ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn.M DENGAN "APENDIKSITIS" DI PUSKESMAS KOTO BARU KEC. LENGAYANG KAB. PESISIR SELATAN 2018

KARYA TULIS ILMIAH

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Oleh :

ASRIPA

1714401107

PROGRAM AKADEMI KESEHATAN PERINTIS
BUKIT TINGGI

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Asripa

NIM : 1714401107

Judul KTI : **"Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.M Dengan ApendiksIitissitis Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru**

Tahun 2018''

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 30 Juli 2018

Pembimbing,

Ns. Ida Suryati , M. Kep
1420013047501027

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Asripa

NIM : 1714401107

Judul KTI : **"Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.M Dengan Apendiksitis Akut Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I,

Ns. Ida Suryati , M. Kep
1420013047501027

Penguji II,

Ns. Muhammad Arif, M. Kep
1420114098409051

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga berkat karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.M Dengan Apendiksitis Akut**". Dalam penyusunan tugas ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih banyak pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan ini. Tidak lupa juga kami ucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Ketua STIKES Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed
2. Pembimbing Akademik Ns. Ida Suryati, M.Kep dan M.Kep, dan Pembimbing Klinik yang telah banyak memberi masukan dan dorongan semangat serta meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk dalam pembuatan tugas ini.
3. Bapak Penguji Ns Muhammad Arif.M.Kep.
4. Rekan-Rekan yang seperjuangan dalam menyelesaikan tugas akhir kuliah yaitu dalam pembuatan karya tulis ilmiah.

Tiada gading yang tidak retak, demikian pula dengan penulisan karya ilmiah ini, penulis menyadari bahwa tugas ini masih jauh dari kesempurnaan. penulis akan sangat berterima kasih dan menerima dengan senang hati masukan, kritik dan saran dari pembaca untuk menyempurnakan tugas karya ilmiah ini.

Harapan penulis semoga tugas ini bermanfaat bagi kita semua dan semoga amal kebaikan kita semua dibalas oleh Allah SWT

Kambang, juli 2018

Asripa

HALAMAN PENGESAHAN

KTI yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.M Dengan Apendiksitis Akut Di Puskesmas Koto Baru Kec.Lengayang Kab.Pesisir Selatan Tahun 2018"** yang disusun oleh Asripa telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar ahli madya Keperawatan pada Program studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang.

Padang, Juli 2018

Tim Penguji

Pembimbing I	Penguji I
Ns. Ida Suryati, M.Kep	**Ns.Muhammad Arif, M.Kep**
NIK 1420013047501027	NIK 14201140984090

Mengetahui

Ka Prodi DIII Keperawatan
STIKES Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, S.KEP.,M.Kep
NIK 1420123106993012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama	: Asripa
Tempat / tanggal lahir	: Nyiur Gading Kambang / 12-07-1969
Jenis kelamin	: Perempan
Agama	: Islam
Alamat	: Nyiur Gading, Kec.Lengayang
No. hp	: 085265467707

B. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

1. SD : No.2 kambang Tahun 1983
2. SMP : SMP 2 Lubuk Linggau Tahun 1986
3. SPK : DEP.KES Padang Tahun 1989

C. SKIL DAN KETERAMPILAN

1. Sertipikat pelatihan program TBC dan Kista oleh dinas Kes. Provinsi di Bapelkes Padang 15 Septembet 2001.
2. Sertifikat Simposium Penanganan Kegawat Daruratan dalam Pelayanan Kesehatan 20 Mei 2009.
3. Piagam Penghargaan Lokal Karya Mini 29 Juni 2013
4. Piagam Penghargaan Kegiatan Perkemahan Raimunah Sakawira Kartika Kodim 0311/PESSEL 5 Nov 2014

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERWATAN

KTI, Juli 2018
Asripa

Asuhan keperwatan Apendiksitis Akut pada klien Tn.M Diwilayah kerja Puskesmas koto Baru Tahun 2018

Viii+ 58 Halaman+ 3 tabel + 2 gambar

ABSTRAK

Latar Belakang : ***Appendiks*** adalah ujung seperti jari yang kecil panjangnya kira-kira 10 cm (94 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Appendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, appendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi. (Brunner dan Sudarth, 2002). Data yang ditemukan di Puskesmas Koto baru meningkat tiap tahuannya, Tahun 2017 60 orang.

Metode : Penulis menggunakan metode Deskripsi, adapun sampelnya adalah Klien S, Data ini diperoleh dengan cara yaitu: wawancara, pemeriksaan,observasi,memperoleh catatan dan laporan diagnostik, bekerja sama dengan tim medis dan keluarga.

Hasil: Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3 kali pertemuan diagnosa yang muncul yaitu: Nyeri akut b/d agen injuri (biologis) ditandai dengan pasien menyatakan nyeri pada bagian abdomen, terutama pada bagian bawah resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah Kurangnya pengetahuan tentang penyakit apendiksitis berhubungan dengan kurangnya informasi.

Kesimpulan: Kerjasama antar tim kesehatan, pasien dan keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga masalah keperawatan pasien mengenai Nyeri akut b/d agen injuri (biologis) ditandai dengan psien menyatakan nyeri pada bagian abdomen, terutama pada bagian bawah resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurang kebutuhan tubuh berhubungan muntah, kurang pengetahuan tentang penyakit apndiksitis berhubungan dengan kurangnya informasi dapat dilaksanakan dengan baik dan sebagian masalah dapat teratasi sebagian

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M DENGAN APPENDIKSITIS AKUT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BARU 2018

(ASRIPA,2018,58 Halaman)

ABSTRAK

Background: The appendix is a small finger-like tip about 10 cm (94 inches) long, attached to the caecum just below the ileosecal valve. Appendices contain food and empty themselves regularly into the cecum. Because emptying is not effective and the lumen is small, the appendix tends to become blocked and susceptible to infection. (Brunner and Sudarth, 2002). The data found in Koto Health Center has only increased every year, in 2017 60 people.

Method: The author uses the Description method, while the sample is Client S, this data is obtained by means of: interview, examination, observation, obtaining records and diagnostic reports, working with medical and family teams.

Results: After Nursing Actions were performed during the 3 diagnostic meetings that appeared, namely: Acute pain in an intravenous agent (biological) characterized by the patient declaring pain in the abdomen, especially at the bottom of the risk of lack of fluid volume associated with less than body requirements associated with vomiting Lack of knowledge about appendixitis is associated with a lack of information.

Conclusion: Collaboration between health teams, patients and families is necessary for the success of nursing care in patients, so that the patient's nursing problems regarding acute pain b / injuri agents (biological) are characterized by patients expressing pain in the abdomen, especially at the bottom of the risk of lack of volume fluid is associated with less body needs associated with vomiting, lack of knowledge about apathyitis associated with lack of information can be implemented properly and some problems can be resolved in part

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
KATA PENGATANTAR i
ABSTRAK…… iii
ABSTRAK (Bahasa Inggris)…….. iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL ……..... vi
DAFTAR GAMBAR …….. vii
DAFTAR LAMPIRAN…… viii
BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Ruang Lingkup Penulisan 3
1.3 Tujuan..... 3
1.3.1 Tujuan Umum..... 3
1.3.2 Tujuan Khusus..... 4
1.4 Manfaat Penulisan
1.4.1 Studi Kepustakaan..... 4
1.4.2 Studi Kasus…… 4
1.4.3 Studi Dokumentasi…… 4
1.5 Sistematika Penulisan……. 5

BAB II TINJUAN TEORITIS
2.1 Konsep Dasar……. 6
2.1.1 Pengertian…… 6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi…….. 7
2.1.3 Etiologi……. 10
2.1.4 Klasifikasi……. 11
2.1.5 Manifestasi Klinik…… 15
2.1.6 Patofisiologi……. 17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang……... 20
2.1.8 Penatalaksanaan……... 22
2.1.9 Komplikasi…….. 23
2.2 Asuhan Keperawatan……. 26
2.2.1 Pengkajian……... 26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan……... 29
2.2.3 Intervensi Keperawatan……... 30
BAB III LAPORAN KASUS
3.1 Pengkajian..... 36

3.2 Diangnosa..... 45
3.3 Intervensi..... 46
3.4 Implementasi..... 50
3.5 Evaluasi..... 50
BAB V PEMBAHASAN……. 52
BAB VI PENUTUP
5.1 Kesimpulan..... 57
5.2 Saran..... 58
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel

Halaman

2.10 Intervensi Keperawatan Tn.M Dengan Apendiksitis Akut Di Puskesmas Koto Baru Kec.Lenganyang Kab.Pesisir Selatan Tahun 2018……. 42

2.4 Implementasi Keperawatan Pada Tn.M Dengan Apendiksitis Akut Di Puskesmas Koto Baru Kec.Lengayang Kab.Pesisir Selatan Tahun 2018……. 46

2.5 Evaluasi Keperawatan Pada Tn.M Dengan Apendiksitis Akut Di Puskesmas Koto Baru Kec.Lengayang Kab.Pesisir Selatan Tahun 2018……46

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar

Halaman

2.3 Anatomi Apendiksitis Akut…… 8

2.4 WOC apendiksitis Akut…….. 19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4 : Surat Keterangan Pengambilan Data

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis akut dapat disebabkan oleh beberapa sebab terjadinya proses radang bakteri yang dicetuskan oleh beberapa faktor pencetus diantaranya. Hiperplasia jaringan limfe, fekalith, tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat. Ulserasi mukosa merupakan tahap awal dari kebanyakan penyakit ini. (Rudi Haryono, 2012). Penyakit ini dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak-anak kurang dari 1 tahun jarang dilaporkan insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada lak-laki dan perempuan ummnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun insiden laki-laki lebih tinggi. Insiden apendiksitis dinegara maju lebih tinggi dari pada negara berkembang, namun didalam tiga atau empat dasawarsa terakir menurun secara bermakna, hal ini diduga disebabkan oleh meningkatnya makanan berserat dalam menu sehari-hari. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa peran kebiasaan makan-makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi berpengaruh terhadap timbulnya apendiksitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendik dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora kolon biasa semuanya ini akan mempermudah pertumbuhan apendiksitis akut. (R. Szamsuhidajat, 20016).

Di beberapa negara berkembang memiliki prevelensi yang tinggi seperti di negara Singapura berjumlah 15% pada anak-anak 16.5% pada dewasa, Thailand 7% pada anak-anak dan dewasa, dan Sedangkan di Indonesia yang mengalami apendisitis sebanyak 7% pada tahun 2008. (Tambahyong, 2008) Di Amerika, kasus apendiksitis didapatkan pada 4 : 100.000 pada anak dibawah umur 14 tahun dan lebih dari 80.000 kasus dalam setahun. Pada penelitian multietnik pada 53.555 kasus apendiksitis anak yang dilakukan di Amerika, didapatkan hasil 63,5% apendiksitis perporasi dan 36,5% apendiksitis simpel.(http://www. askep-apendiksitis).

Sedangkan hasil survey Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2008 Angka kejadian appendiksitis di sebagian besar wilayah indonesia hingga saat ini masih tinggi. Di Indonesia, jumlah pasien yang menderita penyakit apendiksitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di indonesia, apendisitis akut merupakan salah satu penyebab dari akut abdomen dan beberapa indikasi untuk dilakukan operasi kegawatdaruratan abdomen. Insidens apendiksitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainya. (Depkes 2008).

Sedangkan data yang diperoleh penulis dari puskesmas koto baru kab.pesisir selatan, kec.lengayang mulai dari februari 2016 sampai dengan Januari 2017 bahwa frekuensi pendertita apendisitis di puskesmas koto baru kab. Pesisir selatan, kec.lengayang sebanyak 60 orang. Dengan klasifikasi laki-laki 38 orang dan perempuan 22 orang.Berdasarkan dari data Medical Record terlihat bahwa

apendisitis merupakan urutan tertinggi yang ditemukan selain hemoroid (22,68%) dan hernia (13,40%). Oleh sebab itu, penulis berkeinginan untuk merawat serta menerapakan asuhan keperawatan terhadap pasien apendisitis dengan bimbingan yang optimal. Dengan memberikan asuhan keperawatan pasien dapat mengatasi nyeri dengan cara mengatur posisi dan tarik nafas dalam serta memberikan analgetik sesuai order dokter.

1.2 Ruang lingkup penulisan

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka ruang lingkup dalam penulisan Karya Tulis ini adalah bagaimana gambaran dalam penerapan asuhan keperawatan yang diberikan terhadap pasien dewasa dengan apendiksitis akut yang datang ke UGD puskesmas koto baru kab.pesisir selatan kec.lengayang kambang 2018.

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulis Karya Tulis Ilmiah ini meliputi umum dan tujuan khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran dan pengalaman yang nyata dalam pelaksanaan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan “Apendiksitis Akut” di puskesmas koto baru kab,pesisir selatan kec.lengayang, Kambang 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mampu memahami konsep teori dan asuhan keperawatan.
b. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Apendiksitis Akut.
c. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Apendiksitis Akut.
d. Mampu melaksanakan intervensi pada pasien pre post operatif Apendiksitis Akut.
e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pasien Apendiksitis Akut.
f. Mampu melaksanakan evaluasi pasien Apendiksitis Akut.
g. Mampu mendokumentasikan hasil pemeriksaan sesuai dengan implementasi yang telah dilakukan pada pasien Apendiksitis Akut.
h. Mampu membahas anatara konsep dan teoritis

1.4 Manfaat Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis ini, penulis menggunakan metode deskriptif, yaitu metode ilmiah yang menggambarkan suatu keadaan yang sebenarnya atau yang menggambarkan suatu keadaan yang sebenarnya atau yang terjadi, dengan cara mengumpulkan data dan menganalisa data yang ditujukan kepada pemecahan masalah. Tehnik yang digunakan adalah:

1. Studi Kepustakaan

   Mempelajari referensi-referensi yang berkaitan dengan Karya Tulis Ilmiah tersebut dan bertujuan untuk memperoleh informasi secara teoritis yang mendukung dengan permasalahan Asuhan Keperawatan Apendiksitis Akut.

2. Studi Kasus

   Pengumpulan data dan membahas status pasien selama melaksanakan pengambilan kasus di puskesmas koto baru kab.pesisir selatan kec.lengayang kambang 2018 dengan menggunakan:

   a. Observasi, dengan melaksanakan pengamatan langsung terhadap pasien 3x dalam 1 mingggu kerumah pasien hari.
   b. Wawancara, yakni mengadakan tanya jawab baik terhadap pasien maupun keluarga serta tim kesehatan lainnya.
   c. Pemeriksaan Fisik, mengadakan pemeriksaan langsung tentang kondisi fisik pasien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

3. Studi Dokumentasi

   Dengan mempelajari data-data yang berhubungan dengan catatan pasien di puskesmas koto baru kab.pesisir selatan kec.lengayang kambang 2018.

1.5 SISTEMATIKA PENULISAN

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 (lima) Bab dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

a. BAB 1 : Pendahuluan, meliputi latar belakang, ruang lingkup penulisan, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

b. BAB 2 : Landasan Teoritis, meliputi : Landasan Teoritis Medis dan Landasan Teoritis Keperawatan. Landasan Teoritis Medis meliputi defenisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi dan penatalaksanaan medis. Sedangkan Landasan Teoritis Keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

c. BAB 3 : Tinjauan Kasus, meliputi: pengkajian, analisa data, diangnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaandan evaluasi serta catatan perkemb angan

d. BAB 4 : Pembahasan, meliputi pembahasan mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi.

e. BAB 5 : Kesimpulan dan Saran

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian

Appendiks adalah ujung seperti jari yang kecil panjangnya kira-kira 10 cm (94 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Appendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, appendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi. (Brunner dan Sudarth, 2002).

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermivormis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia antara 10 sampai 30 tahun (Mansjoer, Arief,dkk, 2007).

Apendisitis adalah infeksi pada appendiks karena tersumbatnya lumen oleh fekalith (batu feces), hiperplasi jaringan limfoid, dan cacing usus. Obstruksi lumen merupakan penyebab utama Apendisitis. Erosi membran mukosa appendiks dapat terjadi karena parasit seperti *Entamoeba*

histolytica, Trichuris trichiura, dan *Enterobius vermikularis* (Ovedolf, 2006).

Apendisitis merupakan inflamasi apendiks vermiformis, karena struktur yang terpuntir, appendiks merupakan tempat ideal bagi bakteri untuk berkumpul dan multiplikasi (Chang, 2010)

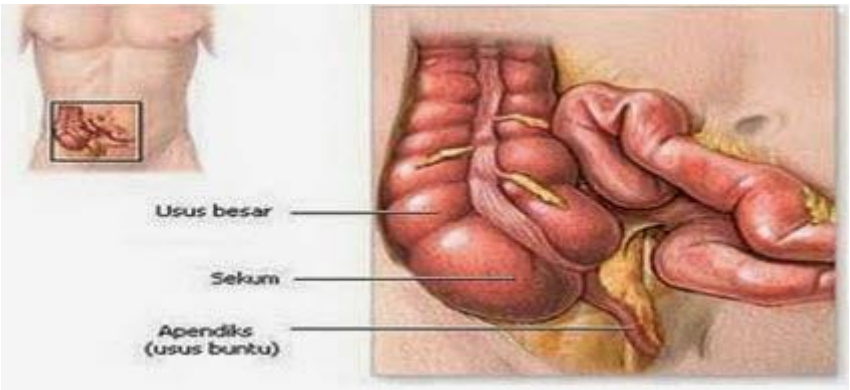
Apendisitis merupakan inflamasi di apendiks yang dapat terjadi tanpa penyebab yang jelas, setelah obstruksi apendiks oleh feses atau akibat terpuntirnya apendiks atau pembuluh darahya (Corwin, 2009).

2.1.2. Anatomi Dan Fisiologi

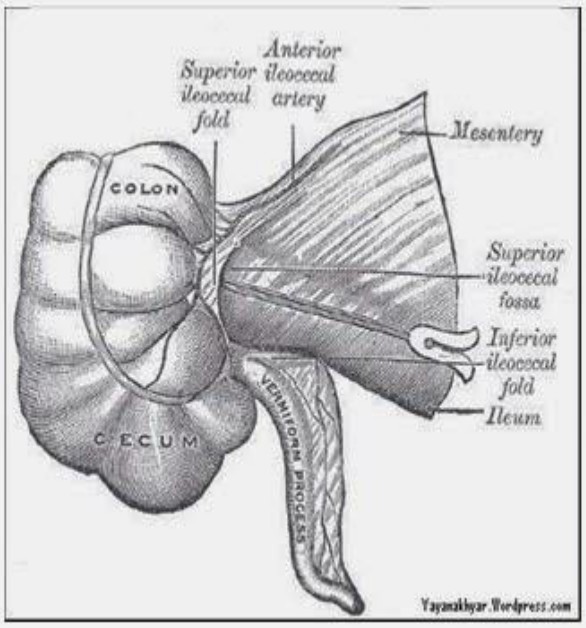
a. Anatomi

Appendiks merupakan organ yang berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 10 cm dan berpangkal pada sekum. Appendiks pertama kali tampak saat perkembangan embriologi minggu ke delapan yaitu bagian ujung dari *protuberans* sekum. Pada saat *antenatal* dan *postnatal*, pertumbuhan dari sekum yang berlebih akan menjadi appendiks yang akan berpindah dari medial menuju katup *ileocaecal*. Pada bayi appendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkal dan menyempit kearah ujung. Keadaan ini menjadi sebab rendahnya insidens Apendisitis pada usia tersebut. Appendiks memiliki lumen sempit di bagian proksimal dan melebar pada bagian distal. Pada appendiks terdapat tiga *tanea coli* yang menyatu dipersambungan

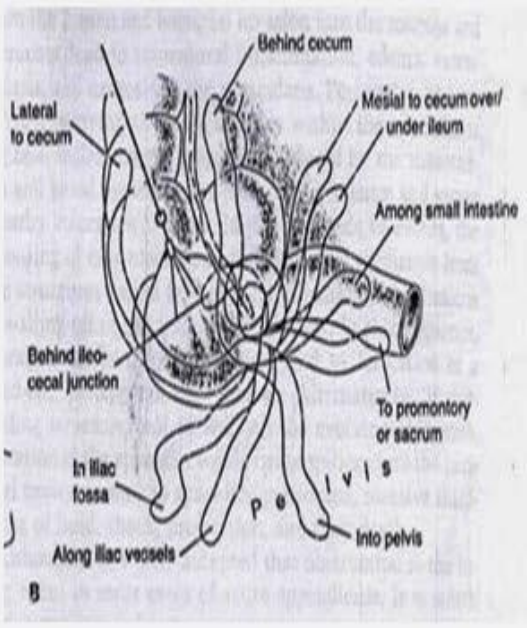
sekum dan berguna untuk mendeteksi posisi appendiks. Gejala klinik Apendisitis ditentukan oleh letak appendiks. Posisi appendiks adalah *retrocaecal* (di belakang sekum) 65,28%, *pelvic* (panggul) 31,01%, *subcaecal* (di bawah sekum) 2,26%, *preileal* (di depan usus halus) 1%, dan *postileal* (di belakang usus halus) 0,4%, seperti terlihat pada gambar dibawah ini.



Appendiks pada saluran pencernaan



Anatomi appendiks



Posisi Appendiks

APENDISITIS

b. Fisiologi

Appendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir itu secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara appendiks tampaknya berperan pada patogenesis Apendisitis. Imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk appendiks ialah Imunoglobulin A (Ig-A). Imunoglobulin ini sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi yaitu mengontrol proliferasi bakteri, netralisasi virus, serta mencegah penetrasi enterotoksin dan antigen intestinal lainnya. Namun, pengangkatan appendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh sebab jumlah jaringan sedikit sekali jika dibandingkan dengan jumlah di saluran cerna dan seluruh tubuh.

2.1.3. Etiologi

Apendisitis belum ada penyebab yang pasti atau spesifik tetapi ada factor prediposisi yaitu:

1. Factor yang tersering adalah obstruksi lumen. Pada umumnya obstruksi ini terjadi karena:
   a. Hiperplasia dari folikel limfoid, ini merupakan penyebab terbanyak.
   b. Adanya faekolit dalam lumen appendiks
   c. Adanya benda asing seperti biji-bijian
   d. Striktura lumen karena fibrosa akibat peradangan sebelumnya.
2. Infeksi kuman dari colon yang paling sering adalah E. Coli dan Streptococcus.
3. Laki-laki lebih banyak dari wanita. Yang terbanyak pada umur 15-30 tahun (remaja dewasa). Ini disebabkan oleh karena peningkatan jaringan limpoid pada masa tersebut.
4. Tergantung pada bentuk apendiks:
   a. Appendik yang terlalu panjang
   b. Massa appendiks yang pendek
   c. Penonjolan jaringan limpoid dalam lumen appendiks
   d. Kelainan katup di pangkal appendiks

(Nuzulul, 2009)

2.1.4. Klasifikasi

1. Apendisitis akut

   Apendisitis akut adalah : radang pada jaringan apendiks. Apendisitis akut pada dasarnya adalah obstruksi lumen yang selanjutnya akan diikuti oleh proses infeksi dari apendiks.

2. Penyebab obstruksi dapat berupa :

   a. Hiperplasi limfonodi sub mukosa dinding apendiks.
   b. Fekalit
   c. Benda asing
   d. Tumor.

   Adanya obstruksi mengakibatkan mucin / cairan mukosa yang diproduksi tidak dapat keluar dari apendiks, hal ini semakin meningkatkan tekanan intra luminer sehingga menyebabkan tekanan intra mukosa juga semakin tinggi. Tekanan yang tinggi akan menyebabkan infiltrasi kuman ke dinding apendiks sehingga terjadi peradangan supuratif yang menghasilkan pus / nanah pada dinding apendiks.

   Selain obstruksi, apendisitis juga dapat disebabkan oleh penyebaran infeksi dari organ lain yang kemudian menyebar secara hematogen ke apendiks.

3. Apendisitis Purulenta *(Supurative Appendicitis)*

   Tekanan dalam lumen yang terus bertambah disertai edema menyebabkan terbendungnya aliran vena pada dinding appendiks dan

menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvasi ke dalam dinding appendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Pada appendiks dan mesoappendiks terjadi edema, hiperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc Burney, defans muskuler, dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat terjadi pada seluruh perut disertai dengan tanda-tanda peritonitis umum.

4. Apendisitis kronik

   Diagnosis apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopikdan mikroskopik, dan keluhan menghilang satelah apendektomi. Kriteria mikroskopik apendiksitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik. Insidens apendisitis kronik antara 1-5 persen.

5. Apendissitis rekurens

   Diagnosis rekuren baru dapat dipikirkan jika ada riwayat serangan nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukan apeomi dan hasil patologi menunjukan peradangan akut. Kelainan ini

terjadi bila serangn apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun, apendisitis tidak perna kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fribosis dan jaringan parut. Resiko untuk terjadinya serangn lagi sekitar 50 persen. Insidens apendisitis rekurens biasanya dilakukan apendektomi yang diperiksa secara patologik. Pada apendiktitis rekurensi biasanya dilakukan apendektomi karena sering penderita datang dalam serangan akut.

6. Mukokel Apendiks

   Mukokel apendiks adalah dilatasi kistik dari apendiks yang berisi musin akibat adanya obstruksi kronik pangkal apendiks, yang biasanya berupa jaringan fibrosa. Jika isi lumen steril, musin akan tertimbun tanpa infeksi. Walaupun jarang,mukokel dapat disebabkan oleh suatu kistadenoma yang dicurigai bisa menjadi ganas. Penderita sering datang dengan eluhan ringan berupa rasa tidak enak di perut kanan bawah. Kadang teraba massa memanjang di regio iliaka kanan. Suatu saat bila terjadi infeksi, akan timbul tanda apendisitis akut. Pengobatannya adalah apendiktomi.

7. Tumor Apendiks

   Adenokarsinoma apendiks Penyakit ini jarang ditemukan, biasa ditemukan kebetulan sewaktu apendektomi atas indikasi apendisitis akut. Karena bisa metastasis ke limfonodi regional, dianjurkan hemikolektomi kanan yang akan memberi harapan hidup yang jauh lebih baik dibanding hanya apendektomi.

8. Karsinoid Apendiks

Ini merupakan tumor sel argentafin apendiks. Kelainan ini jarang didiagnosis prabedah,tetapi ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan patologi atas spesimen apendiks dengan diagnosis prabedah apendisitis akut. Sindrom karsinoid berupa rangsangan kemerahan (flushing) pada muka, sesak napas karena spasme bronkus, dan diare ynag hanya ditemukan pada sekitar 6% kasus tumor karsinoid perut. Sel tumor memproduksi serotonin yang menyebabkan gejala tersebut di atas. Meskipun diragukan sebagai keganasan, karsinoid ternyata bisa memberikan residif dan adanya metastasis sehingga diperlukan opersai radikal. Bila spesimen patologik apendiks menunjukkan karsinoid dan pangkal tidak bebas tumor, dilakukan operasi ulang reseksi ileosekal atau hemikolektomi kanan

APENDISITIS

2.1.5. Manifestasi Klinik

1. Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai dengan demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan.
2. Nyeri tekan local pada titik McBurney bila dilakukan tekanan.
3. Nyeri tekan lepas dijumpai.
4. Terdapat konstipasi atau diare.
5. Nyeri lumbal, bila appendiks melingkar di belakang sekum.
6. Nyeri defekasi, bila appendiks berada dekat rektal.
7. Nyeri kemih, jika ujung appendiks berada di dekat kandung kemih atau ureter.
8. Pemeriksaan rektal positif jika ujung appendiks berada di ujung pelvis.
9. Tanda Rovsing dengan melakukan palpasi kuadran kiri bawah yang secara paradoksial menyebabkan nyeri kuadran kanan.
10. Apabila appendiks sudah ruptur, nyeri menjadi menyebar, disertai abdomen terjadi akibat ileus paralitik.
11. Pada pasien lansia tanda dan gejala appendiks sangat bervariasi. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai terjadi ruptur appendiks.

Nama pemeriksaan	Tanda dan gejala
Rovsing's sign	Positif jika dilakukan palpasi dengan tekanan pada kuadran kiri bawah dan timbul nyeri pada sisi kanan.

Psoas sign atau Obraztsova's sign	Pasien dibaringkan pada sisi kiri, kemudian dilakukan ekstensi dari panggul kanan. Positif jika timbul nyeri pada kanan bawah.
Obturator sign	Pada pasien dilakukan fleksi panggul dan dilakukan rotasi internal pada panggul. Positif jika timbul nyeri pada hipogastrium atau vagina.
Dunphy's sign	Pertambahan nyeri pada tertis kanan bawah dengan batuk
Ten Horn sign	Nyeri yang timbul saat dilakukan traksi lembut pada korda spermatic kanan
Kocher (Kosher)'s sign	Nyeri pada awalnya pada daerah epigastrium atau sekitar pusat, kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah.
Sitkovskiy (Rosenstein)'s sign	Nyeri yang semakin bertambah pada perut kuadran kanan bawah saat pasien dibaringkan pada sisi kiri
Aure-Rozanova's sign	Bertambahnya nyeri dengan jari pada *petit triangle* kanan (akan positif Shchetkin-Bloomberg's sign)
Blumberg sign	Disebut juga dengan nyeri lepas. Palpasi pada kuadran kanan bawah kemudian dilepaskan

	tiba-tiba

2.1.6. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma.

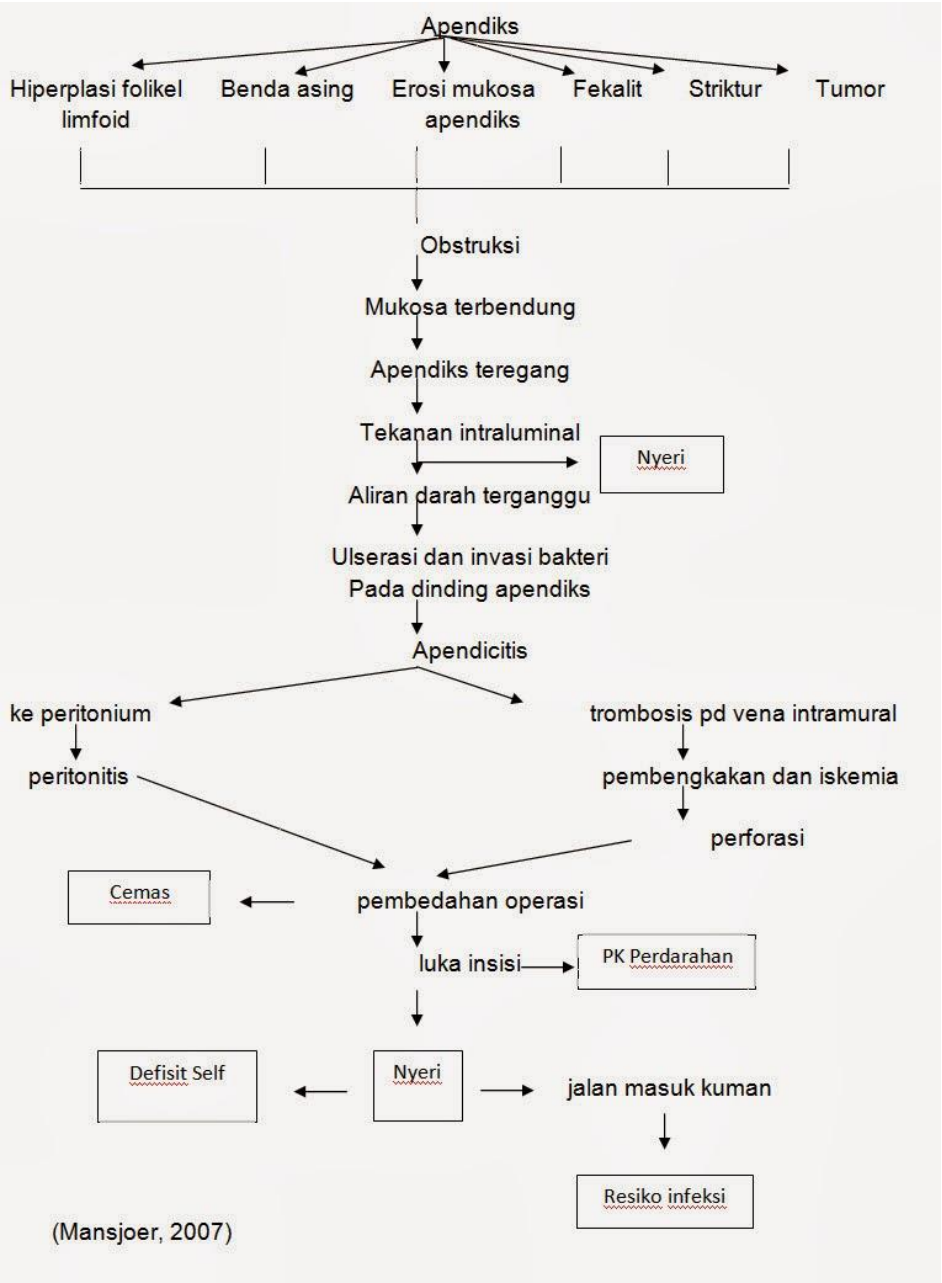
Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan penekanan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi.

Bila semua proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, karena omentum lebih pendek dan apediks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2007) .

WOC


Apendiks
Hiperplasi folikel limfoid
Benda asing
Erosi mukosa apendiks
Fekalit
Striktur
Tumor
Obstruksi
Mukosa terbendung
Apendiks teregang
Tekanan intraluminal
Nyeri
Aliran darah terganggu
Ulserasi dan invasi bakteri
Pada dinding apendiks
Apendicitis
ke peritonium
trombosis pd vena intramural
peritonitis
pembengkakan dan iskemia
perforasi
Cemas
pembedahan operasi
luka insisi
PK Perdarahan
Defisit Self
Nyeri
jalan masuk kuman
Resiko infeksi
(Mansjoer, 2007)

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

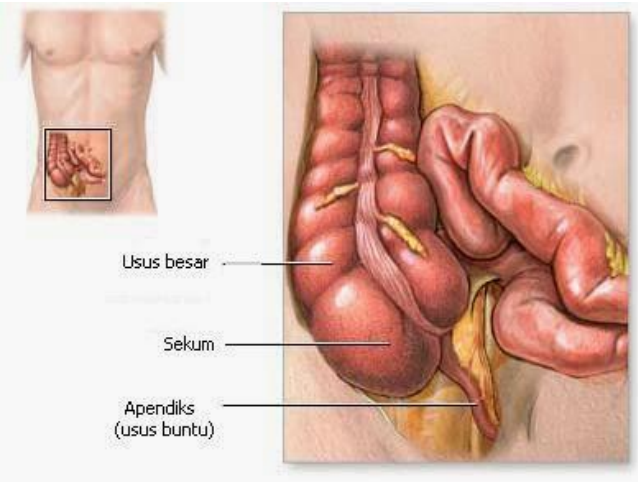
1. Laboratorium

   Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan *C-reactive protein* (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-18.000/mm3 (leukositosis) dan neutrofil diatas 75%, sedangkan pada CRP ditemukan jumlah serum yang meningkat. CRP adalah salah satu komponen protein fase akut yang akan meningkat 4-6 jam setelah terjadinya proses inflamasi, dapat dilihat melalui proses elektroforesis serum protein. Angka sensitivitas dan spesifisitas CRP yaitu 80% dan 90%.

2. Radiologi

   Terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan *Computed Tomography Scanning* (CT-scan). Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada appendiks, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari appendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%, sedangkan CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

3. Analisa urin bertujuan untuk mendiagnosa batu ureter dan kemungkinan infeksi saluran kemih sebagai akibat dari nyeri perut bawah.
4. Pengukuran enzim hati dan tingkatan amilase membantu mendiagnosa peradangan hai, kandung empedu, dan pankreas.
5. Serum *Beta Human Chorionic Gonadotrophin (B-HCG)* untuk memeriksa adanya kemungkinan kehamilan.
6. Pemeriksaan barium enema untuk menentukan lokasi sekum. Pemeriksaan Barium enema dan *Colonoscopy* merupakan pemeriksaan awal untuk kemungkinan karsinoma colon.
7. Pemeriksaan foto polos abdomen tidak menunjukkan tanda pasti Apendisitis, tetapi mempunyai arti penting dalam membedakan Apendisitis dengan obstruksi usus halus atau batu ureter kanan.



APENDISITIS

2.1.8. Penatalaksanaan

a. Medis

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita Apendisitis meliputi penanggulangan konservatif dan operasi.

1. Penanggulangan konservatif

   Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi. Pada penderita Apendisitis perforasi, sebelum operasi dilakukan penggantian cairan dan elektrolit, serta pemberian antibiotik sistemik

2. Operasi

   Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan Apendisitis maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang appendiks (appendektomi). Penundaan appendektomi dengan pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses appendiks dilakukan *drainage* (mengeluarkan nanah).

3. Pencegahan Tersier

   Tujuan utama dari pencegahan tersier yaitu mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat seperti komplikasi intra-abdomen. Komplikasi utama adalah infeksi luka dan abses intraperitonium. Bila diperkirakan terjadi perforasi maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis atau antibiotik. Pasca appendektomi diperlukan

perawatan intensif dan pemberian antibiotik dengan lama terapi disesuaikan dengan besar infeksi intra-abdomen.

b. Keperawatan

Tidak ada penatalaksanaan appendisitis, sampai pembedahan dapat di lakukan. Cairan intra vena dan antibiotik diberikan intervensi bedah meliputi pengangkatan appendics dalam 24 jam sampai 48 jam awitan manifestasi. Pembedahan dapat dilakukan melalui insisi kecil/laparoskop. Bila operasi dilakukan pada waktunya laju mortalitas kurang dari 0,5%. Penundaan selalu menyebabkan ruptur organ dan akhirnya peritonitis. Pembedahan sering ditunda namun karena dianggap sulit dibuat dan klien sering mencari bantuan medis tapi lambat. Bila terjadi perforasi klien memerlukan antibiotik dan drainase.

Komplikasi yang dapat terjadi akibat apendisitis yang tak tertangani yakni:

1. Perforasi dengan pembentukan abses
2. Peritonitis generalisata
3. Pieloflebitis dan abses hati, tapi jarang.

2.1.9. Komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan Apendisitis. Faktor keterlambatan dapat berasal dari penderita dan tenaga medis. Faktor penderita meliputi pengetahuan dan biaya, sedangkan tenaga medis

meliputi kesalahan diagnosa, menunda diagnosa, terlambat merujuk ke rumah sakit, dan terlambat melakukan penanggulangan. Kondisi ini menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. Proporsi komplikasi Apendisitis 10-32%, paling sering pada anak kecil dan orang tua. Komplikasi 93% terjadi pada anak-anak di bawah 2 tahun dan 40-75% pada orang tua. CFR komplikasi 2-5%, 10-15% terjadi pada anak-anak dan orang tua.43 Anak-anak memiliki dinding appendiks yang masih tipis, omentum lebih pendek dan belum berkembang sempurna memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan pada orang tua terjadi gangguan pembuluh darah. Adapun jenis komplikasi diantaranya:

1. Abses

   Abses merupakan peradangan appendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila Apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum

2. Perforasi

   Perforasi adalah pecahnya appendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,50C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan

leukositosis terutama *polymorphonuclear* (PMN). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

3. Peritononitis

   Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

2.2. Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

a. Identitas Klien

klien Nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, alamat, dan nomor register. Identitas penanggung jawab.

b. Riwayat Kesehatan

- RKS:
  - Keluhan utama Klien akan mendapatkan nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah.
  - Timbul keluhan Nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu.
  - Sifat keluhan Nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama.
  - Keluhan yang menyertai Biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas.
- RKD: Riwayat nyeri abdomen tidak terlokalisir, riwayat penyakit askariasis, kebiasaan mengkonsumsi diet rendah serat, konstipasi.
- RKK: riwayat neoplasma pada keluarga, pola makan dan diet keluarga, riwayat penyakit DM, penyakit jantung.

c. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan secara head to toe meliputi system dan dikhusus kan pada system pencernaan :

1. Tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu, pernafasan) normal/tidak
2. Keadaan klien biasanya CMC
3. Kepala:
   - Rambut : uraikan bentuk rambut seperti hitam, pedek, lurus, alopsia
   - Kulit kepala : kotor/tidak kotor
4. Mata :
   - Kesimetrisan : biasanya simetris ki dan ka
   - Konjungtiva : anemis/tidak anemis
   - Sclera : ikterik/ tdk ikterik
   - Mulut dan gigi
   - Rongga mulut : kotor/tdk
   - Lidah : kotor/tdk
5. Dada dan thorak

   I : simetris kiri dan kanan

   P: tidak adanya pembengkakan dan nyeri tekan

   P: normal/tdk

   A: normal/tdk

6. Abdomen

I : perut tidak membuncit, tanpak bekas luka operasi post apendiktomi

P : nyeri tekan, dan nyeri lepas, dikuadaran kanan bawah

P : tympani

A: bising usus (+) n: 5-35x/i

7. Genetalia

Observasi adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia. Inspeksi skrotum untuk mengetahui ukuran, warna dan bentuk kesimetrisan

8. Rectum dan anus

I: adanya hemoroid, lesi, kemerahan

P: merasakan adanya massa

9. Kulit/ intagumen

I: amati adanya perubhan dan pengurangan pigmentasi, pucat, kemerahan, sianosis, lesi kulit, ikterik.

d. Aktivitas sehari-hari

Makan, minum : biasanya klien mengalamin gangguan pada pemenuhan kebutuhan makan dan minum karena mual, muntah dan anorexia.

e. Eliminasi

Biasanya terjadi gangguan eliminasi terutama pada awitan awal dengan gejala konstipasi

f. Istirahat dan tidur

Biasanya klien mengalami gangguan istirahat dan tidur karena rasa nyeri atau ketidaknyamanan pada daerah abdomen.

g. Data psikologis

Biasanya klien dan keluarga kakn merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya

h. Data penunjang/laboratorium

- Leukosit : peningkatan > 10. 000/mm3
- Pada pemeriksaan USG/X-Ray ditemukan densitas pada kuadran kanan bawah.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan anatomi ureter yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi
2. Resiko tinggi terhadap infeksi behubungan dengan perforasi pada Apendiks dan tidak adekuatnya pertahanan utama.
3. Volume cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah.
4. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan terjadinya mual dan muntah.

2.2.3. Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri berhubungan dengan anatomi ureter yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi.	Tujuan : nyeri hilang atau berkurang Kriteria hasil : Pasien tampak rileks mampu tidur/ istirahat dengan tepat. Intervensi :	1. Pertahankan istirahat dengan posisi semi-fowler 2. Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis, 3. Berikan aktivitas hiburan Focus perhatian kembali, 4. Berikan analgesik sesuai indikasi. 5. Berikan kantong es pada abdomen	○ Mempertahankan posisi klien dengan semi-fowler untuk menghilangkan tegangan abdomen. ○ meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping. ○ Analgesik dapat menghilangkan nyeri yang diderita pasien. ○ Menghilangkan dan mengurangi nyeri melalui penghilangan rasa ujung saraf.

2.	Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan dengan perforasi pada Apendiks dan tidak adekuatnya pertahanan utama.	Tujuan : Kriteria Hasil : Meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda infeksi atau inflamasi	1. Pantau tanda-tanda vital. 2. lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatn luka aseptic. Berika perawatan paripurna. Lihan insisi dan balutan. Catat karakteristik drainase luka, adanya eritema. Beriakn informasi yang tepat dan jujur pada pasien Ambil contoh drainage bila diindikasikan. Berikan antibiotic sesuai indikasi/ a. Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses,	Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen. Menurunkan resiko penyebaran bakteri. Memberikan deteksi dini terjainya proses infeksi, dan atau pengawasan penyembuhan peritonitis yang telah ada sebelumnya. Penetahuan tenteng kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan anxietas. Kultur pewarnaan gram dan sensitifias berguna untuk

			peritonitis.	mengidentifikasi organism penyebab dan pilihan terapi. Mungkin diberikan secara profilaktik atau menurunkan jumlah organism (pada innfeksi yang telah ada sebelumnya) utuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya pada rongga abdomen
3.	Resiko berkurangnya volume cairan berhubungan dengan adanya mual muntah.	Tujuan : cairan cukup dalam tubuh dan mual, muntah tidak ada Kriteria Hasil : Mempertahankan keseimbangan cairan dibuktikan oleh kelembaban	Pantau TD dan nadi Lihat membrane mukosa, kaji turgor ulit dan pengisian kapiler Awasi masuk dan haluaran, catat warna urine, konsentrasi, berat jenis.	Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen. Indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler Penurunan haluaran

		membrane mukosa, turgor kulit baik, tanda-tanda vital stabil, dan secara individual haluaran urine adekuat.	Auskultasi bising usus. Cata kelancaran flatus, gerakan usus. Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan oral dimulai dan lanjutkan dengan diet sesuai toleransi. Pertahankan penghisapan gaster/usus Beriakn cairan IV dan elektrolit Tanda yang membantu mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler.	urine pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi cairan. Indikator kembalinya peristaltic, kesiapan untuk pemasukan per oral. Menurunkan muntah untuk meminimalkan kehilangan cairan. Dekompresi usus, meningkatnya istirahat usus, mencegah muntah Peritonium bereaksiterhadap infeksi dengan menghasilkan sejumlah besar cairan yang dapat menurunkan volume sirkulasi darah, mengakibatkan hipovolemia. Dehidrasi

				dan dapat terjadi ketidakseimbangan elektrolit.
4.	Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan terjadinya mual dan muntah.	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapan klien dapat memenuhi nutrinya kriteria Hasil : - BB normal, - klien sudah tidak muntah lagi, - klien dapat memenuhi nutrisinya.	- Mandiri Buat jadwal masukan tiap jam. - anjurkan mengukur cairan/makanan dan minum sedikit demi sedikit atau makan dengan perlahan. - Timbang berat badan tiap hari. buat jadwal teratur setaelah pulang. - Tekankan pentingnya menyadari kenyang dan menghentikan masukan. - Beritahu pasien untuk duduk saat makan/minum. - Tentukan makanan yang membentuk gas.	- Setelah tindakan pembagian, kapasitas gaster menurun kurang lebih 50 ml, sehingga perlu makan sedikit/sering. - Pengawasan kehilangandan alat pengkajian kebutuhan nutrisi/keefektifan terapi. - Makan berlebihan dapat menyebabkan mual/muntah atau kerusakan operasi pembagian. - Menurunkan kemungkinan aspirasi. - Dapat mempengaruhi nafsu makan/pencernaan

			- Diskusikan yang disukai pasien dan masukan dalam diet murni. - Kolaborasi Berikan diet cair, lebih lembut, tinggi protein dan serat, dan rendah lemak, dengan tambahan cairan sesuai kebutuhan. - Rujuk ke ahli gizi - Berikan tambahan vitamin seperti B12 injeksi, folat, dan kalsium sesuai indikasi.	dan membatasi masukan nutrisi. - Dapat meningkatkan masukan, meningkatkan rasa berpartisipasi/kontrol. - Memberikan nutrisi tanpa menambah kalori. *catatan:* diet cair biasanya dipertahankan selama 8 minggu setelah prosedur pembagian. - Perlu bantuan dalam perencanaan diet yang memenuhi kebutuhan nutrisi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Nama Mahasiswa : Asripa

NIM :1714401107

Tanggal Pengkajian : 2 juli 2018

3.1. IDENTITAS KLIEN

Nama / Inisial : Tn. M

Umur : 38 Thn

Jenis kelamin : Laki-Laki

Status : Nikah

Agama : Islam

Pekerjaan : Tani

Pendidikan : SD

Alamat : Koto Baru

Penangung jawab

Nama : Ny. A

Umur : 30 Thn

Hub. Keluarga : Istri

Pekerjaan : IRT (Ibu Rumah Tangga)

Tanggal masuk : 2 juli 2018

I. Alasan Masuk

Klien masuk UGD puskesmas pukul 20.00 wib, dengan keluhan sakit pada perut bagian kanan sejak 3 hari yang lalu. Sakit menjalar kepungung bagian belakang sebelah kanan.

II. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat kesehatan sekarang

   Klien mengatakan sakit perut bagian kanan bawah sejak 3 hari yang lalu, klien mengatakan mual-muntah, sakit menjalar kepungung bagian belakang sebelah kanan. Denga PQRST P (peradangan dan infeksi usus buntu), Q (lebih < 5-10 menit), R (menjalar kepungung belakang sebelah kanan), S (7-10), T (saat akan makanan masuk).

2. Riwayat kesehatan dahulu

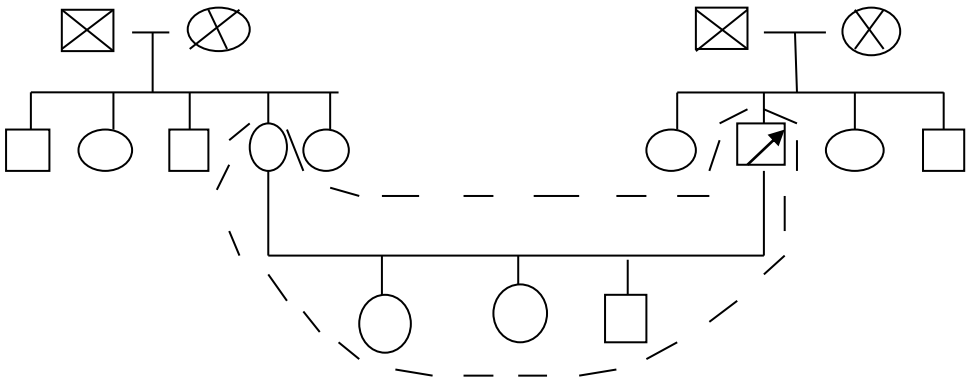
   Klien mengatakan juga pernah mengalami sakit perut 3 bulan terakhir, tapi klien menganggap sakit perut biasa, dan tidak ada pengobatan sebelumnya, karena sakit sekarang tidak dapat ditahan lagi dank lien dibawah kerumah sakit.

3. Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

   Genogram

   Klien sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak



: meninggal

: laki-laki

: perempuan

: klien

: menikah

: Serumah

III. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Compos Mentis

BB / TB sehat : 60 kg / 170 cm

BB / TB sakit : 57 kg / 170 cm

Tanda Vital : TD: 150/90 mmHg, S: 37ºC, RR:22x/I, N: 90x/i

1. Kepala
   - Rambut : Rambut sudah ada tampak uban
   - Mata : Cojungtiva anemis, simetris kiri=kanan
   - Telinga : simetris kiri=kanan, tidak ada dapat serumen
   - Hidung : simetris kiri=kanan, tidak ada polib
   - Mulut dan gigi : mukosa mulut lembab, gigi tampak kuning dan tidak lengkap
2. Leher : tidak ada pembesaran kelenjer tiroid tidak ada pembesaran vena jugularis.

3. Thorak

- Paru-paru

  I : simetris, tidak ada pembengkakan massa

  P : tidak ada benjolan maupun nyeri tekan

  P : sonor pada semua lapang paru

  A : Bunyi nafas vesikuler

- Jantug

  I : tidak tampak ictus cordis

  P : ictus cordis teraba, pada ICS 5 midklacikula sinistra

  P : pekak pada daerah jantung ICS 3-5 dada kiri

  A : terdengar bunyi dan teratur

4. Abdomen

   I : simetris, tidak ada benjolan atau massa

   A : bising usus +

   P : nyeri tekan pada abdomen

   P : normal tidak ada gangguan suara timpani

5. Punggung : simetris kiri dan kanan

6. Ekstremitas

   Atas : pergerakan kiri/kanan simetris, kekuatan otot 5555 | 5555

   Bawah : pergerakan kiri/kanan simetris, kekuatan otot 5555 | 5 555

7. Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan, karena pada bagian organ tersebut tidak ada keluhan.

8. Integumen : turgor kulit baik

9. Persyarafan : tidak ada tremor, reflex cahaya pupil bagus, pupil isolor 3 mm, gerak bola mata bebas kesegala arah, GCS 15, kesadaran compos mentis kaku kuduk negative.

IV. DATA BIOLOGIS

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	**makan dan minum**		
	makan		
	➢ Menu	nasi + sayur, lauk	nasi + sayur, lauk
	➢ Porsi	1 porsi	½ porsi
	➢ Makanan kesukaan	mie rebus	tidak ada
	➢ Pantangan	tidak ada	kurangi makan mie
	➢ Cemilan	tidak ada	tidak ada
	minum		
	➢ Jumlah	≤ 8 gelas 1 hari	4-6 gelas
	➢ Minum kesukaan	kopi	tidak ada
	➢ Pantangan	tidak ada	kurangi minum kopi
2.	**Eliminasi**		
	BAB		
	➢ Frekuensi	1x dlm 2 hari	1x dalam 3 hari
	➢ Warna	kuning	kuning
	➢ Bau	busuk	busuk
	➢ Konsistensi	padat	padat
	➢ Kesulitan	tidak ada	tidak ada
	BAK		
	➢ Frekuensi	4x dalam 1 hari	≤ dari 3x
	➢ Warna	kuning jernih	kuning jernih
	➢ Bau	jernih	jernih
	➢ Konsistensi	tidak ada	tidak ada
	➢ Kesulitan		
3.	**Istirahat Dan Tidur**		
	➢ Waktu tidur	jam 23.00 wib	

	➢ Lama tidur	4-5 jam	
	➢ Waktu bangun	jam 06.00 wib	
	➢ Hal yang mempermudah bangun	saat buang air kecil (BAK)	tidak teratur tidak teratur tidak teratur
	➢ Kesulitan tidur	tidak ada	saat sakit tiba-tiba
4.	**Personal Hygiene**		
	➢ Mandi	2x sehari	
	➢ Cuci rambut	setiap mandi	
	➢ Gosok gigi	1x sehari	tidak ada
	➢ Potong kuku	1x dalam 2 minggu	tidak ada
5.	**Rekreasi**		tidak ada
	➢ Hobby	bertani	tidak ada
	➢ Minat khusus	tidak ada	tidak ada
	➢ Penggunaan waktu sengang	kumpul anak istri	
6.	**Ketergantungan**		tidak ada
	➢ Merokok	iya	kumpul anak istri
	➢ Minuman	tidak ada	
	➢ Obat-obatan	tidak ada	tidak ada tidak ada tidak ada

V. RIWAYAT ALERGI

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap apapun, baik makanan maupun oabat-obatan.

VI. DATA PSIKOLOGIS

1. Perilaku non verbal

Klien dapat berkomunikasih dengan baik

2. Perilaku verbal

- Cara menjawab : klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan baik.
- Cara member informasi : klien dapat memberikan informasi dengan jelas

3. Emosi

Klien dapat mengontrol emosi

4. Persepsi penyakit

Klien tampak bingung dengan penyakitnya yang sekarang karena tidak biasa mengalami sakit perut seperti ini dengan skala nyerin 7.

5. Konsep diri

Baik, klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya

6. Adaptasi

Baik, klien dapat menahan sakitnya

7. Mekanisme pertahanan diri

Baik

VII. DATA SOSIAL

1. Pola komunikasi

Klien dapat berkomunikasih dengan baik, dan dapat menjelaskan tentang sakit yang dirasakan klien.

2. Orang yang dapat memberikan rasa nyaman

   Istri dan anak klien.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

   Istri dan anak klien.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

   Baik, dengan tetangga dan masyarakat setempat.

VIII. DATA SPIRITUAL

1. Keyakinan

   Klien menganut agama islam

2. Ketaatan beribadah

   Shalat dan mengaji

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

   Dengan pengobatan yang dijalani klien yakin akan bisa sembuh dari penyakitnya.

IX. DATA PENUNJANG

1. Diagnose medis : Apendiksitis Akut
2. Pemeriksaan diagnostic :

   (labor, Rontgen, EKG, USG, dll) :

X. DATA PENGOBATAN

IVFD RL 30tts/I, injeksi Ranitidin, sotatic, dan NB

XI. DATA FOKUS

a. Data Subjektif :

b. Data Objektif :

ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen terutama pada kanan bagian bawah DO : - klien tampak meringgis - Klien sering mengubah posisi untuk menghindari nyeri - Skala nyeri 7 - TD : 150/90 mmHg - S : 37ºC - RR : 22x/i - N : 90x/i	nyeri akut	agen injury (biologis)
2.	DS : Pasien mengeluh mual dan muntah. DO: Pasien demam, pasien terpasang infus, Hasil TTV TD : 130/80mmHg S : 38,10ºC N : 90x/menit RR: 20x/menit	Resiko kekurangan volume cairan	Intake cairan yang tidak adekuat
3.	Do : Klien dan keluarga tidak tahu tentang penyakit yang dialami klien dan cara	Kurangnya pengetahuan	Kurangnnya informasi tentang penykit

	perawatannya Do : Klien dan keluarga tampak bingung		

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d agen injuri (biologis) ditandai dengan pasien menyatakan nyeri pada bagian abdomen, terutama pada bagian bawah
2. resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
3. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit apendiksitis berhubungan dengan kurangnya informasi

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam peroses keperawatan secara keseluruhan dan merupakan landasan dalam melaksanakan proses keperawatan yang tujuannya untuk mengumpulkan informasi tentang pasien sehingga dapat mengenal masalah pasien yang ditemukan melalui tindakan keperawatan serta keberhasilan penerapan proses keperawatan. Pada pelaksanaan pengumpulan data penulis menggunakan alat pengumpulan data yaitu studi kasus, yakni dengan melakukan, observasi, wawancara, maupun dengan pemeriksaan fisik terhadap pasien, baik berupa inspeksi, palapasi, auskultasi maupun dengan perkusi. Selain itu penulis juga menggunakan studi dokumentasi untuk mendukung data yang penulis perlukan.

Adapun pengkajian yang ditemukan pada landasan teoritis tetapi tidak terdapat pada tinjauan kasus adalah: demam yang bisa mencapai 37,8-38,8^0 Celsius. Hal ini tidak terjadi pada tinjauan kasus dikarenakan pasien segera dilarikan ke rumah sakit sehingga pasien tidak mengalami demam dan pasien juga langsung mendapat terapih intara vena berupa infus yang terpasang pada tangan sebelah kiri pasien.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual tau potensial. Pada tahap diagnosa keperawatan penulis menemukan kesenjangan antara landasan teoritis dengan tinjauan kasus antara diagnosa 2 dan 3 adalah sebagai berikut :

1. Resiko kekurangan volume cairan masalah ini tidak ditemukan pada tinjauan kasus karena pasien segera dibawak ke rumah sakit sehingga pasien langsung mendapatkan penanganan serta mendapatkan terapi intra vena berupa infus sehingga pasien tidak mengalami kekurangan volume cairan yang berlebihan.

   Sedangkan pada diagnosa yang ditemukan pada tinjauan kasus tetapi tidak ditemukan pada landasan teoritis adalah diagnosa keperawatan 2 yakni :

   a. Risiko tinggi terjadinya kekurangan volume cairan, masalah ini tidak ditemukan pada tinjauan kasus karena pasien segerah mendapatkan terapi intavena berupa infus sehingga tidak terjadi kekuranga volume cairan yang berlebihan.

   b. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan, masalah ini tidak ditemukan pada tinjauan kasus post operatif karena sebelum dilakukan tindakan pembedahan pasien sudah bertanya-tanya kepada penulis mengenai penyakit yang dialami pasien.

4.3. Intervensi

Perencanaan merupakan suatu tindakan yang direncanakan oleh penulis untuk melakukan sesuai dengan masalah pasien dalam rangka membantu pasien

mencapai tujuan. Ada pun perencanaan yang dilakukan penulis pada tahap ini adalah sebagai berikut :

Perencanaan pada masalah Gangguan rasa nyaman; nyeri penulis melakukan perencanaan sebagai berikut : Kaji adanya keluhan nyeri, Jelasan penyebab nyeri, Atur posisi yang nyaman bagi pasien, atur posisi tidur pasien, Ciptakan lingkungan tenang, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgesik. Untuk perencanaan pada masalah Gangguan rasa nyaman ; nyeri, penulis melakukan perencanaan adalah sebagai berikut : Kaji pengalaman nyeri dengan menggunakan intensitas nyeri, Kaji tanda-tanda vital, Beri penjelasan kepada pasien penyebab dari nyeri, Alihkan perhatian pasien, Beri buli-buli panas pada daerah nyeri, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetika.

4.4. Implementasi

Pelaksanaan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan pada masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman; nyeri, penulis melakukan tindakan sebagai berikut : Mengkaji lokasi dan penyebab nyeri dengan cara mengobservasi tanda-tanda nyeri (tingkat nyeri sedang dengan skala 5-6), Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa nyeri disebabkan apendiks yang meradang, Mengatur posisi ½ setengah duduk dan menganjurkan pasien dengan tidur posisi miring dan meneku lutut kaki kanan, Mempertahankan kebersihan ruangan, Memberikan terapi dari dokter asamefenamat 3 X 1. Sedangkan pada masalah Cemas

berhubungan dengan kurang informasi tentang tindakan operasi, penulis melakukan pelaksanaan sebagi berikut : Mejelaskan bahwa tindakan pemebedahan merupakan tindakan yang tepat, Memotifasi agar pasien tidak takut, Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memeberikan dukungan moral pada pasien. Untuk pelaksanaan pada masalah Gangguan rasa nyaman ; nyeri, penulis melakukan tindakan sebagai berikut : Mengkaji pengalaman nyeri pasien dengan menyatakan intensitas nyeri sedang dengan skala 5-6, Mengkaji tanda-tanda vital seperti : tekanan darah 110/90 mmHg, pols 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5^{0}c, Mengalihkan perhatian pasien dengan memberi buku bacaan.

4.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang menjadi tolak ukur keberhasilan suatu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien apakah berhasil atau tidak. Pada tahap ini, Penulis mengevaluasi hasil yang telah dilaksanakan di mulai dari masalah Gangguan rasa nyaman; nyeri dapat teratasi terbukti bahwa nyeri hilang serta pasien tampak tenang dan rileks dan rasa nyaman terpenuhi. Sedangkan untuk masalah Cemas berhubungan dengan kurang informasi tentang tindakan operasi dapat teratasi terbukti bahwa rasa cemas berkurang dan pasien siap menghadapi tindakan pembedahan.

Untuk evaluasi pada masalah Gangguan rasa nyaman; nyeri dapat teratasi terbukti bahwa Nyeri teratasi pasien tampak tenang dengan ekspresi wajah tampak rileks.

Semua masalah yang ada pada pasien dapat teratasi dengan baik, terbukti pada tanggal 5 juli 2018 pasien sudah pulang dalam keadaan sehat tanpa adanya keluhan. Namun sebelum pasien pulang, terlebih dahulu pasien diberikan penyuluhan mengenai pencegahan terhadap penyakit yang diderita pasien, penulis juga menganjurkan agar pasien tidak melakukan aktifitas yang berat selama proses pemulihan kepada keluarga pasien agar membantu pasien melakukan aktifitasnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan Ganggun Sistem Pencernaan “APENDICITIS AKUT” dipuskesmas koto baru kab.pesisir selatan kec.lengayang kambang 2018. maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang mungkin bermanfaat bagi kemajuan dan peningkatan mutu pelayanan umumnya pelayanan Apendiksitis Akut khususnya.

5.1. Kesimpulan

1. Apendiksitis akut adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh inflamasi akut pada kuadran bawah kanan rongga abdomen, kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari appendiks.
2. Pada tahap pengkajian diperlukan pengkajian yang cermat dan mengenal terlebih dahulu masalah pasien agar dapat memberikan pengarahan dan kepada tindakan yang dilakukan dan berfokus pada kebutuhan Bio-psiko-sosial dan spiritual dan disimpulkan secara komperatif. Ada pun pengkajian apendiksitis akan ditemukan nyeri kuadran kanan bawah dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan nyeri tekan lokal pada titik Mc-Burney.
3. Diagnosa keperawatan teoritis kepada kebutuhan dasar manusia berdasarkan teoritis Abraham Maslow dan memperlihatkan repon individu/pasien terhadap penyakit atau kondisi yang didalamnya.

4. Intervensi keperawatan dilakukan untuk mengetahui dan menanggulangi masalah kesehatan pasien dengan gangguan sistem pencernaan apendiksitis akut berdasarkan prioritas masalah pada saat pengkajian.
5. Implementasi dilakukan untuk menanggulangi masalah kesehatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan dicapai pada setiap pencernaan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan dicapai pada setiap tindakan.
6. Evaluasi merupakan hasil yang dicapai pada setiap tindakan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan apendiksitis akut mulai catatan perkembangan yang didapat dari pasien.

5.2. Saran

1. Kepada pasien disarankan agar memeriksakan kembali keadaannya apabila ada keluhan yang dirasakan dan diharapkan agar pasien menjaga makanan segingga tidak terjadi tanda dan gejala apendik kembali setelah pulang dari rumah sakit, dirumah atau lingkungan tempat kerja.
2. Kepada keluarga disarankan supaya membantu aktivitas pasien dirumah agar pasien lebih cepat sehat sehingga pasien dapat melakukan aktifitas kembali dengan sempurna.
3. Kepada perawat, agar meningkatkan mutu pelayanan dan pendidikan kepada pasien untuk menerapkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Elizabeth, J, Corwin. (2009). Biku saku Fatofisiologi, EGC, Jakarta.
- Fatma (2010). Askep Appendiksitis. Diakses http://fatmazdnrs.blogspot.com/2010/08/askep_appendicitis.html pada tanggal 09 Mei 2012.
- Johnson, M.,*et all*, 2002, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* Second Edition, IOWA Intervention Project, Mosby.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius FKUI
- Mc Closkey, C.J., Iet all, 2002, *Nursing Interventions Classification (NIC)* second Edition, IOWA Intervention Project, Mosby.
- NANDA, 2012, *Diagnosis Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi.*
- Nuzulul. (2009). Askep Appendiksitis. Diakses http://nuzulul.fkp09.web.unair.ac.id/artikel_detail-35840-Kep%20Pencernaan Askep%20Apendisitis.html tanggal 09 Mei 2012.
- Smeltzer, Bare (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Brunner & suddart. Edisi 8. Volume 2. Jakarta, EGC

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Asripa

Nim : 1714401107

Pembimbing : Ns. Ida Suryati, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : "Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.M Dengan Apendiksitis Akut Di Puskesmas Koto Baru Kec. Lengayang Kab.Pesisir Selatan"

No	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			