adalah tindakan kenyamanan yang dapat membantu relaksasi, menurunkan ketegangan otot, dan dapat meringankan ansietas karena kontak fisik yang menyampaikan perhatian.

7) Distraksi

Distraksi menjauhkan perhatian seseorang dari rasa nyeri dan mengurangi persepsi rasa nyeri. Dalam beberapa

keadaan, distraksi dapat membuat klien benar-benar tidak menyadari rasa nyeri.

8) Akupresur

Akupresure dikembangkan dari sistem penyembuhan akupuntur cina kuno. Terapis menekankan jari pada titik-titik yang berhubungan dengan banyak titik yang digunakan dalam akupuntur.

9) Aromaterapi

Aromaterapi yaitu terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup.

C. Asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien dan identitas penanggung jawab

Pengkajian ini meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, agama, status perkawinan, diagnosa medik, nomor medical record, ruang rawat, alasan masuk, keadaan umum dan tanda vital.

b. Keluhan utama

Karakteristik nyeri pada pasien, waktu, intensitas nyeri, skala nyeri. Tingkat pengetahuan pasien tentang manajemen nyeri post

operasi, bagaimana ekspresi wajah pasien, kondisi tanda- tanda vital pasien.

c. Data Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi, manajemen nyeri sebelum dibawa ke Rumah Sakit.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ada penyakit penyerta yang meningkatkan sensasi nyeri pada pasien. Penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat keluarga dengan penyakit penyerta yang sama dengan sensasi nyeri yang sama. Penyakit yang diderita pasien.

4) Keadaan klien meliputi :

a) Sirkulasi

Perhatikan riwayat masalah jantung, edema pulmonal, penyakit vaskuler perifer atau stasis vaskuler (peningkatan resiko pembentukan thrombus.

b) Integritas ego

Perasaan cemas, takut, marah, apatis, serta adanya faktor-faktor stres multiple seperti financial, hubungan gaya hidup. Dengan tanda- tanda tidak dapat beristirahat, peningkatan ketegangan, stimulasi simpatis

c) Makanan/ cairan

Malnutrisi, membran mukosa yang kering, pembatasan puasa pra operasi insufisiensi pancreas/ DM, predisposisi untuk hipoglikemia/ ketoasidosis

d) Pernafasan

Adanya infeksi, kondisi yang kronik/ batuk,merokok

e) Keamanan

Adanya alergi atau sensitive terhadap obat, makanan dan larutan, adanya defisiensi imun, munculnya kanker/ adanya terapi kanker, riwayat keluarga, tentang hipertermia malignan / reaksi anestesi, riwayat penyakit hepatic, riwayat tranfusi darah, tanda munculnya proses infeksi.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan *post laparotomi* (NANDA,2012)
- b. Resti infeksi berhubungan dengan destruksi pertahanan terhadap bakteri (NANDA,2012)

3. Intervensi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan post sectio caesarea</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pain level b. Pain control c. Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, 	<p>NIC :</p> <p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Gunakan tehnik komunikasi

	<p>frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tehnik non farmakologi pemberian aromaterapi lavender pada pasie <i>post laparatomi</i> - Evaluasi keefektifan nyeri.
Resti infeksi berhubungan dengan destruksi pertahanan	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Status imun b. Mengontrol infeksi c. Risk control 	<p>NIC :</p> <p>Kontrol infeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala

<p>terhadap bakteri</p>	<p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>e. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>infeksi sistemik dan lokal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kerentanan terhadap infeksi - Membatasi pengunjung - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah - Ajarkan cara menghindari infeksi
-------------------------	--	--

A. Aromaterapi Lavender

Aromaterapi adalah salah satu metode terapi keperawatan yang menggunakan bahan cairan tanaman yang sudah menguap atau dikenal dengan minyak esensial (Purwanto, 2013). Minyak esensial dapat dikombinasikan dengan *base oil* (minyak campuran obat) yang dapat dihirup atau massase ke kulit yang utuh (Brooker, 2009).

Beberapa jenis bunga yang digunakan untuk aromaterapi adalah cendana, minyak kayu putih, daun mint, bunga lavender dan melati (Purwanto, 2013). Sharma (2009) mengatakan bahwa bau berpengaruh secara langsung terhadap otak seperti obat analgesik. Misalnya, mencium bunga lavender maka akan meningkatkan gelombang- gelombang alfa didalam otak dan membantu untuk merasa rileks.

Nama lavender berasal dari bahasa latin “*lavera*” yang berarti menyegarkan. Bunga lavender memiliki 25-30 spesies, beberapa diantaranya adalah *lavandula angustifolia*, *lavandula stoechas* (*farm lamiaceae*). Penampakan bunga ini adalah berbentuk kecil, berwarna ungu kebiruan dan tinggi tanaman mencapai 72cm. Lavender berasal dari wilayah selatan laut tengah Afrika tropis dan ke Timur sampai India (Ongan dalam Swadari 2014).

Pada saat kita menghirup suatu aroma, komponen kimianya akan masuk ke bulbus olfactory, kemudian kelimbic sistem pada otak. Limbic adalah struktur bagian dalam dari otak yang berbentuk seperti cincin yang terletak dibawah korteks serebral. Tersusun dalam 52 daerah dan 35

saluran atau tractus yang berhubungan denganya, termasuk amygdala dan hipocampus. Sistem limbic sebagai pusat nyeri, senang, marah, takut, depresi, dan berbagai emosi lainnya. Sistem limbik menerima informasi dari sistem pendengaran, penglihatan, dan penciuman. Sistem ini juga dapat mengontrol dan mengatur suhu tubuh, rasa lapar, dan haus. Amygdala sebagai bagian dari sistem limbic bertanggung jawab atas respon emosi kita terhadap aroma. Hipocampus bertanggung jawab atas memori dan pengenalan terhadap bau juga tempat dimana bahan kimia pada aromaterapi merangsang gudang- gudang penyimpanan memori otak kita terhadap pengenalan bau- bauan (Buckle dalam Dewi, 2011)

Menurut Dr. Alan Huck (Neurology Psikiater dan Direktur Pusat Penelitian Bau dan Rasa), Aroma berpengaruh langsung pada otak manusia, mirip narkotika. Hidung memiliki kemampuan untuk membedakan lebih dari 100.000 bau yang berbeda yang sangat berpengaruh pada otak yang berkaitan dengan suasana hati, emosi, ingatan, dan pembelajaran. Dengan menghirup aroma lavender maka akan meningkatkan gelombang- gelombang alfa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu kita merasa rileks (Simkin, 2008)

Menurut hasil penelitian Bangun & Aeni (2013) didapatkan setelah pemberian aromaterapi lavender intensitas nyeri berkurang 95%, yang semula skala nyerinya 4, setelah pemberian aromaterapi intensitas nyeri mengalami penurunan menjadi 2.

Prosedur Pelaksanaan Terapi

- a. Topik : Pemberian Aromaterapi Lavender
- b. Sasaran : Pasien *post laparatomi*, dilakukan penelitian pada hari ke- 2
- c. Tujuan : Mengetahui pengaruh aromaterapi lavender terhadap intensitas nyeri pada pasien *post laparatomi*
- d. Metode : Menggunakan pembakar minyak dan tungku yang dipanaskan sampai mendidih habis. Setelah aromaterapi mulai terasa aromanya responden diminta untuk bernapas normal, tidak melakukan aktivitas lain selama menghirup aromaterapi, dalam kondisi ruangan yang tenang selama 30 menit. Setelah selesai pemberian aromaterapi skala nyeri diukur kembali
- e. Media : Pembakar minyak dan tungku, lilin, minyak aromaterapi lavender, Numeric Rating Scale
- f. Cara pemberian aromaterapi
 - 1) Fase Orientasi
 - a) Memberikan salam kepada pasien dan mengklarifikasi nama pasien
 - b) Memperkenalkan diri
 - c) Menjelaskan langkah prosedur tindakan
 - d) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
 - e) Mencuci tangan

2) Fase Kerja

- a) Mengkaji skala nyeri klien sebelum dilakukan pemberian aromaterapi lavender menggunakan Numerik Rating Scale
- b) Mendekatkan alat dan bahan pada pasien
- c) Tuangkan 3 tetes minyak aromaterapi lavender kedalam mangkok tungku kecil
- d) Panaskan minyak lavender sampai mendidih habis dengan lilin, setelah habis matikan api
- e) Klien diminta bernapas normal, tidak melakukan aktivitas lain selain menghirup aromaterapi, dan kondisi ruangan yang tenang selama 30 menit
- f) Setelah pemberian aromaterapi diukur kembali skala nyeri pasien dengan menggunakan Numeric Rating Scale
- g) Membereskan alat dan bahan

3) Fase Terminasi

- a) Melakukan evaluasi tindakan
- b) Berpamitan dengan klien
- c) Mencuci tangan
- d) Mendokumentasikan tindakan.