



**Kepedulian Perawat pada Akhir Hidup Manusia:
Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan**

Krisna Yetti

Pidato pada Upacara Pengukuhan sebagai
Guru Besar Tetap Fakultas Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 2 Agustus 2023

**Kepedulian Perawat pada Akhir Hidup Manusia:
Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan**

Penulis
Krisna Yetti

ISBN : 978-623-333-558-4

E-ISBN : 978-623-333-559-1 (PDF)

©Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa ijin tertulis dari penulis dan penerbit.

Cetakan 2023

Diterbitkan pertama kali oleh UI Publishing

Anggota IKAPI & APPTI

Jalan Salemba 4, Jakarta 10430

0818 436 500

E-mail: uipublishing@ui.ac.id

Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Salam sejahtera untuk kita semua

Yang terhormat,

1. Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Indonesia
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
3. Ketua, Sekretaris, dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia
4. Ketua, Sekretaris, dan Anggota Dewan Guru Besar Universitas Indonesia
5. Rektor, Para Wakil Rektor, dan Sekretaris Universitas Indonesia
6. Ketua, Sekretaris, dan Anggota Senat Akademik Universitas Indonesia
7. Ketua, Sekretaris, dan Anggota Dewan Guru Besar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Para Guru Besar Tamu
8. Dekan, Para Wakil Dekan, dan Seluruh Jajaran Pimpinan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
9. Ketua, Sekretaris, dan Anggota Senat Akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
10. Para Dekan, Direktur Vokasi, Direktur Sekolah, Wakil Dekan, dan Wakil Direktur di Lingkungan Universitas Indonesia
11. Ketua PPNI, Ketua AIPNI, Ketua Iluni FIK UI beserta jajarannya
12. Direktur RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, RSUP Fatmawati, RSUP Persahabatan, RS Universitas Indonesia, RS Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, RSAB Harapan Kita, RS Kanker Dharmais, RSPAD Gatot Soebroto, dan RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok beserta jajarannya
13. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta III beserta jajarannya

14. Para Manajer, Para Ketua dan Sekretaris Departemen, Ketua dan sekretaris Program Studi, para tenaga pendidik, para tenaga kependidikan, para mahasiswa, dan alumni FIK UI
15. Para keluarga, tamu undangan, beserta hadirin yang saya muliakan

Alhamdulillahirabbil 'alamin. Puji syukur ke hadirat Allah SWT dan salawat salam pada Nabi Muhammad SAW. Hadirin yang saya hormati, perkenankanlah saya menyampaikan pidato pengukuhan saya sebagai Guru Besar Tetap di Bidang Ilmu Filsafat Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul:

**“Kepedulian Perawat pada Akhir Hidup Manusia:
Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan”**

Bapak/Ibu hadirin yang saya muliakan,

Kepedulian perawat pada akhir hidup manusia atau *end of life* yang kematiannya telah diperkirakan sebagai bagian dari *nursing intervention* belum mendapat perhatian seperti intervensi keperawatan lainnya, misal merawat pasien dengan masalah jantung. Seperti apa intervensi keperawatan sepatutnya pada penghujung hidup manusia? Jawabannya adalah sangat sederhana, yaitu melepaskannya secara alamiah atau *dignity* menurut Virginia Henderson. Lalu seperti apa alamiah itu? tidak memperpanjang hidupnya dengan memberikan intervensi lanjutan, melepaskannya dengan suatu perencanaan jauh sebelum *dying process* tiba, memberikan alternatif tempat perawatan untuk meninggal dan kalau pilihan akan meninggal di rumah sakit, maka pasien itu perlu didampingi. Berikut beberapa contoh kasus *dying process* baik kematian yang disiapkan ataupun tidak.

Pada penghujung April 2023, diberitakan bahwa seorang ibu berusia mendekati 70 tahun telah berpulang keharibaan Yang Maha Kuasa di

Rumah Sakit menjelang tengah malam. Almarhumah (almh) menderita kanker lanjut pada paru-paru. Diperoleh informasi bahwa almh akan menjalani terapi lanjut dalam upaya perbaikan atau penyembuhan. Tidak diperoleh informasi apakah almh memahami perjalanan penyakitnya, apakah diberitahu alternatif memilih pengobatan, juga memilih tempat untuk berpulang dan siapa yang akan mendampingi.

Kasus lain adalah pada penghujung bulan Agustus 2019, seorang bapak dalam keadaan sakaratul maut didatangi oleh petugas rontgen untuk dilakukan foto toraks. Pasien dalam keadaan koma. Keluarga menolak untuk dilakukan foto mengingat akan ada manipulasi fisik untuk memperoleh gambaran paru. Petugas mengabulkan dan mereka berdua meminta tandangan bahwa menolak. Sekitar 3 (tiga) jam kemudian pasien meninggal.

Dari kedua kasus ini sesungguhnya bagaimana intervensi keperawatan pada penghujung hidup? *End of life* atau akhir hidup sesuai dengan arti kata merupakan akhir dari suatu kehidupan. Pada penyakit terminal ataupun penyakit tua kondisi pasien berada pada suatu situasi *ceteris paribus*. Kata *ceteris paribus* berasal dari bahasa Latin, dalam bahasa Inggris *With all other factors or things remaining the same* (*The American Heritage® Dictionary of the English Language, 2000*), yang berarti suatu keadaan dimana tidak akan ada perbaikan walaupun diberi obat. Berarti memberi pengobatan atau intervensi medik yang bertujuan untuk penyembuhan merupakan suatu keniscayaan karena tidak akan membawa kesembuhan (Daldiyono, 2005). Jadi pada tahap ini tujuan intervensi yang diterima oleh pasien adalah meninggal secara tenang.

Meninggal secara tenang, dimaksudkan agar meninggal tanpa ada suatu tindakan medik yang canggih. Yang dimaksud tindakan medik dalam situasi ini adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk memperpanjang usia manusia, seperti menggunakan alat bantu napas. Kematian yang tidak memperpanjang usia penulis sebut sebagai kematian alamiah. Agar tercipta kematian alamiah, diperlukan suatu pemahaman apa yang pasien akan alami dan pertolongan bagaimana yang diinginkan pasien dari

dokter dan perawat. Pemahaman ini dapat tercipta bila pasien atau pengambil keputusan dalam keluarga mengetahui perjalanan penyakit dan tahu langkah-langkah yang akan diambil jauh sebelum proses kematian (disampaikan oleh Gartinah, 2007; Murtiwi, 2009).

Di Negara-Negara maju seperti Eropa, Amerika Serikat, ataupun Australia, akhir hidup pasien yang menjalani penyakit menahun telah dilaporkan dalam berbagai situasi. Beragam intervensi pada akhir kehidupan seperti tidak memberikan bantuan untuk memperpanjang umur *Do Not Resuscitate (DNR)*, memperpanjang umur dengan menggunakan teknologi mutakhir ataupun mengakhiri kehidupan dengan cara Euthanasia Pasif ataupun Aktif. DNR ini diputuskan oleh dokter bersama pasien dan atau keluarga serta disaksikan oleh perawat. Semua tindakan ini dilakukan berdasarkan undang-undang, misalnya *Undang-Undang Death with Dignity in Oregon, Washington, and Montana* (<http://www.exitinternational.net/page/USA>).

Sebaliknya di Indonesia berbeda, dari sejumlah pengamatan di luar atau di pulau Jawa, di Rumah Sakit Pemerintah ataupun Rumah Sakit Bukan Pemerintah, pada umumnya dilakukan pertolongan pada pasien yang sedang menjalani akhir hidup. Walaupun sudah berada pada situasi dekat pada kematian tetap dilakukan upaya memperpanjang umur pasien, baik sebelumnya dibicarakan pada keluarga ataupun tidak. Perpanjangan umur dapat berupa tindakan resusitasi atau memindahrawatkan pasien ke ruangan intensif untuk memperoleh bantuan peralatan teknologi kesehatan yang lebih mutakhir. Pertolongan ini disebabkan belum ada undang-undang yang mengatur praktik kedokteran untuk menghentikan pengobatan walaupun undang-undang praktik kedokteran juga membahas tentang perjalanan penyakit (prognosis) yang bisa membaik atau memburuk (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004).

Fenomena lain yang dicermati adalah belum dipersiapkan pasien menghadapi akhir hidup. Saat ini belum ada acuan yang dijadikan pedoman untuk merawat pasien yang berada pada akhir hidup

(Mustikawati, Susihar & Estelle, 2011), dengan demikian belum ada intervensi pengelola rumah sakit dalam menata akhir hidup pasien. Di saat pasien masih mampu mengambil keputusan, ia tidak diberikan penjelasan. Bila ia memperoleh kejelasan tentang perjalanan penyakitnya, maka selain keputusan yang akan pasien buat mungkin pasien akan menyampaikan suatu wasiat (American Hospital Association, A Patient's Bill of Rights, 1992).

Pada saat keadaan kesehatan sudah kritis pasien tidak mungkin dilibatkan dalam mengambil keputusan, sehingga keluargalah yang lebih banyak dilibatkan. Pada kasus yang disampaikan oleh Harneity (2009) dan Eletti (2012), kedua mereka dan keluarga tidak dilibatkan untuk mengambil keputusan tentang intervensi yang akan diterima pesakit. Mereka berdua meminta untuk menghentikan tindakan yang menggunakan teknologi mutakhir. Jadi selain pasien tidak disiapkan menghadapi akhir dari suatu penyakit terminal, keluarga juga pada umumnya tidak terlibat untuk memutuskan apa yang harus dilakukan.

Belum ada persiapan untuk pasien dan keluarga menghadapi akhir hidup, memberikan respon yang beragam dari pihak keluarga terhadap pertolongan lanjutan. Seperti pertolongan dalam bentuk memberikan resusitasi pada pasien. Ada keluarga yang meminta petugas kesehatan untuk menghentikan resusitasi, serta menyayangkan mengapa keluarga tidak diikuti sertakan dalam mengambil keputusan (Ernest, 2010). Akan tetapi ada juga keluarga yang membiarkan dilakukan resusitasi karena tidak paham maksud tindakan tersebut (Kado, 2011). Selain dua bentuk respon keluarga terhadap tindakan resusitasi, ada keluarga yang mencari pertolongan meskipun tahu penderita mengidap penyakit yang sudah sampai pada penghujung hidup. Kecintaan keluarga pada yang sakit menyebabkan keluarga masih mencari pertolongan (Yetti, 2009). Kenyataannya, setelah beberapa menit sampai di Unit Gawat Darurat, pasien meninggal dunia. Jadi respon keluarga menyikapi akhir kehidupan manusia yang sakit sangat beragam.

Dari uraian tulisan ini, maka ada 3 (tiga) kelompok keadaan pasien memperoleh perpanjangan umur, yaitu 1) Keluarga tidak menginginkan, akan tetapi petugas kesehatan menganjurkan untuk ditolong, 2) Tidak tahu bahwa tidak harus ditolong, dan 3) Keluarga menginginkan untuk ditolong. Dengan kata lain belum ada suatu kejelasan intervensi untuk pasien yang menderita penyakit terminal, serta belum tampak eksistensi pasien dan keluarga dalam menghadapi ujung kehidupan ini. Bila pasien menjalani akhir hidup dirumah sakit, maka 2 (dua) profesi yang sangat berperan dalam mengantarkan kepenghujung hidup, yaitu dokter dan perawat.

Bapak/Ibu hadirin yang saya muliakan,

1. Peran Profesi Dokter dan Perawat

Dua profesi kesehatan yang utama bekerja di rumah sakit adalah profesi dokter dan perawat. Kedua profesi ini mempunyai fungsi dan keterampilan yang berbeda. Dalam perbedaan ini ada satu kesamaan, yaitu kesamaan menggunakan keterampilan berpikir kritis yang diperlukan untuk ranah kognitif, afektif, dan psikomotor. Dokter berperan sebagai penyembuh atau *curing* sedangkan perawat memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dikenal sebagai *caring*. Selain itu perawat mengemban peran sebagai advokator, edukator, dan pengelola pelayanan kesehatan. Supaya peran dokter dan perawat ini dapat terlaksana maka diperlukan suatu tanggung jawab yang berlandaskan etik. Kedua profesi dalam melaksanakan perannya ini dibahas dalam konteks rumah sakit, bukan klinik, ataupun fasilitas kesehatan lain (http://www.ehow.com/about_5139119_roles-doctors-nurses.html).

Peran adalah kumpulan dari komponen perilaku, hak, *obligations* (kewajiban), keyakinan dan norma yang dikonsepsikan oleh seseorang dalam tatanan sosial (<http://en.wikipedia.org/wiki/Role>, diunduh tanggal 11 November 2014, pukul 5.28 PM). Bila salah satu dari komponen ini berubah, maka peran akan berubah. Dengan demikian peran dapat

berubah sesuai perubahan komponen. Peran profesi dokter dan perawat dimungkinkan untuk terjadi perubahan bila komponen-komponen yang mengisi peran itu berubah diakibatkan oleh perubahan kondisi. Oleh karena itu kedua profesi ini perlu mengantisipasi untuk terjadi perubahan-perubahan peran.

1.1. Peran Profesi Dokter

Dokter merupakan profesi medik yang menyelenggarakan kegiatan untuk tujuan pasien sembuh. Jadi peran utama profesi dokter adalah *Curing*, melakukan diagnosa apakah pasien mengidap suatu penyakit. Pada pelaksanaan diagnosa beragam tampilan penyakit pasien yang tidak pasti dan membingungkan yang ditangani oleh dokter. Oleh karena itu diperlukan kemampuan pengetahuan dan pengalaman. Langkah pertama untuk menyembuhkan ini dimulai dengan melakukan anamnesis terhadap keluhan pasien, kemudian melakukan pemeriksaan-pemeriksaan setelah itu membuat diagnosis (Henderson, 2014).

Setelah diagnosa ditegakkan dokter menuliskan resep obat. Pada pelaksanaan pemberian obat agar sampai pada pasien, dokter dibantu oleh perawat. Bersama dengan perawat dokter menilai respon obat pada tubuh pasien. Bila diagnosa sudah menetap dan kemampuan medik untuk menjangkau pasien sudah tidak dimungkinkan lagi maka dokter tidak lagi banyak berelasi dengan pasien.

1.2 Peran Profesi Perawat

Ada 4 (empat) peran perawat, 3 (tiga) di antaranya adalah berperan pemberian asuhan keperawatan, berperan sebagai pengelola, dan berperan sebagai pendidik.

1.2.1 Berperan Pemberi Asuhan Keperawatan

Dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, diperlukan suatu kerangka kerja untuk menjalankan proses keperawatan. Proses Keperawatan adalah suatu langkah-langkah yang dijalankan oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan (*nursing care*). Proses keperawatan merupakan serangkaian kegiatan kognitif, afektif, dan psikomotor (Potter & Perry, 20018).

Kegiatan kognitif mencakup penyelesaian masalah, menerapkan teori keperawatan dan menilai keberhasilan asuhan. Kegiatan afektif merupakan kegiatan yang terkait nilai-nilai yang didasarkan pada penghargaan terhadap martabat manusia. Sedangkan kegiatan psikomotor adalah menerapkan kemampuan kognitif dan afektif melalui psikomotorik halus dengan menggunakan jari-jari atau lengan dan psikomotorik kasar dengan menggunakan lengan atas atau kaki. Ketiga kemampuan ini diperlukan untuk merawat manusia termasuk merawat pasien pada akhir kehidupan. Walau ketiganya diperlukan akan tetapi kemampuan afektif lebih diperlukan.

Proses keperawatan ini dilaksanakan bersama-sama dengan pasien sehingga pasien menentukan asuhan keperawatan yang akan ia terima. Jadi pada proses keperawatan pasien berperan aktif sejauh ia bisa menentukan, bila tidak mungkin perawat dengan peran advokasi memberikan perlindungan pada pasien, sehingga setiap tindakan menjamin kenyamanan pasien. Ada 6 (enam) tahap proses keperawatan secara berurutan akan dibahas 6 (enam) tahap ini.

Pertama adalah pengkajian, merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Langkah awal ini merupakan suatu kegiatan dalam upaya mengumpulkan data. Pengumpulan data ini mencakup verifikasi dan analisis data. Verifikasi dan analisis data ini diperoleh dari sumber primer yaitu pasien atau klien dan dari sumber sekunder yaitu dari keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan lain. Data yang dikaji haruslah akurat, karena melakukan kesalahan pada langkah awal akan salah pada langkah-langkah berikutnya. Bila data yang dikumpulkan telah lengkap maka dapat

dilakukan verifikasi dan analisis data. Akhir dari verifikasi dan analisis data merupakan awal untuk langkah ke dua, yaitu menegakkan diagnosa keperawatan.

Kedua adalah diagnosa keperawatan, merupakan suatu kegiatan dalam merumuskan masalah. Rumusan masalah ini dibuat berdasarkan prioritas masalah. Prioritas masalah ini dinilai dan dibuat berdasarkan kemampuan untuk menyelesaikannya. Apabila diperoleh data yang tidak kewenangan perawata dalam menyelesaikannya, maka melalui kolaborasi disampaikan pada tim kesehatan lain. Diagnosa keperawatan ini dibuat berdasarkan 14 kebutuhan dasar manusia. Misalnya pasien mengalami masalah mobilisasi sebagai akibat berbaring lama. Masalah mobilisasi ini menjadi perhatian perawat untuk dikembalikan fungsinya melalui suatu perencanaan. Kemampuan perawat membedakan masalah satu dengan masalah lainnya serta keterkaitan antara masalah satu dengan masalah lainnya merupakan suatu proses berpikir kritis. Proses berpikir kritis ini dilakukan secara terus menerus tiada putus-putusnya sampai pasien dinyatakan boleh keluar dari rumah sakit. Melalui proses pikir inilah keberadaan perawat sebagai suatu profesi dapat diamati melalui langkah-langkah selanjutnya.

Ketiga adalah perencanaan, yaitu proses berpikir kritis dilanjutkan untuk menyusun tindakan-tindakan keperawatan. Perencanaan ini dikaitkan dengan mungkin atau tidaknya tindakan dalam asuhan keperawatan dilaksanakan. Pada perencanaan diharapkan intervensi akan membawa perbaikan dan kesembuhan, kalau tidak akan membawa perbaikan pada kesehatan maka perencanaan diharapkan membawa kenyamanan pada pasien atau akan mengantarkan pasien meninggal secara damai. Bila masalah yang dihadapi tidak sulit, perencanaan dilakukan dengan tidak memerlukan kesepakatan pada perawat lain. Namun bila masalah lebih kompleks, maka diperlukan bantuan perawat lain untuk memastikan perencanaan yang tepat. Kepada siapa perawat akan berkonsultasi untuk menentukan masalah merupakan wewenang perawat yang bertanggung jawab pada *shift* memastikannya.

Keempat adalah implementasi, merupakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap sebelumnya. Walau telah direncanakan pada tahap pelaksanaannya perawat diingatkan agar tetap melaksanakan penilaian agar implementasi yang dilaksanakan dapat dijamin keamanannya. Misalnya telah direncanakan untuk memberikan posisi telentang akan tetapi tiba-tiba pasien merasa sesak, maka kembali pasien diberikan posisi setengah duduk. Jadi pada implementasi, selain melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, juga merupakan suatu proses pengkajian ulang serta menyesuaikan rencana tindakan. Hal ini berlangsung sangat cepat, oleh karena itu kemampuan kognitif dan pengalaman akan menentukan penyesuaian asuhan keperawatan ini.

Kelima adalah evaluasi, tujuannya untuk menilai keberhasilan langkah-langkah sebelumnya. Perawat membandingkan hasil yang diperoleh dengan perencanaan yang telah dibuat. Bila hasil diperoleh tidak sesuai dengan perencanaan maka perlu dilakukan kembali pengkajian sehingga kembali terulang proses keperawatan. Evaluasi juga menilai implementasi terhadap kenyamanan pasien dalam menjalani akhir hidup pasien.

Keenam adalah dokumentasi, merupakan kegiatan yang merekam kegiatan dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi. Dokumentasi ini merupakan alat komunikasi antara perawat dan profesi kesehatan lainnya. Selain itu dokumentasi merupakan suatu bukti bahwa perawat telah melakukan serangkaian asuhan keperawatan. Jadi pada dokumentasi tergambar akan suatu tanggung jawab. Jadi dari dokumentasi tergambar seberapa profesional profesi keperawatan.

1.2.2 Berperan sebagai Pengelola

Sebagai pengelola melindungi pasien/klien menyampaikan atau berbicara atas nama pasien dikarenakan pasien/klien tidak mampu menyampaikannya (Harkreader, Hogan & Thobaben, 2004). Perlindungan terutama diberikan pada pasien anak-anak, gangguan mental, orang tua atau pasien yang mengalami gangguan kesadaran. Bahasan yang

disampaikan adalah sesuai dengan keinginan pasien/klien. Oleh karena itu perawat harus punya kemampuan untuk memahami yang diinginkan pasien/klien. Perawat melindungi pasien/klien dari bahaya-bahaya yang mengenai fisik, perawat menolong pasien untuk memahami hak-haknya, dan memberikan kesempatan agar pasien/klien dapat menyampaikan perlindungan yang ia butuhkan. Semua perlindungan ini diberikan dalam keadaan klien sehat ataupun dalam keadaan sakit dan menjelang meninggal. Bentuk perlindungan yang lain adalah dengan cara mendidik pasien/klien.

1.2.3 Berperan sebagai Pendidik

Perawat mendidik pasien dengan memberikan informasi. Tujuan mendidik adalah agar pasien dapat merawat dirinya (Harkreader, Hogan & Thobaben, 2004) baik selama ia di rumah sakit atau setelah pulang ke rumah. Mendidik pasien diberikan sesegera mungkin yang disesuaikan dengan keadaan kesehatan dan kemampuan pasien memahami. Hal ini dikarenakan berubah pandangan agar waktu rawat diupayakan sependek mungkin.

Pemahaman pasien tentang kesehatannya akan mengurangi biaya rawat dirumah sakit. Jadi sudah seharusnya pasien memperoleh informasi, dan sudah menjadi kewajiban agar perawat memberikan informasi. Selain sudah menjadi kewajiban perawat untuk memberi informasi, pada tatanan rumah sakit di seluruh Indonesia memberikan informasi pada pasien merupakan salah satu komponen yang dinilai pada akreditasi rumah sakit. Perawat setelah memberikan informasi, pasien dan perawat menandatangani lembar informasi sebagai bukti yang sah. Jadi selain perawat bertanggung jawab untuk memberikan informasi, perawat juga diminta tanggung gugatnya dalam hal ini. Inilah salah satu contoh perubahan peran perawat yang dikaitkan dengan ranah hukum, dimana satu dasa wara yang lalu belum ada.

Apabila peran profesi dokter dan perawat dilakukan sesuai dengan kaidah-kaidah yang telah diutarakan, maka masalah "ada konflik di antara

profesi kedokteran, pengelola rumah sakit, dan profesi keperawatan, sehingga mengakibatkan ada kekosongan tindakan yang belum mampu diberikan oleh dokter, pengelola rumah sakit, dan perawat di akhir hidup pasien yang mengalami penyakit terminal”, tentu tidak akan terjadi. Agar masalah ini tidak berlanjut perlu dipahami tentang tanggung jawab dan moral oleh dokter dan perawat dan juga oleh pengelola rumah sakit. Tanggung jawab merupakan suatu inti dalam melaksanakan profesi. Dengan demikian akan dituangkan tentang tanggung jawab untuk dapat menghindari kekosongan intervensi. Peran perawat itu dilakukan dipandu oleh paradigma keperawatan.

2. Paradigma Keperawatan

Profesi keperawatan meyakini dalam menjalankan intervensi, merujuk pada paradigma sebagai suatu acuan. Virginia Henderson menjelaskan tentang paradigma keperawatan memandu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan merupakan suatu intervensi pada manusia atau pasien baik sehat ataupun sakit didalam suatu lingkungan. Menurut Orem (1971), manusia dalam konteks keperawatan adalah pasien dan keluarga merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan, jadi di samping pasien keluarga juga memerlukan bantuan perawat. Terkait dengan paradigma, ada 4 (empat) komponen yang memandu perawat untuk melakukan asuhan keperawatan yaitu manusia, sehat – sakit, perawat, dan lingkungan.

2.1 Manusia

Setelah seseorang lahir ke dunia maka ia akan menjalani proses tumbuh kembang. Tumbuh lebih kepada dimensi fisik, sedangkan kembang dimensi psiko, sosio, dan spiritual. Tumbuh mempunyai batasan waktu, sedangkan kembang tidak mempunyai batas waktu. Kedua tumbuh kembang yang dimulai sejak lahir, melakukan perjalanannya menuju

kesuatu titik yaitu titik kematian. Bagaimana manusia menjalani hidup menuju titik kematian ini tergantung dari bagaimana ia memahami dan mengisi kehidupan non fisiknya (Hidayat, 2009; Loewy & Loewy, 2002). Pada pengenalan dengan penyakit, maka fisiklah yang ditumpangi oleh penyakit. Sedangkan kembang adalah cara manusia menghadapi penyakit itu. Bila penyakit makin memburuk atau pada proses menua maka fisik tidak mampu lagi menahan derita, sehingga fisik mengalah pada penyakit. Keadaan ini disebut dengan meninggal. Sedangkan non fisik menurut manusia yang memercayai Tuhan akan kembali keharibaan Nya. Bagaimana manusia sebagai manusia, manusia sedang sakit dan sampai pada akhir hidup, serta bagaimana keberadaan profesi keperawatan menyikapi akhir hidup menjadi kajian pada tulisan ini.

2.1.1 Manusia dalam Berbagai Pandangan

Beragam pandangan cara melihat manusia. Masing-masing disiplin ilmu melihat manusia dari sisi ilmunya, sedangkan masing-masing tokoh melihat manusia dari sisi pemikirannya. Ada yang menggambarkan manusia melihat dirinya dari perspektif keduniaan, ada yang menggambarkan manusia dari dua perspektif yaitu dunia dan akhirat (Shihab, 2007). Dilihat dari perspektif dunia dan akhirat, keduanya sama-sama berjalan menuju kematian. Berbagai pandangan tentang manusia, yang berjalan menuju kematian. Pandangan-pandangan ini dikenal dengan konsep. Walaupun bahasan kajian pada tulisan ini berada pada area etik yang dipayungi filsafat, akan tetapi karena kajian dilihat dari sisi disiplin Ilmu Keperawatan maka manusia juga dilihat dari profesi keperawatan.

2.1.2 Hakikat Hidup Manusia

Agama-agama yang dibawa oleh Nabi Ibrahim yaitu Yahudi, Nasrani, dan Islam meyakini bahwa manusia merupakan suatu makhluk spiritual, yang diciptakan oleh Tuhan yang satu. Bila merujuk pada manusia sebagai

makhluk spiritual, maka manusia yang percaya pada Tuhan yang satu ini selalu berserah diri pada Nya. Demikian juga berserah diri dalam konteks kesehatan, Ilahi menentukan kesehatan manusia baik sehat ataupun sakit. Bila hal ini diyakini, maka manusia harus siap atau disiapkan untuk menjalani kehidupan baik saat sehat ataupun dan terutama saat sakit yang mendekati akhir kehidupan.

Terkait manusia adalah makhluk Ilahi, Al-Ghazali (1999, h. 25) membagi manusia kedalam 3 (tiga) golongan. Golongan satu adalah golongan yang sibuk dengan dunia tidak akan mengingat maut, ada pemula yang bertobat, dan ada yang telah mencapai tingkat arifin. Pada golongan pertama mengingat maut berarti mengingat kesusahan; golongan kedua adalah kelompok yang berupaya untuk mendekatkan diri pada Ilahi, sedangkan kelompok ketiga adalah kelompok yang merindukan pertemuan dengan Pencipta. Dengan demikian kelompok ketiga melihat suatu sakit ataupun ajal adalah suatu kesenangan, yaitu senang akan bertemu pencipta. Pada golongan tiga inilah manusia dikatakan sempurna, karena ia mengingat kematian dengan sikap yang positif (Al-Ghazali, 1999, hal.27).

Di lain pihak, Leahy (1984, hal. 1) melihat manusia dalam perspektif dunia, yaitu selalu ingin berhasil dan dihargai dalam hidup. Tidak disebutkan apakah keberhasilan dan penghargaan dalam hidup berkorelasi dengan kematian yang baik. Akan tetapi bila berhasil dan dihargai berada dalam rentang yang dekat dengan pencipta maka kematian yang baik mungkin terpenuhi. Hal ini dapat dipahami karena bila manusia mendekatkan diri pada Ilahi, maka ia akan memilih untuk bertemu pada objek yang dikasihinya (Leahy, 1984, hal.145). Lebih lanjut Leahy (1984, hal. 266) membahas bahwa manusia mempunyai pribadi yang bermartabat yang menjadi dasar dari manusia itu sendiri. Pribadi bermartabat mengartikan manusia sebagai subjek bukan objek. Jadi lingkungan tidak boleh memperlakukan manusia sebagai objek. Dengan kata lain manusia meskipun dalam keadaan sakit dimana terdapat penurunan kesadaran ia tetap diperlakukan sebagai subjek. Perlakuan sebagai subjek dimaksudkan mengakui keberadaan manusia atau eksistensi manusia.

Bila menilik pada manusia yang beragama atau kepercayaan, maka ia akan menyerahkan diri pada Sang Pencipta. Arti kata disadari bahwa ada yang mengatur dalam keseharian hidup manusia. Walaupun demikian, tetap manusia mempunyai kebebasan berkehendak. Bebas berkehendak memberi ruang pada manusia untuk memilih dan membuat keputusan (Wilcockson, 2007). Kebebasan berkehendak, hanya dapat dilakukan bila manusia sampai pada tahap perkembangan dewasa atau baligh.

Dewasa dalam Islam disebut sebagai *mukallaf*, yaitu individu yang dapat mengontrol diri dan sabar dalam mencapai sejahtera. Sejahtera adalah sesuatu yang bersifat internal, berada didalam pikiran, hati, dan jiwa. Dalam kehidupan sehari-hari *mukallaf* berjuang agar sehat. Meskipun demikian *mukallaf* mempunyai keterbatasan sehingga tetap berharap dan bergantung pada Tuhan dalam menjalani kehidupan (Lapidus, 1978; Leahy, 1989, h.7). Kembali kepada *mukallaf*, maka seseorang telah dewasa bila ia sakit ataupun menghadapi kematian ia mempunyai kemampuan untuk membuat suatu keputusan. Keputusan yang dibuat oleh manusia ini sangat dipengaruhi oleh sifat manusia itu sendiri dan sangat menentukan akhir hidup manusia itu sendiri.

2.1.3 Keberadaan Diri Manusia

Keberadaan atau eksistensi diri ditulis oleh Filusuf Karl Jaspers sebagai suatu eksistensi manusia. Karl Jaspers adalah Filusuf Jerman yang lahir di Oldenburg pada tanggal 23 Februari 1883 dan meninggal di Basel pada tanggal 26 Februari 1969. Dalam hidupnya, Jaspers mengalami sakit kronik yaitu bronkiektasis dengan dekompensasi jantung. Keterbatasannya ini apakah yang disebut sebagai situasi batas? Hal ini tergambar pada kerapuhan tubuhnya, sehingga Jaspers dalam menuliskan ide-idenya banyak dibantu oleh istrinya. Jaspers seorang psikiater, yang dalam hidupnya membahas tentang psikopatologi (<http://www.answers.com/topic/karl-jaspers#ixzz1por33fMJ>).

Menurut Jaspers manusia mempunyai suatu kebebasan dan sadar akan kebebasannya. Manusia akan semakin sadar akan eksistensi dirinya

apabila diperhadapkan pada imperatif-imperatif (yang harus dipatuhi). Jaspers tidak menerima anggapan bahwa eksistensi dihayati sebagai sesuatu yang final. Eksistensi justru tidak berkepastian dan tidak final. Yang benar adalah adanya situasi-situasi batas yang manusia alami dalam eksistensi manusia masing-masing. Situasi-situasi batas (*grenz-situationen*) ini tidak dapat dihindari; manusia dapat berusaha menghadapi serta mengatasinya akan tetapi manusia tidak mungkin menaklukkannya. Bila manusia hendak menaklukkannya, maka manusialah yang akan mungkin diporakporandakan olehnya. Manusia dapat menghindarkan diri dari sesuatu situasi akan tetapi manusia akan tiba pada situasi lain. Kenyataan bahwa sebagai manusia adalah selalu ada dalam situasi tertentu. Situasi tertentu itu tidak mungkin dihindari oleh manusia misalnya pada sakit mengancam kehidupan. Jadi manusia adalah manusia didalam suatu situasi.

Manusia adalah makhluk yang oleh kodratnya harus menghadapi penderitaan. Manusia dapat menderita penyakit, kelaparan, kesengsaraan, kemurungan, ataupun penderitaan lainnya. Meskipun berbeda-beda cara orang menanggung deritanya namun tidak ada jalan keluar kecuali penderitaan harus ditanggung oleh diri sendiri dan tidak dapat dipertukarkan dengan orang lain. Dalam keadaan sakit berat orang dilindungi diharapkan dapat mengurangi penderitaan.

Situasi batas yang paling pasti adalah maut. Walaupun eksistensi dihayati sebagai kebebasan dan keterbukaan, betapapun ketidakpastian memungkinkan kita menghayati eksistensi sebagai sesuatu yang tak kunjung tertutup dan pasti namun tidak mungkin manusia menghindarkan diri dari maut sebagai kepastian yang paling pasti. Maut melekat pada eksistensi sebagai suatu situasi batas yang tidak dapat dielakkan. Apakah sebenarnya maut itu, manusia tidak tahu; yang pasti adalah bahwa maut akan mengakhiri eksistensi pada suatu saat yang tidak dapat ditentukan sebelumnya. *Mors certa; hora incerta* (Fuad Hasan, 1993). Bahwa maut itu pasti, tidak akan mungkin manusia sangkal; bila maut tiba dan apa sebenarnya maut, itulah yang tak pasti manusia ketahui. Betapa pun juga, maut adalah batas terakhir dari eksistensi.

Sebagai kenyataan manusia ada pada dua pihak. Di satu pihak ia ada sebagai sesuatu fakta, akan tetapi di lain pihak ia adalah eksistensi yang kongkrit dalam suatu ruang dan waktu. Eksistensi diungkapkan sebagai perbuatan, pemilihan kebebasan, hanya jikalau manusia tersebut sadar, bahwa perbuatan yang dilakukan keluar dari kekuatan dan kehendaknya sendiri, serta dari keputusan manusia sendiri. Perbuatan-perbuatan yang keluar dari diri kita sendiri tanpa syarat apapun menunjukkan bahwa manusia bebas. Di dalam pemilihan yang benar-benar bebas ini, manusia adalah diri manusia sendiri, dan manusia mengenal dirinya sendiri. Pengetahuan akan diri yang berkesadaran dan mempunyai peranan dalam menentukan diri sendiri ini menjadi "tanda" perbuatan yang benar-benar bersifat eksistensial. Pengetahuan ini tidak diberikan suatu patokan yang obyektif atau oleh suatu tujuan yang berada di luar subyek.

Sebagai eksistensi ia menghayati dirinya sebagai suatu diri yang mengada, suatu "*selbs-sein*" (Fuad Hasan, 1993). Kita dapat mempelajari manusia sebagai *dasein*, yaitu dengan menempatkan manusia sebagai obyek. Inilah yang dilakukan oleh ilmuwan tentang pengetahuan yang tidak akan pernah mencapai pengetahuan yang menyeluruh tentang manusia sebagai eksistensi yang bebas dan terus-menerus bertindak atas dasar pilihan-pilihannya sendiri. Sebagai eksistensi, manusia hanya dapat ditelaah dengan beberapa ungkapan-ungkapannya saja. Inilah yang oleh Jaspers disebut sebagai "*Existenzerhellung*" (Fuad Hasan, 1993). Akan tetapi ada sebagai manusia tidak berhenti pada eksistensinya saja; sebagai kebebasan, maka eksistensinya mau lebih lanjut lagi bergerak, yaitu bergerak ke arah transendensi atau Tuhan. Transendensi atau Tuhan adalah jaminan bagi manusia untuk menghayati eksistensinya sebagai kebebasan (Fuad Hasan, 1993).

Dengan demikian kebebasan ini tidak sama dengan kebebasan yang ada dalam persoalan determinisme yaitu keterbatasan yang dikarenakan adanya kaidah alam atau ketentuan yang telah ditentukan atau indeterminisme yaitu kebebasan untuk menentukan pilihan tanpa dipaksa atau dibatasi oleh hal-hal yang diluar tindakan. Kebebasan disini tidak dapat dimengerti, karena kebebasan ini muncul pada saat manusia memilih. Kebebasan dalam hal ini dikatakan sebagai suatu penciptaan diri yang berasal dari diri itu sendiri (Hadiwijoyono, 1980).

Eksistensi manusia di dunia tidak cukup dengan adanya peranan subyektifitas, tetapi eksistensi hanya ada pada kebebasan manusia dalam berbuat dan menentukan pilihan. Jaspers menyatakan bahwa inti dari kehidupan manusia adalah kebebasan, dan kebebasan berarti memilih, menyadari, mengidentifikasi diri dengan dirinya sendiri termasuk eksistensi menentukan akhir hidupnya. Saya ada dalam arti yang sebenarnya (ada dengan eksistensi yang lain) sejauh saya memilih secara bebas (Bertens, 1984).

Sebagai eksistensi, manusia selalu menemui dirinya berada dalam suatu situasi tertentu. Lebih dari itu, manusia hanyalah mungkin menjadi eksistensinya bilamana ia berada bersama orang-orang lain. Dengan bahasa yang lebih kongkrit Jaspers menegaskan bahwa eksistensi hanya mungkin melalui kehidupan bermasyarakat. Ini berarti bahwa manusia selalu terlibat dengan peristiwa-peristiwa dalam situasi-situasi yang sosial sifatnya. Pemahaman ini diperlukan jauh sebelum menjalani akhir hidup atau saat sakarat.

Cara manusia berhubungan dengan situasi sosial ini bermacam-macam. Ia bisa menyerah saja pada segala situasi sosial tanpa merasa mampu atau perlu mempertahankan dirinya sendiri sebagai suatu kesejatian, dan dengan demikian membiarkan diri hanyut saja dalam kehidupan bersama tanpa identitasnya sendiri. Maksudnya manusia bisa menyerahkan kehidupan akhirnya pada orang terdekatnya atau pada tenaga profesional kesehatan. Bagi Jaspers cara berhubungan dengan situasi sosial yang demikian itu menggagalkan seseorang untuk tampil dengan kesejatian dirinya.

Bagi Jaspers yang penting ialah bagaimana cara komunikasi dengan situasi-situasi sosial itu bisa dilakukan tanpa seseorang kehilangan kesejatian pribadinya. Dalam hubungan ini Jaspers menekankan pentingnya arti hubungan intersubyektif dalam hal ini perawat. Komunikasi haruslah berarti suatu kesempatan dimana justru kesejatian pribadi dapat diungkapkan. Dalam komunikasi yang demikian itu, maka pihak-pihak yang bersangkutan harus melepaskan segala topeng yang menutupi kesejatian pribadi.

Komunikasi yang merupakan kesempatan dimana pihak-pihak yang bersangkutan bersedia untuk tampil dengan kesejatiannya masing-masing itu adalah komunikasi eksistensial. Dalam komunikasi eksistensial itu pihak-pihak yang bersangkutan harus sanggup saling menerima kenyataan bahwa mereka mungkin akan menghadapi situasi sengketa oleh karena masing-masing pihak akan tampil dengan kesejatiannya sendiri-sendiri. Akan tetapi sengketa dalam komunikasi eksistensial ini dianggap oleh Jaspers sebagai sesuatu sengketa yang diliputi kasih (Fuad Hasan,1993).

Salah satu hal yang khas pada Jaspers sebagai pemikir eksistensialis ialah bahwa ia menilai kehidupan bermasyarakat itu sebagai sesuatu yang positif. Dalam salah satu tulisannya ia menegaskan bahwa diantara kondisi-kondisi *de facto* yang sekarang ini sangat menentukan bagi kemanusiaan adalah hadirnya teknologi. Teknologi yang digambarkan sebagai mesin dilihat dari cara-cara produksi, kreasi, dan rekreasi. Keadaan ini menjadikan manusia bagian dari mesin, dengan arti kata kalau tidak mampu menguasai mesin, maka mesinlah yang menguasai manusia. Demikian pada situasi batas atau sakarat tetap diperlukan penguasaan mesin, sehingga eksistensi manusia tetap ada.

Di saat-saat menjelang kematian atau yang dimaksud di saat-saat seseorang mengarah transendensi, di saat itulah eksistensinya penuh menghadap yang membuatnya ada. Manusia atau seseorang itu berjalan sendiri tanpa ada yang menemani. Jadi ia utuh sendiri pergi atau disitu eksistensinya ada tanpa ada siapapun yang mengganggu kepergiannya. Secara waktu di saat manusia pergi sendiri itulah batas keberadaannya. Ia selesai menjadi dirinya atau ia selesai menampilkan eksistensinya. Setelah kematian, eksistensi menjadi suatu yang abstrak yang menjadi suatu ingatan.

Bila mencapai kematian terjadi dalam waktu yang panjang, atau seseorang itu berusia panjang maka kalau kesadarannya baik, ia akan menjadi sepanjang usianya itu. Eksistensinya bisa berfluktuasi di antara tahapan-tahapan yang dibuat oleh Kohlberg. Bila dalam tahapan Kohlberg pergi ketahapan yang lebih tinggi, maka orang itu dapat menampilkan eksistensinya yang positif. Tapi bila sebaliknya, maka eksistensi buruk

yang ditampilkan, sehingga bisa dikatakan tidak mampu ia menampilkan eksistensinya.

Pasien sebagai manusia hanya mencapai eksistensi bila ia tetap setia pada dirinya sendiri, maksudnya adalah apabila ia sakit ia bertindak berdasarkan keyakinannya dan bertanggung jawab atas segala-galanya (Franz-Magnis Suseno, 2000, Hal 81). Walaupun eksistensi dibahas pada manusia sehat, akan tetapi saat sakit eksistensi ini lebih dipertimbangkan. Karena saat sakit pasien menyerahkan diri pada petugas kesehatan dan pada umumnya menurut pada keputusan-keputusan yang ia tidak mampu memutuskan atau tidak mempunyai pilihan. Di lain pihak, pada saat sakit manusia membutuhkan pengakuan akan hak-haknya. Oleh karena, itu petugas kesehatan dalam ranah etik selalu mengedepankan eksistensi pasien melebihi apapun. Jika kaidah ini sudah dipenuhi maka syarat-syarat untuk eksistensi telah tercapai (Franz-Magnis Suseno, 2000, hal 74).

2.1.4 Manusia Makhluk Bio-Psiko-Sosio-Spiritual

Bila pada penjelasan terdahulu, manusia dilihat dari sisinya sendiri. Segala sesuatu dapat disimpulkan menjadi tanggung jawab manusia itu sendiri. Akan halnya manusia dilihat dari sisi profesi keperawatan, berarti perawat juga menerima tanggung jawab terhadap keberadaan pasien. Dengan demikian, antara perawat dan pasien ada suatu jarak. Semakin jauh jarak antara perawat dengan pasien, semakin perawat tidak memahami pasien. Sebaliknya semakin perawat memahami pasien, semakin dekat jarak antara keduanya. Namun pengamatan yang terjadi adalah jarak kedua orang ini masih tetap jauh saja.

Pada profesi keperawatan manusia dikonsepsikan sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual yang tidak dapat dipisahkan (Potter & Perry, 2009). Secara biologis manusia merupakan kumpulan organ-organ yang pada keadaan normal bekerja secara harmonis. Fungsi organ-organ ini sama tugasnya walaupun ras atau suku bangsa berbeda. Manusia secara psikologis menentukan karakter, yang tampak dari cara berfikir, berperasaan dan bertindak. Manusia juga dikonsepsikan sebagai makhluk

sosial, yang tidak mungkin dapat hidup secara soliter. Demikian juga halnya manusia merupakan makhluk spiritual, yang bersemangat hidup karena ada suatu spirit yang mengisi kalbunya. Selain itu manusia juga dikonsepsikan sebagai orang yang menyatu dengan budayanya. Konsep lain tentang manusia adalah berupaya untuk menjaga keseimbangan atau homeostasis (Potter & Perry, 2009).

Konsep bio-psiko-sosio-spiritual ini merupakan sesuatu yang bersifat unik, maksudnya tidak ada satu manusiapun yang sama walaupun hidup dalam lingkungan yang sama. Manusia juga mempunyai kemampuan adaptasi terhadap lingkungan (Roy, 1968). Dalam beradaptasi manusia bisa melakukan *self care* (perawatan diri) (Orem, 1971). Jadi dalam keadaan sakit manusia berupaya untuk beradaptasi sambil melakukan perawatan diri. Kemampuan manusia menyebabkan ia adalah penentu terhadap dirinya bila berhadapan dengan penurunan kesehatan. Pada penurunan kesehatan manusia berada pada rentang sehat-sakit serta dapat menuju ke kematian.

Secara ideal inilah konsep yang dianut oleh perawat dalam melihat manusia. Akan tetapi oleh karena perkembangan teknologi kedokteran tanpa disadari terjadi pergeseran pada konsep manusia ini. Manusia bukan lagi dilihat sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual yang berarti manusia itu adalah suatu subjek, akan tetapi manusia dipandang sebagai suatu objek. Misalnya manusia masih mendengar saat mengalami koma. Namun ia tidak disapa sebagaimana seharusnya, melainkan perhatian petugas kesehatan lebih kepada mesin-mesin yang menopang hidupnya. Jadi perkembangan teknologi kedokteran dapat menyebabkan perubahan pandangan terhadap manusia itu.

Beragam pandangan terhadap konsep manusia disampaikan oleh beberapa tokoh keperawatan. Pada tulisan ini, konsep manusia dari Virginia Henderson menjadi pembahasan utama. Hal ini dikarenakan Henderson membahas tentang kebutuhan dasar manusia yang kebutuhan dasar tersebut sampai sekarang tidak pernah berubah.

Keunggulan tokoh Virginia Henderson adalah kemampuannya memformulasi profesi keperawatan. Definisinya yaitu manusia mempunyai 14 kebutuhan dasar digunakan sampai sekarang.

International Council of Nursing di Amerika Serikat pada tahun 1955, Henderson menjelaskan peran perawat sebagai suatu fungsi yang unik. Fungsi unik ini terkait dengan kemampuan perawat untuk membantu individu baik sakit atau sehat yang bertujuan untuk kesembuhan atau meninggal dengan damai (Henderson, 1955). Meninggal dalam damai ini yang menjadi tujuan tulisan ini.

Walau Henderson pada tahun 1955 telah membahas tentang meninggal dengan damai, akan tetapi ia mungkin tidak membayangkan bahwa kemajuan teknologi pada tahun 1960an akan mengganggu untuk dapat meninggal dengan damai ini. Pada perkembangannya, definisi keperawatan ini mencakup tentang keperawatan yang lebih luas lagi. Selain itu, pemahaman tentang keperawatan juga berkembang dengan membahas keperawatan sebagai suatu seni dan menggali landasan filosofikal (Potter & Perry, 2018).

Dalam perawatan pasien dikatakan sehat bila ia dapat memenuhi atau dipenuhi oleh perawat kebutuhan dasarnya. Keempat belas komponen itu adalah, 1) Bernafas secara normal, 2) Makan dan minum, 3) Eliminasi, 4) Mobilisasi, 5) Tidur dan Istirahat, 6) Berpakaian yang sesuai, 7) Mempertahankan suhu tubuh, 8) Mempertahankan kebersihan diri, 9) Menghindari bahaya lingkungan, 10) Berkomunikasi dengan orang lain, 11) Beribadah sesuai dengan keyakinan, 12) Puas dalam bekerja, 13) Berekreasi, 14) Mengembangkan diri.

Pada pasien yang menderita penyakit berat, tidak semua komponen ini dibutuhkan atau dapat dipenuhi. Walaupun demikian kebutuhan yang sangat mendasar harus tetap dipenuhi seperti kebutuhan oksigen, nutrisi, eliminasi, mobilisasi, istirahat dan tidur, tidak demam, dan kebutuhan spiritual. Semakin berat sakit manusia tadi berubah pola pandang asuhan keperawatan yaitu mengupayakan agar terjadi *peaceful death*. Kebutuhan dasar ini akan digunakan dalam menganalisis kesiapan dan kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Itulah bahasan tentang konsep manusia yang dilihat dari sisi pasien sendiri dan dari profesi perawat. Pemahaman perawat yang mendalam akan menentukan keberhasilan intervensi keperawatan.

2.1.5 Manusia dan Firasat Kematian

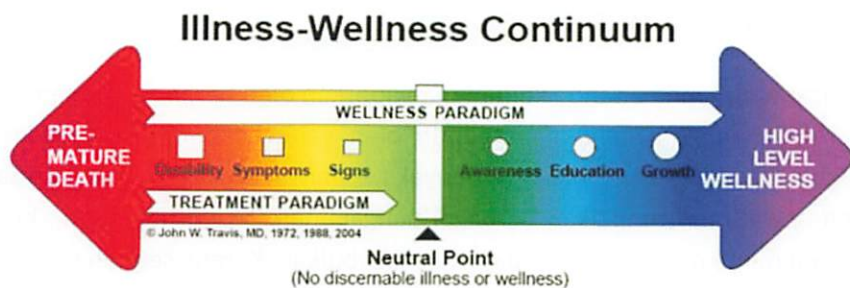
Firasat atau tanda – tanda kematian dilaporkan oleh berbagai pengamat; perawat, anggota keluarga ataupun oleh yang bersangkutan sendiri. Wahidi yang bekerja pada area penyakit – penyakit yang berujung pada *end of life* menyampaikan berbagai pengalaman. Menurut Wahidi, bila pasien minta pulang maka sepatutnya dikabulkan. Karena setelah sampai di rumah, biasanya akan meninggal dalam waktu tidak lama. Ada juga pasien meminta diperpanjang usia dengan menggunakan alat – alat kesehatan yang canggih. Pada keadaan ini, petugas kesehatan mengabulkan karena itu otonomi pasien.

2.2 Manusia Nan Sakit di akhir Hidup

Keberadaan manusia di muka bumi dalam tulisan ini merupakan suatu perjalanan yang menuju pada suatu titik, yaitu kematian. Selama dalam perjalan itu profesi keperawatan menggambarkan sebagai suatu rentang, yaitu rentang sehat – sakit (lihat gambar 1 dan gambar 2).

2.2.1 Rentang yang Menuju Kematian

Kesehatan pasien dapat membaik atau tidak. Bila perjalanan penyakit bergeser kearah memburuk, dokter tidak lagi terlibat banyak bersama pasien karena pada dasarnya dokter berperan untuk melaksanakan diagnosa untuk menyembuhkan pasien. Namun perawat tetap akan bersama-sama dengan pasien, karena perawat berperan untuk memenuhi empat belas kebutuhan dasar manusia, yang tetap diperlukan sampai pasien meninggal. Disinilah letak perbedaan utama antara peran perawat dengan peran dokter (http://www.ehow.com/about_5139119_roles-doctors-nurses.html)



Gambar 1. Rentang Arah Kematian

Sebelum sampai pada titik kematian, ada suatu fase dimana manusia tak mungkin ditolong lagi disebut dengan titik *point of no return* (lihat gambar 2).



Gambar 2. Point of No Return

Bila umur hidup manusia lebih panjang, mengakibatkan penyakit kronik atau terminal, maka akan diperlukan bantuan, pengelolaan gejala atau symptom, dan tempat perawatan. Pasien yang menyadari mengalami penyakit yg bersifat progresif ada yang meninggal dalam waktu singkat seperti dari beberapa menit dan sehari-hari. Akan tetapi ada juga yang

dari berhari-hari sampai berbulan-bulan ataupun bertahun-tahun. Pada keadaan kelompok yang terakhir diperkirakan pasien dapat mengalami penyesuaian diri dengan keadaan sakitnya. Walaupun demikian pada kelompok yang mengalami sakit lama ini akan muncul dilema sosial, etikal, dan medikal (LaPorte Matzo & Sherman, 2006, hal. 95).

Terkait dengan penyakit kronik, dimaksudkan terjadi berangsur secara perlahan-lahan dan berlangsung lama. Dimaksud lama adalah berlangsung sekurang-kurangnya selama tiga bulan. Bagaimana suatu situasi pasien yang mengalami penyakit kronis dijelaskan pada definisi berikut: *"...an illness that is permanent or lasts a long time. It may get slowly worse over time. It may lead to death, or it may finally go away. It may cause permanent changes to the body. It will certainly affect the person's quality of life"*. Berarti selama waktu sakit itu, pasien dan keluarga akan bertemu dengan petugas kesehatan. Petugas kesehatan mempunyai *obligation* untuk memberikan perawatan pada pasien dan keluarga sebagai manusia yang mempunyai eksistensi diri (<http://www.chronicillness.org.au/>).

Pada kematian yang terjadi secara tiba-tiba, manusia yang meninggal tidak mempunyai kesempatan untuk suatu persiapan. Namun pada kematian yang berangsur-angsur secara perlahan-lahan diperlukan suatu persiapan untuk menghadapinya (Higgins, 2010). Tujuan persiapan ini agar manusia yang mengalami sakit kronik lebih siap menghadapi akhir suatu penyakitnya. Bila diyakini bahwa manusia adalah makhluk yang mempunyai eksistensi dari bio-psiko-sosio-spiritual, maka secara sederhana manusia mati bila tidak ada lagi eksistensi dari bio-psiko-sosio-spiritual itu. Secara biologik manusia disebut mati bila tidak mampu mempertahankan kebutuhan oksigen, nutrisi, eliminasi, mobilisasi, istirahat dan tidur, serta mempertahankan suhu tubuh (Henderson, 1955). Selain itu bila intervensi medik tidak mampu lagi menjangkau pasien yang bermakna untuk mencapai kesembuhan, maka tidak akan ada lagi dicapai kesembuhan (Daldiyono, 2007). Jadi kalau profesi medik sudah menyatakan tidak mampu lagi menyembuhkan maka pertolongan lanjutan menjadi sia – sia atau mubazir.

Menghadapi akhir suatu penyakit muncul pernyataan tentang makna akhir kehidupan, reaksi terhadap akhir hidup dan dimana tempat untuk menjalani akhir hidup. Semakin bisa dijelaskan pernyataan ini, semakin damai dalam menghadapinya (Gries, Curtis, Wall, & Engelberg, 2008). Berikut beberapa hal yang membantu seseorang mendapatkan kedamaian di akhir kehidupan:

2.2.2 Pemahaman tentang Kematian

Kematian merupakan akhir dari suatu kehidupan (Luper, 2009, h. 39), yang merupakan penghentian proses hidup secara menyeluruh (The Encyclopedia Britannica, 2005). Luper (2009) membedakan antara mati dengan penuaan (*aging*). *Aging* merupakan kematian dari sebagian jaringan, misalnya pada keadaan luka bakar. Kulit mengalami kerusakan atau kematian jaringan. Secara umum, tubuh mempunyai kemampuan untuk memperbaharui dan mempertahankan jaringan. Bila ambang kemampuan ini dilewati maka akan terjadi kematian jaringan baik dalam skala kecil atau skala besar. Secara fisiologis kematian jaringan dinyatakan sebagai sesuatu yang bersifat *irreversible*. Bila jaringan yang terkena meluas, maka terjadi kematian yang terintegrasi (Luper, 2009, h. 43). Keadaan ini digambarkan sebagai titik yang tak bisa balik (Daldiyono, 2006) atau berada pada situasi batas (Jaspers, 1971).

Kembali pada kematian fisik, diperlukan suatu kesamaan pandang terhadap apa yang disebut dengan mati. *Clinical death* adalah suatu terminologi terhadap suatu mati klinis yang dapat diobservasi oleh petugas kesehatan; yaitu melalui organ jantung dan paru. Maksudnya organ jantung dan paru berhenti berfungsi. Pada keadaan ini 5 (lima) indera akan berangsur-angsur hilang. Tanda lain yang dapat diamati adalah: 1). Lambung tidak dapat mencerna makanan, dapat terjadi muntah, 2). Badan berangsur-angsur dingin, leher tidak mampu menopang kepala dan kepala menjadi terkulai, 3). Proses nyawa berpisah dengan badan menjadikan badan menjadi lebih berat, 4). Cairan tubuh terhenti beredar sehingga keluar seperti air liur dan mukosa, 5). Mata mendelik ke atas dan 6). Napas menjadi terdengar (LaPorte Matzo 2006).

Akan tetapi dengan perkembangan teknologi kesehatan, kematian klinis tidak lagi menjadi acuan (Luper, 2009). Jadi perkembangan teknologi mengubah keputusan akan suatu kematian. Karena fungsi jantung dan paru dapat digantikan oleh mesin buatan. Teknologi kesehatan yang maju ini menyebabkan manusia sebagai subyek bergeser kearah obyek. Di saat manusia menjadi obyek, maka di saat itu juga terjadi suatu penindasan (Maksum, 2010, h. 311). Keadaan seperti ini juga ditentang oleh Jaspers, yang berarti ekstensi pasien sebagai manusia di saat menjelang ajal menjadi tidak ada (Jaspers, 1971). Meskipun demikian pada kematian yang diperkirakan seperti pada penyakit terminal; kematian klinis tetap menjadi acuan, sehingga tidak lagi mesin yang menentukan akan suatu kematian. Sayangnya, penggunaan teknologi kesehatan ini tetap dimanfaatkan pada pasien berpenyakit terminal sampai sekarang.

Selain mati klinis, ada lagi kriteria mati batang otak. Akan tetapi pada tulisan ini tidak dibahas mati batang otak. Karena pokok bahasan adalah pada kematian yang dapat diperkirakan, dimana mati batang otak tidak bagian dari kematian yang diperkirakan.

Profesi perawat bukan penentu kematian, namun bila kesepakatan apa yang disebut dengan akhir hidup pada manusia yang menjalani sakit dapat diperkirakan, maka keterlibatan perawat dapat lebih dioptimalkan. Hal ini mengingat pada akhir-akhir hidup pasien, perawat yang selalu bersamanya.

2.2.3 Makna Akhir Hidup

Beragam pendapat tentang makna akhir hidup. Pada umumnya akhir hidup dimaknai sebagai suatu yang menakutkan. Karena dimaknai sebagai suatu yang menakutkan maka terjadi penyangkalan. Ketakutan yang lain lagi adalah rasa nyeri yang menyertai sakit. Kematian juga dimaknai sebagai kesepian yang dijalani sendiri, perpisahan dengan orang yang disayangi ataupun dengan kebendaan. Selain itu juga karena manusia mempunyai makna hidup dan tujuan hidup menyebabkan kematian itu dihindari. Menghindari berarti menjauh dari situasi kematian. Oleh

karena itu, ketakutan sering ditemui dalam menghadapi kematian (Moore & Williamson, 2003).

Ada alasan mengapa kematian itu menjadi ditakuti (Hidayat, 2005), yaitu sayang untuk meninggalkan kenikmatan dunia. Kenikmatan dunia merupakan fasilitas instrumental (Hidayat, 2005, h. 125). Fasilitas instrumental ini, dapat disiasati untuk dikurangi kesedihan meninggalkannya dengan berwasiat. Namun alasan yang paling menakutkan adalah tidak tahu apa yang akan terjadi setelah mati. Berbeda dari pendapat yang telah dibahas terdahulu, Hidayat (2005) menyampaikan bahwa kematian bukanlah akhir kehidupan melainkan garis transisi untuk memasuki kehidupan yang lebih indah.

Pendapat ini bisa dimengerti bila seseorang mayakini kehidupan akhir. Orang yang berpendapat setelah kematian tidak ada kehidupan lagi maka mungkin tidak takut menghadapi kematian. Akan tetapi kelompok ini tetap menginginkan ada sesuatu yang ditinggalkan, dengan demikian tetap berbuat baik selama kehidupan. Orang-orang sufi mencintai untuk bertemu dengan pencipta, hanya dengan jalan kematian akan terjadi pertemuan dengan orang yang dicintai. Memahami akan hakikat hidup, yaitu mempunyai tujuan untuk kembali ke kampung halaman, kampung halaman disini adalah akhirat. Sedangkan kepemilikan yang ada di dunia ini hanya suatu alat untuk mencapai akhirat itu.

2.2.4 Seni Menjalani Akhir Hidup

Seni menjalani kematian (*Ars Moriendi* atau *Art of Dying*) edisi pertama dikeluarkan pada tahun 1415. Hal ini terjadi karena pemimpin agama Katolik di Eropa dimasa itu tidak cukup jumlahnya untuk melayani orang yang akan meninggal (<http://www.wisegeek.com/what-is-the-ars-moriendi.htm#didyouknowout>). Pada buku itu dijelaskan bagaimana cara menghadapi atau menyiapkan kematian yang baik. Membahas bahwa kematian tidak perlu ditakutkan, cara menghadapinya, melihat keterkaitannya dengan agama dalam hal ini kasih sayang Yesus dan menyontoh kehidupannya. Juga aturan-aturan yang perlu dipahami oleh

teman dan keluarga di samping tempat tidur serta keterlibatan ahli agama yang sesuai.

Selain itu, Arthur M. Imhof (1994) menyarankan agar seseorang yang akan meninggal dibantu secara spiritual dan ditemani di saat-saat akhir hidup. Keterlibatan ahli agama menjadi perlu karena dengan bantuan agama akan mengubah ketakutan menjadi optimisme (Hidayat, 2009). Seni menjalani kematian juga dibahas oleh Al-Ghazali yang hidup pada masa 1059 – 1111 M. Bukunya dalam bahasa Inggris dinamai *Remembrance of Death and the Afterlife* di dalam bahasa Indonesia judulnya adalah *Metoda Menjemput Maut Perspektif Sufistik*. Demikian juga Shihab (2007), menyebutkan kematian sebagai perjalanan menuju Pencipta. Jadi baik Imhof (1994) dan tokoh Islam lainnya agar spiritual atau agama menjadi bagian dari proses kematian, sehingga di rumah sakit kehadiran rohaniwan sudah waktunya bagian dari tim kesehatan. Rohaniwan ini bukan tenaga sukarela akan tetapi menjadi tenaga tetap di rumah sakit. Selain rohaniwan, tenaga kesehatan diperlukan untuk merencanakan perjalanan kematian.

Erich H. Loewy, seorang dokter dan istrinya Roberta Spinger Loewy seorang perawat merencanakan kematian sebagai suatu orkestra. Dalam buku karangan mereka berdua *The Ethics of terminal Care: Orchestrating the End of Life* (2002) disampaikan bagaimana cara mempersiapkan kematian yang baik pada akhir hidup. Pembagian tugas antara pemain orkestra yang terencana akan memainkan simfoni yang merdu yang dapat merencanakan kematian supaya lebih ringan menghadapinya.

2.2.5 Kematian dan Budaya

Budaya pada kajian kedokteran memberikan pemahaman yang dapat berbeda atau bias dari kenyataannya. Payer (1988) menyampaikan dalam berinteraksi dengan pasien 3 (tiga) komponen yang perlu dipahami. Teknologi, peduli, dan nilai-nilai. Masing-masing ketiga komponen ini selalu muncul dan selalu menjadi perhatian tenaga kesehatan. Karena

salah satu komponen ini menyangkut nilai dan nilai-nilai masing-masing suku didunia ini berbeda-beda, maka akan selalu ada perbedaan untuk intervensi.

Payer lebih lanjut menyampaikan bahwa hanya 15% intervensi klinis kedokteran yang didukung oleh data yang bersifat saintifik. Sedangkan 40-60% merupakan kombinasi dengan obat plasebo. Bila hal ini dikaji dengan pikiran jernih, ada sesuatu yang perlu dilakukan edukasi kepada pasien dan keluarga. Demikian juga bakti anak pada orang tua dipengaruhi pemahamannya oleh budaya.

Sakit dan kematian sangat berdekatan posisinya. Pasien yang sudah sepatutnya untuk meninggal, akan tetapi tetap diupayakan perpanjangan umur karena anak merasa berdosa atau durhaka bila tidak mengupayakan penyembuhan pada orang tua. Bila tenaga kesehatan tidak memahami hal ini, maka akan terjadi konflik hubungan relasi antara pasien dan tenaga kesehatan.

Perbedaan budaya juga terdapat pada negara maju. Ilmu Kedokteran di negara-negara Eropa berbeda dengan negara Amerika Serikat. Kedokteran di Eropa lebih mengedepankan tradisi. Sedangkan di Amerika Serikat lebih mementingkan data. Semua pandangan ini tentu tidak dapat dikatakan salah atau benar, karena tujuan utama adalah menghargai kehidupan manusia, yaitu manusia ditempat ia berada.

Dengan demikian ilmu kedokteran itu pada konteks budaya bukan sesuatu yang bersifat internasional atau universal. Kehati-hatian dengan mempertimbangkan budaya dalam memberikan intervensi baik kedokteran atau keperawatan menjadi kunci keberhasilan dalam merawat pasien.

2.2.6 Reaksi terhadap Penyakit yang Mengancam Kehidupan

Terkait dengan kematian sebagai suatu proses akhir hidup, telah dibahas sejak lama. Para filsuf dan ilmuan berupaya mengungkapkan misteri

kematian dan bagaimana reaksi manusia menghadapinya. Salah satu yang mengungkapkan misteri kematian adalah Elisabeth Kubler-Ross. Ia lahir di Zürich, Switzerland pada 8 Juli 1926 dan meninggal di Scottsdale, Arizona pada tanggal 24 Agustus 2004. Sebelum meninggal, Kubler-Ross yang mengalami paralisis diwawancarai oleh The Arizona Republic, ia mengatakan ia siap untuk meninggal.

Elisabeth Kubler-Ross adalah dokter Ahli Jiwa yang mengususkan diri pada pasien-pasien yang diperkirakan akan meninggal. Pada tahun 1969 Kubler-Ross melaporkan hasil temuannya tentang pengalaman pasien menjalani penyakit terminal. Laporan ini ditulis pada buku *On Death and Dying*. Dalam buku ini dijelaskan reaksi pasien menghadapi kematian dan bagaimana lingkungan dapat membantu pasien agar dapat menjalani kematian dengan baik. Lingkungan itu meliputi tenaga kesehatan, keluarga pasien, ahli agama, dan pekerja sosial.

Selain itu, pada tahun 1977 Kubler-Ross mendirikan tempat untuk pasien penyakit terminal agar dapat meninggal dengan tenang. Tempat ini diberi nama Shanti Nilaya yang berarti *Home of Peace*. Sejak tahun 1995, Kubler-Ross mengalami serangan Stroke berulang yang menyebabkan ia paralisis. Pada *On Death And Dying* dibahas tentang 5 tahapan pasien menjalani akhir hidup. Lima tahapan itu meliputi 1). Menolak dan isolasi, 2). Marah, 3). Tawar-menawar, 4) Depresi, dan 5). Menerima.

2.2.6.1 Menolak dan Isolasi

Sekitar 200 pasien yang diwawancarai Kubler-Ross, reaksi pertamanya adalah hampir semua menolak dengan mengatakan bahwa: "bukan saya yang mengalami penyakit ini". Menolak merupakan upaya untuk menyeimbangkan perasaan terhadap kehilangan. Situasi ini sesungguhnya membantu pasien untuk menyatukan pikiran untuk mencari keadaan yang sesungguhnya tentang apa yang terjadi pada dirinya.

2.2.6.2 Marah

Pada situasi ini pasien menjadi lebih jelas terhadap situasi yang dialaminya. Situasi yang dialami pasien menyebabkan pasien selalu berespon yang tidak baik pada lingkungan. Misalnya, mengapa tempat tidur ini alat tenunnya tidak diganti tiap hari atau mengapa air teh yang disuguhkan ini kurang manis? Saya tidak mau dirawat oleh perawat A. Berbagai bentuk penolakan merupakan bentuk kemarahan terhadap situasi yang dialaminya.

2.2.6.3 Tawar-Menawar

Pada tahap ini pasien berupaya untuk menawar keadaan sakitnya. Kepada Tuhan pasien berharap, misalnya kalau bisa saya tunggu anak saya lulus sekolah dulu.

2.2.6.4 Depresi

Tahap depresi ini ditandai dengan rasa kehilangan yang sangat besar dan bersedih. Ada dua tahapan depresi yang perlu diketahui perawat untuk menentukan komunikasi dengan pasien. Depresi *reactive* ditandai oleh bersedih, merasa kesepian, dan putus asa terhadap kehilangan yang dialami. Pasien berkeinginan untuk memvalidasi keadaannya. Jadi pada tahap ini perawat perlu menyediakan waktu untuk bersama-sama pasien untuk menjelaskan apa yang hendak diketahui pasien. Depresi *preparatory*, tahap ini terjadi situasi dimana pasien melakukan refleksi dan introspeksi, pasien menginginkan tidak terganggu oleh lingkungan. Jadi perawat perlu memberikan waktu buat pasien untuk sendiri.

2.2.6.5 Menerima

Tahap menerima merupakan tahap kemenangan dimana individu menerima keadaannya. Berarti ia telah mengenali dirinya dan bersahabat

dengan dirinya sendiri. Lima tahapan ini tidak selalu dijalani oleh pasien arti kata tidak semua pasien mengalami tahapan ini secara berurutan. Hal ini tergantung dari pemahaman pasien terhadap kehidupan sesudah kematian. Penerimaan kematian oleh pelaku kematian memberikan hasil yang baik. Ketenangan juga dapat menggecoh keluarganya (Coleman & Jinpa, 2008 h. 58).

Pemahaman tahapan-tahapan ini diperlukan perawat sebagai bahan kajian sebelum memberikan intervensi. Maksudnya, intervensi yang diberikan perawat akan disesuaikan dengan tahapan yang dialami pasien. Sehingga intervensi yang diberikan akan sesuai dengan kebutuhan pasien. Eksistensi manusia melalui 5 (lima) tahapan ini dipengaruhi oleh situasi batas dan refleksi diri.

Penyakit terminal, serta belum tampak eksistensi pasien dan keluarga dalam menghadapi ujung kehidupan ini.

2.3 Keperawatan

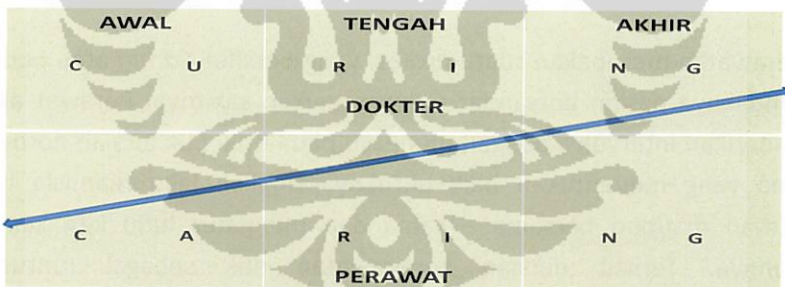
Keperawatan merupakan suatu profesi yang bersifat *Caring* atau peduli. Dipundaknya pasien bersandar menyampaikan sakitnya. Perawat akan memberikan intervensi dengan mengacu pada etik. Etik adalah norma – norma yang menentukan baik buruknya tingkah laku manusia baik sendirian maupun bersama – sama dan mengatur hidup kita kearah tujuannya. Terkait dengan keperawatan etik sebagai tuntunan mempunyai 5 (lima) pilar yaitu: *Respect to others, Compassion, Empathy, Advocacy, dan Intimacy*. Pada lima pilar inilah perawat dituntun dalam melakukan pekerjaannya dan diterapkan pada intervensi berikut.

2.3.1 Kepemilikan Pasien

Pasien datang ke rumah sakit untuk mencari pertolongan dokter. Maksud pasien datang ke rumah sakit adalah untuk kesembuhan. Pada keadaan ini

kepemilikan pasien berada dibawah perhatian dokter. Akan tetapi bila kesembuhan tidak lagi tampak kemungkinannya, maka konsep kesembuhan tadi tidak lagi ada atau nihil. Pada keadaan ini dokter mulai melakukan jarak dengan pasien, yaitu salah satunya menganjurkan pasien dibawa pulang kerumah. Jadi kepemilikan secara konsep jadi berakhir atau dokter mengakhirinya.

Akan halnya keterlibatan perawat di saat pasien berada pada kepemilikan dokter tampak ada. Perawat memberikan kebutuhan dasar manusia selama pasien berada dibawah pengobatan dokter. Bila pasien tidak lagi diharapkan untuk sembuh, perawat tetap memenuhi atau peduli pada kebutuhan dasar manusia sampai pasien meninggal. Jadi, dapat dikatakan setelah dokter menyatakan tidak akan ada kesembuhan lagi, maka kepemilikan pasien itu ada berada dibawah perhatian perawat. Dengan demikian beralihnya tanggung jawab utama dokter kepada tanggung jawab utama perawat dijabarkan pada kesehatan pasien (lihat bagan 1).



Bagan 1. Perjalanan Menuju Kematian serta Beban Dokter – Perawat

Bila pasien akan dirawat dalam waktu lama maka perawat yang utama bertanggung jawab. Pada keadaan "lama" ini perawat cenderung menyebut pasien sebagai klien.

2.3.2 Bentuk Intervensi, Reduksi Versus Holistik

Profesi dokter dalam bekerja ditentukan oleh tingkat kecanggihannya. Semakin canggih atau semakin spesialis atau subspecialis semakin mereduksi bentuk pekerjaannya. Misalnya seorang dokter akan merawat pasien secara umum, bila meningkat kemampuannya maka dokter akan merawat lebih dipersempit. Bila sudah subspecialistik, maka pekerjaannya lebih dipersempit lagi. Jadi pekerjaan dokter dari yang umum akan menjadi mengerucut, dan pekerjaan ini memang diciptakan seperti ini untuk kebaikan pasien.

Perawat dalam memberikan intervensi di tempat dokter memberikan intervensi dari yang bersifat umum sampai tempat memberikan intervensi yang mengerucut. Bentuk intervensinya tetap sama, yaitu pendekatan holistik. Pendekatan holistik ini meliputi asuhan keperawatan terhadap bio-psiko-sosio-spiritual. Konsep holistik ini merupakan kekuatan profesi perawat berrelasi dengan pasien. Selain itu perawat memberdayakan dan mempertahankan kemampuan pasien dalam rentang sakit – sehatnya.

2.3.3 Instrumen dalam Intervensi

Dokter dalam rangkaian pengobatan menggunakan instrumen sebagai bantuan untuk menolong pasien dalam mencapai kesembuhan. Instrumen ini berada diluar diri dokter dan diperlukan untuk kebaikan pasien. Misalnya, untuk pemeriksaan laboratorium, radiologi ataupun alat bantu untuk memperpanjang umur. Semua alat bantu ini bermanfaat bila dipakai untuk kedaan yang tepat. Jadi instrumen kesehatan menjadi bagian dari diri dokter.

Perawat karena sifat intervensinya memenuhi kebutuhan dasar manusia, tidak memerlukan alat-alat kesehatan. Perawat menampilkan dirinya atau menggunakan kemampuannya untuk menolong pasien. Ia menggunakan psikomotor dan afektifnya dalam berkorelasi. Verbal dan

nonverbal perawat itulah kekuatannya dalam memberikan kepeduliannya. Jadi modal utamanya adalah karakter dirinya. Terkait pada klien yang mengalami sakit lama, perawat dengan kemampuan dirinya memberi ketenangan pada akhir hidup pasien. Perawat dengan menggunakan peran advokasinya membicarakan pada tim kesehatan lain untuk menghindari penggunaan alat kesehatan. Semua ini bertujuan untuk ketenangan pasien di akhir hidup.

2.3.4 Bentuk Kerja

Dokter sesuai dengan kepemilikan pasien ia bekerja sendiri, misalnya Bapak A adalah pasien dokter B. Dengan demikian bentuk kerja dokter adalah soliter. Berat ringannya keadaan kesehatan pasien ditanggung sendiri oleh dokter. Kalaupun akan dikonsulkan kepada dokter lain akan tetapi tanggung jawab tetap ada pada dokter yang mengonsulkan. Bila pasien akan dirawat bersama, masing-masing dokter tetap bekerja dalam ranah kepemilikannya, misalnya dokter bertanggung jawab sesuai dengan subspecialistiknya. Bila ada hal-hal yang tidak berkesesuaian, maka dokter memilih untuk tidak menyampaikan kekhawatiran tenaga kesehatan lain.

Berbeda dengan perawat, karena bentuk kerja berkesinambungan perawat tidak dapat bekerja soliter. Berat ringan pekerjaan ditanggung bersama. Selesai pada jam tugasnya, perawat akan melakukan timbang terima dan tanggung jawabnya setelah jam itu selesai karena diteruskan oleh kolega yang lain. Bila timbul permasalahan terkait kesehatan pasien, perawat akan membicarakannya. Dengan demikian apabila ada hal yang kurang sesuai dengan keadaan seharusnya, maka akan menjadi masalah sosial bersama. Dengan kata lain akan dibuka atau disampaikan pada kelompok perawat.

2.3.5 Acuan Relasi Dokter-Pasien

Veracity adalah menjelaskan dengan lengkap, akurat dengan tujuan menyampaikan informasi sehingga diperoleh pemahaman. Menilik pada sejarah *veracity* baru pada tahun 1980 (AMA) diterima oleh dokter sebagai penjelasan yang diakui keberadaannya. Hal ini dikarenakan ada yang perlu disembunyikan jika pasien tidak siap menerima, seperti pasien yang menderita sakit kanker.

Privacy – Being secluded from the presence of others adalah tidak menyembunyikan informasi yang terkait dengan diri pasien, akan tetapi menyembunyikan informasi diri pasien pada orang lain (*privacy*). Sebagai contoh pasien yang menderita AIDS pertimbangan bagaimana agar informasi tidak diketahui oleh orang lain, dilain pihak pasangan hidupnya perlu terlindung dari virus AIDS. Jadi kebebasan untuk pasien memperoleh perlindungan untuk diketahui oleh orang lain dibatasi oleh hak orang lain untuk dilindungi (Beauchamp & Childress, 1994).

Confidentiality – Spoken, written or acted on in privacy (Beauchamp & Childress, 1994) yaitu kejujuran informasi yang diberikan petugas kesehatan hanya boleh diutarakan pada pasien dan tidak pada orang lain (*confidentiality*). Terkait dengan isu ini, pada masyarakat Indonesia pasienlah yang mendobrak prinsip-prinsip ini. Bila pasien bertemu pasien lain misalnya diruang tunggu praktik dokter, mereka akan saling membuka dirinya. Berdiskusi tentang apa saja yang mereka ketahui. Pasien saling bertanya penyakit yang dialami.

Fidelity adalah semua informasi dalam bentuk interaksi tenaga kesehatan dan pasien dapat dipercaya kebenarannya. Memercayai kebenaran merupakan dasar untuk terbentuk hubungan relasi.

2.3.6 Informed Consent

Informed consent bertujuan untuk melindungi pasien akan hak-haknya. Petugas kesehatan dalam hal ini dokter menyampaikan informasi kepada

pasien ataupun kepada perwakilan keluarga yang pantas menerima informasi. Informasi berupa prosedur atau pengobatan yang disarankan (Sprung & Winich, 1989).

Kata *consent* dikenal sebagai persetujuan. Persetujuan untuk dirawat dan diobati. Prosesnya adalah pasien menyetujui terhadap penjelasan yang diberikan oleh dokter baik secara tertulis atau lisan berkaitan dengan tindakan medik yang akan dilakukan (Beauchamp & Faden, 2004 p.1279, dalam Williams, 2008). Terminologi *consent* bermakna menerima saran pengobatan, memilih dari beberapa alternative atau menolak pengobatan. Terkait dengan hak, pasien mempunyai hak untuk mengatakan "ya" atau "tidak" dalam konteks tidak ada ketakutan sama sekali.

Oleh karena itu, petugas kesehatan hendaklah membuka dialog selebar mungkin. Pasien tahu hal yang akan memberikan kebaikan atau keuntungan untuk dirinya, sehingga pasien paham tentang alternatif-alternatif sebelum membuat keputusan. Kalau pasien tidak bisa memutuskan maka diperlukan perwakilan. Perwakilan ini memutuskan berdasarkan keinginan pasien yang diketahui oleh perwakilan saat pasien masih mampu berfikir jernih. Keputusan-keputusan ini secara ideal sebaiknya dilakukan jauh sebelum keadaan kritis (Loewy & Loewy, 2002; Potter & Perry, 2002, h. 400; Pearlman, 2008). Jadi proses *informed* dan *consent* adalah bentuk relasi antara dokter dan pasien yang perlu dilakukan.

Informed dan *consent* tidak serta merta terjadi, ia menjalani suatu proses. Ada 3 (tiga) komponen yang terkait *consent* yaitu; *disclosure* merupakan komunikasi yang berisi informasi yang relevan dengan keadaan pasien; *capacity* adalah kemampuan pasien memahami informasi yang diberikan dan mengetahui konsekuensi keputusan yang akan diambil; dan *voluntariness* yaitu tidak ada pemaksaan, intimidasi ataupun manipulasi untuk membuat suatu keputusan.

Informed consent bertujuan untuk melindungi hak untuk menentukan diri sendiri, mengharuskan dokter untuk menjelaskan atau memberikan

informasi sehingga pasien dapat memilih yang terbaik dari sisi pasien sendiri. Di Australia, kebijakan dan pemerintah melindungi agar pasien memperoleh informasi ini. Tujuannya adalah menolong pasien untuk membuat keputusan yang rasional yang mencerminkan nilai-nilai dirinya. Jika pasien tidak memperoleh informasi, maka melalui peran advokasinya perawat membantu supaya pasien memperoleh informasi ini. Jadi dalam hal ini ada keterlibatan perawat dalam kaitan relasi dokter dengan pasien. Bila telah diberikan penjelasan, pasien atau keluarga tetap menginginkan pengobatan untuk melanjutkan kehidupan, maka petugas kesehatan hendaklah menghargai keputusan, yang diterjemahkan sebagai otonomi pasien yang berlangsung terus menerus (<http://www.bio.davidson.edu/people/kabernd/Indep/carainbow/Theories.htm>).

Informed consent disampaikan oleh dokter, keterlibatan perawat dalam proses *informed* dan *consent* adalah sebagai saksi. Perawat menjadi saksi tentang penjelasan yang diberikan dokter dan persetujuan yang diberikan oleh pasien (Potter & Perry, 2001). Semua isu yang dibahas merupakan bahasan pada disiplin ilmu kedokteran. Profesi keperawatan meyakini etik yang dianut berbeda dari etik kedokteran. Karena perawat mengutamakan *relationship* yang berlangsung dalam 24 jam supaya *caring* dapat berlangsung. Akan tetapi pengetahuan ini diperlukan oleh perawat karena perawat berada disamping pasien terus menerus yang menyebabkan diri perawat sebagai saksi dan melindungi pasien dapat diamankan.

2.4 Lingkungan

Paradigma keempat adalah lingkungan. Lingkungan dalam hal ini bermakna dimana akan berada pada saat akhir hayat. Ada beberapa tempat yang dapat dipahami, yaitu:

2.4.1 Rumah

Di Indonesia, tempat meninggal yang lazim adalah rumah kediaman dan rumah sakit. Pasien meninggal dirumah sakit berarti terkait dengan biaya perawatan. Sehingga pasien yang meninggal dirumah sakit adalah pasien yang mempunyai uang. Sebaliknya pasien dan keluarga yang tidak punya uang, maka kecil kemungkinan untuk meninggal dirumah sakit. Jadi yang sakit akan tetap tinggal dirumah sampai ajal menjemput.

Akan tetapi secara prinsip bila meninggal di rumah menjadi suatu alternatif, maka perlu kesamaan intervensi asuhan keperawatan, yaitu kebutuhan dasar pasien dapat dipenuhi. Kebutuhan dasar untuk pasien yang akan meninggal itu adalah kebutuhan oksigen, nutrisi, eliminasi dan mempertahankan suhu tubuh. Disamping 4 (empat) komponen ini yang sangat diperlukan adalah kebutuhan akan layanan rohani. Kebutuhan dasar ini disesuaikan dengan keadaan kesehatan pasien yang tetap memikirkan untuk menjaga eksistensi pasien dan keluarga.

Meninggal memberi rasa ketenangan buat yang akan pergi dilaporkan oleh Coleman & Jinpa (2008) dalam buku *Meditations on living, dying, and loss*. Coleman menggambarkan ibu mertua yang sudah lanjut usia sewaktu akan meninggal disiapkan altar sebagai tempat meninggalnya. Kemudian Rinpoche memandu ibu untuk pergi dengan senandung doa-doa. Lalu secara berangsur-angsur jiwa pergi tanpa ada suatu kesulitan. Bagaimana hal ini bisa dijelaskan?, tidak sampai ilmu pengetahuan peneliti untuk memahami situasi ini. Akan tetapi, peneliti meyakini bahwa di saat akan pergi seseorang ingin didampingi oleh orang yang pantas untuk menyampaikan doa-doa. Bila hal ini diyakini maka perawat perlu mengidentifikasi siapa yang pantas untuk mendampingi pasien, sehingga proses perpisahan jiwa dan tubuh tidak mengalami kendala.

2.4.2 Panti

Ada juga panti yang bermakna sama dengan rumah tempat orang lanjut usia (lansia) tinggal, sehingga lansia akan meninggal di panti itu atau tidak meninggal di rumah sakit. Panti ini bukan berada di bawah Kementerian Kesehatan. Disamping itu, pelayanan keperawatan pada akhir hidup belum diatur oleh undang-undang yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan (Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit, 2009).

2.4.3 Rumah Sakit

Di Indonesia, meninggal di rumah sakit menjadi suatu pilihan yang utama. Hal ini dikarenakan tidak ada tempat selain di rumah sakit yang ada tenaga dan alat-alat kesehatan. Sehingga rumah sakit menjadi satu-satunya sumber untuk memperoleh pertolongan. Di rumah sakit dapat di ruang rawat biasa atau di ruang rawat intensif.

Pada saat ini peraturan ruang rawat intensif menyebabkan keluarga tidak banyak yang dapat hadir melepas yang sakit. Belum ada laporan seberapa ingin pasien yang akan meninggal didampingi dan oleh siapa pasien ingin didampingi, dan bagaimana peran pendamping itu untuk melepas diri yang sakit. Bila merujuk pada fisik, dimana pendengaran paling akhir hilang bersama dengan hilangnya nyawa, logikanya bagi yang memercayai Tuhan menginginkan doa-doa yang menenangkan untuk melepas diri yang sakit.

Di Amerika Serikat (LaPorte Matzo & Sherman, 2006, h, 94), dilaporkan bahwa pada kurun waktu 1992 sampai dengan 1997 terdapat penambahan yang memilih meninggal di rumah dan terjadi penurunan yang meninggal di rumah sakit sebanyak 13% dibandingkan dengan tahun 1970. Penurunan yang meninggal di rumah sakit ini dikarenakan pasien dan keluarga terlibat untuk membuat keputusan. Keputusan meliputi apakah akan menggunakan peralatan medik yang canggih, pertolongan apa saja yang diperlukan oleh pasien yang akan meninggal.

Alasan pasien menghindari perawatan di rumah sakit karena pasien di saat-saat akhir hidup merasa terisolasi, terpisah antara pasien dengan keluarga. Pasien dan keluarga memerlukan kebutuhan sosiologikal, spiritual, dan emosional; kebutuhan ini tidak kebutuhan pasien dan keluarga (LaPorte Matzo & Sherman, 2006). dapat dipenuhi dirumah sakit karena *setting* rumah sakit tidak memungkinkan dipenuhi. Bila meninggal di rumah tidak dimungkinkan, sedangkan meninggal di rumah sakit tidak diinginkan.

Mencermati dua paragraf terakhir, maka perlu dihindari kematian di ruang rawat intensif. Menghindari kematian di ruang rawat intensif berarti menghindari kematian yang sendirian, menghindari suara-suara mesin yang mengganggu ketenangan dalam bepergian jauh, di samping juga menghindari pembiayaan yang besar. Jadi, keputusan untuk menjalani perawatan intensif hendaklah benar-benar disetujui pasien. Dimana persetujuan ini dibuat di saat pasien masih dalam keadaan sadar jauh sebelum fase teminal datang.

2.4.4 Hospis

Hospis merupakan suatu tempat perawatan untuk merawat pasien yang mengalami penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Perawatan hospis adalah sebuah program atau fasilitas yang memberikan asuhan khusus untuk pasien yang telah mendekati meninggal. Jadi hospis merupakan suatu bentuk perawatan yang dilandasi oleh falsafah tentang akhir hidup. Hospis merupakan suatu pendekatan untuk memperbaiki kualitas hidup individu dan keluarga yang mengalami masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam kehidupan, melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan dengan cara sedini mungkin melakukan identifikasi, dan mengobati rasa nyeri serta masalah lain, fisik, psikososial, dan spiritual (The World Health Organization, 2000).

Pada tempat ini pasien dan keluarga tidak terpisah. Keluarga bisa memberi dukungan yang sangat diperlukan oleh pasien yang sakarat

seperti pembacaan doa-doa. Dengan diupayakan keluarga dekat dengan pasien, maka kematian secara tenang dapat dicapai. Hospis memberi pertolongan dan dukungan pada pasien dan keluarga selama 24 jam sehari, dan 7 hari seminggu (Loewy & Loewy, 2002, h. 137). Alasan lain dipilih tempat hospis sebagai pilihan tempat meninggal adalah karena, bila waktu menjelang kematian berlanjut menyebabkan keluarga lelah secara fisik. Tidak mempunyai tenaga lagi untuk merawat anggota keluarga. Pada saat ini, maka petugas hospis, terutama akan menggantikan peran keluarga. Di samping kelelahan fisik kemungkinan keluarga mengalami masalah dalam hal psiko-sosio dan spiritual, maka pada situasi ini keluarga memerlukan dukungan. Maka petugas kesehatan dapat membantu keluarga mencari jalan keluar untuk masalah ini (Bruhn & Henderson, 1991).

Tujuan keberadaan hospis adalah mengutamakan kenyamanan pasien. Terkait dengan tujuan ini, National Hospice and Palliative Care Organization (2014) di Amerika Serikat mengeluarkan 5 ciri-ciri hospis yaitu, 1). Bentuk layanan hospis berupa paliatif; 2). Hospis merawat pasien bukan penyakit; 3). Hospis menekankan kualitas, bukan lama hidup; 4). Hospis peduli dengan keluarga sebagai bagian dari perawatan; dan 5). Hospis memberi pertolongan dan dukungan pada pasien dan keluarga selama 24 jam sehari, dan 7 hari seminggu (Loewy & Loewy, 2002, h. 137).

Jadi tujuan didirikan hospis adalah tempat untuk memperoleh suatu kenyamanan. Lalu apa ukuran nyaman pada tindakan di hospis? Yaitu bebas nyeri fisik, nyaman emosional, spiritual dan sosial. Tujuan ini dapat diperoleh, bila perawat yang memberikan asuhan keperawatan mempunyai suatu keterampilan, tersedia kegiatan untuk memberikan konseling untuk keluarga, terapi fisik dan memenuhi kebutuhan dasar. Ini semua akan menjamin kualitas pada perawatan paliatif.

Ada perbedaan antara pengertian hospis dan paliatif. Hospis merupakan tempat merawat sedangkan paliatif adalah bentuk pelayanan. *Hospice care is a type and philosophy of care that focuses on the palliation of a*

terminally ill or seriously ill patient's pain and symptoms, and attending to their emotional and spiritual needs , diunduh tanggal 6 September 2014, pukul 9.42). Perawatan hospis dapat diberikan di rumah, di fasilitas pelayanan kesehatan hospis atau pada fasilitas kesehatan lain seperti rumah sakit.

Paliatif berasal dari bahasa latin yang berarti merawat. Merawat bertujuan untuk mengurangi dan menghindari penderitaan pasien. Jadi pada tempat hospis terdapat aktifitas paliatif. Perawatan Paliatif dimulai sejak diagnosa penyakit yang mengancam kehidupan ditegakkan. Segala rencana yang akan dilalui dibahas pada tahap awal ini. Sehingga pada akhir hidup tidak perlu lagi ada pembahasan yang akan membuat keluarga mengalami dilema. Misalnya menghentikan bentuk-bentuk tindakan yang bertujuan memperpanjang hidup. Pada dasarnya perawatan hospis tidak dilakukan resusitasi atau tidak menggunakan alat-alat untuk memperpanjang usia. Pengobatan yang diberikan bertujuan mengoptimisasi kualitas hidup pasien dan keluarga. Selain itu pasien juga dapat mengusulkan lingkungan perawatan yang disesuaikan dengan keinginan, misalnya menaruh barang-barang yang berarti di ruangan.

Ada faktor-faktor yang mempengaruhi berkembang perawatan paliatif. Yaitu, bertambahnya populasi lansia serta pasien merasakan otonomi berkurang bila dirawat di rumah sakit. Tidak terpenuhi perawatan yang sepatutnya diterima pasien pada akhir hidup, tindakan medik yang berlebihan atau tidak terjamahnya pengobatan nyeri dan depresi (LaPorte Matzo & Sherman, 2006, h 101) adalah faktor lain yang menyebabkan perawatan paliatif berkembang.

Merujuk pada penyakit yang diderita, rerata pasien dirawat di hospis berkisar antara 1 bulan sampai dengan 6 bulan. Hal ini perlu dipahami oleh keluarga pasien, sehingga mereka dapat mengantisipasi perjalanan waktu dalam mencapai akhir hidup. Demikian juga perlu dipahami pemilihan perawatan di hospis salah satunya untuk meringankan penderitaan keluarga menghadapi masa-masa sulit.

Pada negara maju hospis dikelola oleh suatu tim yang terdiri dari direktur, dokter, perawat, pekerja sosial dan konselor. Selain itu farmasis, tenaga kerja sukarela dan pembantu yang dapat menolong kebutuhan pasien setiap hari (National Hospice and Palliative Care Organization). Tujuan utama adalah mengurangi gejala untuk mencapai kualitas hidup sebaik mungkin, baik untuk pasien yang sedang menjalani sakarat serta keluarga yang menunggunya.



Bapak/Ibu hadirin yang saya hormati,

Telah disampaikan bagaimana situasi manusia dari mulai lahir. Mengalami tumbuh dan kembang. Sampai pada usia tertentu tumbuh tak lagi terjadi, namun kembang tetap berjalan. Dalam tumbuh dan kembang sesungguhnya manusia menuju kesuatu titik, yaitu kematian. Menuju kematian berarti perlu suatu pemahaman dan persiapan, terutama pada pasien berpenyakit yang mengancam kehidupan. Persiapan – persiapan baik oleh manusia itu sendiri atau bantuan tenaga kesehatan ditujukan agar meninggal dalam damai atau *dignity*. Wallahualam

Hadirin yang saya hormati,

Sekapur Sirih Seulas Pinang: Bercerita

Pada akhir bulan November 1973 setelah tamat SMA berangkatlah saya dengan abang ke Jakarta melalui pelabuhan Teluk Bayur. Suatu keberanian yang tak terbayangkan oleh saya saat ini. Meninggalkan Ibu, Bapak dan 2 (dua) orang kakak. Tempat yang dituju adalah 2 (dua) orang adik ibu, laki – laki yang sudah di Jakarta sejak tahun 1950an. Adik ibu laki – laki ini pada Adat Minang dipanggil Mamak. Mamak dalam filosofisnya adalah "Anak dipangku kemenakan (saya) dibimbing" jadi sebetulnya tak ada yang saya cemaskan datang ke Jakarta kerumah Mamak. Kedua Mamak ini pada masa bekerjanya bertugas sebagai Diplomat. Tujuan utama ke Jakarta adalah hendak masuk sekolah Akademi Perawat (Akper) Depkes RI di jalan Kimia 17 Jakarta. Ketika hari pengumuman kelulusan, ada nama saya, bersyukur karena apabila tak lulus ujian seleksi dan wawancara maka kembali ke Padang. Rupanya takdir saya ada dijalur perawat ini.

Mengikuti pendidikan perawat, ibarat alam terkembang jadi guru, inilah yang dijalani. Setiap langkah di selasar, di ruangan rumah sakit ataupun Puskesmas adalah pelajaran. Saat masih mahasiswa, bertemu anak – anak

yang malnutrisi bila akan disuntik lalu dimana akan disuntikkan obat itu? ototnya mana? serta pengalaman dengan pasien - pasien lainnya yang sangat beragam. Selain rumah sakit, alam yang juga jadi guru adalah asrama. Sangat saya syukuri tinggal di asrama yang hampir 3 (tiga) tahun. Asrama adalah tempat kami dibentuk, asrama inilah yang memberi ilmu, meluruskan sikap, dan mengenalkan etik. Sebagai contoh, ke ruang makan berpakaian rapi, demikian juga bila hendak duduk di ruang tamu. Asrama adalah sekolah yang terlengkap bagi perawat untuk membentuk karakter. Saya sampaikan salam hormat saya pada Bu Karsinah Sinang (almh), bu Junarsih Sudibyo, dan bu Juslida yang menjadi pimpinan Akademi Perawat saat itu. Setelah selesai pendidikan dan lulus maka mulailah menjalani kehidupan perawat yang sesungguhnya.

Pada tanggal 1 (satu) Juni 1977 saya diterima sebagai perawat di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). Entah akan bagaimana saya menjelaskan kegembiraan hati saya. Pesan ibunda bertahun tahun sebelumnya agar perempuan harus bekerja mulai saya terapkan. Ibu saya juga bekerja, beliau guru lulusan Normal School Padang Panjang lulus pada tahun 1933, saat itu ibu baru berusia 16 tahun belum bisa berkain kebaya sebagai pakaian guru karena masih sangat kecil. Balik ke RSCM, saya sampaikan terima kasih saya pada Bu Lismidar Kepala Bidang Perawatan yang telah menerima dan menempatkan saya pada Ruangan Hemodialisis. Terima kasih kembali saya ucapkan 8 (delapan) tahun kemudian pada beliau yang mengizinkan saya melanjutkan sekolah ke PSIK FKUI.

Seperti telah saya sebutkan, saya bekerja di ruang Hemodialisis Sub Divisi Ginjal dan Hipertensi. Diruangan ini kembali lagi Alam Takambang Jadi Guru. Belajar dari segala aspek kehidupan, penyakit terminal, biaya dialisis, budaya dan semuanya. Pada kesempatan ini saya haturkan terima kasih pada Kepala Ruang Hemodialisis Suster Elly Halimah (almh). Beliau juga bagi saya sudah menjadi kakak. Terima kasih juga saya sampaikan pada Prof. R.P. Sidabutar (alm) Kepala Sub Divisi Ginjal dan Hipertensi. Sembilan tahun saya belajar yang terkait dengan organ ginjal, terlebih lagi adalah belajar kearifan. Bila pasien beliau periksa dari sisi kanan pasien,

maka perawat berada disisi kiri pasien. Hal ini mengajarkan pada saya bahwa pasien bila diperiksa menanggalkan sebagian pakaian maka hendaklah ada saksi, dan saksi itu adalah perawat. Terima kasih juga pada Prof. Markum yang memberikan izin sekolah, beliau saat itu berada di jajaran Direksi RSCM. Tak lupa terima kasih saya sampaikan pada Prof Wiguno yang menyarankan saya masuk PSIK FKUI. Semuanya indah dikenang.

Pada Agustus 1985 saya meninggalkan RSCM, karena diterima di Program Studi Ilmu Keperawatan FKUI untuk melanjutkan sekolah pada jenjang S1. Setelah 8 (delapan tahun) tak bersekolah, maka mulai lagi menjalani rutinitas belajar. Duduk lagi menghadap meja, dengan mengikuti standar kelulusan mata kuliah yang tinggi benar – benar perjuangan berat. Sebagai angkatan pertama PSIK FKUI kami semua menjadi pionir cikal bakal perawat S1 di Indonesia. Bersyukur ya Allah jalan yang diberikan yang tidak mudah ini dapat dilalui dengan berakhir menyandang gelar Sarjana Keperawatan. Terima kasih diucapkan pada Prof. Ma’rifin Husin (alm) Ibu Farinaz Parsay dan Prof. Achir Yani yang memimpin PSIK FKUI. Terima kasih juga disampaikan untuk Bapak Dekan FKUI Prof Asri Rasad yang sangat bijaksana. Melihat beliau saja sudah teduh kononlah berdiskusi. Roman muka yang jernih memberikan ketenangan. Alhamdulillah ber Dekan pada beliau.

Kelulusan saya pada Strata 1 ini menggembirakan hati orang tua serta kakak – kakak saya. Beramai – ramai keluarga saya menghadiri wisuda di Universitas Indonesia, Depok. Masih jelas dalam ingatan bagaimana kakak perempuan saya menyampaikan suka citanya karena saya sudah jadi sarjana; saat itu kakak saya dalam posisi dokter umum. Beberapa tahun kemudian beliau menjadi Spesialis Kedokteran Jiwa tamatan FKUI. Rupanya atau mungkin ada penyesalan melepas saya ke tanah Jawa ini untuk menuntut ilmu pada jenjang D3 pada tahun 1973, kenapa tak di Unand saja sekolah. ”ya Uni As kakakku, Allah telah menentukan garis hidup yang terbaik menurutNya pada kita.

Lulus S1 adalah suatu kegembiraan, akan tetapi bersamaan adalah juga kesedihan. Gembira dan sedih dialami oleh keluarga saya. Beberapa hari setelah Wisuda, 5 (lima) diantara lulusan berangkat ke Sydney termasuk saya. Kami menempuh pendidikan Strata 2 Master Keperawatan di Cumberland College of Health Sciences yang pada akhir tahun 1989 bergabung dengan The Sydney University. Disini Alam Takambang Jadi Guru mulai lagi ditemui, pola belajar mandiri menjadikan saya terkaget – kaget. Bersama – sama dengan Prof Budi Anna Keliat kami menyiapkan presentasi demi presentasi dengan bimbingan minimalis dari dosen. Tekad Prof Budi adalah "kita nomor satu kalau presentasi Kris, setelah itu kita tenang – tenang mendengarkan mahasiswa yang lain presentasi". Bila musim dingin tiba sedangkan kami kuliah sampai pukul 21.00 menjadi pengalaman yang mengesankan yaitu dingin sekali. Setelah 2 (dua) tahun pendidikan di Sydney, maka kami kembali ke Indonesia pada Desember 1989.

The real life mulai lagi, sejak Januari, 1990 menjadi dosen. Jadi dosen? Ya Allah Alhamdulillah tak pernah saya bayangkan, dan Alhamdulillah berlangsung sampai sekarang. Tahun ke 38 (tiga puluh delapan) bekerja di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIKUI) dan tahun ke 47 (empat puluh tujuh) bekerja sejak tahun 1977. Dalam lindungan Allah saya sampaikan suka cita saya bekerja di Institusi Pendidikan ini. Jangankan melihat mahasiswa suka cita memakai jaket kuning (jakun) lihat mahasiswa naik bis kuning (bikun) saja sudah suka cita. Dan Inshaa Allah hari ini tanggal 2 Agustus 2023 suka cita saya bertambah dengan membacakan pidato ini.

Sejalan dengan pidato, saya hendak menyampaikan rasa terima kasih saya pada sejumlah Guru Besar FIK – UI yang telah mendukung saya dengan tak henti – hentinya. Ada juga Guru Besar (GB) yang WA saya walaupun dikembalikan berkas masukkan lagi. Kamu sudah bekerja begini lama jangan berhenti berusaha. Saya juga berterima kasih pada semua pimpinan FIK UI Dekan, Wakil Dekan 1, dan Wakil Dekan 2 telah selalu mengupayakan agar berkas GB berhasil. Terima kasih juga saya sampaikan pada hampir semua staf FIK UI yang telah menguatkan agar

tetap maju dan tak berhenti. Kepada staff tendik terima kasih banyak telah membantu saya, Alhamdulillah. Buat anggota DKKD yang biasa disebut Dkkders terima kasih, telah membantu saya *all out*. Terima kasih telah menerima saya sebagaimana adanya di saat berkas saya turun lagi. Ibarat Dewa Hermes bolak balik ia menaikkan dan menurunkan berkas GB saya kepada Dewa Zeus dilangit dan turun lagi kebumi. Pada akhirnya Dewa Zeus melakukan terminasi dengan menerbitkan surat keputusan pada bulan April, 2023. Terima kasih atas budi baik Dewa Zeus, semoga Allah membalasnya.

Salam buat teman – teman saya SR Santa Agnes, SMP Santa Maria dan SMA Don Bosco Padang, semoga ada yang hadir di ruangan ini.

Pada kesempatan ini, juga saya sampaikan terima kasih pada Prof. Soerjanto Poespowardojo (alm) yang telah mengajarkan bagaimana merefleksikan bacaan, pikiran atau observasi dalam bentuk tulisan filsafat. Suatu ilmu yang luar biasa yang tak pernah terbayangkan sebelumnya ada ilmu yang seperti ini. Saya beruntung bertemu beliau.

Terima kasih juga saya sampaikan pada Prof. Agus Purwadianto, DFM., S.H., M.Si, Sp. F(K) yang mengajarkan bagaimana melihat Ilmu Fisafat dan bagaimana menerapkannya pada Ilmu Kesehatan. Arahannya ini mengajarkan bagaimana cara melihat pandangan filsuf menjadi nyata pada keseharian hidup. Selain itu, beliau membuat 2 (dua) kali surat pernyataan yang menjelaskan bahwa saya menuntut ilmu di Fakultas Ilmu Budaya Departemen Filsafat UI, akan tetapi bidang kajian saya adalah keperawatan.

Pada Prof Riris Toha Sarumpaet, terima kasih banyak, masih ingat berdua dengan Pak Bambang dipanggil ke kamar beliau dan diingatkan untuk berupaya memperoleh GB.

Prof Daldiyono Hardjodisastro, terima kasih telah menekan saya untuk sekolah S3, jika tak sekolah tentu tak sampai pada tahap ini.

Kakak dan adik Ipar dari pihak suami, terima kasih atas segala-galanya. Semoga ada yang hadir pada hari ini.

Kembali ke kakakku Uni Asliati, terima kasih atas kasih sayang yang tulus ikhlas. Air mata bahagia uni As menjadi refleksi kasih pada adikmu ini. Perjalanan hidup kita berempat menyebabkan kita sangat dekat. Dua kakak laki-laki telah berpulang, semoga Uda Endar dan Uda Indra damai dialam sana. Aamiin Ya Rabb. Abang ipar Uda Asril Zubir, kakak Ipar Rani serta Yolly terima kasih telah menjadi bagian hidup. Tak lupa juga menyapa anak kakak Mardha Tillah dan Suami, Dessi Nur Ivory, Insan Kamil dan istri serta Annisa dan suami yang meramaikan kehidupan. Dua cucu dari kakak, Sabai dan Radin (mengggunakan nama almarhum bapak saya) Alhamdulillah ada ditengah – tengah keluarga kita.

Bapak Radin Datuk Bagindo Basa Nan Kuning dan ibu Dalinoer ananda kenang sebagai orang yang jujur yang mengajarkan keberagaman. Bapak dengan beragam pekerjaannya menjadi contoh untuk ananda, seperti membahas tanah – tanah adat dan Wakil Ketua DPR GR Sumbar pada masa pemerintahan Presiden Soekarno. Terkait keberagaman, sejak tahun 1967 kami punya saudara angkat dari Mentawai yang sampai tanggal 12 Juli 2023 masih mengirim pesan melalui WA. Diantara mereka ada yang Pendeta Protestan dan menginap di rumah. Doa ananda pada Bapak dan Ibu berdua. Semoga lapang alam kubur Bapak dan Ibu. Aamiin

Suami M. Ali Malawat dan ananda M. Umar Fikri Malawat, semoga bahagia dalam lindungan Allah atas pencapaian istri dan ibumu ini. Itu saja yang bisa Biyai ucapkan.

Akhirul kalam wabillahi taufiq wal hidayah

Wassalaamu’alaikum wa rahmatullaahi wa barakaatuh

DAFTAR PUSTAKA

- American Hospital Association, A Patient's Bill of Rights, 1992.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed). New York: Oxford University Press.
- Bertens, K. (1984). *Filsafat barat abad XX*, jilid 1. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Bruhn, J. G. & Henderson, G. (1991). *Values in health care: Choices and conflicts*. Springfield-Illinois: Charles C. Thomas – Publisher.
- Coleman, G. & Jinpa, T. (2008). *Meditations on living, dying, and loss: Ancient knowledge for a modern world. From the first complete translation of the tibetan book of the dead*. London: Penguin Books.
- Daldiyono. Menuju seni ilmu kedokteran; Bagaimana dokter berpikir dan bekerja. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2006.p. 281-313.
- Eletti. (2012, Januari). Penuturan Hasroel Moezahar 74 tahun.
- Ernest. (2010). Ketika anak kandung meninggal.
- Ernest (2010). Farmacia Ethical up date, Berdamai dengan Penyakit. Desember 2010.
- Fuad Hasan. (1976). *Berkenalan dengan eksistensialisme*. Jakarta: PT. Dunia Pustaka Jaya.
- Gartinah (2007). Kunjungan saat ayah Gartinah meninggal dunia, Februari 2007.
- Gries, C.J., Curtis, J. R., Wall, R. J. & Engelberg, R.A. (2008). *Family member satisfaction with end-of-life decision making in the icu*. Amerika: American College of Chest Physicians.
- Hadiwijoyono, H. (1980). *Sari sejarah filsafat barat 2*. Yogyakarta: Kanisius.

- Harkreader, H., Hogan, M.A. & Thobaben, M. (2004). *Fundamentals of nursing*. St. Louis: Saunders Elseviers.
- Harneity. (2009). Penuturan.
- Henderson, K.J. eHow Contributor
http://www.ehow.com/about_5373523_job-description-physician.html diunduh tanggal 11 Nopember 2014 pukul 5.20 PM
- Hidayat, K. (2005). *Psikologi kematian: Mengubah ketakutan menjadi optimisme*. Jakarta: Mizan.
- Imhof, A.E. (1994). *An ars moriendi for our time: To live a fulfilled life – to die a peaceful death*. ARS MORIENDI - A COLLOQUIUM AT YALE UNIVERSITY - APRIL 15-16, 1994.
- Jaspers, Karl. (1971). *Philosophy of existance (english version)*. (Richard. F. Grabau, Penerjemah). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kado (2011). Ketika Ibu kandung meninggal.
- Lapidus, I.M. (1978). Adulthood in islam: Religious maturity in the islamic tradition. In E.H. Erikson (Ed.). *Adulthood* (pp. 97-112). New York: W.W. Norton & Comp.
- La-Porte, M. M. (2006). Peri-Death nursing care. In D.W. Sherman (Ed). *Palliative Care Nursing : quality care to the end of life*. New York: Springer Publishing Co.
- Leahy, L. (1993). *Manusia sebuah misteri*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Loewy, R.S. (2013, Februari 1). Komunikasi Pribadi.
- Luper, S. (2009). *The philosophy of death*. Cambridge: Cambridge University Press. E-Book.

Maksum, A. (2010). *Pengantar filsafat: Dari masa klasik hingga postmodernisme*. Jakarta: Ar-Ruzz Media.

Moore, C., & Williamson, J. (2003). *The universal fear of death and the cultural response*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412914291>.

Murtiwi. (2009, Juni). Wawancara dilakukan tatap muka.

Orem, D. (1971) *Nursing: Concepts of Practice*, McGraw-Hill, New York.

Payer, L. (1988). *Medicine and culture*. New York: Penguin Books.

Pearlman, R.A. (2008). Substitute decision making. In P.A. Singer & A.H. Viens (Eds.). *The Cambridge textbook of bioethics* (pp. 59-64). Cambridge: Cambridge University Press.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2018). *Fundamentals of nursing: Australian adaptation edited by crisp jackie. & taylor, catherine*. Sydney: Mosby.

Sherman, D. W. (2006). Spirituality and culture as domains of quality palliative care. In M. LaPorte Matzo, & D. W. Sherman (Eds), *Palliative care nursing quality care to the End of Life* (2nd ed., hal 3 - 49). New York: Springer Publishing Company.

Shihab, M.Q. (2007). *Menjemput maut : Bekal perjalanan menuju Allah SWT*. Tangerang : Lentera Hati.

Sprung & Winich. (1989). *Critical Care Medicine*, 17, 1346-1354.

Suseno, F.M. (2000). 12 Tokoh etika abad ke-20. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

The American Heritage® Dictionary of the English Language, Fourth Edition copyright ©2000 by Houghton Mifflin Company. Updated in 2009. Published by Houghton Mifflin Company. All rights reserved. www.utilitychest.com. Diunduh pada tanggal 19 Januari 2014, pukul 02.28 PM.

The Encyclopedia Britannica. (2005).

Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit 2009. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Yustisia.

Wilkockson, M. (2007). *Issues of life and death : Access to philosophy*. London : Hodder Murray.

Williams, J.R. (2008). Consent. In P.A. Singer & A.H. Viens (Ed.). *The Cambridge textbook of bioethics* (pp. 11-16). Cambridge: Cambridge University Press.

Yetti, K. (2009). Melayat pasien.

<http://www.answers.com/topic/karl-jaspers#ixzz1por33fMJ>

<http://www.chronicillness.org.au/>

<http://www.bio.davidson.edu/people/kabernd/Indep/carainbow/Theories.htm>

<http://www.wisegeek.com/what-is-the-ars-moriendi.htm#didyouknowout>

<http://www.exitinternational.net/page/USA>, diunduh tanggal 22 Januari 2014, pukul 8.56 WIB

<http://www.nhpco.org/> *National Hospice and Palliative Care Organization* last update Sept. 3. 2014

http://www.ehow.com/about_5139119_roles-doctors-nurses.html.
diunduh tanggal 11 Nopember, pukul 5.12 PM

<http://en.wikipedia.org/wiki/Role>, diunduh tanggal 11 November 2014, pukul 5.28 PM

RIWAYAT HIDUP



Data Pribadi

Nama : Prof. Dr. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc.
NIP/ NIDK : 132103001/ 8999010021
Jenis Kelamin : Wanita
Tempat, Tanggal Lahir : Bukittinggi, 9 Maret 1955
Agama : Islam
Status Pernikahan : Menikah
Nomor Telp/Hp : 08129465445
Alamat Rumah : Bumi Pancoran Mas A8 Pancoran Mas
Depok
Email : krisna@ui.ac.id

Data Keluarga

No	Nama	Hubungan
1	R. Dt. Bgd. Basa Nan Kuning (Alm)	Bapak
2	Dalinoer (Alm)	Ibu
3	Ir. M. Ali Malawat	Suami
4	M. Umar Fikri Malawat	Anak

Riwayat Pendidikan Dasar dan Menengah

Tahun	Lulus Pendidikan
SMA Don Bosco	1973
SMP Santa MARIA	1969
SR. SD Santa Agnes	1966

Riwayat Pendidikan Tinggi

Nama Pendidikan	Jenjang	Lulus	Tempat
Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Indonesia	S3, Ilmu Filsafat	09-12-2014	Depok
Faculty of Nursing The University of Sydney	S2, Master of Applied Science in Nursing	12-12-1989	Sydney, Australia
PSIK -FKUI	S-1, Perawatan	08-01-1988	Jakarta
Akper Depkes,	D-3, Perawatan Umum	15-11-1976	Jakarta

Riwayat Jabatan/ Pekerjaan

No	Pengalaman Bekerja	Mulai dan Sampai
1	Pengajar	1 Mar 1991
2	Asisten Ahli	1 Okt 1994
3	Lektor	1 Feb 2001
4	Lektor Kepala	1 Jul 2009
5	Purna Bhakti	1 April 2020
6	Dosen dengan Perjanjian Kerja	1 April 2020
7	Guru Besar	1 Apr 2023

*1 Juni 1977 – Agustus 1985 bekerja di Bagian Hemodialisis RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

Tanda Jasa/ Penghargaan

No	Nama Bintang/ Satya Lencana/ Penghargaan	Tahun Perolehan
1	Satya Lencana Karyasatya XXX (30 Tahun)	2018

Pengalaman Simposium/ Seminar/ Panitia

No	Nama	Kedudukan/Peranan	Bulan/Tahun/ Penyelenggara
1	Pelatihan Preceptorship, Nursing Training Center Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	Pembicara	07-09 Februari 2023
2	Seminar Nasional "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Ginjal" DPD PPNI Kota Medan	Pembicara	25/02/2023
3	Kuliah Pakar, STIKes Murni Teguh	Narasumber	23/03/2023
4	Workshop Pengembangan Kompetensi Perawat	Peserta	2021-02-01
5	Penguatan dan Sosialisasi serta Peran Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit	Peserta	2021-02-01
6	Training of Trainee (TOT) dan Pelatihan dan Workshop Keperawatan "Strategi Pembentukan Budaya caring Perawat sebagai Upaya untuk meningkatkan kenyamanan klien kanker di Rumah Sakit Kanker Dharmais	Narasumber	2019-07-10
7	Workshop Penerapan Birokrasi Caring Perawat Manajer di Rawat Inap	Pembicara	2018-09-20

***Kepedulian Perawat pada Akhir Hidup Manusia:
Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan***

No	Nama	Kedudukan/Peranan	Bulan/Tahun/ Penyelenggara
8	Workshop Pengelolaan Sistem Asuhan dan pelayanan Keperawatan	Pembicara	2018-08-01
9	Workshop Pengelolaan Sistem Asuhan dan pelayanan Keperawatan	Pembicara	2018-08-01
10	Simposium Keperawatan Comprehensive Approach in Management of Renal Care	Pembicara	2018-04-22
11	Seminar dan Workshop Keperawatan Deteksi Dini penyakit Ginjal dan Penatalaksanaannya Healthy Lifestyle for Healthy Kidneys	Pembicara	2018-03-24
12	The 6th Biennial International Nursing Conference	Pembicara	2017-10-02
13	The 6th Biennial Internasional Nursing Conference	Presentasi Oral	2017-10-02
14	Penguatan Manajemen Keperawatan di RSUD Depok: "Perilaku Etis Perawat"	Peserta	2017-07-31
15	The Role of Nurses in Enhancing to Quality	Pembicara	2017-04-08

No	Nama	Kedudukan/Peranan	Bulan/Tahun/ Penyelenggara
	of Life for Dialysis Patients		
16	Perwakilan DPP PPNI, dalam Workshop Standar Perilaku Sebagai Penjabaran Kode Etik Keperawatan	Peserta	2017-02-16
17	Workshop Nasional Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan penerapan Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan melalui Permenkes No.49 tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit	Pembicara	2017-01-20
18	Workshop Nasional "Tantangan Manajer Keperawatan dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi Asean (MEA)	Peserta	2016-11-23
19	Workshop Internasional Validasi Dokumen Keperawata	Peserta	2016-07-26
20	Orientasi Profesi S2	Pembicara	2016-02-05
21	Guest Lecture Kuliah Pakar Program Studi S1	Pembicara	2016-01-13
22	Kewenangan Profesi Pelaksanaan Angkat Sumpah, Dalam Workshop Angkat Sumpah	Narasumber	2015-11-27

***Kepedulian Perawat pada Akhir Hidup Manusia:
Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan***

No	Nama	Kedudukan/Peranan	Bulan/Tahun/ Penyelenggara
23	Seminar dan Workshop Problematika dan Solusi Permasalahan Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit	Narasumber	2015-08-24
24	Workshop Peningkatan peran Perawat Primer dalam Meningkatkan Profesionalisme dan mendukung Akreditasi Rumah sakit Versi 2012	Narasumber	2015-07-29
25	Workshop Nasional Panel Expert Ners Tahun 2015	Peserta	2015-07-29

Riwayat Publikasi Ilmiah

No	Publikasi Ilmiah
1	Nursing handover in the Indonesian hospital context: Structure, process, and barriers. Author: 1.Krisna Yetti*, 2. Nani Asna Dewi, 3. Sri Herni Wigiarti, 4. Dina Warashati. JURNAL INTERNASIONAL, Belitung Nursing Journal, Volume 7, Issue 2, March – April Scopus coverage years:from 2020 to Present, Publisher:Belitung Raya Publisher - Belitung Raya Foundation, ISSN: 2477-4073, https://doi.org/10.33546/bnj.1293
2	Predominant Factors Affecting Sexual Dysfunction on Patients With Continous Ambulatory Peritoneal Dialysys. Author: 1. Lyuswinda Kusumawardhani, 2. Krisna Yetti*. 3. I Made Kariasa. JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI, Jurnal, Q3, SJR 2020: 0,29, Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 2021 May 22; 9(B): 373-377, https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6090 , eISSN: 1857-9655, Scopus coverage years:from 2014 to Present, Publisher:Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.

No	Publikasi Ilmiah
3	<p>The Effectiveness of An Appreciated Inquiry-Based Intervention to Improve Nursing Handover Process: A Queasy Experimental Study. Author: 1. Linlin Lindayani, 2. Krisna Yetti*.</p> <p>JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI PERINGKAT 3, Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia, Vol 7, No 1 (Juni, 2021), e-ISSN 2477-3743, p-ISSN 2541-0024, https://doi.org/10.17509/jpki.v7i1.30964</p>
4	<p>Penerapan Model Kolaborasi Interprofesional dalam Upaya Meningkatkan Keselamatan Pasien: a Systematic Review. Penulis: 1. Keumalasari*, 2. Krisna Yetti, 3. Rr. Tutik Sri Hariyati.</p> <p>Jurnal Nasional, Real in Nursing Journal (RNJ), Research of Education and Art Link in Nusing Journal, Volume 4 No. 2 Agustus 2021. e-ISSN: 2685-1997, p-ISSN: 2685-9068.</p>
5	<p>Exploring Nurses' Perceptions of their Workload at Coronavirus Disease 2019 Isolation Ward in Jakarta, Indonesia: A Qualitative Study. Author: 1. Tuti Afriani*, 2. Tutik Sri Hariyati, 3. Krisna Yetti, 4. Besral Besral.</p> <p>Jurnal Internasional Bereputasi Q3 SJS 2021: 0,26, Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2022 Mar 03; 10(G):195-201. https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7282 eISSN: 1857-9655. Scopus coverage years:from 2014 to Present, Publisher:Scientific Foundation SPIROSKI E-ISSN:1857-9655</p>
6	<p>Clinical decision-making of bachelor and clinical internship (professional) nursing students in Indonesia. Author: 1. Annissa Novalia*, 2 Shanti Farida Rachmi, 3 Krisna Yetti</p> <p>Jurnal Internasional Bereputasi Q3 SJR 2021: 0,43 Journal of Public Health Research 2022; Volume 11:2735, March 2022, Scopus coverage years:from 2014 to Present, ublisher: PagePress, ISSN:2279-9028E-ISSN:2279-9036</p>
7	<p>PELAYANAN PRIMA KEPERAWATAN DI PELAYANAN PRIMER: PERSPEKTIF PERAWAT DAN PASIEN. Penulis: 1. Deby Zulkarnain Rahadian Syah*, 2. Junaiti Sahar, 3. Krisna Yetti.</p> <p>Jurnal Nasional Terakreditasi Peingkat 3, Jurnal Nasional Journal of Telenursing (JOTING), Volume 4, Nomor 1, Juni 2022, e-ISSN: 2684-8988, p-ISSN: 2684-8996, https://doi.org/10.31539/joting.v4i1.3349</p>

No	Publikasi Ilmiah
8	Intervensi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) untuk Mengurangi Rasa Nyeri Pasien Kanker (Penulis: 1. Mulia Hakam, 2. Krisna Yetti, 3. Rr. Tutik Sri Hariyati) JURNAL NASIONAL, Jurnal Makara Seri Kesehatan Vol. 3 No. 2, Desember 2009. Penerbit: Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat UI. Hal. 91-95. Online ISSN: 1693-6728 (Print)
9	Penurunan Tekanan Darah pada Klien Hipertensi Primer melalui Terapi Hipnosis (Penulis: 1. Eko Winarto, 2. Krisna Yetti, 3. Mustikasari) JURNAL NASIONAL, Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 14, No. 1, Maret 2011 Hal. 65-72. ISSN 1410-4490 EISSN: 2354-9203 online
10	Dukungan Sosial Meningkatkan "Selfcare Behavior" Anak (Penulis: 1. Indanah, 2. Krisna Yetti, 3. Luknis Sabri) JURNAL NASIONAL, Jurnal Keperawatan Anak Vol. 1 No. 2, November 2013 Hal. 113-119 Online ISSN: 2338 - 2074
11	Hubungan Self-care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus (Dm) Di Persatuan Diabetes Indonesia (Persadia) Cabang Cimahi (Penulis: 1. Jeanny Rantung, 2. Krisna Yetti, 3. Tuti herawati) JURNAL NASIONAL, Jurnal Skolastik Keperawatan Vol. 1 No. 1, Januari-Juni 2015 ISSN:2443-0935; e-ISSN:2443-1699 online
12	Faktor -Faktor berhubungan dengan Kualitas Hidup Anak Leukemia Limfositik Akut yang Menjalani Kemoterapi (penulis: 1. Dwi Novrianda, 2. Krisna Yetti, 3. Nur Agustini) JURNAL NASIONAL, Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia Vol. 4 No. 1, April 2016 Penerbit: Jurnal Keperawatan Padjadjaran Hal. 1-10 Online
13	Hubungan Peran Kepala Ruang terhadap Perilaku Perawat Pelaksana dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Penulis: 1. Ruswati, 2. Krisna Yetti, 3. Enie Novieastari) JURNAL NASIONAL, Jurnal Akper Muhammadiyah Cirebon , JAMC idea's Vol. 4, No. 1 (2017), ISSN: 2355-9845
14	Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan melalui Ronde dan Pendokumentasian (Penulis: 1. Tita Rohita, 2. Krisna Yetti) JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI, Sinta Score S5, Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, Dunia Keperawatan Vol. 5 No. 1, Maret 2017 hal. 50-55 Online

No	Publikasi Ilmiah
15	<p>Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Survival Rate pada Pasien yang Mendapatkan Terapi Hemodialisis dalam 5 tahun. (Penulis: 1. Jufrika Gusni, 2. Krisna Yetti, 3. Lestari Sukmarini). JURNAL NASIONAL, Menara Ilmu, Vol. XI Jilid 2 No. 78, November 2017, Vol. XI Jilid 2 No. 78, November 2017.</p>
16	<p>Improvement Legal Aspects and Completeness of Documentation using Electronic Nursing Record: A Report Study (Author: 1. Krisna Yetty Malawat, 2. Rr. Tutik Sri Hariyati*, 3. Retno Purwandari, 4. Efy Afifah) JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4, International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), ISSN 26546310, Volume 1 No: 2, 2018, DOI: TIDAK ADA</p>
17	<p>The Honourable Role of Nurse in Accompanying Patients Dying Process (Penulis: 1. Krisna Yetti, 2. Rr.Tutik Sri Hariyati, 3. Rona Cahyantari Merduaty) JURNAL INTERNASIONAL TIDAK BEREPUTASI, TIDAK TERINDEKS PADA BASIS DATA INTERNASIONAL,: dalam Journal of Health, Medicine and Nursing www.iiste.org ISSN 2422-8419 An International Peer -reviewed Journal Vol.52p. 8-12, 2018 online</p>
18	<p>The Contributing Individuals in Developing Caring Behaviors of Nursing Students: The Focus Group Finding. (Author: 1. Kuntarti, 2. Krisna Yetti, 3. Enie Novieastari). JURNAL INTERNASIONAL TIDAK BEREPUTASI, TIDAK TERINDEKS PADA BASIS DATA INTERNASIONAL, International Journal for Human Caring, Vol 22 Issue 4 , DOI: 10.20467/1091-5710.22.4.169.</p>
19	<p>The Effect of Tai Chi Exercise on the Adequacy of Hemodialysis Among Patients with end Stage Renal Disease: A Literature Review. Penulis: 1. Andi Sudrajat*, 2. Krisna Yetti, 3. Agung Waluyo. JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4, International Journal of Nursing and Health Service, Vol. 2 No. 2 2019, e-ISSN: 2654-6310, DOI: https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i2.98</p>
20	<p>Duration of Diabetic Correlated Diseases With Diabetic Foot Ulcers at DR Moewardi Hospital of Surakarta (Penulis: 1. Okti Sri Purwanti, 2. Krisna Yetti, 3. Tuti Herawati) PROCEEDING, dalam manuskrip International Conference on Health and Well-Being online</p>

No	Publikasi Ilmiah
21	<p>The Effect of Breathing Exercise and Range of Motion (ROM) Exercise towards the Decrease of Intradialysis Fatigue Level in Hemodialysis Unit at Dr. Adjidarmo Hospital, Banten. Penulis: 1. Diana Rhismawati Djupri, 2. Krisna Yetti, 3. Masfuri. PROCEEDING, Advances in Health Sciences Research, volume 15, Third International Conference on Sustainable Innovation 2019 – Health Science and Nursing (IcoSIHSN 2019)</p>
22	<p>Optimizing the Implementation of Nursing Round and Nursing Handover in Fatmawati Hospital Jakarta: A Mini Project. (Author: 1. Nani Asna Dewi*, 2. Krisna Yetti Malawat, 3. Rita Herawati) JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4, International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), March 2019; 2(1), 48-54. ISSN: 2654-6310</p>
23	<p>The Discontinuity of Independent Nursing Care Documentation Using the Fishbone Diagram: A Case Study. (Author: 1. Martha Evi Riana Purba*, 2. Krisna Yetti, 3. Rita Herawati) JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4, International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), March 2019; 1(2), 82-92. ISSN: 2654-6310</p>
24	<p>Study of Nurse's Philosophy: The Convenient Place to Die Peacefully for Terminal A Patients. (Author: 1. Krisna Yetti, 2. Rr.Tutik Sri Hariyati, 3. Rona Cahyantari Merduati) JURNAL NASIONAL, International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), Volume 2, Issue 1, Maret 2019, ISSN: 2337-8212, DOI: 10.20527/dk.v7i1.5993</p>
25	<p>Remuneration Satisfaction to Improve Work Motivation of Nurses: A Cross-Sectional, Descriptive Analysis Study. (Author: 1. Mutmainnah, 2. Krisna Yetti, 3. Kuntarti) JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 7, SJR 2018: 0.22, Q3. Journal of International Dental and Medical Research (JIDMR)/ISSN: 1309-100X, Volume 12 Number 1 2019.</p>
26	<p>OPTIMIZING OF NURING MANAGEMENT ROUNDS AND IMPLEMENTATION OF DISCHARGE PLANNING IN FATMAWATI HOSPITAL JAKARTA. Penulis: 1. Sancka Stella Ganasnda Sihura*, 2. Krisna Yetti, 3. Rita Herawati.</p>

No	Publikasi Ilmiah
	JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4 (Sinta 4), International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), ISSN 26546310, Volume 2 No: 1, April 2019. DOI: https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i1.80
27	Contributing factors to hemodialysis adherence in Aceh, Indonesia. (Author: 1. Agustina, 2. Yetti K, 3. Sukmarini L). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, ISSN: 11308621, 15792013, ARTIKEL IN PRESS, Available online 22 June 2019, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.028
28	Determinant of fluid adherence among hemodialysis patients in Malang, Indonesia. (Author: 1. AL Husna C.A., 2. Yetti K, 3. Sukmarini L). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, ISSN: 11308621, 15792013, ARTIKEL IN PRESS, Available online 22 June 2019, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.018
29	Relationship of visual impairment and peripheral artery disease with the occurrence of diabetic foot ulcers in DR. Moewardi Hospital (Author: 1. Okti Sri Purwanti, 2. Krisna Yetti, 3. Tuti Herawati). JURNAL INTERNASIONAL NON BEREPUTASI, Sciendo, Frontiers of Nursing Vol. 6: Issue 2, Page count 157-160, First Online 10 July 2019, https://doi.org/10.2478/FON-2019-0023
30	Kompetensi Perawat Hemodialisis. (Author: 1. Irma Hermalia, 2. Krisna Yetti, 3. M. Adam) JURNAL NASIONAL, Jurnal Keperawatan Komprehensif, Volume 5 No. 2, Juli 2019: 70-75. ISSN 2354-8428 e-ISSN 2598-8727
31	Patients Response to Early Stages Chronic Kidney Disease: learn To Recognise the Illness. Penulis: 1. Irsanty Collein*, 2. Krisna Yetti, 3. Sutanto Priyo Hastono. Jurnal Internasional Bereputasi, International Journal of Innovation, Creativity and Change, Volume 13, Issue 12, Januari 2020, Q2, SJR 2019: 0,23, ISSN 22011323, 22011315
32	PRAKTIK BERBASIS BUKTI: MASASE INTRADIALISIS UNTUK MENGURANGI KRAM OTOT PADA PASIEN HEMODIALISIS. Penulis: 1. Dhian Luluh Rohmawati*, 2. Krisna Yetti, .3. Lestari Sukmarini.

No	Publikasi Ilmiah
	Jurnal Nasional Terkreditasi Peringkat 5, Jurnal Media Keperawatan Poltekkes Makassar, Vol 11, No 1 Januari (2020), e-issn: 26220148, p-issn:20870035
33	MINAT BERKONTRIBUSI PADA KEPUASAN KERJA PERAWAT. Penulis: 1. Krisna Yetti Malawat, 2. Sri Herni Wigiarti, 3. Tuti Sri Nuraeni. Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 5, Journal of Islamic Nursing, Volumen 5 No. 2 Januari 2020, e-ISSN: 2549-5127, p-ISSN: 2528-2549, Penerbit Universitas Islam Negeri Alaudin. DOI: https://doi.org/10.24252/join.v5i2.17443
34	Aspects Of Spirituality And Religiosity In Patients End Stage Renal Disease (ESRD). Penulis: 1. Muhammad Putra Ramadhan*, 2. Krisna Yetti Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 4, Nursing Journal of Respati Yogyakarta, 7 (1), January 2020 , 48-55, p-ISSN: 2088-8872; e-ISSN: 2541-2728.
35	The effect of coaching and mentoring towards nurse's caring and patient satisfaction. Penulis: 1. Aemilianus Maua, 2. Kori Limbonga, 3. Krisna Yetti. Jurnal Internasional Bereputasi Terindex Database Internasional, H INDEX 15, Q3, SJR 2019: 0,18, Enfermeria Clinica, H, Volume 30, Supplement 3, March 2020, Pages 18-22, ISSN 11308621, 15792013 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.017
36	The effect of coaching and mentoring towards nurse's caring and patient satisfaction. Penulis: 1. Aemilianus Maua, 2. Kori Limbonga, 3. Krisna Yetti. Jurnal Internasional Bereputasi Terindex Database Internasional, H INDEX 15, Q3, SJR 2019: 0,18, Enfermeria Clinica, H, Volume 30, Supplement 3, March 2020, Pages 18-22, ISSN 11308621, 15792013 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.017
37	Manajemen Xerostomia dan Interdialytic Weight Gain. Penulis: 1. Yuswinda Kusumawardhani , 2. Krisna Yetti. Jurnal Nasional, Jurnal Keperawatan, Volume 12 No1, Hal 7-16, Maret 2020, p-ISSN 2085-1049, eISSN 2549-8118.
38	Optimalisasi supervisi pemberian edukasi pasien dan keluarga pada rumah sakit di Jakarta Selatan. Penulis: 1. Laras Adyithia Pratiwi, 2. Krisna Yetti, 3. Dudi Mashudi.

No	Publikasi Ilmiah
	Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 3, Jurnal Keperawatan dan Kesehatan. Vol 8, No 2, hal 231—242. Juli 2020, doi: DOI: http://dx.doi.org/10.20527/dk.v8i2.7758 https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/JDK/article/view/7758
39	APLIKASI TEORI MODEL KEPERAWATAN SELF-CARE OREM PADA PASIEN NEFROPATI DIABETIK: STUDI KASUS. Penulis; 1. Irma Hermalia*, 2. Krisna Yetti, 3. Masfuri, 4. Welas Riyanto. Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 4 (Sinta 4): Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung, Vol. 12 No. 2 Oktober 2020. eISSN : 25798103, Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung
40	Determinan Perilaku Perawat dalam Pemberian Edukasi pasien pada Rumah Sakit di Jakarta Selatan. Penulis: 1. Krisna Yetti, 2. Laras Adyithia Pratiwi, 3. Dr. Dedwi Gayatri. Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 3, Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, Volume 8 No. 3 November 2020, 499-510, eISSN: 2541–5980; pISSN: 2337-8212, DOI: 10.20527/dk.v8i3.9389, Penerbit: Universitas Lambung Mangkurat
41	Evaluasi Pelaksanaan Pasca Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan (PKB) Pada Perawatan Akhir Kehidupan Di Rumah Sakit X Jakarta. 1. Azis Fahruji, 2. Krisna Yetti, 3. Dudi Mashudi. Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 3, Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, Volume 8 No. 3 November 2020, eISSN: 2541–5980; pISSN: 2337-8212, DOI: 10.20527/dk.v8i3.8064, Penerbit: Universitas Lambung Mangkurat
42	Evaluation of nurses caring culture behavior program's implementation at Dharmais Cancer Hospital (1. Tuti Nuraini, 2. Enie Noviestaria, 3. Krisna Yetti). JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 2, ASEAN Journal of Community Engagement, Vol. 3, No. 1, 2019 pp.51-71
43	Nursing managers strategies fir reducing interpersonal and interprofessional conflict in the covid-19 pandemuc. Penulis 1. Krisna Yetti Malawat, 2. Rr. Tutik Sri Hariyati, 3. Kartika Mawar Sari. JURNAL NASIONAL TERAKFREDITASI Peringkat 4 (Sinta 4), International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), ISSN 26546310, Volume 3 Issue: 6, 20 December 2020.

No	Publikasi Ilmiah
44	Relationship between Supervision and of Life Care Documentation among Inpatient Room at Hospital in South Jakarta. Penulis: 1. Azis Fahruji*, 2. Krisna Yetti, 3. Kuntarti. JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI Peringkat 4 (Sinta 4), International Journal of Nursing and Health Service (IJNHS), ISSN 26546310, Volume 3 Issue: 6, 20 December 2020.
45	Dietary and Nutrition on Chronic Kidney Disease. Penulis: 1. Inne Dame Riahta *, 2. Krisna Yetti. Jurnal Nasional, Jurnal Keperawatan, Vol 12 No 4 (2020): Desember, p-ISSN 2085-1049, e-ISSN 2549-8118
46	The experience of adherence among hemodialysis patients undergoing therapeutic regimen: a qualitative study. Author: 1. Dwi Retno Sulistyarningsih, 2. Elly Nurachmah, 3. Krisna Yetti, 4. Sutanto Priyo Hastono. Jurnal Internasional Bereputasi, H INDEX 45, Q1 SJR 2019: 1,36, F1000Research, Januari 2020-12-18, ISSN: 20461402, https://orcid.org/0000-0002-9421-7184
47	Children HIV disclosure Should the children know their HIV status prior treatment and what are the information have to be told, Author: 1. Krisna Yetti, 2. Linlin Lindayani, 3. Mei-Chin Huang. Jurnal Internasional Bereputasi, H INDEX 14, Q1, SJR 2018: 0.34, ISSN: 1477-7509, Online ISSN: 1758-101 X https://doi.org/10.1177%2F1477750919897381 , https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1477750919897381
48	Nurses' experience in improving adherence to fluid intake and diet in hemodialysis patients. Author: 1. Dwi Retno Sulistyarningsih, 2. Elly Nurachmah, 3. Krisna Yetti, 4. Sutanto Priyo Hastono, Jurnal Internasional Bereputasi, Enfermería Clínica Volume 31, Supplement 2, April 2021, Pages S20-S23, H INDEX 15, SJR 2019: 0,18, copus coverage years:from 2005 to Present Publisher:Elsevier ISSN:1130-8621E-ISSN:1579-2013, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.008
49	Facilitators and barriers to self-management of patients chronic kidney disease. Author: 1. Irsanty Colleinac, 2. Ratna Sitorus, 3. Krisna Yetti, 4. Sutanto Priyo Hastono. Jurnal Internasional Bereputasi, Enfermería Clínica

No	Publikasi Ilmiah
	Volume 31, Supplement 2, April 2021, Pages S37-S40, H INDEX 15, SJR 2019: 0,18, copus coverage years:from 2005 to Present Publisher:Elsevier ISSN:1130-8621E-ISSN:1579-2013, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.014
50	Penerapan Evidenced Based Nursing (EBN): Aerobic Exercise Intradialytic Dalam Peningkatan Adekuasi Responden Hemodialisis Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Penulis: 1. Megawati*, 2. Krisna Yetti, 3. Masfuri, 4Yunisar Gultom. Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 3-4, JKEP (Jurnal Keperawatan) Vol 7, No 1, Mei (2022), ISSN: 2338-9095 (Print), ISSN: 2338-9109 (online)
51	Perbedaan Pertumbuhan Bakteri di Humidifier dan Non Humidifier ada Pasien yang Mendapat Terapi Oksigen (Penulis: 1. Abu bakar, 2. Krisna Yetti, 3. Hanny Handiyani. JURNAL NASIONAL TERAKREDITASI DIKTI, Sinta Score S2, Jurnal Ners Vol. 3 No. 2, 2008 Online, p-ISSN:1858-3598; e-SSN:2502-5791, https://doi.org/10.15017/17936
52	Nurses challenging to terminate irrelevant treatment prior to end of life patient (Penulis: Krisna Yetti) JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL: Enfermeria Clinica Volume 28, Supplement 1, February–June 2018, Pages 264-268, H INDEX 13, Q3, SJR: 0.22. DOI: 10.1016/S1130-8621(18)30167-0
53	The strategies of bureaucratic caring implementation by nurse manager: A systematic review. (Author: 1. Lusiyan,2. Yetti K, 3. Kuntarti). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, Available online 21 June 2019, ISSN: 11308621, 15792013, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.003
54	Caring behavior of nurses is linked to the implementation of bedside handover between shifts (Author: 1. Mellawani, S., 2. Yetti K, 3. Nurani T). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica,

No	Publikasi Ilmiah
	ISSN: 11308621, 15792013, Available online 4 July 2019, ARTIKEL IN PRESS, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.007
55	The perception discrepancy of nurse turnover in hospital. Author: 1. Ervariawati, T., 2. Yetti, K., 3. Novieastari, E., 4. Kuntarti, K. JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, Available online 11 July 2019 ISSN: 11308621, 15792013, DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.118
56	Analysis The factors affecting the quality of life of kidney transplantation patients at the Cipto Mangunkusumo General Hospital in Jakarta, Indonesia. Author: 1. Megawatia, 2. Yetti, K. 3. Sukmarini, L. JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, Available online 8 July 2019, ISSN: 11308621, 15792013, DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.063
57	The competency of clinical instructors as it relates to the caring behavior of new nurses. Author: 1. Widiyaningsih, T., 2. Yetti, K., 3. Kuntarti, K. JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, Available online 16 July 2019, ISSN: 11308621, 15792013, DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.122
58	Analysis of workload and occupational commitment: Their relationship to the caring behaviors of nurses in a hospital. Author: 1. Fitriani.,2. Yetti, K., 3.Kuntarti, K). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, Available online 16 July 2019, ISSN: 11308621, 15792013, DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.097
59	Analysis The factors affecting the quality of life of kidney transplantation patients at the Cipto Mangunkusumo General Hospital in Jakarta, Indonesia. Author: (1. Wijayanti, S., 2. Yetti, K., 3. Masfuri). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica,

No	Publikasi Ilmiah
	Available online 19 July 2019, ISSN: 11308621, 15792013, DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.110
60	Whether Clinical Nurses (PK) III placement in the outpatient unit is in accordance with its functions and responsibilities? (Author: 1. Humairoh, S., 2. Yetti K, 3. Rachmi, S.F). JURNAL INTERNASIONAL BEREPUTASI TERINDEKS DATABASE INTERNASIONAL, H INDEX 14, SJR 2018: 0.16, Q3. Enfermeria Clinica, ISSN: 11308621, 15792013, ARTIKEL IN PRESS, Available online 5 July 2019, https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.115
61	The Experiences of Indonesian Nurses in Japan Who Face the Job Cultural Stress in Their Work: A Quality Study (Author: 1. SETYOWATI, 2. Herni SUSANTI, 3. Krisna YETTI, 4. HIRANO, Yuko O., 5. KAWAGUCHI Yoshichika JURNAL INTERNASIONAL, Bulletin of Jyushu University Asia Center Vol. 5 June 2010, ISSN 1881-4220
62	Kemampuan Keluarga Merawat Usia Lanjut berdasarkan Karakteristik Keluarga dan Usia Lanjut (Penulis: 1. Siti Nur Kholifah, 2. Krisna Yetti, 3. Besral) JURNAL NASIONAL, Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 14 No. 1 Maret 2011 Hal. 1-8 ISSN 1410-4490 EISSN: 2354-9203 online
63	The Effect of Thoraces Muscle and Breathing Exercise to The Lung and Chest Expantion of COPD Patient in Medan (Penulis: 1. Rosina Br. Tarigan, 2. Krisna Yetti, 3. Budiharto PROCEEDING, 1st International Nursing Conference 2011, Nursing Research Innovation and International Collaboration, ISSN: 2088-9763
64	Penurunan Kadar Glukosa Darah Sewaktu melalui Terapi Reiki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 (Penulis: 1. Ester Inung Sylvia, 2. Krisna Yetti, 3. Rr. Tutik Sri Hariyati) JURNAL NASIONAL, Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 14, No. 2, Juli 2011 Hal. 113-120. ISSN 1410-4490 EISSN: 2354-9203 online
65	Pengaruh Elevasi Ekstremitas bawah Terhadap Proses Penyembuhan Ulkus Diabetik Di Wilayah Banten. (Penulis: 1. Indah Wulandari, 2. Krisna Yetti, 3. Rr. Tutik Sri Hayati

No	Publikasi Ilmiah
	PROCEEDING, Seminar Nasional Keperawatan I Universitas Riau, "Peningkatan Kualitas Penelitian Keperawatan Melalui "Multicentre Research", ISSN: 978-602-19166-0-5
66	Indonesian Nurses a Challenges for Passing the National Board Examination for Registered Nurse in Japanese: Suggestions for Solutions (Penulis: 1. Setyowati, 2. Ohno shun hirano O, 3. Yuko, 4. Krisna Yetti) JURNAL INTERNASIONAL: Jurnal Southeast Asian Studies, Vol. 49 No. 4 March 2012 Hal. 629-642 online, https://doi.org/10.20495/tak.49.4_629
67	Pemberian Asi Efektif Mempersingkat Durasi Pemberian Fototerapi (Penulis: 1. Rahmah, 2. Krisna Yetti, 3. Besral) JURNAL NASIONAL: Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 15 No. 1, Maret 2012 Penerbit: Jurnal keperawatan Indonesia Hal. 39-46. pISSN-1410-4490, eISSN-2354-9203.
68	Pengetahuan dan Dukungan Sosial Meningkatkan Self-Care Behavior Pada Anak Sekolah Dengan Thalasemia Mayor (Penulis: 1. Indanah, 2. Krisna Yetti, 3. Luknis Sabri) JURNAL NASIONAL, Jurnal Keperawatan Indonesia Vol. 15 No. 1 Maret 2012; hal 53-60. pISSN-1410-4490, eISSN-2354-9203.
69	Faktor -Faktor yang Mempengaruhi Fatigue pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis (Penulis: 1. Rumentalia Sulistini, 2. Krisna Yetti, 3. Rr. Tutik Sri Hariyati) JURNAL NASIONAL, Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 15 No. 2 Juli 2012 Penerbit: Jurnal keperawatan Indonesia Hal. 75-82 Online, pISSN-1410-4490, eISSN-2354-9203.
70	Analisis Faktor yang Memengaruhi Self Management Behaviour pada Pasien Hipertensi (Penulis: 1. Lia Mulyati, 2. Krisna Yetti, 3. Lestari Sukmarini) NASIONAL TERAKREDITASI: Sinta Score; S2, Jurnal Keperawatan Padjajaran Vol. 1 No. 2, Agustus 2013 Hal. 112-123, ISSN: 2442-7276 https://doi.org/10.24198/jkp.v1i2.59
71	Nursing Student's Perceptions Of The Roles Of Clinical Instructors In Clinical Practice Coaching For Patient Safety (Penulis: 1. Hanny H, 2. Krisna Yetti, 3. Rr Tutik Sri H, 4. Kuntarti, 5. Tuti N, 6. Kiki HR)

No	Publikasi Ilmiah
	PROCEEDING, Dalam Repository University Of Riau, Perpustakaan Universitas Riau. Online
72	Kecemasan dan Lamanya Waktu Menjalani Hemodialisis Berhubungan dengan Kejadian Insomnia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (Penulis: 1. Ida Rosdiana, 2. Krisna Yetti, 3. Luknis Sabri) JURNAL NASIONAL, Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 17 No. 2 Juli 2014 Hal. 39-47 pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203 online
73	Pemberian Sukrosa dan Non-Nutritive Sucking Terhadap Respons Nyeri dan Lama Tangisan Neonatus Pada Prosedur Invasif (penulis: 1. Kristiawati, 2. Krisna Yetti, 3. Hening Pujasari JURNAL NASIONAL TERKREDITASI DIKTI, Sinta Score S2: Jurnal Ners 5 No 2 pISSN: 1858-35998, eISSN: 2502-5791
74	Efektivitas Terapi Akupresur Terhadap Intensitas Nyeri Dismenore Pada Remaja. (Penulis: 1. Hasanah Oswati; 2. Yetti Krisna; 3. Wanda Dessie) PROCEEDING, https://repository.unri.ac.id/xmlui/bitstream/handl

