

## APLIKASI THEORY VIRGINIA HENDERSON DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA KASUS POST-SECTIO CAESARIA

**Dian Anggur Yulianti \*1**

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Indonesia  
[deeanggur29@gmail.com](mailto:deeanggur29@gmail.com)

**Irna Nursanti**

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Indonesia  
[irnanursanti@umj.ac.id](mailto:irnanursanti@umj.ac.id)

---

### **Keywords**

*Virginia Henderson theory;*

*Sectio Caesarea;*

---

### **Abstract**

This study evaluated the impact of Sectio Caesarean delivery on the mother, showing that the risk of complications is five times higher than normal delivery. Sectio Caesarea causes postoperative pain and wounds, restricting the patient's movement and leading to stiff joints, poor posture, muscle contractures, and slow wound healing. Virginia Henderson's theory is the basis for nurses in restoring patient independence, focusing on 14 basic human needs. The case study of Mrs. D, a post-Sectio Caesarea patient without other complications, applied the purposive method. Data were obtained through observation, interview, and physical examination, and processed with Virginia Henderson's theory. The results showed that the application of the theory was effective in restoring the patient's independence, emphasizing the need for care based on basic human needs. The conclusion of the study confirms that Virginia Henderson's theory can be effectively applied in dealing with health problems in post-Sectio Caesarea patients.

---

<sup>1</sup> Korespondensi Penulis

<b>Kata kunci</b>	<b>Abstrak</b>
<i>Teori Virginia Henderson;</i> <i>Sectio Caesarea;</i>	<p>Penelitian ini mengevaluasi dampak persalinan Sectio Caesarea terhadap ibu, dengan menunjukkan bahwa risiko komplikasi lima kali lebih tinggi dibandingkan persalinan normal. Sectio Caesarea menyebabkan rasa nyeri dan luka post operasi, membatasi gerakan pasien dan menimbulkan kaku persendian, postur buruk, kontraktur otot, serta penyembuhan luka yang lambat. Teori Virginia Henderson menjadi dasar bagi perawat dalam mengembalikan kemandirian pasien, dengan fokus pada 14 kebutuhan dasar manusia. Studi kasus pada Ny. D, pasien post-Sectio Caesarea tanpa komplikasi lain, mengaplikasikan metode purposive. Data diperoleh melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik, serta diolah dengan teori Virginia Henderson. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aplikasi teori tersebut efektif mengembalikan kemandirian pasien, menekankan perlunya perawatan berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Kesimpulan penelitian menegaskan bahwa teori Virginia Henderson dapat diterapkan secara efektif dalam menangani masalah kesehatan pada pasien post-Sectio Caesarea.</p>

## PENDAHULUAN

Setiap wanita menginginkan proses persalinannya berjalan lancar dan melahirkan bayi yang sempurna. Seperti yang telah diketahui ada 2 (dua) cara kelahiran yaitu persalinan pervaginam yang lebih dikenal persalinan normal dan persalinan dengan oprasi cesar dapat juga disebut kelahiran sesarea juga dikenal dengan istilah sectio caesarea. Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah, 2018).

Standar rata-rata persalinan SC Menurut World Health Organization (WHO) Tahun 2019, sekitar 5-15%. Data WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2011 menunjukkan 46,1% dari seluruh kelahiran melalui SC. Menurut statistik tentang 3.509 kasus SC yang disusun oleh Peel dan Chamberlain, indikasi untuk SC adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, Plasenta previa 11%, pernah SC 11%, kelainan letak janin 10%, pre eklampsia dan hipertensi 7%. Di China salah satu negara dengan SC meningkat drastis dari 3,4% pada tahun 1988 menjadi 39,3% pada tahun 2010 (Gerald, 2020).

Menurut RISKESDAS tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan/komplikasi persalinan pada perempuan usia

10-54 tahun di Indonesia mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi sebesar 2,7%, dan lain-lainnya sebesar 4,6% (Gerald, 2020).

Persalinan Sectio Caesarea memiliki resiko dampak lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Dampak dari tindakan sectio caesarea bagi ibu adalah rasa nyeri yang akan dirasakan setelah operasi sectio caesare dan luka post sectio caesarea (Astutik,2017). Dengan adanya luka bekas operasi sectio caesarea menimbulkan nyeri pada pasien sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja, untuk mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati,2019). Masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien post Sectio caesarea yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur (SDKI, 2017).

Keperawatan sebagai pelayanan profesional, dalam aplikasinya harus dilandasi oleh dasar keilmuan keperawatan yang baik. Dengan demikian perawat harus mampu berfikir logis dan kritis dalam menelaah dan mengidentifikasi fenomena respon manusia. Banyak bentuk-bentuk pengetahuan dan ketrampilan berfikir kritis harus dilakukan pada setiap situasi klien, antara lain dengan menggunakan model-model keperawatan dalam proses keperawatan dan tiap model dapat digunakan dalam praktik keperawatan sesuai dengan kebutuhan. Dari beberapa model konsep, salah satu diantaranya adalah model konsep teori yang dinyatakan oleh Virginia Henderson (Mutiara, 2017).

Model konsep keperawatan yang dijelaskan oleh Virginia Henderson adalah model konsep aktivitas sehari-hari/“The Activities of Living”. dengan memberikan gambaran tugas perawat yaitu mengkaji individu baik yang sakit ataupun sehat dengan memberikan dukungan kepada kesehatan, penyembuhan serta agar meninggal dengan damai. Henderson memberi tugas keperawatan menjadi empat belas jenis tugas yang berusaha untuk memenuhi kebutuhan manusia. Pembagian asuhan keperawatan menjadi empat belas kebutuhan manusia ini menjadi pilar dari model keperawatannya. Ia menyatakan bahwa: Perawat harus selalu mengakui bahwa terdapat pola kebutuhan pasien yang harus dipenuhi dan perawat harus selalu mencoba menempatkan dirinya pada posisi pasien sebanyak mungkin. Teori Virginia Henderson menjelaskan bahwa tugas perawat adalah berusaha mengembalikan kemandirian individu dalam memenuhi 14 komponen kebutuhan dasar (Susanto.,dkk, 2015),

Berdasarkan latar belakang diatas penulis sangat tertarik untuk menggambarkan pengaplikasian asuhan keperawatan pada Ny D dengan post SC dengan teori konsep model keperawatan Virginia Haderson.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus pada kasus perawatan Post-Sectio Caesarea. Sampel pada penelitian ini adalah Ny. D menggunakan metode purposive dengan kriteria kasus post-sectio caesarea dengan indikasi medis darurat tanpa penyulit degeratif lainnya. Data primer diperoleh melalui tahapan observasi, wawancara terstruktur, verifikasi, secara objektif, dan pemeriksaan fisik, dan analisis hasil dokumentasi pemeriksaan, kemudian melakukan asuhan keperawatan bersdasarkan pada teori Virginia Henderson. Format pengkajian yang digunakan berdasarkan 14 komponen penanganan keperawatan sesuai teori keperawatan virginia haderson seperti:

### **1. Pengkajian**

Perawat melakukan penilaian dengan berdasarkan 14 komponen kebutuhan dasar yang dapat dilakukan pendekatan yang meliputi Biologis (Bernapas normal, Makan dan minum, eliminasi, mobilisasi, istirahat tidur, kebutuhan berpakaian, termoregulasi/pertahanan suhu tubuh, kebersihan diri, dan ancaman bahaya lingkungan), psikologis (komunikasi dan belajar), sosiologis (pekerjaan dan rekreasi) , dan spiritual (rohani/keyakinan) dengan demikian maka perawat dapat mengenali kebutuhan yang diperlukan pasien sehingga dapat diterapkan untuk pengkajian dan persiapan.

### **2. Perencanaan**

Menurut Henderson, perencanaan adalah aktivitas penyusunan dan perbaikan susunan perawatan terhadap proses penyembuhan yang telah disusun bersama antara perawat dengan pasien dan dokumentasi proses bagaimana perawat membantu pemulihan dari sakit hingga sembuh.

### **3. Implementasi**

Tahap dimana dalam pengaplikasianya terlebih dahulu melihat prinsip fisiologis, usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosional, kemampuan intelektual, dan fisik individu.

### **4. Evaluasi**

Dalam kesinambungan tahap-tahap tersebut antara pengkajian, observasi, perencanaan, implementasi, interverensi, dan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi yaitu catatan akhir yang berupa perkembangan dalam kriteria yang diharapkan dalam pencapaian kemandirian pasien dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari berdasarkan 14 kebutuhan dasar tersebut.

## HASIL DAN DISKUSI

### Pengkajian

1.	Bernapas Normal	Ny D bernapas secara norma tanpa bantuan alat pernapasan, frekuensi napas 18 kali/menit
2.	Makan dan minum secara memadai	Pasien dapat memenuhi kebutuhan makan dan minum namun masih dibantu oleh keluarga karena masih lemas dan takut bergerak karena nyeri akibat operasi
3.	Eliminasi	BAK ; Saat ini pasien masih terpangsang cateter urin, BAB pasien pasca operasi haru pertama mengatakan belum BAB
4.	Berpindah dan Postur tubuh (positioning)	Pasien belum mampu untuk miring kanan-kiri, duduk dan berjalan, masih bedrest total, pasien masih terpasang cateter urin, pasein juga mengatakan nyeri pada luka oprasinya dengan skala nyeri 4
5.	Tidur dan Istirahat	Pasien mengatakan luka bekas operasinya terasa nyeri, nyeri terasa terus menerus terutama saat bergerak, nyeri di sekitaran luka bekas operasi di perut klien, nyeri dengan skala 4 dari (1-10) seperti tertusuk-tusuk, sehingga untuk saat ini tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, karena badan juga masih terasa lemas dan tidak mau bergerak karena luka bekas operasi akan semakin menjadi sakit
6.	Berpakaian yang rapi dan nyaman	Pasien menggunakan pakaian kemeja bersih
7.	Mempertahankan suhu tubuh	Suhu tubuh 36,8 C
8.	Menjaga tubuh bersih dan terawat	klien tampak dibantu keluarga ketika mengganti pakaian, keluarga tampak membantu klien membersihkan badannya, keluarga tampak membersihkan klien menggunakan air hangat dan handuk kecil saja
	Hindari bahaya di lingkungan	Pasien masih terasa lemas dan tidak mau bergerak karena luka bekas operasi akan semakin menjadi sakit. Pada saat dilakukan observasi klien tampak meringis ketika mencoba bergerak, belum mampu untuk miring kiri dan miring kanan belum mampu untuk duduk, berdiri dan berjalan, bedrest total, pasien masih terpasang cateter urin, fisik tampak lemah
<b>Komponen Psikologis</b>		
10	Komunikasi	Pasien dapat berkomunikasi dan sangat koperatif dengan baik
11	Prestasi kerja	Semua kebutuhan perawatan sementara oleh perawat dan dibantu kelurga
<b>Komponen Spiritual</b>		
11.	Beribadat menurut iman seseorang	Pasien beragama Islam
<b>Komponen SosioLOGI</b>		
13.	Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi bayi	Untuk mengurangi nyerinya pasien melakukan berzikir
14.	Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu	Pasien bertanya tentang kondisinya dan kondisi bayinya

### Diagnosa

Diagnosa Keperawatan yang digunakan dalam asuhan keperawatan ini berdasarkan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yaitu: Diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut: berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

(D.0077) yang dibuktikan pasien mengatakan luka bekas operasinya terasa nyeri, nyeri terasa terus menerus terutama saat bergerak, nyeri di sekitaran luka bekas operasi di perut klien, nyeri dengan skala 4 dari (1-10) seperti tertusuk-tusuk, sehingga untuk saat ini tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, karena badan juga masih terasa lemas dan tidak mau bergerak karena luka bekas operasi akan semakin menjadi sakit.

## **Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan diagnosa keperawatan Intervensi keperawatan yang susun berdasarkan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2019) yaitu:

Intervensi dari diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut : berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077): Tujuan dari diagnosa pertama yaitu Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, dan tekanan darah membaik. Observasi: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam dan pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi dari diagnosa keperawatan kedua yaitu Diagnosa keperawatan kedua yaitu difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: Kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, Minat melakukan perawatan diri meningkat. Observasi : Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Teraputik: Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, jadwalkan rutinitas perawatan diri. Edukasi : Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

## **Implementasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dilaksanakan sesuai dengan intervensi atau seluruh rencana tindakan keperawatan dapat diaplikasikan dengan baik dan tidak ada masalah yang berarti, banyak hal yang mendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini. Adapun faktor yang mendukung pelaksanaan implementasi tersebut mulai dari adanya keinginan klien untuk sembuh sehingga pasien menerima saran dan anjuran perawat, adanya keinginan klien untuk mengetahui tentang kondisi dan penanganannya, adanya keinginan klien untuk berkolaborasi dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien terkhususnya pemenuhan kebutuhan bergerak dan mempertahankan postur yang diingkan serta pemenuhan kebutuhan menjaga kebersihan diri dan penampilan.

## **Evaluasi**

Dari diagnosa keperawatan yang angkat, semua sesuai dengan masalah yang dialami klien pada saat sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, yang mana pada masalah ketidakmampuan klien memenuhi kebutuhan bergerak dan mempertahankan postur tubuh, pada implementasi hari terakhir klien di rumah.

## **Pembahasan**

### **Pengkajian**

Berdasarkan hasil studi kasus diketahui bahwa pasien Ny. D Ny. D dengan post sectio caesarea, mengalami nyeri akut yang diakibatkan luka operasinya, pasien tidak dapat beraktivitas dan bergerak/ mobilisasi karena nyeri yang dirasakan, kemudian klien tidak bisa melakuakn kebersihan diri karena kelemahan fisiknya akibat luka operasi, pada pengkajian digunakan 14 komponen dasar manusia yang menjadi pusat penaganan dari keperawatan sesuai dengan teori konsep virginia handerson meliputi Biologis (Bernapas normal, Makan dan minum, eliminasi, mobilisasi, istirahat tidur, kebutuhan berpakaian, termoregulasi/pertahanan suhu tubuh, kebersihan diri, dan ancaman bahaya lingkungan), psikologis (komunikasi dan belajar), sosiologis (pekerjaan dan rekreasi) , dan spiritual (rohani/keyakinan) dengan demikian maka perawat dapat mengenali kebutuhan yang diperlukan pasien sehingga dapat diterapkan untuk pengkajian dan persiapan (Hotma D, 2018)

## **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny D dengan post sectio caesarea menggunakan teori Virginia Handerson didapatkan 2 (dua) masalah keperawatan yaitu nyeri akut : berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) dan difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Diangkatnya diagnosa tersebut karena saat pengkajian data pasien tidak dapat melakukan mobilisasi dan aktifitas sendiri karena nyeri akut yang dirasakannya, berdasarkan aplikasi bahwa manusia menurut 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.

### **Intervensi Keperawatan**

Intervensi menurut Virginia Henderson dimulai dari tahap dimana dalam pengaplikasiannya terlebih dahulu melihat prinsip fisiologis, usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosional, kemampuan intelektual, dan fisik individu (Sahrudi, A, 2019). Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan teori Virginia Henderson mentargetkan pasien untuk lebih baik dan mandiri untuk memenuhi kebutuhannya. Intervensi dari teori Handeson disesuaikan dengan SIKI yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Peneliti melakukan perencanaan berdasarkan masing-masing diagnosa, dan memiliki kriteria hasil yang berbeda.

### **Evaluasi**

Berdasarkan evaluasi hasil implementasi tersebut klien telah mampu memenuhi kebutuhan dasar manusianya dalam pemenuhan kebutuhannya akibat nyeri luka operasi sehingga kebutuhan bergerak dan mempertahankan postur tubuh, seperti bisa miring kiri-miring kanan, duduk dan berdiri secara mandiri. Pada masalah ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan menjaga kebersihan diri dan penampilan dari hasil evaluasi hari terakhir klien sudah mampu membersihkan diri secara mandiri dan sudah mampu membuka dan mengenakan pakaian secara mandiri. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut klien telah mampu memenuhi kebutuhan dasar manusianya yaitu dalam pemenuhan kebutuhan menjaga kebersihan diri dan penampilan. sehingga klien mendapatkan kembali kemandiriannya dengan bantuan perawat dalam mengembalikan, menyempurnakan, melengkapi, menambah, menguatkan kekuatan, kemauan, dan pengetahuan.

### **Kekuatan Teori**

1. Henderson adalah ahli teori keperawatan yang memberi pengaruh besar pada keperawatan sebagai profesi yang mendunia. Henderson adalah orang pertama yang mencari fungsi unik dari profesi perawat.
2. Teori Henderson didasari oleh keanekaragaman pengalaman yang ia miliki selama karir keperawatannya, bukan teori / model yang abstrak semata.
3. Henderson mendefinisikan profesi keperawatan: bahwa profesi keperawatan adalah profesi yang mandiri yang tidak hanya tergantung pada instruksi dokter.
4. Asumsi Henderson mempunyai validitas karena mempunyai keserasian dengan riset ilmuan dibidang yang lain seperti konsep Maslow.

## **Kelemahan Teori**

Kelemahan teori Virginia Henderson dimana pandangan dan pendapatnya hanya berfokus pada satu pihak yaitu pada penyembuhan fisik semata atau pada upaya memandirikan pasien.

## **KESIMPULAN**

Intervensi yang ditegakkan oleh peneliti sudah sesuai dengan teori Virginia Henderson sesuai diagnosa yang ditegakkan, disertai tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan untuk proses kemandirian pasien, teori Model Verginia Henderson efektif diaplikasikan pada pasien dengan kasus *post sectio caesarea*.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Alligood. (2014). Nursing Theorists And Their Work 8th. Missouri: Elsevier Mosby
- Alligood. (2017). Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. Singapura: Elsevier
- Ahtisham, Younas and Sommer Jacoline. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. Available on [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23\\_ahtisham.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf)
- Ahmad, S, Skep., Ns., M.M., M. Kep dan Ika N, S. Kep., Ns., M. Kep (2020). Falsafah dan teori Keperawatan hal 139 – 151. Jakarta.
- Anisa, N. (2014). Konsep Keperawatan Menurut Virginia Hennderson. 3-12. Asmadi, Ns. S.Kep. 2005. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran ECG
- Asmadi. 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Dumilah (2018). Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui SectioCaesarea. Diakses pada tanggal 10 Januari 2024, dari [https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=etika+kesehatan+pa+da+persalinan+melalui+sectio+caesarea&btnG=#d=gs\\_qabs&t=1652007289521&u=%23p%3DfuJaGovXpRAJ](https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=etika+kesehatan+pa+da+persalinan+melalui+sectio+caesarea&btnG=#d=gs_qabs&t=1652007289521&u=%23p%3DfuJaGovXpRAJ)
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing model and theories. 2nd Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Geraldy, Yolanda. 2020. Profil Persalinan Seksio Sesarea Pada Hipertensi Dalam Kehamilan Berdasarkan Hasil Luaran Ibu Di Rsia Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Desember. FILE:///D:/Laporan %20peminatan/WHO%202019.PDF, diakses tanggal 10 Januari 2024.
- Hotma, D. (2018). Teori Keperawatan Virginia Henderson. 1-13. Kurniadi, D. (2020). Teori Keperawatan Virginia Henderson. 1-4.
- Mutiara, Anita. 2017. Aplikasi Teori Keperawatan Nola J Pender Pada An. R Dalam Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Skabies Di Puskesmas Jembatan Kecil. File:///D:/Laporan%20peminatan/Mutiara,%202017.Pdf , diakses tanggal 10 Januari 2024.
- PPNI, T. P. S. D. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Tim Pokja SLKI DPP PPNI Persatuan Perawat Indonesia.
- Susanto, Joko „dkk. 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Selemba Medika
- Sahrudi, A. d. (2019). Aplikasi Teori Virginia Henderson Pada Pasien Neglected Fracture of Left Shaft Femur. 141-159.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Persatuan Perawat Indonesia.

Virginia Henderson's Need Theory. Available on  
[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Henderson.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Henderson.html)