

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Perdebatan tentang euthanasia yang dimulai pada tahun 1935 timbul karena perbedaan penafsiran arti euthanasia itu sendiri dan sekarang telah bergeser dari inti debat yang mula-mula.

Pada mulanya, hanya karena kecanggihan ilmu pengetahuan dan pengobatan, maka ada sebagian kasus tidak dapat ditolong secara sempurna, sehingga penderita hanya separuh sembuh. Kadang-kadang penderita tertolong dari kematian, tetapi ia tidak sadar (dalam keadaan koma). Ia masih dikatakan hidup hanya karena bernafas. Dan oleh karena keadaan ini, ia dan keluarga menjadi sangat menderita, sehingga merindukan proses kematian datang kepada si penderita. Maka timbul pemikiran untuk melepaskan/membiarkan penderita meninggal dunia, tidak bersikeras mengusahakan kesembuhan lagi.

Kemudian hari, euthanasia dilakukan sebagai jalan untuk menghindari dari proses kematian yang lama dan menyiksa juga dirasakan perlu bagi mereka yang menderita penyakit yang tak disembuhkan (*terminal illness*) dan penyakit yang berangsur-angsur dan pasti akan menggerogoti fungsi organ tubuh. Walaupun pada saat itu, penderita masih dalam keadaan relatif baik dan stabil, tetapi dapat diperkirakan bahwa selang beberapa waktu lagi, maka ia akan mengalami kemunduran fisik yang membuat tubuhnya tidak berdaya dan yang akhirnya akan membawanya kepada kematian.

Mengapa harus menjalani seluruh proses kematian yang menyakitkan kalau si penderita mempunyai pilihan mati saat sekarang ?

Pada praktek euthanasia di Belanda, di mana euthanasia telah sah di hadapan hukum dengan rambu-rambu tertentu, ternyata euthanasia juga diberlakukan pada penderita yang mengidap gangguan psikis (kejiwaan). Bahkan untuk beberapa kasus, dokter terlalu mudah menyarankan penderita untuk melakukan euthanasia daripada menganjurkan penderita untuk bertahan dan berjuang untuk hidup.

Tindakan euthanasia secara sukarela dengan mudah berubah menjadi tindakan *non voluntary euthanasia*. Penderita tidak lagi diberi kesempatan untuk menentukan dan memilih tindakan apa yang akan dilakukan terhadapnya. Dokter menjadi pengambil keputusan tunggal.

Jadi sebagai inti perdebatan adalah bagaimana euthanasia dapat menolong orang yang berstatus “*vegetatif*” untuk berhenti dari tindakan perjuangan dokter yang berusaha merebutnya dari kematian, dan euthanasia sebagai satu-satunya jalan keluar dari penderitaan (fisik maupun psikis) yang nampak di depan mata.

Karena kecenderungan euthanasia sebagai jalan pintas dalam menyelesaikan penderitaan, maka timbul perdebatan apakah etis seorang dokter yang memegang orang kunci yang mengetahui seluk beluk penyakit dan perkembangannya di dalam tubuh kita memberikan bantuan/pertolongan melakukan euthanasia.

Sebetulnya sikap yang seolah-olah “melestarikan” kehidupan sudah secara bertahap ditinggalkan sejak tahun 1980an. Tidak memberikan pertolongan medis yang berlebihan dipakai sebagai acuan. Sebagai tolok ukurnya, adalah manfaat pemakaian alat bantu penunjang kehidupan bagi penderita. Termasuk di dalamnya pemakaian alat bantu penunjang kehidupan yang sudah terpasang, bila tidak bermanfaat bagi penderita, maka boleh dilepaskan. Obat-obatan yang tidak memberikan manfaat kepada kesembuhan juga tidak diberikan lagi. Penderita diberikan obat-obatan yang dapat mengurangi rasa sakit, walaupun kadang-kadang mempunyai efek samping dapat memperpendek hidup penderita.

Penghentian makanan dan minuman serta nutrisi melalui selang langsung ke lambung, belum dapat disetujui sepenuhnya oleh kalangan dokter, teolog dan ahli hukum. Perdebatan mengenai hal ini bersangkutan dengan definisi “mati” yang ada sejak dahulu.

Bila “mati” adalah keadaan tidak bernafas, maka membiarkan seseorang koma seperti membiarkan tanaman tidak diberi air dan makanan. Bagi mereka yang kontra euthanasia, hal ini berarti suatu tindakan yang tidak bertanggung jawab dan salah secara etika dan moral.

Bila “mati” adalah keadaan di mana otak sudah tidak bekerja lagi, yang ditunjukkan dengan grafik encephalogram yang mendatar, maka penghentian makanan/nutrisi sebetulnya sudah tidak mengandung arti apa-apa lagi bagi penderita. Ia tidak dapat merasakan kelaparan lagi. Dengan demikian tindakan ini tidak akan memberikan beban moral kepada pengambil keputusan tindakan.

Semua tindakan yang seolah-olah tidak melakukan apa-apa atau secara langsung yang dapat menyebabkan percepatan kematian disebut euthanasia pasif. Dengan definisi baru mengenai keadaan “mati” maka bentuk euthanasia pasif dapat diterima oleh sebagian besar orang, para ahli dan teolog (lihat hasil survey dan Pandangan Tokoh Kristen pada Bab IV). Walaupun sementara orang menilai bahwa meninggal dunia melalui euthanasia pasif tidak sama dengan mati secara alamiah sehingga tidak sesuai dengan Alkitab.

Sekarang bentuk euthanasia ini sudah banyak dipraktekkan, baik di negara berkembang maupun negara maju, sebagai tanggapan yang positif terhadap hak seseorang untuk mati, bila memang kondisi fisik sudah tidak memungkinkan lagi.

Tindakan euthanasia aktif dan PAS belum dapat diterima baik secara moral maupun hukum. Di negara-negara yang menerima hak seseorang untuk bunuh diri sekalipun, juga belum dapat melegalisir undang-undang PAS. Hanya Belanda dan negara bagian Oregon (USA) yang mempunyai undang-undang PAS. Keberatannya terletak pada kontrol/pengawasan terhadap pelaksanaan PAS, yang dikhawatirkan menjadi kebablasan bila undang-undang PAS disahkan, sehingga bahkan dapat mengancam hak hidup seseorang.

Dari sudut etika Kristen, euthanasia pasif, euthanasia aktif dan PAS melanggar aturan dan ketetapan yang telah Tuhan berikan melalui Alkitab. Tindakan yang dilakukan mempunyai unsur campur tangan manusia dalam mengakhiri kehidupan, tindakan yang tidak sepatutnya dilakukan manusia untuk mengganggu hal-hal yang hanya merupakan hak otoritas Tuhan.

Yang penting pada saat sekarang, sebagai orang Kristen dan gereja, kita harus mampu meminimalkan keinginan penderita untuk turut campur tangan dalam menentukan kematian.

Salah satu tindakan positif, telah dimulai oleh Cicely Saunders yang mendirikan rumah perawatan bagi orang-orang yang terkonis meninggal, pada tahun 1950 di Inggris.¹ Bentuk pelayanan yang diberikan secara terintegrasi, dari penanggulangan rasa sakit, pemberian dukungan spiritual dan sosial terhadap penderita dan keluarga, dari bulan-bulan terakhir menjelang kematian hingga proses kematian selesai. Karena perawatannya bersifat jangka panjang, berbeda dari rumah sakit, maka sering juga disebut sebagai perawatan rumah inap (*hospice care*).

Tim pelayanan terdiri dari orang-orang interdisiplin ilmu, terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, sukarelawan, pendeta dan lain-lain. Semuanya mempunyai fokus orientasi kepada “apa yang terbaik bagi penderita”. Tim dokter yang tergabung dalam perawatan ini, bertugas mendampingi penderita yang sekarat, dalam menjalani proses kematian, dengan meringankan perjalanan menuju kematian melalui obat-obatan, penjelasan dan kehadiran mereka.

Dengan pelayanan seperti *hospice care*, di mana penderita dilayani secara utuh, maka keputus-asaan karena penderitaan dan rindu untuk mengakhirinya segera dengan euthanasia aktif atau PAS tidak akan timbul. Penderita yang jiwanya terlayani, maka tidak akan menderita depresi, sehingga tidak akan memikirkan euthanasia aktif dan PAS sebagai jalan keluar mengakhiri

¹ Beth Spring & Ed Larson, *Euthanasia*, 174

penderitaannya. Kita dapat hidup hingga kita saatnya kita mati dan kita dapat melalui masa transisi kedua keadaan dengan sempurna.

Ilmu pengetahuan dan medis memberikan kesempatan hidup yang berkualitas, tetapi mereka tidak boleh berjalan lebih jauh lagi, dengan membantu pelaksanaan proses kematian yang merupakan kedaulatan Allah dan memporakporandakan keyakinan serta hubungan yang baik antara dokter dan penderita.