JKN JURNAL Keperawatan Nusantara
Vol.1 No.2 Tahun 2025
e-ISSN: 3110-6455 (Elektronik)
Jurnal Keperawatan Nusantara
https://jurnalnusantara.bayuaji.org/index.php/jkn/index

Penerapan Teori Virginia Henderson Pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Intracerebral Hemoragik

[1] Ana Rif'atus Sakinah Surosa, [2] Irna Nursanti
[1] Mahasiswa Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta
[2] Dosen Pembimbing Universitas Muhammadiyah Jakarta

Abstrak

Virginia Henderson seorang *nursing theorist* terkenal di abad 19. Virginia memprakarsai *grand theory* yaitu teori *Needs* (Kebutuhan). Virginia membagi kebutuhan menjadi 14 kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan tersebut diklasifikasikan dalam 4 (empat) kebutuhan yaitu kebutuhan fisiologi, psikologis, sosial dan spiritual. Teori *Needs* dapat diaplikasikan pada asuhan keperawatan pasien yang dirawat di rumah sakit. Pada makalah ini dibahas paradigma keperawatan, kekuatan dan kekurangan teori *Needs* dan penerapan teori *Needs* pada pasien dengan intracerebral hemoragik yang dirawat di rumah sakit. Virginia membagi peran perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien menjadi 3 (tiga), yaitu sebagai substitusi, sebagai helper, dan sebagai partner.

Kata Kunci : Virginia Henderson, Nursing Paradigm, Needs Theory, Intracerebral Hemorrhagic, Nursing Care.

Pendahuluan

Keperawatan sebagai profesi adalah unik karena keperawatan ditujukan ke berbagai respon individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya. Perawat memiliki berbagai peran seperti pemberi perawatan, sebagai perawat primer, pengambil keputusan klinik, advokat, peneliti dan pendidik. Perawat seringkali harus melakukan berbagai peran lebih dari satu dalam waktu yang bersamaan, sehingga dalam menjalankan tugas tersebut perawat harus mempunyai kerangka berfikir yang sama. Model konseptual keperawatan dikembangkan oleh para ahli keperawatan tentang keperawatan. Model konseptual keperawatan diharapkan dapat menjadi kerangka berfikir perawat. Sehingga perawat perlu memahami beberapa konsep ini sebagai kerangka konsep dalam memberikan asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan. Salah satu ahli dalam keperawatan adalah Virginia Henderson yang termasuk ke dalam *Grand Theory* dengan teori *Needs* nya.



Virginia Avenelle Henderson seorang tokoh keperawatan dunia. Virginia lahir di Kansas City, Missouri, pada tahun 1897. Dia merupakan anak kelima dari delapan bersaudara. Ibunya bernama Lucy Minor Abbot dan ayahnya Daniel B. Henderson. Orang tuanya memberikan nama Virginia karena negara Virginia merupakan negara bagian yang disukai ibunya. Saat berusia empat tahun, ia kembali ke Virginia dan mulai bersekolah di Bellevue, sebuah sekolah persiapan milik kakeknya, William R. Abbot. Virginia Henderson menempuh pendidikan diploma keperawatan di

Sekolah Keperawatan Angkatan Darat di Rumah Sakit Walter Reed, Washington DC. Virginia lulus diploma keperawatan pada tahun 1921. Pada tahun 1923, Virginia mulai mengajar keperawatan di Rumah Sakit Protestan Norfolk di Virginia. Pada tahun 1929, ia melanjutkan sekolah keperawatan di Teachers College di Universitas Columbia untuk meraih gelar Sarjana pada tahun 1932 dan meraih gelar Magister pada tahun 1934.

KONSEP TEORI MODEL KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON

Teori keperawatan Virginia Henderson dikenal dengan teori kebutuhan atau *Needs Theory.* Teori tersebut merupakan salah satu model konseptual yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Henderson mendefinisikan fungsi unik perawat adalah membantu individu, baik yang sakit maupun sehat, dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang berkontribusi pada kesehatan atau pemulihannya (atau menuju kematian yang tenang) yang akan ia lakukan sendiri jika ia memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang diperlukan, dan melakukannya dengan cara yang membantu ia memperoleh kemandirian secepat mungkin (Alligood, 2021). Aktivitas tersebut seharusnya merupakan aktivitas yang akan dilakukan secara mandiri apabila individu memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang cukup. Henderson mengembangkan model keperawatan '*activities of living*'. Model tersebut menjelaskan bahwa tugas seorang perawat adalah membantu klien mencapai kemandirian secepatnya. Menurut Virginia asuhan keperawatan yang diberikan perawat membantu pasien beralih dari kondisi ketergantungan menjadi kemandirian memenuhi kebutuhan dasarnya. Teori ini menekankan empat belas komponen kebutuhan dasar manusia yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

BOX 5-1 Henderson's 14 Needs

1. Breathe normally.
2. Eat and drink adequately.
3. Eliminate body wastes.
4. Move and maintain desirable postures.
5. Sleep and rest.
6. Select suitable clothes; dress and undress.
7. Maintain body temperature within a normal range by adjusting clothing and modifying the environment.
8. Keep the body clean and well groomed and protect the integument.
9. Avoid dangers in the environment and avoid injuring others.
10. Communicate with others in expressing emotions, needs, fears, or opinions.
11. Worship according to one's faith.
12. Work in such a way that there is a sense of accomplishment.
13. Play or participate in various forms of recreation.
14. Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health, and use the available health facilities.

From Henderson, V. A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years* (pp. 22–23). New York: National League for Nursing Press.

Empat belas kebutuhan tersebut yang akan menjadi acuan perawat dalam memberikan intervensi untuk mengembalikan kemandirian klien. Berikut 14 kebutuhan dasar dikaitkan dengan intervensi perawat :

1. Biologis
    a. Bernapas secara normal : perawat memastikan klien mempertahankan fungsi pernapasan yang memadai.
    b. Makan dan minum dengan cukup : mendukung nutrisi dan hidrasi yang memadai.
    c. Membuang kotoran tubuh : membantu eliminasi yang tepat.

d. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan : memfasilitasi mobilitas dan posisi yang tepat.
e. Tidur dan istirahat : mendorong pola istirahat dan tidur yang cukup.
f. Memilih pakaian yang sesuai : membantu klien berpakaian dengan tepat/ sesuai.
g. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan : mendukung pengaturan suhu normal.
h. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen : membantu memenuhi kebutuhan kebersihan.
i. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai : memastikan keselamatan klien

2. Psikologis
   a. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut, atau pendapat : memfasilitasi ekspresi dan interaksi sosial.
   b. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia : mendukung pendidikan dan rasa ingin tahu klien.
3. Sosiologis
   a. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi : mendorong kegiatan yang bermakna.
   b. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi : meningkatkan waktu luang dan kesenangan
4. Spiritual bagaimana klien beribadah sesuai dengan keyakinan : mendukung praktik spiritual.

Menurut Virginia Henderson, perawat memiliki tugas untuk membantu individu yang sehat maupun sakit (hubungan perawat dengan klien), tugas sebagai suatu team medis (perawat sebagai anggota team), dan tugas yang tidak tergantung pada dokter (hubungan perawat dengan dokter), yang mana perawat bisa mengajukan rencana keperawatannya secara mandiri. Henderson membagi tiga tingkatan hubungan perawat dengan klien. Pembagian itu mulai dari hubungan sangat tergantung hingga hubungan sangat mandiri yaitu:

1. Perawat sebagai substitusi (pengganti) bagi klien, pada saat penyakitnya gawat/ darurat, perawat menggantikan apa saja yang kurang pada kebutuhan dasar klien, yang terjadi karena ketidakmampuan fisik, ketidaktahuan dan ketidakmauan klien.
2. Perawat sebagai *helper* (penolong).
3. Perawat sebagai *partner* (rekan) klien, perawat dan klien bersama-sama merumuskan rencana keperawatan.

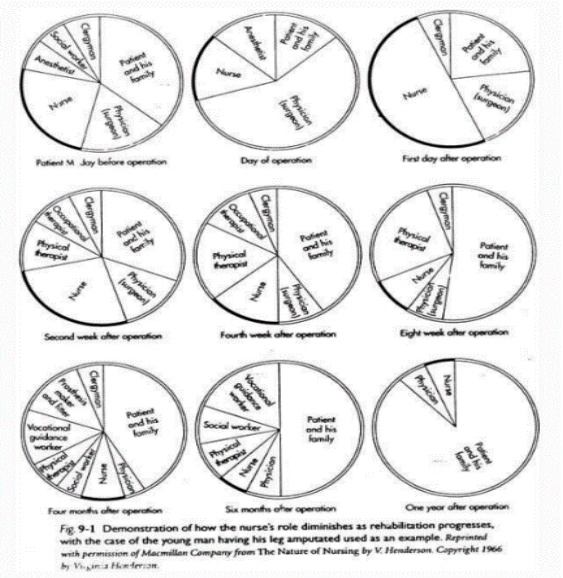


Fig 9-1 Demonstration of how the nurse's role diminishes as rehabilitation progresses, with the case of the young man having his leg amputated used as an example. Reprinted with permission of Macmillan Company from The Nature of Nursing by V. Henderson. Copyright 1966 by Virginia Henderson.

Selain 3 tingkatan hubungan di atas, Henderson juga menjelaskan bahwa perawat dapat mengubah lingkungan jika dianggap perlu, dan selalu berusaha mencapai tujuan apakah berupa kesembuhan klien atau kematian dengan damai. Dalam bukunya *The Nature of Nursing* (1966), Henderson menggambarkan bagaimana peran perawat membantu progres rehabilitasi klien sejak pre op sampai 1 tahun post op. amputasi kaki. Pada gambar tersebut, terlihat ketergantungan dan kemandirian pasien sejak pre operasi sampai 1 tahun post operasi. Pada pre operasi pasien mandiri berperan 45% memenuhi kebutuhan dasarnya, saat hari operasi pasien / keluarga berperan 15% dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, 1 hari setelah operasi perawat memenuhi 50% dan pasien 20%. Dua minggu, 4 minggu, 4 bulan, 6 bulan, dan 1 tahun post operasi kemandirian pasien semakin meningkat lebih tinggi dibanding peran perawat.

PARADIGMA KEPERAWATAN DALAM TEORI VIRGINIA

Konsep utama paradigma teori keperawatan Virginia Henderson dalam Lestari & Ramadhaniyati (2020) yaitu:

1. Manusia (*Person*) Virginia Henderson melihat individu sebagai pasien yang tersusun atas komponen biologi, psikologi, sosiologi dan spiritual yang tidak terpisahkan. Manusia atau individu juga dianggap sebagai seseorang yang membutuhkan bantuan untuk mencapai kemandirian yang terdiri dari 14 macam kebutuhan dasar dalam asuhan keperawatan. Pasien dan keluarganya diposisikan sebagai sebuah unit yang membutuhkan bantuan asuhan keperawatan.
2. Lingkungan *(Environment*) menurut Virginia Henderson merupakan sekumpulan agregat eksternal yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Virginia Henderson meyakini bahwa lingkungan memiliki komposisi biologi, fisik dan perilaku. Komposisi biologi lingkungan terdiri dari kumpulan makhluk hidup (tanaman, hewan dan mikroorganisme). Komposisi fisik meliputi lingkungan sekitar yaitu cahaya matahari, oksigen, karbondioksida, komponen organik dan nutrisi yang membutuhkan tanaman. Komposisi biologis dan fisik ini bekerjasama untuk mengatur keseimbangan ekosistem. Komponen perilaku terdiri dari interaksi sosial, ekonomi, aspek legal, politik dan sistem keagamaan yang berdampak pada status kesehatan manusia.
3. Kesehatan (*Health*) Sehat adalah kualitas hidup tertentu yang oleh Virginia dihubungkan dengan kemandirian. Karakteristik utama dari sakit adalah ketergantungan dan berbagai tingkat inkapasitas individu (klien) untuk memuaskan kebutuhan manusianya. Menganggap bahwa sehat adalah kemandirian dan sakit adalah ketergantungan dapat dipandang sebagai simplifikasi, dapat juga dikatakan bahwa sakit adalah keterbatasan kemandirian.
4. Keperawatan (*Nursing*) menurut Virginia Henderson adalah sebuah seni yang menekankan pada sisi empati sebagai seorang perawat. Perawat dengan peran yang unik karena tidak hanya membantu atau mengkaji individu yang sakit, tetapi juga membantu atau mengkaji individu yang sehat, membantu individu dalam melakukan aktivitas-aktivitas yang berkontribusi pada kesehatan atau pemulihannya, yang dapat dilakukannya tanpa bantuan jika ia memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan

yang diperlukan ; menjadikan pasien utuh dan mandiri. Perawat juga membantu mengantarkan pasien menuju kematian yang damai.

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN INTRACEREBRAL HEMORAGIK

Klien masuk ke IGD tanggal 01 September 2025 pukul 20.46 WIB penurunan kesadaran dengan GCS E2M5V4 disatria berat, kekuatan otot ekstremitas atas 5/3 ekstremitas bawah 5/3. Pupil isokor 2mm/2mm. RCL : ++/+, RCTL : ++/-. Keluarga klien mengatakan kejadian mendadak sepulang klien sholat isya dari mushola sekitar pukul 19.15 WIB. Klien cenderung mengantuk dan sempat mengompol. Keluarga juga mengatakan saat itu klien mengeluh lemah anggota gerak kiri, tidak bisa miring kanan-kiri, dan sulit bicara. Klien saat ini tampak gelisah, TD : 207/110 mmhg, HR : 79 x/mnt, RR: 30 x/mnt, SpO2 : 98 % dengan 10 lpm on NRM, Suhu Tubuh : 36,9 ºC. NEWSS : orange. NIHSS : 16. Disfagia positif, barthel index 4 (ketergantungan total), resiko dekubitus tinggi, resiko jatuh tinggi. Terpasang: IVFD NaCl 0,9% 500cc/12 jam, NGT no. 16 (1/9/25) tolerit, diit 6x200 cc, DC no. 16 (1/9/25) produksi urine kuning jernih, klip risiko jatuh.

Pengkajian Keperawatan

Tanggal masuk ranap : 02/ 09/2025 Jam 11.30
Ruangan : 7A kamar 704 E
Sumber data : Pasien dan status Rekam Medis
Metode : Wawancara dan Pemeriksaaan Fisik
Identitas Pasien

Nama : Tn. F	Agama : Islam	Suku : Jawa
Umur : 36 tahun	Pendidikan : tamat SMU	No. RM : 0021-95-05
Tgl. Lahir : 13 Juli 1979	Pekerjaan : pegawai swasta	Diagnosa : ICH, HHD, CHF, AKI
Jenis Kelamin : Pria	Status Pernikahan : duda/ cerai hidup	

1. Riwayat penyakit sebelumnya keluarga mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, sejak 10 tahun yang lalu tetapi tidak pernah minum obat, riwayat merokok sejak pasien SMA (usia 17 tahun) hampir 1 bungkus / hari sampai saat ini. Riwayat stroke sebelumnya disangkal.
2. Riwayat Penyakit Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang mengalami hipertensi juga, yaitu ayah dan ibunya. Ibu pasien mengalami stroke juga seperti yang diderita klien.
3. Pengkajian Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia

Kebutuhan Dasar	Klinis	Peran Perawat
Bernapas normal (bernapas)	klien sesak, RR 30 kali/menit	Manajemen jalan napas (1.01011)
Makan/ minum adekuat	klien disfagia positif, penurunan kesadaran	Dukungan perawatan diri : makan atau minum (I.11351) Pemberian makanan enteral (I.03126)
Eliminasi Urin/ Bowel (eliminasi)	klien sempat mengompol, penurunan kesadaran	Manajemen eliminasi urin (I.04152)

		Dukungan perawatan diri BAB/BAK (I.11349)
Bergerak/ mengatur postur (mobilisasi)	klien hemiparese sinistra, tidak bisa miring kanan-kiri, penurunan kesadaran	Dukungan mobilisasi (1.05173)
Tidur/ Istirahat	klien gelisah	Dukungan tidur (I.05174)
Memilih pakaian yg tepat (berpakaian)	klien penurunan kesadaran, tidak mampu pakai/ memilih pakaian	Dukungan perawatan diri : berpakaian (I.11350)
Mempertahankan suhu tubuh (Suhu tubuh)	klien penurunan kesadaran, suhu 36.9'C (normal)	Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)
Menjaga kerapihan/ kebersihan/ integumen (kebersihan diri)	klien penurunan kesadaran, hemiparese sinistra, tidak mampu mandi sendiri	Dukungan perawatan diri : mandi (I.11352)
Menghindari cedera / mencederai orang lain	klien penurunan kesadaran, gelisah	Pencegahan jatuh (I.14540)
Berkomunikasi/ mengungkapkan emosi/ pendapat	klien penurunan kesadaran, GCS E2M5V4 disatria berat	Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493)
Beribadah sesuai keyakinan (spiritual)	klien penurunan kesadaran, belum bisa beribadah seperti sebelumnya, hanya didengarkan murottal	Dukungan keyakinan (1.09259)
Bekerja	klien penurunan kesadaran, hemiparese sinistra, sesak, tidak bisa bekerja	Membantu pasien menemukan cara untuk produktif sesuai kondisinya Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)
Bermain / Rekreasi	klien penurunan kesadaran, hemiparese sinistra, sesak, tidak bisa bermain/ rekreasi	Membantu pasien menemukan kegiatan yang mereka sukai sesuai dengan kondisi. Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)
Belajar dan memuaskan rasa ingin tahu	klien penurunan kesadaran, hemiparese sinistra, sesak, tidak bisa belajar	Membantu pasien memahami kondisinya dan mengikuti rencana pengobatan. Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)

Diagnosa Keperawatan

Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan
DS : - DO : Keadaan Umum : Tampak sakit berat. Kesadaran : Somnolen. Tampak gelisah. GCS : E2M5V4Disatria berat. RCL ++/+, RCTL ++/-. Kesan lemah anggota gerak kiri. TD : 207/110 mmhg, HR : 79 x/mnt, RR: 30 x/mnt, SpO2 : 98 % dengan 10 lpm on NRM, Suhu Tubuh : 36,9 ^{o}C. NIHSS : 16.	Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)

CT Scan non Kontras : Perdarahan intraparenkim dengan volume 9,7 cc di basal Ganglia kanan yang meluas ke intraventrikel lateral kanan. Infark lama pons	
DS: - DO : Irama pernafasan Takipnea, menggunakan otot nafas, bunyi nafas Ronki, slym produktif. TD : 207/110 mmhg, HR : 79 x/mnt, RR :30 x/mnt, SpO2 : 98 % dengan 10 lpm on NRM, Suhu Tubuh : 36,9 ^{o}C	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
DS : - DO : Keadaan Umum : Tampak sakit berat. Kesadaran : Somnolen. Tampak gelisah. Tidak bisa miring kanan/ kiri sendiri. Kesan lemah anggota gerak kiri.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
DS : Keluarga pasien mengatakan pasien sulit dibangunkan, tidak bisa makan dan minum DO : Skrining disfagia positif	Gangguan menelan (D.0063)
DS : Keluarga mengatakan pasien sulit diajak bicara DO : Kesadaran somnolen. GCS E2M5V4disatria, hanya bisa mengucapkan 1-2 kata saja	Gangguan komunikasi verbal (D.0019)
DS : - DO : Kesadaran somnolen. GCS : E2M5V4disatria. Kesan kelemahan anggota gerak kiri. Barthel index 4 (ketergantungan total). . NIHSS : 16	Defisit perawatan diri (D.0109)
DS : - DO : Kesadaran Somnolen. GCS : E2M5V4disatria. Kesan kelemahan anggota gerak kiri. Tampak gelisah, skor resiko jatuh tinggi, NIHSS : 16	Resiko Jatuh (D.0143)

Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0066).
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0001).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan neuromuskular (D.0054).

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
Diagnosa 1 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0066)	(L.06049) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam kapasitas adaptif meningkat dengan kriteria hasil : ● Tingkat kesadaran meningkat ● Gelisah menuruh	Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Observasi 1.Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi 4.Monitor penurunan frekuensi jantung 5. Monitor iregularitas irama napas 6.Monitor penurunan tingkat kesadaran 7. Monitor perlambat atau ketidak simetrisan respon pupil

	● Tekanan darah dalam batas normal ● Pola nafas normal ● Respon pupil baik	8.Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasi 9. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK 10. Monitoring intake output pasien Terapeutik 1. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 2. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 3. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan.
Diagnosa 2 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0001)	(L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan patensi jalan nafas membaik dengan kriteria hasil : ● Produksi sputum berkurang ● Suara nafas vesikuler ● Frekuensi nafas dalam batas normal.	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi Monitor pola napas Monitor bunyi napas Monitor sputum Terapeutik Pertahankan kepatenan jalan napas Posisikan semi fowler atau fowler Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
Diagnosa 3 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan neuromuskular (D.0054)	(L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : ● Pergerakan ekstremitas meningkat. ● Kekuatan otot meningkat. ● Rentan gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi melakukan pergerakkan 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa 1 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0066)

Implementasi dari Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198) 1. Memonitor kesadaran dan TTV pasien 2. Monitor respon pupil 3. Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 4. Kolaborasi pemberian terapi 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Memonitor intake output	Evaluasi : S = - O = KU tampak sakit berat. Kesadaran Somnolen, Gelisah. GCS E2M5V4 disatria berat. Pupil isokhor 2mm/2mm. RCL : ++/+, RCTL : ++/-. TD : 200/119, MAP 146, N : 80, RR: 30, S : 36,7 SPO2 98 dengan 10lpm on NRM. Posisi head up 30º. Balans/24 jam : positif 280. Diuresis 1,5. A = penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P = intervensi dilanjutkan

Diagnosa 2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0001)

Implementasi : Manajemen jalan napas (1.01011) 1. Memonitor pola nafas pasien 2. Memonitor bunyi napas pasien 3. Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan suction 4. Memposisikan pasien semi fowler atau fowler 5. Melakukan fisioterapi dada 6. Memberikan oksigen 10 NRM	Evaluasi : S = - O = GCS E2M5V4disatria. Tampak sesak. RR : 30, SPO2 : 98 dengan NRM 10 lpm, Bunyi nafas ronchi, slym produktif, ada batuk, posisi head up 30º A = Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P = intervensi dilanjutkan

Diagnosa 3 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan neuromuskular (D.0054)

Implementasi Dukungan Mobilisasi (1.05173) 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengobservasi TTV sebelum memulai mobilisasi	Evaluasi : S = keluarga mengatakan sisi kiri masih lemah O = KU lemah, kesadaran somnolen, GCS E2M5V4disatria. TD : 207/110 mmhg, HR : 79 x/mnt, RR :30 x/mnt, SpO2 : 10 lpm on NRM, Suhu Tubuh : 36,9 ºC. NIHSS : 16. Kelemahan anggota gerak kiri. Extremitas atas 5 | 3. Ekstremitas bawah : 5 | 3. Posisi head up 30° A = Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan bantal 4. Melakukan mika/miki per 2 jam	P = intervensi dilanjutkan

ANALISA KEKUATAN DAN KELEMAHAN TEORI

1. Kekuatan Teori
    a. Fokus holistik pada kebutuhan dasar klien Tn. F : teori ini secara sederhana dan mudah dipahami bisa mencakup pengkajian kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada Tn. F.
    b. Pada kasus Tn. F, prinsip teori ini relevan untuk konteks klinis setting rumah sakit.
    c. Model Henderson bisa digunakan dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan (*nursing care plan*) dan dokumentasi berbasis standar SDKI, SLKI, dan SIKI kasus Tn. F.
2. Kelemahan Teori
    a. Pasien dengan penurunan kesadaran seperti Tn. F belum bisa ditegakkan diagnosa keperawatan aktual yang berdasar data kebutuhan sosiologis Tn. F.
    b. Kurang memperhatikan aspek sosial-budaya kompleks : meskipun mencakup kebutuhan sosial, pada kasus Tn. F teori ini belum secara mendalam membahas konteks budaya, sosial-ekonomi, atau gender Tn. F.
    c. Terlalu fokus pada individu: teori ini lebih menyoroti kondisi Tn. F sebagai individu dan kurang mempertimbangkan pengaruh keluarga, komunitas, dan lingkungan sosial terhadap kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work e-book: Nursing theorists and their work e-book*. Elsevier Health Sciences.

American Journal of Nursing. (2020). *Excellence in Nursing*. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000660064.75297.4a . Retrieved October 30, 2025, from Excellence in Nursing - PubMed

Lestari & Ramadhaniyati. (2020). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Bandung : Anggota IKAPI.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Nursing theory : Virginia Henderson. Retrieved October 30, 2025, from https://studyingnurse.com/nursing-theory/virginia-henderson

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Vera, Matt. (2024). *Virginia Herderson : Nursing Needs Theory*. Retrieved October 30, 2025, from https://nurseslabs-com.translate.goog/virginia-hendersons-need-theory