

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI POST  
APENDIKTOMI DENGAN MASALAH MOBILISASI FISIK**  
(Studi Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan)

**Nur Ilana Rahmawati<sup>1</sup> Maharani Tri Puspita<sup>2</sup> Anita Rahmawati<sup>3</sup>**

<sup>123</sup>STIKes Insan Cendekia Medika Jombang

<sup>1</sup>[ilanarahmawati67@gmail.com](mailto:ilanarahmawati67@gmail.com), <sup>2</sup>[maharanitripus@gmail.com](mailto:maharanitripus@gmail.com),  
<sup>3</sup>[anitarahmawati15ugm@gmail.com](mailto:anitarahmawati15ugm@gmail.com)

**ABSTRAK**

**Pendahuluan :** Post Apendektomi adalah penyebab paling umum dari perut akut. Sedangkan apendiks adalah perpanjangan dari sekum yang panjangnya 10 cm dan ujung apendiks terletak di berbagai lokasi, terutama di belakang sekum. **Tujuan Penelitian :** Desain Penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada 2 orang klien dengan diagnosa medis Post Apendektomi dengan masalah mobilitas fisik . Data pada kedua klien diperoleh dari hasil aancara, observasi dan dokumentasi. **Hasil Penelitian :** Hasil penelitian didapatkan pada pengkajian diketahui bahwa klien 1 dan klien 2 mengeluhkan mobilitas fisik dengan data objektif keadaan umum lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, mata cekung. Berdasarkan data pengkajian ditemukan masalah keperawatan mobilitas fisik. Rencana keperawatan sesuai NIC manajemen mobilitas fisik meliputi: monitor tanda-tanda vital, respon mobilitas fisik yang dirasakan. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 dilaksanakan berdasarkan dari intervensi selama hari kali pertemuan, evaluasi dilaksanakan setiap akhir implementasi. **Kesimpulan :** Simpulan bahasan pada klien 1 pada evaluasi hari ketiga masalah sudah teratasi ditandai dengan nyeri mobilitas fisik. Sedangkan pada klien 2 masalah sudah teratasi sebagian. **Saran :** Saran yang diberikan untuk penelitian yang telah dilakukan seharusnya perawat dapat berinovasi dalam mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam perawatan klien yang mengalami Post Apendektomi dengan masalah mobilitas fisik.

**Kata Kunci : Asuhan keperawan, post apendektomi, mobilisasi fisik.**

**NURSING CARE FOR CLIENTS WHO EXPERIENCE POST APPENDECTOMY  
WITH PHYSICAL MOBILIXATION PROBLEM**

*(Study in the Melati Room of Bangil Pasuruan Regional Hospital)*

**ABSTRACT**

**Introduction:** Post Appendectomy is the most common cause of acute abdomen. Whereas the appendix is an extension of the cecum which is 10 cm long and the end of the appendix is located in various locations, especially behind the cecum. **Research Objectives:** The research design used is descriptive with a case study approach on 2 clients with Post Appendectomy medical diagnoses with physical mobility problems. Data on both clients was obtained from the results of interviews, observations and documentation. **Research Results:** The results obtained in the study revealed that client 1 and client 2 complained of physical mobility with objective data on general state of weakness, decreased skin turgor, dry lip mucosa, sunken eyes. Based on the assessment data found physical mobility nursing problems. Nursing plans according to NIC physical mobility management include: monitor vital signs, perceived physical mobility responses. Implementation on client 1 and client 2 is carried out based on the intervention during the day of the meeting, evaluation is carried out at the end of the implementation. **Conclusion:** Conclusion discussion on client 1 on the third

day evaluation of the problem has been resolved marked by pain of physical mobility. Whereas the client 2 problem has been partially resolved. **Suggestion:** Suggestions given for research that has been done should nurses can innovate in developing nursing knowledge, especially in the care of clients who experience Post Appendectomy with physical mobility problems.

**Keywords:** nursing care, post appendectomy, physical mobilization.

## PENDAHULUAN

Appendicitis adalah peradangan pada appendix vermiformis dan ini adalah penyebab paling umum dari perut akut. Sedangkan apendiksitis adalah perpanjangan dari sekum yang panjangnya 10 cm dan ujung apendiks terletak di berbagai lokasi, terutama di belakang sekum (Muttaqin, 2018).

Ada berbagai risiko yang mempengaruhi kejadian radang usus buntu. Faktor risiko pertama adalah jenis kelamin. Pria memiliki faktor risiko lebih tinggi untuk mengembangkan apendisititis daripada wanita di usia produktif. Ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk berbagai beban kerja dan kegiatan yang dilakukan oleh pria dan wanita. Pria cenderung bekerja di luar rumah dan menghabiskan lebih banyak waktu di luar rumah sehingga ini membutuhkan lebih banyak energi dan juga stres karena stres kerja yang mereka tanggung juga dan ini mempengaruhi kesehatan. Sedangkan pada remaja faktor utama yang muncul adalah dalam diet. Remaja lebih sering mengonsumsi makanan yang kurang serat. Ini karena asupan makanan yang mengandung lebih sedikit serat dapat menyebabkan sembelit dalam sistem pencernaan manusia dan pada akhirnya memiliki kesempatan untuk menyebabkan penyumbatan pada lampiran sehingga dapat menyebabkan peradangan pada bagian itu.

Staceroce, (2017) berpendapat bahwa apendiksitis akut adalah salah satu penyebab penyakit perut akut dan ini merupakan indikasi untuk operasi perut darurat. Jumlah acaraapendiksitis di dunia mencapai 3442 juta kasus setiap tahun. salah satu faktor yang mempengaruhi

proses penyembuhan luka akibat pengangkatan usus buntu adalah kurangnya atau tidak adanya mobilisasi dini. Mobilisasi adalah faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pasca bedah seperti pemulihan gerakan tubuh dan gerakan independen. Mobilisasi sangat penting dalam mempercepat hari perawatan dan mengurangi risiko istirahat berkepanjangan seperti luka tekanan, kekakuan di semua bagian tubuh atau ketegangan pada otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, pernapasan, dan peristaltik serta gangguan saluran kemih (Carpenito, 2017).

Statistik di Amerika telah mencatat bahwa ada 30-35 juta kasus radang usus buntu setiap tahun. 10% dari populasi di Amerika memiliki apendektomi (operasi untuk mengangkat usus buntu). Prevalensi radang usus buntu di Asia pada tahun 2019 tercatat sebesar 4,8% dari total populasi. Sedangkan di Indonesia menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), radang usus buntu menempati urutan tertinggi dan hasilnya mencapai 591.819 orang pada 2019. Berdasarkan data di Rumah Sakit Daerah Bangil Pasuruan pada 2019 jumlah pasien dengan radang usus buntu akut adalah 55 orang.

Ada banyak faktor yang menyebabkan bakteri ini. Termasuk obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Lampiran untuk obstruksi lumen biasanya disebabkan oleh akumulasi fecalites mengeras, hiperplasia, jaringan limfoid, penyakit cacing parasit, benda asing dalam tubuh, kanker primer dan striktur. Namun penyebab paling umum dari obstruksi lumen apendic adalah vamping dan hiperplasia jaringan limfoid. Apendisititis akut dapat disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun, apendiks menghasilkan 1 sampai 2 ml pendarat per hari yang biasanya

dituangkan ke dalam lumen dan kemudian didistribusikan ke sekum. Menghentikan aliran lendir ke dalam penempatan untuk mengembalikan patogenesis. Selain hiperpatik limfatik, tumor usus buntu dan cacing askaris juga dapat menyebabkan penyumbatan (Kusuma, 2013).

Terapi yang akan sering dilakukan pada pasien dengan apendisitis adalah pembedahan. Pasien terpilih, istirahat di posisi unggas, diberi antibiotik dan diberi makanan yang tidak mendapat peristaltik, jika ada perforasi diberikan drain di perut kanan bawah (Soewito, 2017). Apendiks ini menyerang usus besar. Namun, jika ini dilakukan terlalu dini dengan teknik yang salah, mobilisasi dapat mengembalikan proses luka menjadi tidak efektif. Mobilisasi awal yang sukses tidak hanya menyelesaikan proses pemulihan pada luka pasca operasi tetapi juga dapat mengembalikan peristaltik usus pada pasien pasca operasi (Akhirta, 2017). Ini telah dibuktikan oleh Wiyono di Akhirta (2016) dalam penelitiannya tentang pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca operasi. Hasil penelitiannya mengatakan bahwa mobilisasi ini sangat diperlukan bagi pasien pasca operasi untuk membantu mempercepat periode pemulihan usus dan mempercepat penyembuhan luka pasien.

## BAHAN DAN METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini jenis penelitian yang mencakup satu unit. Satu unit di sini yang berarti satu klien, grup, komunitas, atau asosiasi. Unit di mana kasus dianalisis diselesaikan dengan benar dalam kasus situasi itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhinya, peristiwa spesifik yang akan terjadi terkait dengan kasus tertentu. Meskipun dalam studi kasus ini peneliti akan menggunakan dua klien yang akan di terima sesuai dengan keluhan dan diberikan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosis klien. Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, studi dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan

terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan atau implementasi, dan evaluasi.

Data pada hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan akan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian akan dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan pada nilai normal. Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden

## HASIL PENELITIAN

Jenis Pemeriksaan:	Hasil Pemeriksaan (Pasien II):	Hasil Pemeriksaan (Pasien II):
Foto ronsen:	Tidak ada kelainan spesifik yang terlihat. Bayangan Ontras memasuki rongga lampiran rongga normal.	Tidak ada kelainan spesifik yang terlihat. Bayangan Ontras memasuki rongga lampiran rongga normal.
Pemeriksaan USG	Ada lampiran pada odema di bagian Mc.burney.	Ada lampiran pada odema di bagian Mc.burney

Sumber : Data Primer, 2014

Dari hasil penelitian didapatkan Yang Mengalami *post* apendiktomi dengan masalah mobilisasi fisik Setelah 3x24 jam tindakan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan mobilitas sesuai kemampuan, mampu memobilisasi di tempat tidur, mampu melakukan aktivitas.

## PEMBAHASAN

Smeltzer, (2015) mengemukakan apendiks adalah ujung kecil seperti jari yang panjangnya sekitar 10 cm (4 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Tetap berpegang pada makanan dan mengosongkan diri mereka secara teratur ke dalam sekum karena pengosongan tidak efektif, dan terutama rentan terhadap infeksi (radang usus buntu).

Kusuma, (2013) berpendapat apendiktomi, radang usus buntu adalah peradangan karena radang usus buntu atau radang usus buntu. Dalam lampiran sebenarnya adalah sekum. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan akut yang memerlukan perawatan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. Terjadinya apendiksitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Tetapi ada banyak faktor pemicu yang terjadi pada penyakit ini. Termasuk obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Lampiran untuk obstruksi lumen biasanya disebabkan oleh akumulasi fecalite mengeras, hiperplasia, jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, kanker primer dan penyempitan. Namun, penyebab paling umum dari obstruksi lumen appendic adalah vamping dan hiperplasia jaringan limfoid.

Kusuma, (2013) menyimpulkan terjadinya apendiksitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun, apendiks menghasilkan 1-2 ml pendarat per hari yang biasanya dituangkan ke dalam lumen dan kemudian dibawa ke sekum. Aliran mukosa obstruktif pada apendiks tampaknya berperan dalam patogenesis. Selain getah bening, tumor usus buntu dan cacing askaris juga dapat menyebabkan penyumbatan

Apendiksitis ini biasanya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks oleh fimfoid hiperplasia, fecalite, adanya benda asing, penyempitan karena fibrosis karena peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi menyebabkan lendir dalam

produksi mukosa yang terdegradasi. Semakin lama semakin banyak lendir, tetapi elastisitas dinding usus buntu memiliki keterbatasan sehingga hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Peningkatan tekanan ini akan menghambat aliran getah bening yang menyebabkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Ini terjadi ketika apendiksitis fokal akut terjadi yang ditandai dengan nyeri epigastrik. Jika sekresi lendir terus berlanjut, dan tekanan akan terus meningkat. Ini akan menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan keberadaan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang muncul secara luas dan mempengaruhi peritonium lokal akan menyebabkan rasa sakit di daerah kanan bawah. Kondisi ini juga disebut apendisitis supuraktif akut. Jika aliran di arteri tersumbat, akan terjadi infarnasi dinding perlekatan yang diambil oleh gangren. Stadion ini disebut gangren appendixitis. Jika dinding rapuh rusak, apendiks akan terjadi perforasi. Jika proses di atas lambat, omentum dan usus yang ditranfer akan bergerak menuju usus buntu sampai massa lokal yang disebut infiltrat appendicular muncul. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendiksitis, jika tidak ada tindakan segera diambil maka radang usus buntu dapat menjadi abeses atau dapat dihilangkan (Mansjoer, 2018).

Apendiktomi adalah pengangkatan usus buntu yang meradang, apendiksitis ini juga memiliki kombinasi yang sangat unit, seperti mual, muntah, dan nyeri hebat di perut kanan bawah. Rasa sakit ini bisa datang tiba-tiba di bagian atas atau melalui pusar, kemudian mual dan berhenti terjadi. Setelah beberapa jam, mualnya hilang dan rasa sakit bergerak ke perut kanan bawah. Jika dokter berhasil dalam bidang ini dilepaskan, rasa sakitnya bisa menjadi lebih tajam. Demam bisa mencapai 37,8-37,8°Celsius.

Pembedahan diindikasikan jika diagnosis apendiksitis telah ditetapkan. Antibiotik dan cairan intravena (IV) akan diberikan sampai operasi ini dilakukan. Analgesik

dapat diberikan setelah diagnosis ditegakkan.

Smeltzer, (2010) menguraikan apendektomi (pembedahan untuk menghilangkan radang usus buntu) akan dilakukan sesegera mungkin untuk mengurangi risiko perforasi. Apendisitis dapat dilakukan dengan anestesi umum atau spinal dengan sayatan perut bagian bawah atau dengan laparoskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif.

Smeltzer, (2010) menerangkan komplikasi utama pada apendiksitis adalah sepsis yang dapat berkembang menjadi : perforasi, peritonitis dan abses. 24 jam setelah rasa sakit. 37,5-38,5° celcius atau dapat juga terjadi pada penampilan yang lebih tinggi dan lebih baik, peningkatan kegembiraan, dinding perut dinding kuadran kanan bawah dengan pilihan peritonitis umum atau abses ileus lokal, demam, melaise dan leukositosis.

Alat diagnostik yang paling menentukan untuk enteritis regional adalah pemeriksaan barium pada saluran pencernaan bagian atas yang menunjukkan tanda-tanda x-ray klasik pada ileum terminal yang menunjukkan segmen usus yang menyempit. Barium enema juga dapat menunjukkan ulesrasi dan batu bulat serta keberadaan firaun dan fistula. Peningkatan CT dapat menunjukkan penebalan dinding usus dan saluran fistula. Memeriksa proktosigmoidoskopi biasanya akan dilakukan terlebih dahulu untuk menentukan apakah daerah rektosigmoid meradang. Penerimaan tinja juga dan mungkin positif untuk daerah samar dan steatorrhea (kelebihan lemak di tinja).

Smaltzer, (2010) menjabarkan hitung darah lengkap dilakukan untuk menilai hematorit dan kaderin hemoglobin (yang biasanya menurun) dan jumlah sel darah putih (yang dapat meningkat) laju sedimentasi biasanya akan meningkat lebih banyak. Kadar albumin dan protein dapat menurun, mengindikasikan kekurangan gizi.

Potter & Perry, (2012) menyimpulkan mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, yang dilakukan secara mandiri, dan secara teratur memenuhi kebutuhan kebebasan dan ompbilisasi yang sehat yang mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak bebas.

Mubarak & Chayatin, (2010) berpendapat mobilisasi adalah bantuan seseorang untuk bergerak dengan bebas, mudah dan teratur yang cocok untuk kebutuhan hidup sehat yang dibutuhkan oleh setiap orang untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak karena memerlukan perawatan untuk mempraktikkan mobilisasi teratur. mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan, meningkatkan proses penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri, harga diri dan citra tubuh.

Suzanne, (2010) berpendapat mobilisasi dini bertujuan untuk mengurangi komplikasi pasca-bedah, terutama atelektasis dan pneunomia hipostatik, mempercepat terjadinya buang air besar dan buang air kecil dengan adanya rasa sakit pasca operasi. Mobilisasi dilakukan untuk meningkatkan ventilasi, mencegah statis darah dengan meningkatkan kecepatan sirkulasi di ekstremitas dan kecepatan pemulihan pada cedera perut.

Range of Mation (ROM) Asmadi, (2010) mengemukakan latihan rawan gerak ini dilakukan pada setiap sendi dengan melakukan gerakan yang tidak mengakhiri latihan ROM juga dapat dilakukan secara aktif dan pasif. Pelatihan ROM aktif adalah latihan dimana penawar akan memilih gerakan bersama pada pasien sesuai dengan kerentangannya. Sedangkan latihan ROM aktif adalah ROM yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan perawat dan alat bantu. Operasi pasif dan latihan ROM aktif adalah ROM yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan perawat dan alat bantu. Perbedaan antara latihan ROM pasif dan aktif tergantung pada ada atau tidak adanya

bantuan yang diberikan oleh perawat kepada pasien dalam melakukan ROM.

Prabowo, (2014) menjabarkan bahwa implementasi tindakan keperawatan akan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum mengambil tindakan yang disepakati, perawat perlu memvalidasi bahwa rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakanyang telah diambil sebagai respons terhadap respons pasien akan didaftarkan.

Tindakan keperawatan yang di ambil selama perawatan di rumah sakit ini mendorong klien untuk mengubah posisi tidur mereka yang nyaman setiap 2 jam sekali, mendorong klien untuk bekerja secara mandiri, misalnya pelatihan untuk minum mengambil makanan tanpa melibatkan keluarga dalam kegiatan klien.

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek asuhan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu: proses atau evaluasi formatif dilakukan setiap kali setelah mengambil tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respons pasien dan tujuan spesifik dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP, sebagai berikut:

S: Meminta persetujuan pasien untuk tindakan keperawatan yang telah dilakukan dapat dilakukan dengan meminta pasien secara langsung.

O: Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diterapkan. Dapat diambil dengan meningkat.

A: Analisis ulang data subjektif. Data subyektif dan data objektif untuk memasukkan masalah tetap ada atau masalah baru muncul atau ada data yang menggantikan masalah yang ada.

P: Hasil analisis pencernaan atau tindak lanjut pada respons pasien yang terdiri dari tindak lanjut dan tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindakan selanjutnya dapat:

Paket perbaikan secara default

Rencana untuk menyelesaikan masalah tetap ada, semua tindakan diambil tetapi hasilnya belum memuaskan.

Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru yang ditolak dengan masalah yang ada dan diagnosa lama dibatalkan Rencana atau diagnosis yang lengkap harus disetujui dan di perlukan adalah pemeliharaan kebutuhan baru.

## SIMPULAN DAN SARAN

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa Studi pasien I dan II di mana sedang menderita radang usus buntu setelah kedua pasien tampaknya tidak memahami kursus dan proses penyembuhan dalam masalah mobilisasi fisik dan pasien I dan II tidak memiliki pemahaman tentang proses penyembuhan dan proses untuk berurusan dengan fisik mobilisasi.

Diagnosis yang muncul pada pasien I dan II adalah masalah mobilisasi fisik yang terjadi dengan langkah operasi yang memiliki berbagai tanda rasa sakit akibat cedera setelah operasi. Dan mereka yang telah memperbaiki mobilisasi terkait prosedur bedah akan ditandai beberapa kali termasuk gejala atau perawatan luka yang sebelumnya dikeluarkan dari operasi dan adanya gergaji terbatas pada saat itu.

Intervensi untuk pasien dengan masalah mobilisasi fisik termasuk meninjau tanda-tanda vital yang menilai tingkat mobilisasi dan kolaborasi diri.

Implementasi sesuai dengan desain pasien yang menjalani post appendectomy untuk kedua pasien yang menjalani mobilisasi fisik.

Evaluasi untuk klien mengalami batas pergerakan fisik di mana saat ini kedua pasien dapat bergerak sendiri tanpa bantuan apapun

Keluarga diharapkan menguasai praktik untuk terus melatih mereka setiap 2 jam setelah rutin ini dilakukan untuk

mendapatkan hasil yang optimal. Dan memahami dengan cara bagaimana mempraktikkan gerakan dalam tubuhnya untuk mempercepat kemampuan untuk menggerakkan tubuhnya dan bergerak secara mandiri dan tanpa keluhan dalam kesulitan bergerak. Berharap bahwa penelitian apa pun dapat menjadi contoh dan sumber pengetahuan, terutama dalam ruang lingkup masalah mobilisasi fisik dan untuk peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan berikutnya dengan penggunaan waktu terbaik sehingga ia dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

### KEPUSTAKAAN

- Akhrita. (2011). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan Anastesi Spinal. Jurnal.
- Asmadi.(2010). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : EGC
- Carpenito. (2017). Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Alih Bahasa Yasmi Asih, Edisi ke -10. Jakarta : EGC.
- Dermawan, D., & Rahayuningsih, T. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat, Alimul. (2009). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia.Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat.2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta : SalembaMedika.
- Mansjoer, Arif et al. 2018.*Kapita Selektu Kedokteran*. Medika Aesculapius, FKUI: Jakarta.
- Mubarak, W.I. & Chayatin Nurul.(2010). Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2018). Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif & Kusuma, 2013.*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Jilid 1*. Jakarta: EGC.
- Nursalam, 2014.*Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis, Edisi 3*. Jakarta. Salemba Medika.
- Potter dan Perry. 2012. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edisi 7*. Jakarta : EGC.
- Prabowo,Eko. (2014).*Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Roper, N. (2016). Prinsip-Prinsip Keperawatan. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medika.
- Suzanne, C. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Sjamsuhidayat.2011. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : SalembaMedika.
- Smeltzer, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- Soewito, B.(2017).Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Apendisitis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau.Jurnal Keperawatan Volume 5, Nomor 2.
- Wilkinson, M. Judith. (2012). Nursing Diagnosa Handbook With NIC Interquentions and NOC Outcomec. 7. Ed. Jakarta : EGC