

**STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN
PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN
KOLELITHIASIS**



KARYA TUIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :
Santri Satrio Utomo
NIM : D3A2022.070

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

ABSTRAK
STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN KOLELITHIASIS

¹Santri Satrio Utomo, ²I Putu Juni A.
¹Prodi D3 Keperawatan, ²STIKES PANTI KOSALA
Email : santrisatria6022004@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: penyakit kolelitiasis merupakan salah satu penyakit yang memiliki prevalensi tinggi pada populasi seluruh dunia. Batu empedu dapat berpindah ke saluran empedu dan menyebabkan penyumbatan, mengakibatkan penyakit kuning dan nyeri abdomen. Diagnosa keperawatan adalah bagian penting dari perawatan pasien kolelithiasis karena dapat membantu perawat menentukan masalah seperti penurunan kekuatan fisik, kelemahan, nyeri, dan risiko jatuh, sehingga mereka dapat membuat rencana perawatan yang tepat dan efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tujuan: mengetahui diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pasien kolelithiasis.

Metode: penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan desain studi deskriptif dengan jumlah 1 sampel yang diambil menggunakan simple random sampling dari salah satu pasien yang di rawat di rumah sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO di lantai 8 utara.

Hasil: diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kolelithiasis adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi, nausea yang berhubungan dengan efek agen farmakologis.

Kesimpulan: diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kolelithiasis adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi, nausea yang berhubungan dengan efek agen farmakologis.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Kolelithiasis, Penyakit Kronis

ABSTRACT
**DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING DIAGNOSIS IN NURSING
CARE OF CHOLELITHIASIS PATIENTS**

¹Santri Satrio Utomo, ²I Putu Juni A.
¹D3 Nursing Study Program, ²STIKES PANTI KOSALA
Corresponden Email: santrisatria6022004@gmail.com

Abstract

Background: cholelithiasis is a disease with a high prevalence in the global population. Gallstones can move into the bile duct and cause obstruction, resulting in jaundice and abdominal pain. Nursing diagnoses are an important part of caring for patients with cholelithiasis because they can help nurses identify problems such as decreased physical strength, weakness, pain, and fall risk, allowing them to develop appropriate and effective care plans to improve the patient's quality of life.

Objective: to determine the nursing diagnosis in nursing care for cholelithiasis patients.

Method: this scientific paper uses a descriptive study design with 1 sample taken using simple random sampling from one of the patients treated at Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO Hospital on the 8th floor north.

Results: nursing diagnoses found in Nursing Care for patients with cholelithiasis are acute pain related to physical injury agents, anxiety related to lack of exposure to information, nausea related to the effects of pharmacological agents.

Conclusion: nursing diagnoses that appear in cholelithiasis patients are acute pain related to physical injury agents, anxiety related to lack of exposure to information, nausea related to the effects of pharmacological agents.

Keywords: Nursing Care, Nursing Diagnosis, Cholelithiasis, Chronic Disease.

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang Karya Tulis Ilmiah pada Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA.

Disetujui pada tanggal :

Pembimbing

(I Putu Juni Andika. S.Kep., Ns., M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Santri Satrio Utomo

NIM : D3A2022.070

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Kolelithiasis”** adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025
Yang membuat pernyataan,

Santri Satrio Utomo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pasien Kolelithiasis". Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai tugas akhir untuk memenuhi sebagian persyaratan menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKES PANTI KOSALA.

Penulisan proposal penelitian ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ratna indriati,.A,.M.Kes., selaku Ketua SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
2. Bapak I Putu Juni A. S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
3. Tim penguji Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah
4. Bapak/Ibu Dosen, tenaga kependidikan, administrasi dan staf perpustakaan SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA, yang telah mendorong dan membantu untuk penyelesaian laporan Karya Tulis Ilmiah.
5. Keluarga dan teman-teman yang telah memberikan dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih ada kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan yang akan datang. Semoga laporan laporan Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Diagnosa Keperawatan	8
B. Konsep Penyakit Kolelithiasis / Batu Empedu	12
C. Nyeri Akut	20
D. Ansietas / Kecemasan	23
E. Nausea	25
BAB III METODE PENULISAN	28
A. Desain Penulisan	28
B. Subyek Penulisan	28
C. Fokus Penulisan	29
D. Definisi Operasional	29
E. Instrumen Pengumpulan Data	29
F. Metode Pengumpulan Data	29
G. Analisa Data	30
H. Tempat dan Waktu	31
I. Ruang Lingkup	31
BAB IV RESUME DAN PEMBAHASAN	32
A. Resume Kasus	32
B. Pembahasan	57
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Implikasi Perawatan	69
DAFTAR PUSTAKA	70

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Diagnosa Keperawatan Pre dan Post OP Nyeri.....	21
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan Nyeri.....	21
Tabel 2.3	Diagnosa Keperawatan Ansietas.....	24
Tabel 2.4	Intervensi Keperawatan Ansietas.....	25
Tabel 2.5	Diagnosa Keperawatan Nausea.....	26
Tabel 2.6	Intervensi Keperawatan Nausea.....	26
Tabel 4.1	Hasil Laboratorium.....	42
Tabel 4.2	Program Terapi.....	43
Tabel 4.3	Data Fokus.....	44
Tabel 4.4	Analisa Data.....	45
Tabel 4.5	Daftar Masalah.....	57
Tabel 4.6	Intervensi Keperawatan.....	50
Tabel 4.7	Implementasi Keperawatan.....	53
Tabel 4.8	Evaluasi Keperawatan.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Kolelithiasis.....	19
Gambar 4.1 Genogram.....	33

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit kolelitiasis merupakan salah satu penyakit yang memiliki prevalensi tinggi pada populasi seluruh dunia. Kolelitiasis umum terjadi pada populasi dengan prevalensi 5%-22%, khususnya pada populasi wanita paruh baya. Prevalensi bervariasi antar populasi, di populasi dewasa di Amerika Serikat, prevalensi kolelitiasis adalah sekitar 10%, di populasi Eropa Barat sekitar 6%-22%, sedangkan prevalensi kolelitiasis di populasi Asia berkisar antara 3%-16%. Sama halnya dengan kolelitiasis, prevalensi dispepsia pada populasi umum juga tinggi, berkisar antara 10%-40%, dan populasi wanita paruh baya berisiko mengalami dispepsia fungsional (Kristianus et al., 2022).

Kolelithiasis merupakan salah satu penyakit yang memiliki kaitan erat dengan obesitas. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2018), obesitas merupakan penumpukan lemak yang berlebihan akibat ketidak seimbangan asupan energi (*energy intake*) dengan energi yang digunakan (*energy expenditure*) dalam waktu lama. Obesitas sangat berdampak terhadap munculnya berbagai macam penyakit kronis dan penyakit degeneratif. Adapun dampak obesitas terhadap kesehatan diantaranya adalah percepatan proses penuaan, gangguan kecerdasan, resistensi insulin, kanker, osteoarthritis, kolelithiasis, serta kematian pada usia muda. Selain itu,

obesitas juga berdampak pada menurunnya produktivitas dan kualitas hidup (Maryani et al., 2022).

Karakteristik yang sering didapati dari penyakit ini adalah bahwa tidak semua batu menimbulkan gejala. Kadang-kadang, batu empedu dapat berpindah ke dekat mulut saluran kistik dan menghalangi aliran empedu, sehingga menyebabkan tekanan pada kantong empedu, yang menghasilkan nyeri kolik bilier khas. Jika saluran kistik terhalang selama lebih dari beberapa jam, dapat menyebabkan peradangan pada dinding kantong empedu, yang disebut kolesistitis. Terkadang, batu empedu dapat berpindah ke saluran empedu dan menyebabkan penyumbatan, mengakibatkan penyakit kuning dan nyeri abdomen (Arimbi et al., 2024).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) (2017), angka kejadian penyakit kolelitiasis di dunia sebesar 11.7% pada tahun 2017. Prevelensi kolelitiasis di Amerika Serikat, pada tahun 2017, sekitar 20 juta orang dengan 10-20% terjadi pada orang dewasa. Kejadian batu empedu di Negara Barat didiagnosis lebih dari satu juta orang Amerika Serikat dengan tindakan kolesistektomi sebanyak 700.000 kasus. Di Korea Utara terdapat 31% pasien laki-laki dan 34% pasien wanita yang terdiagnosis kolelitiasis. Prevelensi kolelitiasis di negara Asia berkisar antara 3% sampai 10% lebih rendah dibanding negara barat dengan data terakhir prevelensi kolelitiasis di negara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, India Utara 7,1%, dan Taiwan 5,0%.

Meski banyak penelitian yang menyebutkan prevalensi batu empedu yang cukup tinggi di beberapa negara, seperti Amerika, negara di Eropa dan lainnya, tetapi untuk negara-negara di Asia, khususnya di Indonesia, masih kurang dalam penelitian yang berkaitan dengan batu empedu ataupun prevalensi penderitanya (Nurhuda et al., 2024).

Dalam penanganan pasien kolelithiasis perawat berperan penting sebagai promotif, yaitu perawat mempromosikan kesehatan supaya gaya hidup masyarakat menjadi sehat dan optimal. Peran perawat sebagai preventif, yaitu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Peran perawat sebagai kuratif, yaitu kegiatan pengobatan untuk mengurangi rasa sakit. Peran perawat sebagai rehabilitatif, yaitu kegiatan pelayanan untuk mengembalikan kondisi pasien sehingga dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Wibowo, 2020).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan sesuai kondisi pasien yaitu Nyeri akut yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan terjadinya pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, hambatan dalam melakukan aktifitas (Arifin & Suandika, 2023).

Studi pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara dengan keluarga dan pasien dengan estimasi waktu 10-15 menit.

Dilaksanakan pada tanggal 4-5 Februari 2025 di bangsal lantai 8 utara rumah sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Studi pendahuluan yang dilakukan di rumah sakit pada pasien kolelithiasis didapatkan data pasien mengatakan nyeri perut bagian ulu hati terasa tertusuk-tusuk, nyeri terkadang hilang timbul dengan skala 4. Saat hendak mau makan beberapa suap perut terasa mual terkadang sampai muntah dan tidak muntah. kemudian pasien periksa ke fasilitas kesehatan klinik Budi Sehat dan dilakukan pemeriksaan USG didapatkan hasil Hepatomegali dengan kolestasis. Pada tanggal 4 Februari 2025, pasien dilakukan tindakan operasi laparotomy explorasi CBD pukul 18.30 WIB di rumah sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Setelah operasi pasien dilakukan wawancara yang kedua didapatkan data pasien mengatakan nyeri area luka pasca operasi, terasa hilang timbul, nyeri seperti teriris-iris, dengan nyeri skala 7. Pasien juga sempet mual dan muntah sebanyak 3-4 kali. Kemudian mengajarkan pasien untuk duduk bersandar di tempat tidur, latihan ini disebut mobilisasi dini untuk mengurangi rasa nyeri.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pramitasari & Musharyanti (2023), mobilisasi dini mempunyai peranan penting khususnya dalam mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dan mencegah terjadinya komplikasi post operasi laparatomi. Mobilisasi dini juga berfungsi untuk mengurangi aktivitas mediator kimiawi dan mengurangi transmisi saraf nyeri menuju ke pusat. Mobilisasi dini sangat bermanfaat dalam proses penyembuhan luka.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pramitasari & Musharyanti (2023), mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien post operasi laparatomi juga terbukti mampu mempercepat proses penyembuhan luka. Mobilisasi ini dapat meningkatkan aliran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka karena darah mengandung zat-zat seperti oksigen, obat-obatan dan nutrisi yang berperan dalam proses penyembuhan luka.

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa menegakkan diagnosa keperawatan merupakan hal sangat penting dalam perawatan pasien kolelitiasis. Oleh karena itu penulis menjadikan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pasien kolelitiasis sebagai fokus bahasan dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah "Bagaimana studi deskriptif diagnosa asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien kolelithiasis ? "

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penelitian secara umum bertujuan untuk mengetahui gambaran diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pasien kolelithiasis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi definisi diagnosa keperawatan pasien kolelithiasis.
- b. Mengidentifikasi data atau batasan karakteristik diagnosa keperawatan pasien kolelithiasis.
- c. Mengidentifikasi etiologi penyakit kolelithiasis.
- d. Mengidentifikasi kondisi klinis terkait pada diagnosa keperawatan pasien kolelithiasis.

D. Manfaat Penulisan

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi :

1. Bagi Rumah Sakit

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada pasien kolelithiasis di rumah sakit.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi mata kuliah keperawatan medikal bedah.

3. Perawat

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menambah wawasan dan referensi tentang studi deskriptif diagnosa keperawatan dalam merawat pasien kolelithiasis.

4. Pasien dan masyarakat

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga dan masyarakat tentang pencegahan penyakit kolelithiasis yaitu dengan cara membatasi makanan yang tinggi kolesterol.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diagnosa Keperawatan

1. Pengertian

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktuali potensial) dari individu atau kelompok tempat Anda secara legal mengidentifikasi dan Anda dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, serta mencegah perubahan (Kodim, 2018).

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Syahri, 2023).

2. Peran dalam Proses Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada kliennya. Dalam membuat diagnosa keperawatan dibutuhkan keterampilan klinik yang baik, mencakup proses diagnosa keperawatan dan perumusan dalam pembuatan

pernyataan keperawatan, diagnosa keperawatan ditegakkan dalam rangka mengidentifikasi masalah kesehatan klien serta untuk memberikan arah asuhan keperawatan yang sesuai (Kodim, 2018).

3. Klasifikasai / Jenis

Jenis Diagnosis Keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) , yaitu sebagai berikut :

a. Diagnosa aktual

Menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatannya sehingga menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan, pada diagnosis aktual ditemukan tanda/gejala mayor dan minor.

b. Diagnosa resiko

Menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatannya sehingga menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan, pada diagnosis risiko tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan

c. Diagnosa promosi kesehatan

Menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan status kesehatannya menuju tingkat yang lebih baik atau optimal.

4. Rumusan / *Statements*

Menurut Budiyono & Pertami (2016), pernyataan diagnosa keperawatan menggunakan pola seperti FORMAT: P+E+S. Format tersebut dikemukakan oleh salah satu pakar keperawatan, yaitu

Gordon, maksud dari format tersebut adalah P artinya problem/masalah, menjelaskan status kesehatan dengan singkat dan jelas. E artinya etiologi/penyebab, penyebab masalah yang meliputi faktor penunjang dan faktor yang terdiri atas:

- a. Patofisiologi, yaitu semua proses penyakit yang dapat menimbulkan tanda/gejala keperawatan menjadi penyebab yang timbulnya masalah
- b. Situasional, yaitu situasi personal (hubungan dengan klien sebagai individu), dan *environment* (hubungan dengan lingkungan yang berinteraksi dengan klien).
- c. *Medicational / treatment*, yaitu pengobatan atau tindakan yang diberikan yang memungkinkan terjadinya efek tidak menyenangkan yang dapat diantisipasi atau dicegah dengan tindakan keperawatan.
- d. Maturational, yaitu tingkat kematangan atau kedewasaan klien, dalam hal ini berhubungan dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan. S artinya simptom/tanda, definisi karakteristik tentang data subjektif atau objektif sebagai pendukung diagnosa aktual.

5. Tujuan Penyusunan

Tujuan membuat diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi masalah klien, penyebab masalah serta kemampuan klien mencegah atau menghilangkan masalah. Komponen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah/problem,

etiologi/penyebab/faktor risiko serta tanda dan gejala (Prabowo et al., 2022).

Tujuan diagnosa keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan menyintesis data yang telah dikelompokkan. Selain itu diagnosa keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiyono & Pertami, 2016).

6. Langkah-langkah Perumusan Diagnosa

Menurut Budiyono & Pertami (2016), mengatakan beberapa langkah-langkah perumusan diagnosa yaitu sebagai berikut :

a. Klasifikasi data

Klasifikasi data adalah aktivitas pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu tempat klien mengalami masalah kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Klasifikasi ini berdasarkan pada kebutuhan dasar manusia yang dikelompokkan dalam data subjektif dan data objektif.

b. Interpretasi data

Interpretasi atas data yang sudah dikelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif.

c. Sebab akibat

Dari masalah keperawatan yang telah ditentukan kemudian menentukan faktor-faktor yang berhubungan atau faktor risiko

yang menjadi kemungkinan penyebab dari masalah yang terjadi. Kemungkinan penyebab harus mengacu pola kelompok data yang sudah ada.

d. Merumuskan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan yang telah dibuat didasarkan pada pola identifikasi masalah dan kemungkinan penyebab.

B. Konsep Penyakit Kolelithiasis / Batu Empedu

1. Pengertian

Batu empedu adalah substansi seperti batu berukuran kecil yang berada di dalam kantung empedu. Substansi ini terbuat dari empedu yang mengeras, yang dihasilkan dalam hati. Empedu adalah cairan pencernaan yang runtuh dan mencerna lemak dalam tubuh. Batu empedu terjadi ketika terdapat terlalu banyak kolesterol, bilirubin, atau garam empedu, menyebabkan empedu cair kurang berair. Hal ini menyebabkan pengerasan dan pembentukan batu empedu. Terdapat dua jenis batu empedu yang dikenal dengan batu kolesterol dan batu pigmen empedu. Keberadaan batu empedu dapat berupa satu batu empedu besar (bisa sebesar bola golf) atau banyak batu-batu kecil, atau bahkan kombinasi keduanya (Anies, 2016).

Batu empedu adalah kristal yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu, saluran empedu atau keduanya. Batu empedu

terbagi menjadi tiga jenis yaitu batu kolestrol, batu pigmen (batu bilirubin) dan batu campuran. Batu pigmen terdiri dari pigmen coklat dan pigmen hitam dan batu kolestrol adalah jenis yang paling sering dijumpai (Adhata et al., 2022).

2. Etiologi/Faktor Resiko

Menurut Arsa et al. (2023), penyebab pasti munculnya batu empedu belum diketahui hingga saat ini. Namun faktor predisposisi yang paling sering terjadi yaitu karena ketidakseimbangan dalam metabolisme dan zat penyusunnya yaitu kolesterol dan bilirubin. Terdapat 2 jenis batu empedu yang biasanya ditemukan dalam tubuh penderita, yaitu:

- a. Batu Kolesterol yang mana terbentuk karena tubuh memiliki kolesterol yang berlebih dalam empedu atau ketika kantung empedu tidak dapat mengosongkan dengan baik.
- b. Batu pigmen yang terdiri dari bilirubin, terbentuk dari sel darah merah yang pecah. Berhubungan dengan kondisi sirosis, anemia hemolitik, dan beberapa gangguan genetik.

3. Patofisiologi

Menurut Arsa et al. (2023), setiap harinya sel-sel hati memproduksi empedu yang terdiri dari garam empedu, lesitin, kolesterol dan bilirubin. Garam empedu dan lesitin berupa esterifikasi (reaksi kimia antara asam organik dan alkohol). Sementara kolesterol dan bilirubin adalah zat sisa dari metabolisme

tubuh kita. Zat-zat tersebut harus dikeluarkan melalui empedu. Kolelitiasis terjadi ketika kadar kolesterol yang tidak larut air ada dalam kadar yang tinggi di dalam tubuh. Kolesterol yang tidak larut dalam air harus dikeluarkan bersamaan dengan garam empedu dan lesitin yang mana garam empedu dan lesitin akan mengelilingi kolesterol sehingga mudah untuk di keluarkan dalam tubuh. Gabungan garam empedu, lesitin dan kolesterol disebut misel. Kolesterol bisa terjadi jika :

- a. Terdapat kolesterol dalam jumlah yang banyak di luar misel. sehingga akan muncul kristal-kristal kolesterol atau batu kolesterol.
- b. Garam empedu dan lesitin dalam tubuh jumlahnya kurang sehingga tidak bisa berikatan dengan kolesterol.

4. Tanda dan Gejala

Menurut Arsa et al. (2023), tanda dan gejala yang sering muncul dibedakan menjadi gejala akut dan kronik. Pada penderita kolelitias dengan gejala akut sering mengalami:

- a. Nyeri hebat yang timbul mendadak pada abomen atas, tengah epigastrium. Nyeri bisa menjalar ke punggung dan bahu kanan.
- b. Berkeringan banyak dan gelisah.
- c. Mual dan muntah terus menerus.
- d. Demam.
- e. Masa abdomen dapat teraba.

Sementara pada penderita kolelitiasis dengan gejala kronik sering mengalami:

- a. Nyeri hebat mirip dengan gejala akut.
- b. Intoleransi lemak.
- c. Nyeri ulu hati dan flatulen yang berlangsung lama.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arsa et al. (2023), pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan adalah:

- a. Ultrasonografi abdomen: untuk mendeteksi batu empedu, ukuran dan lokasi batu.
- b. CT-Scan: untuk mengidentifikasi batu empedu serta komplikasi yang mungkin bisa muncul ke organ sekitarnya.
- c. MRI: untuk memberikan gambaran jelas dari kantung empedu dan saluran empedu.
- d. *Cholescintigraphy* (HIDA Scan): untuk mengidentifikasi gangguan aliran empedu, untuk menunjukkan adanya batu empedu.
- e. *Endoskopi retrograde kolangiopankreatografi* (ERCP): untuk membantu mengidentifikasi dan mengatasi batu empedu yang terjebak di saluran empedu.
- f. Pemeriksaan darah: meliputi kadar kolesterol yang tinggi.

6. Penatalaksanaan

Menurut Olivia (2015), penatalaksanaan yang biasa dilakukan para dokter untuk batu empedu adalah dengan pembedahan.

Itupun hanya dilakukan bila terdapat gejala-gejala. Untungnya penderita penyakit batu empedu saat ini tidak perlu lagi cemas untuk mengangkat batu yang mengganggu kesehatannya. Karena upaya penanggulangan masalah penyakit batu empedu ini mengalami peningkatan dari masa ke masa. Penanganan masalah batu empedu yang sebelumnya harus dilakukan dengan bedah konvensional, kini bisa dilakukan dengan bedah laparoskopik. Namun apabila batu tersebut berjenis batu kolesterol bisa digunakan obat-obatan khusus. Penggunaan obat-obatan ini membutuhkan ketaatan pasien minum obat-obatan tersebut.

Dalam hal diagnosis pun kini mengalami perkembangan cukup pesat. Kalau sebelumnya dilakukan dengan ultrasound, kini dikembangkan metode *endoscopic retrograde cholangio pancreatography* (ERCP) yang memiliki sensitivitas lebih tinggi. Penanganan batu empedu tergantung dari letak batu tersebut. Radang batu empedu (kolisistitis) didiagnosis dengan USG dan dapat dilakukan terapi pengangkatan batu empedu, dengan laparaskopi. Jika merasakan gejala penyakit batu empedu dan cepat dilakukan tindakan, maka penderita tidak akan mengalami kesakitan yang berkelanjutan (Olivia, 2015).

Selain itu, mengatur diet sedemikian rupa di bawah pengawasan dokter juga bisa mengeluarkan batu empedu. Diet khusus ini memacu mengalirnya cairan empedu dan relaksasi otot

katup saluran empedu bisa membuat batu yang ada di saluran empedu dikeluarkan (Olivia, 2015).

7. Komplikasi

Menurut Anies (2016), risiko yang serius terjadi jika batu empedu dibiarkan tidak diobati, karena batu tersebut dapat menyebabkan penyumbatan dalam salah satu saluran. Hal ini dapat menyebabkan kondisi serius yang sebenarnya dapat dihindari jika batu empedu diangkat lebih cepat. Komplikasi yang dapat muncul adalah sebagai berikut :

a. Kolesistitis (radang kandung empedu)

Batu empedu yang tersangkut di leher kandung empedu dapat menyebabkan peradangan dan infeksi pada kantong empedu, menyebabkan rasa sakit dan demam.

b. Kolangitis (infeksi saluran empedu)

Batu empedu yang menghalangi saluran empedu dapat menyebabkan infeksi dan peradangan pada saluran empedu, yang dapat menyebabkan penyakit kuning, sakit perut, dan demam.

c. Pankreatitis (radang pankreas)

Batu empedu yang menyumbat saluran pankreas dapat menyebabkan radang pankreas, menyebabkan nyeri perut yang hebat, mual, dan muntah.

d. Ileus batu empedu (penyumbatan usus)

Batu empedu yang sangat besar dapat menyebabkan penyumbatan usus, terutama pada usus kecil, menyebabkan nyeri perut, mual, dan muntah.

e. Kanker kandung empedu

Batu empedu yang besar dan menetap dalam jangka waktu lama dapat meningkatkan risiko perkembangan kanker kandung empedu.

f. Penyakit kuning

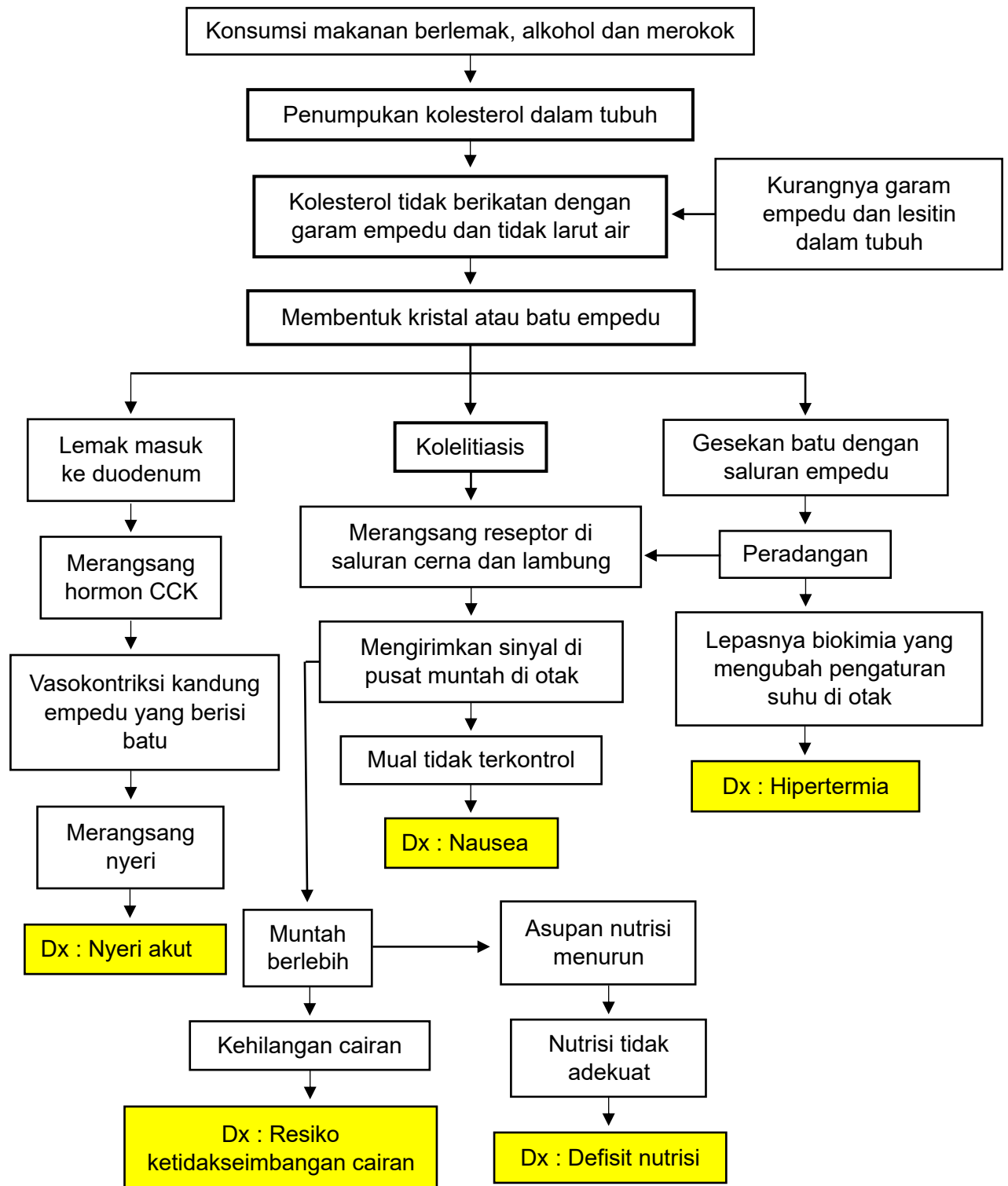
Sumbatan saluran empedu oleh batu empedu dapat menyebabkan bilirubin, pigmen kuning dalam darah, menumpuk dan menyebabkan kulit dan mata menguning.

g. Sepsis

Infeksi yang menyebar ke seluruh tubuh akibat infeksi saluran empedu atau pankreatitis dapat menyebabkan sepsis, kondisi yang mengancam jiwa.

8. Pathway

Menurut Arsa et al. (2023), pathway kolelithiasis yaitu :



Gambar 2.1 Pathway Kolelithiasis

C. Nyeri akut

1. Pengertian

Menurut Suryati et al. (2025), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang timbul karena kerusakan jaringan. Nyeri akut memiliki fungsi yaitu sebagai alarm tubuh terhadap adanya cedera sehingga mendorong individu untuk mencari tindakan penanganan segera. Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik yang berlangsung cepat dan singkat seperti pada kondisi patah tulang, luka bakar, prosedur pembedahan, penyakit akut seperti infeksi.

Menurut Niriayah (2024), nyeri akut adalah nyeri yang bersifat sementara (*self-limited*) karena akan menghilang seiring dengan penyembuhannya yang normalnya berlangsung beberapa hari atau minggu. Bentuk-bentuk yang paling umum dari nyeri akut adalah nyeri pascatrauma, pascabedah, dan nyeri persalinan serta nyeri yang terkait dengan penyakit medis akut, seperti infark miokard, pankreatitis, batu ginjal. Nyeri akut selalu diikuti dengan respons stres neuroendokrin sistemik yang sebanding dengan intensitas nyeri. Ketika nyeri menetap setelah penyembuhan usai, nyeri akut berubah menjadi nyeri kronis.

2. Faktor resiko

Menurut Niriayah (2024), faktor risiko nyeri akut meliputi cedera fisik seperti trauma tumpul, patah tulang, keseleo, operasi, dan infeksi pada luka. Selain itu, kondisi seperti penyakit, peradangan

sementara, dan aktivitas atletik yang kuat juga dapat meningkatkan risiko nyeri akut.

3. Diagnosa keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Kode	Masalah Keperawatan	Etiologi
D.0077 Pre Operasi	Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Agen pencedera fisiologis
D.0077 Post operasi	Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Agen pencedera fisik

4. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

D.0077 Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	
SLKI	SIKI
Pre Operasi SIKI : Tingkat nyeri Tujuan : Pasien mampu menunjukkan tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan	Pre Operasi SIKI : Manajemen nyeri Observasi - Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas nyeri

SLKI	SIKI
sampai tanggal 5 februari 2025, dengan indikator : a) Keluhan nyeri (4) cukup menurun b) Meringis (4) cukup menurun c) Gelisah (4) cukup menurun d) Sikap protektif (4) cukup menurun e) Tekanan darah (4) cukup membaik	- Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis pengurang nyeri - Ciptakan suasana nyaman untuk memperingan nyeri Edukasi - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesik
Pre Operasi SIKI : Kontrol nyeri Tujuan : Pasien mampu menunjukkan kontrol nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 februari 2025, dengan indikator : a) Melapor nyeri terkontrol (4) cukup meningkat b) Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis (4) cukup meningkat c) Dukungan orang terekat (4) cukup meningkat d) Keluhan nyeri (4) cukup menurun e) Penggunaan analgesik (4) cukup menurun	Post Operasi SIKI : Pemantauan nyeri Observasi - Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri - Monitor kualitas nyeri - Monitor durasi dan frekuensi nyeri Terapeutik - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika diperlukan

D. Ansietas / Kecemasan

1. Pengertian

Menurut Kirana et al. (2022), kecemasan adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam yang disertai respons otonom. Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Individu yang merasa cemas akan merasa tidak nyaman atau takut, namun tidak mengetahui alasan kondisi tersebut terjadi. Kecemasan tidak memiliki stimulus yang jelas yang dapat diidentifikasi.

2. Faktor resiko

Menurut Tanjung dan Limantara (2023), faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko seseorang terkena gangguan kecemasan antara lain:

- a. Peristiwa traumatik. Anak-anak dan orang dewasa yang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatik berisiko lebih tinggi mengalami gangguan kecemasan.
- b. Stres karena suatu penyakit. Memiliki kondisi kesehatan atau penyakit serius dapat menyebabkan kekhawatiran yang besar akan masalah perawatan dan masa depannya.
- c. Penumpukan stres. Peristiwa besar atau penumpukan situasi kehidupan stres yang lebih kecil dapat memicu kecemasan yang berlebihan, sebagai contoh kematian dalam keluarga,

stres kerja, atau kekhawatiran berke-lanjutan tentang keuangan.

- d. Kepribadian. Orang dengan tipe kepribadian tertentu lebih rentan terhadap gangguan kecemasan daripada yang lain.
- e. Gangguan kesehatan mental lainnya. Orang dengan gangguan kesehatan mental lainnya, seperti depresi, sering kali juga memiliki gangguan kecemasan.
- f. Memiliki saudara kandung dengan gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan dapat menurun dalam keluarga.
- g. Narkoba atau alkohol. Penggunaan obat atau alkohol, penyalahgunaan atau penarikan, dapat menyebabkan atau memperburuk kecemasan.

3. Diagnosa keperawatan

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan

Kode	Masalah Keperawatan	Etiologi
D.0080	Ansietas Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	Kurang terpapar informasi

4. Intervensi keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

D.0080 Ansietas	
Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individumelakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	
SLKI	SIKI
SIKI : Tingkat ansietas Tujuan : Pasien mampu menunjukkan tingkat ansietas setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 februari 2025, dengan indikator : a) Perilaku gelisah (4) cukup meningkat b) Perilaku tegang (4) cukup meningkat c) Frekuensi nadi (4) cukup meningkat d) Tekanan darah (4) cukup menurun e) Konsentrasi (4) cukup menurun	SIKI : Reduksi ansietas Observasi - Monitor tanda ansietas Terapeutik - Ciptakan suasana nyaman - Temani pasien dan libatkan keluarga untuk mengurangi rasa cemas - Diskusi peristiwa yang akan terjadi secara realistis Edukasi - Anjurkan keluarga untuk menemani pasien

E. Nausea

1. Pengertian

Menurut Rudaykinos (2022), nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

2. Faktor resiko

Menurut Rudaykinos (2022), faktor resiko nausea adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan pada esofagus.
- b. Gangguan biokimia (mis. uremia, ketoasidosis diabetik).
- c. Distensi lambung.
- d. Iritasi lambung.
- e. Gangguan pankreas.
- f. Peregangan kapsul limpa.
- g. Tumor terlokalisasi (mis. Neuroma akutik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak).
- h. Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. Keganasan intraabdomen)

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan

Kode	Masalah Keperawatan	Etiologi
D.0076	Nausea Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.	Efek agen farmakologis

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

D.0076 Nausea Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.
--

SLKI	SIKI
SIKI : Kontrol mual dan muntah Tujuan : Pasien mampu menunjukkan kontrol mual dan muntah setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 februari 2025, dengan indikator : a) Kemampuan mengenali gejala (4) cukup meningkat b) Melapor mual dan mengontrol muntah (4) cukup meningkat c) Menghindari bau tak sedap (4) cukup meningkat d) Penggunaan obat anti emetik (4) cukup menurun e) Melaporkan efek samping obat (4) cukup menurun	SIKI : Manajemen muntah Observasi - Identifikasi karakteristik muntah (misal warna adanya darah tidak) - Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit Terapeutik - Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah - Atur posisi pasien mencegah aspirasi - Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi 30 menit setelah muntah Edukasi - Anjurkan memperbanyak istirahat - Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah Kolaborasi - Kolaborasi pemberian anti emetik (ondansentron)

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Desain Penelitian Deskriptif adalah jenis desain penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau menjelaskan karakteristik suatu fenomena atau populasi dengan cara yang sistematis dan obyektif. Dalam desain deskriptif, peneliti tidak mencoba menguji hipotesis atau menetapkan hubungan sebab-akibat, tetapi fokus pada pengumpulan data untuk memberikan gambaran yang jelas tentang apa yang ada atau terjadi (Iskandar et al., 2023). Pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan diagnosa keperawatan kolelithiasis.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah seluruh pasien kolelithiasis yang dirawat di rumah sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*) dengan menggunakan sistem pengundian yang ditulis menggunakan kertas kecil bertuliskan nama pasien, diagnosa medis dan kamar pasien yang diberikan oleh penguji dan ci ruangan.

C. Fokus Penulisan

Fokus utama sebagai bahasan pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah studi deskriptif diagnosa keperawatan pada kolelithiasis.

D. Definisi Operasional

Diagnosa keperawatan menurut Rohmah & Walid (2012) dalam Polopadang & Hidayah (2019), adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial, yang memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang tepat untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien. Prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut :

1. Berkumpul terlebih dahulu diruangan khusus untuk dilakukan pengundian yang bertujuan untuk menentukan studi kasus.
2. Setelah mendapat studi kasus, meminta izin kepada pasien untuk dilakukan pengkajian dan tindakan kepada pasien atas persetujuan penguji dan ci ruangan.
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien.
4. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.
5. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
6. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskriptif tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan atau fakta-fakta secara jelas dan obyektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan pada pukul 08.00 WIB di Lantai 8 utara kamar 873 rumah sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO selama 2 (dua) hari.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien kolelithiasis, maka pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) masalah keperawatan yaitu tindakan keperawatan dengan jumlah responden 1 (satu) pasien ditinjau berdasar proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian ini dilakukan pada hari Rabu, 4 Februari 2025, dengan menggunakan metode auto dan *alloanamnesa* dan melihat status pasien.

1. Identitas Pasien

a. Pasien

- 1) Nama : Tn.D
- 2) Umur : 60 tahun
- 3) Agama : Islam
- 4) Jenis kelamin : Laki-laki
- 5) Pekerjaan : Buruh
- 6) Alamat : Surakarta

b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny.S
- 2) Umur : 55 tahun
- 3) Agama : Islam
- 4) Jenis kelamin : Perempuan
- 5) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 6) Alamat : Surakarta
- 7) Hubungan dg klien : Istri
- 8) Sumber biaya : BPJS

2. Identitas Medis

- a. Ruang / kamar : lantai 8 Utara
- b. Tanggal / jam masuk : Senin, 3 Februari 2025
- c. Nomor register : XXXX65
- d. Dx medis : CBD STONE
- e. Dokter : dr. A, Sp. B-KBD

3. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan tidak memiliki riwayat alergi makanan.

4. Riwayat Kesehatan

Kesadaran umum : compos mentis (E4,M6,V5)

Keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri ulu hati terasa tertusuk tusuk dengan skala 4, mual dan sempat muntah.

a. Riwayat penyakit sekarang

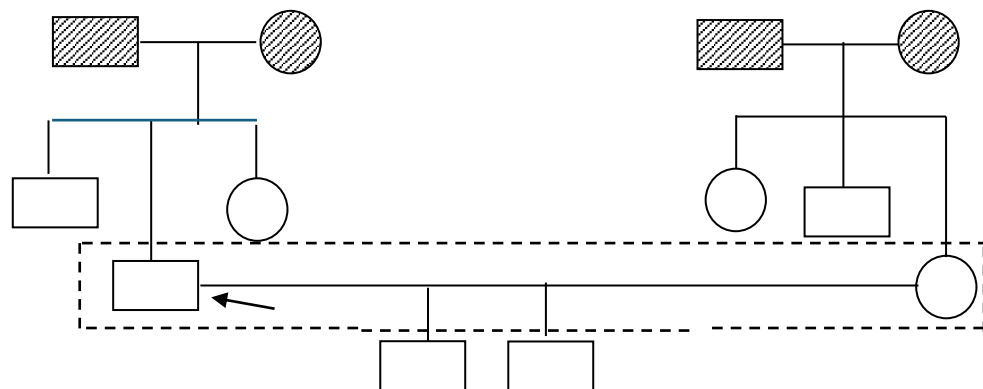
Pasien mengatakan pada tanggal 1 Januari 2025 perut bagian ulu hati terasa nyeri tertusuk tusuk, Saat mau makan terasa mual dan muntah. Setelah itu pasien periksa ke fasilitas kesehatan Budi sehat dan dilakukan pemeriksaan USG dan didapatkan hasil hepatomegali dengan *kolelithiasis*. Kemudian pada tanggal 14 Januari 2025 pasien periksa ke poliklinik rumah sakit Brayat dan di rujuk oleh dokter ke RS Dr.OEN KANDANG SAPI SOLO tetapi pasien hanya kontrol saja. Kemudian pada tanggal 3 Februari 2025 pasien periksa ke poliklinik RS Dr.OEN KANDANG SAPI SOLO di poli Dr.A dan

disarankan untuk dirawat. Setelah itu pasien dipindahkan ke ruangan lantai 8 utara kamar 873 untuk dilakukan perawatan sebelum dilakukan operasi *laparotomi explorasi CBD* tanggal 4 Februari 2025 pukul 15.30 WIB. Pasien mengatakan masuk ruang operasi pukul 18.30 WIB dan selesai operasi pukul 21.00 WIB, pasien mengatakan nyeri luka pasca operasi terasa hilang timbul seperti teriris iris dengan skala 7 di area perut. Pasien mengatakan sempat mual dan muntah 3 kali.

b. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

c. Riwayat penyakit keluarga



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :



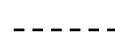
: laki-laki



: pasien



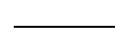
: perempuan



: tinggal serumah



: meninggal dunia



: garis pernikahan

Penjelasan :

Pasien mengatakan hanya tinggal berdua dengan istrinya kedua anak laki lakinya sudah menikah dan punya rumah sendiri. Pasien juga mengatakan sudah memiliki 3 orang cucu 1 laki-laki dan 2 perempuan.

5. Pengkajian pola Kesehatan fungsional

a. Pola persepsi Kesehatan dan manajemen kesehatan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan mengetahui persepsi antara sehat dan sakit, yaitu bila sehat dapat melakukan sesuatu pekerjaan atau kegiatan tanpa ada gangguan. Sedangkan sakit bila melakukan pekerjaan menjadi terganggu.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan paham akan kondisinya saat ini antara sehat dan sakit. Sehat dapat melakukan sesuatu pekerjaan atau kegiatan tanpa ada gangguan. Sedangkan sakit bila melakukan pekerjaan menjadi terganggu. Pasien mengatakan saat sakit periksa kefasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas dan poliklinik. Pasien mengatakan mengetahui kondisinya saat ini yang mengalami sakit yang akan direncanakan operasi pengangkatan batu empedu. Pasien juga tidak memiliki gangguan tumbuk kembang.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari dengan lauk daging dan sayur, pasien juga suka makan nasi padang dengan lauk rendang. Kebiasaan minum pasien 5-8 gelas setiap harinya.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan nafsu makan tidak menurun, makan 3 kali dari rumah sakit dengan diet Tim dan memulai minum air putih 1 liter setiap harinya.

c. Pola eliminasi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar 1 kali setiap harinya dengan karakteristik feses lunak tidak menggunakan obat pencahar, pasien mengatakan BAK spontan 5-6 kali tergantung juga banyaknya minum karakteristik urin kuning jernih.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan sudah BAB 1 kali pasien mengatakan untuk BAK terpasang kateter yang jumlahnya 600 ml untuk hari ini.

d. Pola aktifitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernapasan

dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan, pasien juga tidak memiliki riwayat hipertensi dan untuk aktifitas biasanya pasien bersih bersih kamar kos miliknya sebagai usaha sampingan.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan, pasien juga tidak memiliki riwayat hipertensi dan aktifitas untuk saat ini pasien tidak boleh melakukan aktifitas berat karna kondisi pasien yang sakit.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan kebiasaan waktu istirahat untuk tidur pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB untuk melakukan aktifitas bersih-bersih halaman rumah, kualitas tidur pasien nyenyak, tidak menggunakan obat tidur, biasanya pasien menonton televisi bersama istrinya sebelum tidur.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan kebiasaan waktu istirahat untuk tidur pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB, tetapi kualitas tidur pasien mudah terbangun karna nyeri pasca operasi pengangkatan batu empedu dan karna ruangan yang terlalu dingin.

f. Pola persepsi kognitif

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengetahui kenapa perutnya terasa nyeri terkadang mual dan muntah, pasien mengatakan hanya lulusan SMP, bahasa yang digunakan adalah bahasa campuran indonesia dan jawa, pasien tidak mengalami gangguan memori.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak mengetahui kondisinya, pasien hanya lulusan SMP, bahasa yang digunakan adalah campuran bahasa indonesia dan jawa. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan memori, pasien hanya mengalami nyeri pada uluhati dan mual muntah mata agak kuning pasien direncanakan operasi laparatomi explorasi CBD pada tanggal 4 Februari 2025 pada pukul 15.30 WIB. pasien mengatalam nyeri pada area pasca operasi terasa teriris irsis dengan skala 7, sempat mual dan muntah 3-4 kali

g. Pola persepsi konsep diri

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan menerima kondisinnya saat ini, pasien juga tidak mengalami gangguan citra tubuh, pasien mengatakan menjalani peran sebagai seorang suami, ayah sekaligus kakek.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini, pasien juga tidak mengalami gangguan citra tubuh, pasien mengatakan menjalani peran sebagai seorang suami, ayah sekaligus kakek

h. Pola peran dan hubungan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan orang terdekat tidak mengalami konflik, semua baik termasuk tetangga juga saling mendukung.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan orang terdekat tidak mengalami konflik, semua baik termasuk tetangga juga saling mendukung.

i. Pola seksualitas dan reproduksi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan seksual dan reproduksi, pasien memiliki 2 orang anak laki-laki. Pasien tidak melakukan KB.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan seksual dan reproduksi, pasien memiliki 2 orang anak laki-laki. Pasien tidak melakukan KB.

j. Pola koping dan toleransi stres

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat stres. Saat ada masalah pasien selalu berdiskusi dengan keluarga untuk menyelesaikan masalah.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat stres. Saat ada masalah pasien selalu berdiskusi dengan keluarga untuk menyelesaikan masalah.

k. Pola nilai dan kepercayaan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehat adalah kondisi yang diberikan tuhan untuk selalu berbuat kebaikan.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan sakit adalah ujian dari Tuhan untuk hambanya, tetapi pasien yakin Tuhan tidak akan menguji hambanya diatas kemampuannya.

6. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a. Keadaan umum : Sedang

b. Kesadaran : Compos mentis (E4 V5 M6)

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

1) Tekanan darah : 120/64 mmHg

2) Nadi : 75 x /menit

3) Suhu : 36,5°C

- 4) Respirasi : 20x /menit
- d. Pemeriksaan kepala
 - 1) Rambut

Warna rambut hitam, tidak ada alopecia, rambut bersih tidak berminyak, rambut tidak ada ketombe.
 - 2) Wajah

Bentuk wajah lonjong, tidak ada lesi dan edema.
 - 3) Mata

Simetris kanan dan kiri, sklera tidak ikterik, mata rabun jauh, menggunakanacamata, palpebra menghitam.
 - 4) Telinga

Simetris kanan dan kiri, terdapat sedikit seruman, tidak Memakai alat bantu pendengaran.
 - 5) Hidung

Tidak ada epistaksis, tidak ada napas cuping hidung, tidak terpasang O₂.
 - 6) Mulut

Bibir hitam, gigi rapi, putih, tidak ada kesulitan atau gangguan bicara.
- e. Pemeriksaan leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri telan, tidak ada jejas dan perlukaan.
- f. Pemeriksaan dada
 - 1) Inspeksi

Permukaan dada bidang, tidak ada perlukaan, respirasi 20 kali/menit.

2) Palpasi

Teraba getaran yang sama saat dilakukan vokal fremitus, tidak ada nyeri tekan.

3) Perkusi

Perkusi dada pasien suara sonor.

4) Auskultasi

Suara nafas pasien terdengar vesikuler.

g. Pemeriksaan abdomen

1) Inspeksi : tidak terdapat asites

2) Auskultasi : peristaltik usus 15 kali/menit

3) Perkusi : tympani

4) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

h. Pemeriksaan anus dan rectum

Tidak terdapat hemoroid

i. Pemeriksaa genetalia

Tidak ada kelainan, genetalia bersih, tidak terpasang kateter.

j. Pemeriksaan ekstremitas

Terpasang infus ditangan kiri, tidak ada kelainan ekstermitas

Skala kekuatan otot :

4	5
4	5

7. Pemeriksaan Penunjang

a. USG abdomen di klinik Budi sehat (14 Januari 2025)

Hepar : Membesar dengan pelebaran I HBD bilateral, tak tampak massa atau ascites

V.felea : Echastruktur normal dinding reguler Tampak batu ukuran 0,68 cm

Pancreas : Echastruktur normal tak membesar tak tampak massa

Ren : Echastruktur corten kedua ren baik tak tampak pelebaran SPC batu atau massa

VU : terisi cukup penuh tak tampak batu atau massa

Prostat : ukuran dan Echastruktur normal tak tampak massa

Kesan : Hepatomegali dengan kolelitis saran : MRCP, Cholelithiasis, Pancreas, Lien, kedua VU, maupun Prostat dalam batas normal

b. Pemeriksaan ECG (3 Februari 2025)

Pemeriksaan dilakukan di poli digestif RS Dr. OEN KANFDANG SAPI SOLO didapati hasil pasien mengalami Sinus Bradikardi CCWR yaitu denyut jantung berdetak lambat 60 x/menit

c. Hasil laboratorium RS Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO (3 Februari 2025)

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	12.0*	g/dl	13.2-17.3
Leukosit	8.200	MM ³	150.000-440.000
Eritrosit	4.07*	juta/mm ³	4.4-5.9

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Trombosit	319	ribu/mm ³	216-450
Hematokrit	36.4	Vol %	40-59
Natrium (Na)	137	mmol/l	135-147
Kalium (K)	3.9	mmol/l	3.5-5.0
Klorida (Cl)	115	mmol/l	95-105
Ureum	73	mg/dl	13-43
Kreatinin	4.0	mg/dl	0.5-1.2
Glukosa Darah Sewaktu	101	mg/dl	70-140

8. Program Terapi

Tabel 4.2 Program Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Ringer Laktate	20 tpm	Memenuhi cairan tubuh
2.	Ceftriaxon	1gr/ 12 jam	Mengatasi infeksi bakteri
3.	Ketorolac	30 mg/ 8 jam	Meredakan nyeri
4.	Ondancentron	40 mg/ 8 jam	Mengatasi mual dan muntah
5.	Obat Anasesi		
6.	Tramus	20 mg	Mempermudah ventilasi saat pembiusan
7.	Propofol	70 mg	Induksi anastesi

9. Tindakan operasi

Tindakan operasi pasien dilakukan di RS Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO pada pukul 18.00 WIB. Pada pukul 18.30 WIB pasien dilakukan intubasi dan 18.45 WIB dilakukan tindakan operasi sampai pukul 21.00 WIB dan di bawa keruang pemantauan, kemuadian pukul 22.00 WIB pasien dibawa keruangan.

10. Data Fokus

Tabel 4.3 Data Fokus

Hari, tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	TTD
Selasa, 04/02/2025	Selasa, 4 Februari 2025 Data subjektif (pre op) DS : Pasien mengatakan - Nyeri area ulu hati terasa hilang timbul, nyeri skala 4, terasa seperti tertusuk-tusuk. - Mual dan muntah saat makan. - Merasa cemas dikarenakan akan dilakukan tindakan operasi karena baru pertama kali masuk rumah sakit. DO : pasien tampak - Meringis terkadang nyeri timbul. - Tampak lemas. - Gelisah dan bingung. - TD : 120/64 mmHg, N : 75x/menit.	Santri

Hari, tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	TTD
Rabu, 04/02/2025	Rabu, 5 Februari 2025 Data subjektif (post op) DS : pasien mengatakan nyeri luka post operasi terasa hilang timbul, terasa teriris-iris, skala nyeri 6, nyeri bilang timbul dan nyeri tekan, mual dan muntah 3-4 kali. DO : Pasien tampak - Pasien tampak meringis. - Protektif terhadap nyeri. - Terpasang drain di samping perut dengan drainase 250 ml. - Terpasang kateter dengan urine rampung 600ml. - Puasa setelah operasi jam 23.00 WIB – 08.00.WIB	Santri

11. Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

No Dx	Hari, Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
1.	selasa, 04/02/2025	Pre operasi DS : Pasien mengatakan - P : Nyeri saat berbaring - Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis	Santri

No Dx	Hari, Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
		c. R : Nyeri pada perut bagian ulu hati d. S : Skala nyeri 4 e. T : Nyeri hilang timbul DO : a. Pasien meringis saat nyeri tiba tiba muncul b. Protektif terhadap nyeri c. TD : 120/64 mmhg N: 75X/M			
2.	selasa, 04/02/2025	DS : Pasien mengatakan a. Gelisah, bingung, cemas karna akan dilakukan tindakan operasi b. Badan lemas DO : a. Gelisah b. Bingung c. TD : 136/86 mmhg N : 96 x/m	Ansietas	Kurang terapar informasi	Santri

No Dx	Hari, Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
3.	Rabu, 05/02/2025	Post operasi DS : Pasien mengatakan P : Nyeri saat bergerak kesamping Q : Nyeri seperti teriris-iris R : Nyeri pasca operasi S : Skala nyeri 7 T : Nyeri hilang timbul DO : a. Tampak meringis b. Protektif terhadap nyeri c. TD : 136/69 mmhg N : 80 x/ m	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	Santri

No Dx	Hari, Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
4.	selasa, 04/02/2025	DS: Pasien mengatakan a. Mual b. Lemas c. Sempat muntah 3-4 kali DO : a. Tampak lemas b. Pucat c. TD: 139/69 mmhg, N : 80x/menit	Nausea	Efek agen farmakologis	Santri

12. Daftar Masalah

Tabel 4.5 Daftar Masalah

No Dx	Tanggal Ditemukan	Masalah Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
1	Selasa, 04/02/2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis ditandai dengan Pasien mengatakan P : Nyeri saat berbaring, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada ulu hati, S : Skala nyeri 4, T : Nyeri hilang timbul, Badan lemas, pasien meringis kesakitan dan menahan nyeri saat berbaring, pasien tampak protektif terhadap nyeri	Rabu, 05/02/2025	Santri

No Dx	Tanggal Ditemukan	Masalah Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
2	Selasa, 04/02/2025	Ansietas yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien mengatakan bingung, cemas, dan gelisah karna akan dilakukan tindakan operasi batu empedu yang pertama kali, pasien tampak bingung, gelisah dan cemas	Rabu, 05/02/2025	Santri
3	Rabu, 05/02/2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik ditandai dengan Pasien mengatakan P : Nyeri saat bergerak kesamping, Q : Nyeri seperti teriris iris, R : Nyeri pada perut pasca operasi, S : Skala nyeri 7, T : Nyeri hilang timbul, Badan lemas, pasien meringis kesakitan dan menahan nyeri saat bergerak, pasien tampak protektif terhadap nyeri	Rabu, 05/02/2025	Santri
4	Rabu, 05/02/2025	Nausea yang berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan pasien mengatakan mual dan sempat muntah 3-4 kali setelah operasi badan lemas, pasien tampak lemas dan pucat	Rabu, 05/02/2025	Santri

13. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
1.	Pre operasi SLKI : Tingkat Nyeri Pasien mampu mencapai tingkat nyeri secara adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 Februari 2025 Indikator : a. Keluhan nyeri (4) Cukup menurun b. Meringis (4) Cukup menurun c. Gelisah (5) Menurun d. Sikap protektif (5) Menurun e. Tekanan darah (5) Membaik	Pre operasi SIKI : Manajemen Nyeri Aktivitas : a. Identifikasi karakteristik, durasi, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Berikan teknik non farmakologi (teknik nafas dalam) e. Jelaskan strategi meredakan nyeri f. Lakukan kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/ 8 jam	santri
2	SLKI: Tingkat Ansietas Pasien mampu menunjukkan tingkat ansietas secara adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 Februari 2025 a. Perilaku gelisah (5) Menurun b. Perilaku tegang (5) Menurun	SIKI : Reduksi ansietas Aktivitas : a. Monitor tanda-tanda ansietas b. Ciptakan suasana nyaman c. Temani pasien dan libatkan keluarga untuk mengurangi rasa cemas	Santri

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
	c. Frekuensi nadi (5) Menurun d. Tekanan darah (5) Menurun e. Konsentrasi (5) Membaik	d. Diskusikan peristiwa yang akan terjadi secara realistis e. Anjurkan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien	
3.	Post operasi SLKI : Kontrol nyeri Pasien mampu menunjukkan kontrol nyeri yang meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 Februari 2024 Indikator : a. Melaporkan nyeri terkontrol (5) Meningkat b. Kemampuan menggunakan Teknik non farmakologis (5) Menurun c. Dukungan orang terdekat (5) meningkat d. Keluhkan nyeri (5) menurun e. Penggunaan analgesik (5) menurun	Post operasi SIKI : Pemantauan nyeri Aktivitas : a. Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri b. Monitor kualitas nyeri c. Monitor intensitas nyeri menggunakan skala d. Monitor durasi dan frekuensi nyeri e. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien f. Dokumentasi hasil pemantauan g. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan h. Informasikan hasil pemantauan	Santri

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
4.	SLKI : Kontrol Mual dan muntah Pasien mampu menunjukkan kontrol mual dan muntah yang meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 5 Februari 2024 Indikator : a. Kemampuan mengenali gejala (5) meningkat b. Melapor mual dan mengontrol muntah (5) meningkat c. Menghindari bau tak sedap (5) meningkat d. Penggunaan obat anti emetik (5) menurun e. Melapor efek samping obat (5) menurun	SIKI : Menejemen muntah Aktivitas : a. Identifikasi karakteristik muntah b. Identifikasi riwayat diet c. Identifikasi faktor penyebab muntah d. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah e. Atur posisi untuk mencegah aspirasi f. Berikan kenyamanan selama muntah g. Anjurkan perbanyak istirahat h. Ajarkan penggunaan Teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah i. Kalanorasi pemberian antiemetik	santri

14. Implementasi

Tabel 4.7 Implementasi

Hari, Tanggal Jam	No Dx	Tindakan dan respon	TTD
Selasa, 04/02/2025 07.45	1,2	Melakukan pengkajian pada pasien RS : pasien mengatakan nyeri pada pada perut bagian ulu hati, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala 4, nyeri saat berbaring, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan bingung dengan kondisinya saat ini dan merasa cemas karna akan dilakukan tindakan operasi nanti sore pukul 15.30 WIB RO : pasien tampak meringis menahan nyeri saat berbaring dan protektif terhadap nyeri, merasa cemas, takut, tampak bingung dn sedikit lemas	Santri
08.15	1,2	Melakukan pengukuran tanda- tanda vital RS : pasien mengatakan lemas, nyeri RO : TD : 120/64, N : 87 kali/menit, RR : 20 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,5	santri
11.30	2	Melakukan komunikasi terapeutik untuk mengurangi rasa cemas pasien RS : pasien mengatakan sedikit lebih tenang setelah di beritahu jalannya operasi	santri

Hari, Tanggal Jam	No Dx	Tindakan dan respon	TTD
		RO : meminta keluarga untuk tetap mendampingi pasien jika pasien tampak cemas agar lebih tenang	
Rabu 05/02/2025 07.30	1,2,3,4	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital dan pengkajian ulang pasca operasi RS : pasien mengatakan nyeri pasca operasi, nyeri terasa hilang timbul dan seperti teriris-iris skala nyeri 7, tadi pagi sempat mual dan muntah 3-4 kali RO : TD : 136/90, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3, meringis, protektif terhadap nyeri, lemas dan pucat	santri
08.15	1,2,3,4	Memberikan injeksi IV per infus RS : pasien mengatakan tidak sakit saat di injeksi RO : injeksi cefazolin 1gr/ 12 jam telah diberikan dengan prosedur 6 benar obat.	santri
11.00	1,2,3,4	Melakukan evaluasi RS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area pasca operasi, nyeri skala 7, nyeri seperti teriris-iris, dan nyeri hilang timbul, badan lemas, sudahtidak mual dan muntah RO : Pasien tampak meringis, protektif terhadap nyeri, lemah hanya berbaring di tempat tidur	santri

15. Evaluasi

Tabel 4.8 Evaluasi

Hari, Tanggal	No Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
Pre operasi selasa, 04/02/2025	1	S: Pasien mengatakan nyeri pada perut saat berbaring, nyeri skala 4, nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan nyeri hilang timbul, O : Pasien tampak lemas TD : 136/69mmhg, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator a. Keluhan nyeri (5) menurun b. Meringis (5) menurun c. Gelisah (4) Cukup menurun d. Sikap protektif (4) Cukup menurun e. Tekanan darah (5) membaik A : Pasien mampu mencapai tingkat nyeri yang menurun P : Lanjutkan intervensi - Intervensi dihentikan	santri
Selasa, 04/02/2025	2	S: Pasien mengatakan setelah diedukasi sudah tidak bingung dan khawatir tentang operasinya, pasien selalu disuport keluarganya O : Pasien tampak tidak gelisah TD : 136/69mmhg, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator a. Perilaku gelisah (5) menurun b. Perilaku tegang (5) menurun c. Frekuensi nadi (4) Cukup menurun d. Tekanan darah (4) Cukup menurun e. konsentrasi (5) membaik	santri

Hari, Tanggal	No Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
		A : Pasien mampu mencapai tingkat ansietas yang menurun P : Lanjutkan intervensi Intervensi dihentikan	
Post operasi Rabu, 05/02/2025	3	S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area pasca operasi pengangkatan batu empedu nyeri terasa hilang timbul, seperti teriris-iris, skala 7 O : Pasien tampak meringis, protektif terhadap nyeri, TD : 136/90, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator - Melapor nyeri terkontrol (3) sedang - Kemampuan menggunakan Teknik nonfarmakologis (4) Cukup meningkat - Dukungan orang terdekat (4) Cukup meningkat - Keluhan nyeri (3) Sedang - Penggunaan analgesik (4) Cukup menurun A : Pasien belum mampu mencapai kontrol nyeri yang meningkat P : Lanjutkan intervensi - Monitor frekuensi dan durasi nyeri	santri
Rabu, 05/02/2025	4	S: Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah, sudah minum air sedikit sedikit menggunakan sendok O : Pasien tampak lemas masi sedikit pucat TD : 136/69mmhg, N : 83	Santri

Hari, Tanggal	No Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
		kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator a. Kemampuan mengenali gejala (5) meningkat b. Melapor dan mengontrol muntah (5) meningkat c. Menghindari bau tak sedap (4) cukup meningkat d. Penggunaan obat anti emetik (4) Cukup menurun e. Melapor efek samping obat (5) menurun A : Pasien mampu mencapai kontrol mual dan muntah yang meningkat P : Lanjutkan intervensi - Intervensi dihentikan	

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan menggunakan pembahasan “Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien kolelithiasis di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO yang dilakukan pada tanggal 4 Februari 2025 lantai 8 utara kamar 873 pukul 08.00 WIB ”. Penulis akan menguraikan diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu :

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik

- a. Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Menurut Suryati et al. (2025), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang timbul karena kerusakan jaringan. Nyeri akut memiliki fungsi yaitu sebagai alarm tubuh terhadap adanya cedera sehingga mendorong individu untuk mencari tindakan penanganan segera. Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik yang berlangsung cepat dan singkat seperti pada kondisi patah tulang, luka bakar, prosedur pembedahan, penyakit akut seperti infeksi.

Dari data hasil pengkajian didapatkan data yang sesuai yaitu pasien mengalami nyeri pada ulu hati, terasa tertusuk-tusuk, dan data yang tidak sesuai yaitu nyeri saat berbaring, terkadang nyeri timbul, protektif terhadap nyeri, meringis. Dengan adanya kesesuaian tersebut maka diagnosa keperawatan nyeri akut dapat ditegakkan.

- b. Etiologi atau faktor resiko

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017), etiologi pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu : agen pencedera fisiologis (mis.

inflamasi, lakemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Adapun etiologi yang penulis tegakkan yaitu agen pencedera fisik yang sudah sesuai dengan teori.

Menurut Purnama et al. (2024), etiologi nyeri akut adalah trauma mekanik berupa benturan, gesekan, luka, bekas sayatan pasca operasi yang merangsang nyeri karena reseptor nyeri mengalami kerusakan. Trauma termik seperti panas api, air dingin yang berlebih akan merangsang reseptor nyeri. Trauma kimia seperti sentuhan asam dan basa yang kuat. Trauma elektrik seperti aliran listrik yang kuat akan merangsang reseptor nyeri akibat kejang otot atau kerusakan reseptor nyeri. Neoplasma jinak dapat menyebabkan penekanan pada ujung saraf reseptor nyeri, neoplasma ganas akan mengakibatkan kerusakan jaringan, akibat tarikan, jepitan atau metastase dari kanker. Peradangan seperti abses, pleuritis akan mengakibatkan kerusakan saraf reseptor nyeri akibat adanya peradangan atau karena adanya penekanan dari pembengkakan jaringan, iskemik jaringan, trauma psikologis.

c. Batasan karakteristik

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan nyeri yaitu tanda dan gejala mayor subjektif: mengeluh nyeri. Tanda dan gejala mayor objektif: tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Sedangkan tanda gejala minor objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien sudah $\pm 80\%$ untuk tanda gejala mayor dan terdapat beberapa tanda gejala minor yang ditemukan pada pasien, dengan adanya kesesuaian data tersebut. Batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus yaitu: Tn. D mengespresikan wajah nyeri ditandai dengan meringis kesakitan, keluhan intensitas menggunakan standar skala nyeri ditandai dengan Tn. D mengatakan skala nyeri 7 dari 10, Tn. D mengespresikan perilaku gelisah dan merengek ditandai dengan meringis kesakitan protektif terhadap nyeri, batasan karakteristik yang belum terpenuhi karena hasil pengkajian hanya beberapa gejala saja, tetapi sudah cukup karena minimal tiga batasan karakteristik untuk menegakkan diagnosa (Ginanjari et al., 2022).

d. Kondisi klinis terkait

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), kondisi klinis yang terkait pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu: kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi sindrom koroner akut dan glaukoma. Menurut Selomo et al. (2024), luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh yang disebabkan oleh trauma tajam atau tumpul, perubahan suhu, paparan zat kimia, ledakan, sengatan listrik, maupun gigitan hewan.

2. Ansietas yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi

a. Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Menurut Kirana et al. (2022), kecemasan adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam yang disertai respon otonom. Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Individu yang merasa cemas akan merasa tidak nyaman atau takut, namun tidak mengetahui alasan kondisi tersebut terjadi. Kecemasan tidak memiliki stimulus yang jelas yang dapat diidentifikasi. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien gelisah, bingung, cemas,

dan badan lemas. Dengan adanya kesesuaian tersebut, maka diagnosa keperawatan ansietas dapat ditegakkan.

b. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), etiologi pada diagnosa keperawatan ansietas yaitu: krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain), kurang terpapar informasi. Adapun etiologi yang penulis tetapkan yaitu kurang terpapar informasi yang sudah sesuai dengan teori.

Menurut Imelisa et al. (2021), etiologi ansietas adalah ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari, ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

c. Batasan karakteristik

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), kondisi klinis terkait diagnosa keperawatan ansietas yaitu: penyakit kronis

progresif (mis. kanker, penyakit autoimun), penyakit akut, hospitalisasi, rencana operasi, kondisi diagnosis penyakit belum jelas, penyakit neurologis, tahap tumbuh kembang. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu mayor (tanda/gejala ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnosa) dan minor (tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa). Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu mayor (tanda/gejala ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnosa) dan minor (tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa). Tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan ansietas yaitu tanda dan gejala mayor subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi. Tanda gejala mayor objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Tanda dan gejala minor subjektif: mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya. Sedangkan tanda gejala minor objektif: frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien sudah $\pm$ 80 % untuk tanda gejala mayor, batasan karakteristik yang

sudah dipenuhi pada kasus yaitu: Tn. D mengespresikan wajah nyeri ditandai dengan meringis kesakitan, keluhan intensitas menggunakan standar skala nyeri ditandai dengan Tn. D mengatakan bingung dan gelisah karna baru pertama kali menjalani operasi, Tn. D mengespresikan perilaku gelisah dengan melihat kesegala arah, Batasan karakteristik yang belum terpenuhi karena hasil pengkajian hanya beberapa gejala saja, tetapi sudah cukup karena minimal tiga batasan karakteristik untuk menegakkan diagnosa (Wiratama, 2021).

3. Nausea yang berhubungan dengan efek agen farmakologis

a. Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2017), nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Menurut Sandra (2020), mual dan muntah adalah perasaan tidak nyaman dari perut pasien pascaoperasi yang menimbulkan keinginan untuk mual/ muntah serta keluarnya isi lambung secara paksa dari mulut akibat kontraksi otot abdomen. Dari data hasil pengkaji didapatkan data yang sesuai yaitu pasien mengalami mual, muntah sebanyak 3-4 kali setelah operasi, lemas, pucat.

b. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2017), etiologi pada diagnosa keperawatan nausea yaitu: gangguan biokimiawi (mis. uremia,

ketoasidosis diabetik), gangguan pada esofagus, distensi lambung, iritasi lambung ataupun saluran cerna, gangguan pankreas, peregangan kapsul limpa, tumor terlokalisasi, peningkatan tekanan intraabdominal, peningkatan tekanan intraorbital, mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, rasa makanan/minuman yang tidak enak, stimulus penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis, efek agen farmakologis, dan efek toksin. Ketika batu tersangkut dalam saluran cerna akan memicu peradangan dan pembengkakan. Ketika hal tersebut terjadi pada kantong empedu, maka akan berisiko menimbulkan jaringan parut dan kaku ketika terjadi serangan sehingga membuat perut terasa mual, kembung, dan muntah (Arsa et al., 2023). Adapun etiologi yang penulis tetapkan yaitu iritasi saluran cerna dan efek agen farmakologis (obat bius GA) yang sudah sesuai dengan teori. Menurut Sandra (2020), etiologi nausea adalah gejala umum yang dapat disebabkan oleh berbagai kondisi fisik dan kimia, termasuk kehamilan, kemoterapi, bedah, obat tertentu termasuk anestesi yang digunakan untuk operasi dan penyakit fisik lainnya seperti gastroenteritis virus, mual/nausea pascaoperasi dapat digambarkan sebagai perasaan sakit perut atau sensasi yang berhubungan dengan muntah dan tidak selalu disertai muntah serta berbeda dengan penyakit dispesia, mual merupakan sensasi subyektif

terhadap keinginan muntah tanpa gerakan ekspulsif otot, dan jika berat akan menyebabkan terjadinya peningkatan sekresi kelenjar ludah, gangguan vasomotor, berkeringat, pucat, serta ada dorongan untuk muntah

c. Batasan karakteristik

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), kondisi klinis yang terkait pada diagnosa keperawatan nausea yaitu: meningitis, labirinitis, uremia, ketoasidosis diabetik, ulkus peptikum, penyakit esofagus, tumor intraabdomen, penyakit meniere, neuroma akustik, tumor otak, kanker, glaukoma. Tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan nausea yaitu tanda dan gejala mayor subjektif: mengeluh mual, merasa ingin muntah, dan tidak berminat makan. Tanda dan gejala minor subjektif: merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, dan sering menelan. Sedangkan tanda gejala minor objektif: saliva meningkat, pucat, diaphoresis, takikardia, dan pupil dilatasi. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien sudah $\pm 80\%$ untuk tanda gejala mayor dan terdapat beberapa tanda gejala minor. Batasaan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus yaitu: Tn. D mengespresikan wajah lemas dan pucat, Tn. D mengatakan mual dan muntah 3 kali setelah operasi karna baru pertama kali menjalani operasi, Tn. D mengespresikan perilaku lemas, Batasan karakteristik yang belum terpenuhi karena hasil pengkajian

hanya beberapa gejala saja, tetapi sudah cukup karena minimal tiga batasan karakteristik untuk menegakkan diagnosa (Wiratama, 2021).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi deskriptif yang telah dilakukan oleh penulis tentang "Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Kolelithiasis di Rumah Sakit Dr, OEN KANDANG SAPI SOLO", maka diperoleh kesimpulan dan implikasi sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien kolelithiasis adalah nyeri akut, ansietas dan nausea.
2. Data yang muncul dari diagnosa nyeri akut: Pasien mengatakan nyeri nyeri area luka pasca operasi, terasa hilang timbul, nyeri seperti teriris-iris, nyeri dengan skala 7.

Data yang muncul dari diagnosa ansietas: Pasien mengatakan gelisah, bingung, cemas karna akan dilakukan tindakan operasi, badan lemas

Data yang muncul dari diagnosa nausea: Pasien mengatakan mual, dan muntah 3-4 kali setelah operasi, lemas, pucat.

3. Penulis dapat mengidentifikasi etiologi atau faktor yang berhubungan atau faktor resiko pada pasien dengan kolelithiasis.

B. Implikasi Perawatan

Hasil studi deskriptif ini menunjukkan bahwa nyeri akut dan mual adalah diagnosa yang paling sering muncul pada pasien anemia. Oleh karena itu, perawat perlu:

1. Melakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh dengan menggunakan skala nyeri dan mengidentifikasi faktor pencetus, lokasi, durasi, serta karakteristik nyeri.
2. Memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab kolelithiasis, pola makan yang sehat, serta pentingnya terhadap kepatuhan pengobatan secara medis.
3. Mendukung pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien kolelithiasis yang sering mengalami mual atau muntah, perawat perlu bekerja sama dengan ahli gizi untuk memastikan kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi sesuai dengan kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhata, A. R., Mustofa, S., & Soleha, T. U. (2022). Diagnosis dan Tatalaksana Kolelitiasis. *Medical Profession Journal of Lampung*, 12(1), 75–78. <https://doi.org/10.53089/medula.v12i1.401>
- Anies. (2016). *Ensiklopedia Penyakit*. PT Kanisius.
- Arimbi, D., Novella, A., & Nurina, T. (2024). Case Report : Acute Cholelitis. *Quantum Wellness : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 34–42.
- Arsa, P. S. A., Kamaryati, N. P., Suryani, L., Nurjanah, U., & Kasih, L. C. (2023). *Asuhan keperawatan Medikal Bedah*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Budiyono, & Pertami. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Medika.
- GINANJAR, M. T., YULIYANTI, suci permene, & Zaeni, khosin nur. (2022). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. K Pasien Post Operasi Turp Dengan Benigna Prostat Hyperplasia Di Rumah Sakit Wijaya Kusuma Purwokerto. *Jurnal Pengabdian Mandiri*, 1(6), 913–918.
- Imam Fauzan Arifin, & Made Suandika. (2023). Asuhan Keperawatan Penatalaksanaan Nyeri Pada Tn.F Dengan Post Operasi Cholesistectomy Laparoskopi Atas Indikasi Cholelithiasis Dengan Teknik ROM (Range Of Motion) di Ruang Cendana 2 RSUD Kardinah Kota Tegal. *Journal Innovation In Education*, 1(4), 167–175. <https://doi.org/10.59841/inoved.v1i4.639>
- Imelisa, R., Roswendi, A. S., Wisnusakti, K., & Restika Ayu, I. (2021). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikososial*. EDU Publisher.
- Iskandar, A., Andrew Ridow Johanis, Mansyur, Rita Fitriani, Nur Ida, & Putra Hendra. (2023). *Dasar Metode Penelitian*. Cendekiawan Inovasi Digital Indonesia.
- Kirana, W., Litaqia, W., Karlistiyaningsih, B., Hidayah, N., & Nurmazidah. (2022). *Buku Panduan Self Talk Positive dalam Menurunkan Tingkat Kecemasan dan Stres Garda Terdepan Penanganan COVID-19*. Penerbit NEM.
- Kodim, Y. (2018). *Konsep Dasar Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Kristianus, D., Setijoso, R. E., Mayasari, M., & Koncoro, H. (2022). Nyeri Epigastrik sebagai Presentasi Awal Kolelitiasis. *Cermin Dunia Kedokteran*, 49(11), 620–623. <https://doi.org/10.55175/cdk.v49i11.316>
- Maryani, D., Iqbal, M., Lironika Suryana, A., Widyawati, A., & Jannah, M. (2022). Hubungan Sindrom Makan Malam dengan Obesitas pada Mahasiswa di Politeknik Negeri Jember. *HARENA: Jurnal Gizi*, 4(1), 56–63.
- Niriyah, S. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa I Seri II*. Mahakarya Citra utama.
- Nurhuda, M., Annisa, M., Siana, Y., Ramadhani, A., & Baiturrahmah, U. (2024). Description Of SGOT, SGPT And Bilirubin Levels In Colelitation Patients At RSI Siti Rahmah In 20121-2023. *Nusantara Hasana Journal*, 3(8), Page.
- Olivia, F. (2015). *Jangan Sepelekan Radang Empedu*. PT Alex Media.
- Prabowo, D. Y. B., Yoanita, M., Suwetty, A., Rispawati, B. H., & Badi'ah, A. (2022). *Komunikasi Keperawatan (Teori dan Penerapannya)*. Kimshafi Alung Cipta.
- Pramitasari, N. A., & Musharyanti, L. (2023). Pada Pasien Dengan Post Operasi Laparotomi Di Rs Pku Muhammadiyah Gamping : Case Report. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Medika Drg. Suherman*, 05(01), 126–130.
- Purnama, R., Anggraini, S., Ismanto, R. A., Uri, & Trisna, D. (2024). *Implementasi Terapi Non Farmakologi dengan Masalah Post Operasi Appendektomi*.

Penerbit NEM.

- Rudaykinos. (2022). *Perumusan Diagnosa Keperawatan(Dokumentasi Keperawatan Sesuai SDKI, SLKI dan SIKI*. Guepedia.
- Sandra. (2020). *Manfaat Air Naqi' Terhadap Mual Dan Muntah Pascaoperasi*. Zahir Publising.
- Selomo, P. A., Darmayanti, D., & Ridwan, U. N. (2024). Teknik Perawatan Luka Perineum. *Jurnal Kebidanan*, 2(02), 1–4.
- Suryati, S., Anwar, T., Judianto, L., Agil, N., & Fadillah, L. (2025). *Perawatan Pasien Dewasa dengan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Susanti, N., Wiyanto, B., Hidayati, D. N., & Noor, R. J. (2024). Analisis Tingkat Pengetahuan, Sikap, Perilaku Masyarakat Terhadap Kolesterol. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 3856–3865.
- Syahri, A. (2023). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Pada Praktik Klinis*. Cv. Budi Utama.
- Wibowo, K. S. (2020). *Asuhan Keperawatan pada TN. J dengan Kolelithiasis*. 2507(February), 1–9.
- Wiratama, P. J. F. (2021). Penatalaksanaan Non Farmakologi Pada Pasien Pra Operasi Yang Mengalami Kecemasan Di Rsud Kabupaten Buleleng (Studi Kasus). *Institute Kesehatan Dan Teknologi Bali*, 2, 7.

