



Pro dan Kontra untuk Kematian yang Dibantu Dokter (KDD): Konsep Martabat dalam Perawatan Akhir Kehidupan

Pros and Cons for Physician-Assisted Death (PAD): The Concept of Dignity in End-Of-Life Care

^{1,2}Urfa Khairatun Hisan*, ³Dian Rizzky Aisyari

Email (Corresponding Author) : *urfa.hisan@med.uad.ac.id

¹Faculty of Medicine, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta, Indonesia

²Graduate School of Bioethics, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

³Health Financing Policy and Insurance Management Studies Program, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

ARTICLE INFO

Article history

Received 02 Dec 2022
Revised 17 Apr 2023
Accepted 25 Apr 2023

Keywords

Kematian yang Bermartabat
Kematian yang Dibantu Dokter
Death with Dignity
Physician-assisted Death
Fase Akhir Kehidupan
End-of-life

(consist of 3 to 5 keywords)

ABSTRAK

Banyak pasien berpendapat bahwa kematian yang dibantu dokter (KDD) merupakan salah satu cara untuk mewujudkan kematian yang bermartabat. Pada pasien yang menderita penyakit kronis dan menahun, KDD dapat dianggap sebagai upaya mewujudkan kematian yang bermartabat. Khususnya pada pasien yang mengidap *terminal illness*, mereka seringkali berpendapat bahwa kematian yang bermartabat melalui KDD jauh lebih baik dibanding penderitaan dan rasa sakit yang berkelanjutan, yang pada akhirnya mengantarkan pada keluaran yang sama: kematian. Terdapat berbagai alasan yang dikemukakan oleh pasien yang memohon KDD, meliputi rasa sakit yang menahun, membebani keluarga/teman, kehilangan otonomi, kehilangan kualitas hidup yang layak, kurangnya harga diri dan kepercayaan diri, kehilangan kendali atas fungsi tubuh, hingga merasa bahwa hidupnya sudah cukup memuaskan. Meski demikian, perdebatan terkait KDD merupakan perdebatan yang telah berlangsung panjang. Pihak pendukung KDD berargumen bahwa KDD dapat menghapuskan rasa sakit dan penderitaan, penghormatan terhadap otonomi pasien, hingga mengurangi tanggungan dan beban finansial/medis. Di sisi lain, pihak yang kontra dengan KDD berpendapat bahwa KDD merupakan tindakan keputusan/bunuh diri. Selain itu, pasien yang mengharapkan KDD seringkali dianggap pasien yang depresi dan berputus asa sehingga alih-alih memerlukan KDD, mereka seharusnya diberikan dukungan psikologi yang memadai. Tindakan KDD dan legalisasi KDD juga dianggap kontroversial dan berpotensi untuk menimbulkan masalah di kemudian hari. Pada artikel ini, penulis merangkum dan menyampaikan pro dan kontra dari tindakan KDD dari sudut pandang penulis. Alih-alih memihak salah satu pendapat, artikel ini berada pada posisi netral dan hanya merangkum argumen-argumen yang sudah ada terkait pro dan kontra terhadap KDD

ABSTRACT

Many patients think that physician-assisted death (KDD) is one way to achieve a dignified death. In patients suffering from chronic and chronic diseases, KDD can be considered as an effort to achieve a

dignified death. Especially in patients with terminal illnesses, they often think that a dignified death through KDD is far better than continuous suffering and pain, which ultimately leads to the same outcome: death. There are various reasons given by patients who apply for KDD, including chronic pain, family/friends, loss of autonomy, loss of a decent quality of life, lack of self-esteem and self-confidence, loss of control over bodily functions, and feeling that life is enough. satisfying. However, most of what KDD relates to is a long time span. Supporters of KDD argue that KDD can eliminate pain and suffering, respect patient autonomy, and reduce financial/medical burdens and burdens. On the other hand, those who oppose KDD argue that KDD is an act of despair/suicide. In addition, patients who expect KDD are often seen as depressed and hopeless patients so that instead of needing KDD, they must provide adequate psychological support. KDD actions and the legalization of KDD are also considered controversial and have the potential to cause problems in the future. In this article, the author summarizes and presents the pros and cons of KDD from the author's point of view. Instead of taking sides with one opinion, this article is in a neutral position and only summarizes the existing arguments regarding the pros and cons of KDD.

This is an open access article under the [CC-BY-SA](#) license.



PENDAHULUAN

Dignity atau harkat dan martabat adalah komponen penting dalam memberikan perawatan untuk pasien dalam fase akhir kehidupan dan keluarga mereka. Kematian dengan bermartabat dianggap sebagai tujuan perawatan akhir hayat yang berkualitas¹. Namun demikian, konsep ini masih belum didefinisikan dengan baik. Di dalam perawatan medis, menjaga harkat dan martabat merupakan salah satu tanggung jawab tenaga medis^{2,3}. Di sebagian besar budaya, menjaga harkat dan martabat terutama di saat-saat terakhir kehidupan memiliki nilai penting^{1,4}. Dengan kata lain, menghormati pilihan dan keputusan individu mengenai akhir hidup, dan bagaimana dan kapan untuk meninggal adalah hak semua manusia. Oleh karena itu, konsep *dignity* membutuhkan pedoman yang luas dan kerangka kerja bagi dokter, perawat, pasien dan anggota keluarga mengenai perawatan akhir hayat.

Kematian dengan bermartabat adalah hak setiap manusia; merupakan pengalaman subjektif dan juga nilainya dipengaruhi oleh orang lain. Saat pasien bergerak menuju kematian, meningkatnya ketergantungan dan hilangnya otonomi serta menjadi *construct* yang bergantung pada orang lain^{5,6}. Hingga pada akhir kehidupan, martabat tidak lagi ditentukan oleh otonomi, kemandirian, dan pengendalian diri pasien, melainkan martabat menjadi tergantung pada orang lain. Kematian dengan bermartabat adalah konsep dinamis yang berubah sepanjang perjalanan penyakit. Selain itu, banyak faktor yang mempengaruhi martabat pasien yang sekarat. Beberapa faktor-faktor ini termasuk di antaranya adalah faktor demografis; faktor - faktor yang berhubungan dengan penyakit, pengobatan dan perawatan, serta komunikasi^{4,6}.

Beberapa instrumen telah dikembangkan untuk mengukur masalah terkait martabat di akhir kehidupan, dengan fokus pada pengukuran faktor-faktor yang mempengaruhi martabat pasien

yang dalam fase akhir kehidupan. Berdasarkan referensi belajar yang ditemukan, *The Patient Dignity Inventory* (PDI), yang dikembangkan oleh Chochinov et al.⁷ berdasarkan *Model Dignity*, memfasilitasi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi berbagai masalah yang mengarah ke penderitaan di antara pasien dalam fase akhir kehidupan. Periyakoil et al.⁸ mengembangkan dua *rank-order card-sort tools: Dignity Card-Sort Tool* (DCT) dan *Preservation of Dignity Card-Sort Tool* (p-DCT). *Tools* ini dapat digunakan untuk mengevaluasi persepsi pasien tentang faktor-faktor utama yang mempengaruhi hilangnya martabat dan peningkatan martabat di akhir hayat.

Banyak pasien berpendapat bahwa kematian yang dibantu dokter (KDD) merupakan salah satu cara untuk mewujudkan kematian yang bermartabat^{1,3}. Pada pasien yang menderita penyakit kronis dan menahun, KDD dapat dianggap sebagai upaya mewujudkan kematian yang bermartabat. Khususnya pada pasien yang mengidap *terminal illness*, mereka seringkali berpendapat bahwa kematian yang bermartabat melalui KDD jauh lebih baik dibanding penderitaan dan rasa sakit yang berkelanjutan, yang pada akhirnya mengantarkan pada keluaran yang sama: kematian. Terdapat berbagai alasan yang dikemukakan oleh pasien yang memohon KDD, meliputi rasa sakit yang menahun, membebani keluarga/teman, kehilangan otonomi, kehilangan kualitas hidup yang layak, kurangnya harga diri dan kepercayaan diri, kehilangan kendali atas fungsi tubuh, hingga merasa bahwa hidupnya sudah cukup memuaskan⁹. Seperti halnya para atlet yang memutuskan untuk pensiun saat karirnya mulai meredup, para pasien yang menginginkan KDD juga memiliki pemahaman yang sama: Alih-alih menunggu kematian, mereka memilih memperoleh KDD untuk menciptakan kematian yang bermartabat.

Meski demikian, perdebatan terkait KDD merupakan perdebatan yang telah berlangsung panjang⁶. Pihak pendukung KDD berargumen bahwa KDD dapat menghapuskan rasa sakit dan penderitaan, penghormatan terhadap otonomi pasien, hingga mengurangi tanggungan dan beban finansial/medis^{6,10,11}. Di sisi lain, pihak yang kontra dengan KDD berpendapat bahwa KDD merupakan tindakan keputusasaan/bunuh diri^{10,11}. Selain itu, pasien yang mengharapkan KDD seringkali dianggap pasien yang depresi dan berputus asa sehingga alih-alih memerlukan KDD, mereka seharusnya diberikan dukungan psikologi yang memadai. Tindakan KDD dan legalisasi KDD juga dianggap kontroversial dan berpotensi untuk menimbulkan masalah di kemudian hari^{6,8}. Di Indonesia, pembahasan mengenai kematian yang bermartabat dan tindakan KDD masih sangat jarang dilakukan, khususnya dikarenakan KDD dianggap sebagai tindakan bunuh diri oleh sebagian orang, sehingga tabu untuk dibicarakan¹². Pada artikel ini, penulis merangkum dan menyampaikan pro dan kontra dari tindakan KDD dari sudut pandang penulis. Alih-alih memihak salah satu

pendapat, artikel ini berada pada posisi netral dan hanya merangkum argumen-argumen yang sudah ada terkait pro dan kontra terhadap KDD.

PRO: JUSTIFIKASI UNTUK KEMATIAN YANG DIBANTU DOKTER (KDD)

Menghapuskan Rasa Sakit dan Penderitaan Akibat Penyakit

Salah satu justifikasi kuat untuk membenarkan tindakan KDD adalah anggapan bahwa KDD dapat menghapus/mengangkat rasa sakit dan penderitaan pasien, terutama pada pasien yang mengalami penyakit kronis menahun^{13,14,15}. Pada pasien yang mengalami *terminal illness*, rasa sakit dan penderitaan dapat diasosiasikan dengan rasa putus asa diakibatkan hasil akhir yang sudah hampir pasti: kematian. Pasien merasa bahwa tidak ada gunanya memperpanjang masa hidup jika yang didapatkan hanyalah rasa sakit dan penderitaan akibat penyakit yang tidak ada obatnya. Lebih lanjut, memperpanjang usia hidup melalui obat-obatan dan alat bantu medis tidak akan meningkatkan kualitas hidup¹⁵. Sebenarnya, terdapat tindakan paliatif yang dapat diberikan pada pasien yang mengidap *terminal illness* sehingga kualitas hidup tetap dapat ditingkatkan di akhir hayat pasien tersebut¹⁶. Meski demikian, ternyata banyak pasien yang menganggap bahwa tindakan paliatif tidak cukup untuk mengangkat rasa sakit dan penderitaan mereka, sehingga mereka menganggap bahwa KDD justru dapat memberikan jaminan akhir hidup yang terhormat¹⁷.

Penghormatan terhadap Otonomi Pasien

Bioetika dalam ranah kedokteran mengandung prinsip-prinsip yang telah dikemukakan sejak beberapa dekade lalu. Salah satu prinsip bioetika yang paling terkenal adalah empat prinsip dasar etika biomedika yang dikemukakan oleh Tom Beauchamp dan James Childress, meliputi penghormatan terhadap otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, dan keadilan¹⁸. Keempat prinsip dasar ini diharapkan dapat digunakan untuk menyelesaikan permasalahan etika kedokteran yang kompleks.

Menurut Beauchamp dan Childress, penghormatan terhadap otonomi didasarkan pada konsep bahwa setiap orang berhak untuk dihormati dan memiliki kapasitas untuk menentukan masa depannya sendiri¹⁹. *Beneficence* berarti memaksimalkan manfaat dan meminimalkan efek berbahaya yang ditimbulkan dari suatu penelitian/intervensi medis²⁰. Sedangkan dalam konteks praktek kedokteran, prinsip *non-maleficence* (sering dikenal dengan istilah “do no harm”) menyatakan bahwa terlepas dari potensi manfaatnya, tindakan/intervensi medis tidak boleh menimbulkan kerugian yang signifikan²⁰. Terakhir, prinsip keadilan menyatakan bahwa segala intervensi atau tindakan medis harus berdasarkan pada konsep keadilan¹⁸.

Dalam kaitannya dengan ranah KDD dan kematian bermartabat, tindakan pelanggaran KDD oleh tenaga medis dapat diasosiasikan dengan pelanggaran terhadap otonomi pasien. Secara umum,

pasien yang menginginkan KDD memiliki berbagai alasan. Data yang dipublikasikan oleh Departemen Kesehatan Masyarakat Oregon pada tahun 2018 menyatakan bahwa pasien yang menginginkan KDD memiliki alasan “kehilangan otonomi” (90,6%), “kurang mampu melakukan

aktivitas yang membuat hidup menyenangkan” (89,1%), “kehilangan harga diri” (74,4%), “beban keluarga, teman/pengasuh” (44,8%), “kehilangan kendali atas fungsi tubuh” (44,3%), atau “khawatir dengan nyeri dan rasa sakit yang berkelanjutan” (25,7%)⁹. Selain itu, seringkali pasien merasa bahwa hidupnya sudah “komplis”, ditandai dengan berbagai pencapaian yang telah didapatkan semasa hidupnya (misal: pendidikan dan karir, anak, cucu, dan keluarga), sehingga mereka memiliki perasaan *nothing-to-lose* dan menganggap bahwa KDD merupakan pilihan yang baik untuk menghilangkan penderitaan mereka. Pada titik ini, tenaga medis yang menghalang-halangi permintaan KDD dapat dianggap melakukan tindakan pelanggaran etis terhadap prinsip “penghormatan terhadap otonomi pasien”.

Mengurangi Tanggungan Finansial dan Fasilitas Medis, serta Mendorong Keadilan Medis

Meskipun terdengar kejam dan tidak berperikemanusiaan, pasien yang menderita penyakit kronis menahun (atau bahkan *terminal illness*), terutama yang harus dirawat di rumah sakit, dapat berpotensi meningkatkan beban dan tanggungan finansial, baik bagi pasien itu sendiri, keluarga, maupun fasilitas medis. Data pada tahun 2005 mengemukakan bahwa pasien usia senja, yang diasosiasikan dengan pasien dengan komorbiditas dan kerentanan yang tinggi, berpotensi membebani keuangan negara²¹. Selain itu, pada kondisi dimana terjadi kelangkaan alat medis dan sumber daya kesehatan lainnya, seperti halnya pada saat periode awal dan puncak pandemi COVID-19, pemilihan pasien dan *resource rationing* menjadi kebijakan yang tidak dapat dihindarkan²²⁻²⁶. Pada kondisi ini, pasien dengan tingkat keparahan (*severity*) yang tinggi, serta pasien usia senja menjadi kelompok pasien yang dikorbankan²⁷⁻²⁹. Jika pengorbanan ini tidak dilakukan, pasien anak-anak dan pasien usia dewasa dengan angka harapan hidup dan peluang sembuh yang cukup tinggi justru berpotensi untuk tidak mendapatkan perawatan medis yang memadai, yang pada akhirnya dapat berakibat pada kematian mereka. Dengan demikian, tindakan KDD dapat membantu meringankan beban medis, khususnya pada kondisi kelangkaan sumber daya, sehingga dapat mendorong terciptanya keadilan medis.

KONTRA: ARGUMENTASI PENOLAKAN KEMATIAN YANG DIBANTU DOKTER (KDD)

Asosiasi dengan Bunuh Diri: Apakah KDD dianggap sebagai Bunuh Diri?

Meski beberapa penelitian menyatakan bahwa KDD bukanlah termasuk bunuh diri^{30, 31}, banyak pihak tetap menganggap bahwa KDD adalah tindakan bunuh diri. Salah satu alasan utama mengapa studi dan pembahasan terkait kematian bermartabat dan KDD jarang dilakukan di Indonesia adalah

anggapan bahwa KDD merupakan tindakan bunuh diri. Di Indonesia, lebih dari 85% penduduknya menganut Agama Islam³². Dalam Agama Islam, tindakan bunuh diri merupakan tindakan yang tercela, yang dapat mengakibatkan pelakunya masuk ke dalam neraka³³. Tindakan KDD dapat diasosiasikan dengan tindakan putus asa atas pengharapan dan rahmat Tuhan Yang Maha Esa (dalam Islam: Allah SWT), dan dianggap sebagai tindakan bunuh diri³³. Selain itu, rasa sakit dan penderitaan yang berkelanjutan juga diinterpretasikan sebagai bentuk ujian/cobaan³⁴ hingga upaya penghapusan dosa³⁵. Pada sudut pandang ini, rasa sakit dan penderitaan yang berkelanjutan merupakan keadaan yang harus diterima dengan sabar dan lapang dada³⁶. Pasien diharapkan berdoa, menambah amal kebaikan, dan mendekatkan diri kepada Tuhan, sembari bersabar menunggu datangnya kematian

Meski demikian, pada saat pandemi lalu, kondisi kelangkaan medis dan keadaan yang tidak menentu membuat sebagian pasien penderita COVID, khususnya yang mengidap komorbiditas dan memiliki angka harapan hidup/peluang sembuh rendah, memutuskan untuk berada di rumah bersama keluarga dan tidak berobat ke rumah sakit, meskipun mereka sadar bahwa keputusan tersebut berarti risiko kematian yang lebih tinggi. Mereka menganggap bahwa kematian bersama keluarga merupakan kematian yang bermartabat. Selain itu, kondisi pandemi yang mengharuskan pasien terisolasi sendiri di rumah sakit menyebabkan potensi pasien tersebut meninggal secara sendirian tanpa ditemani oleh anggota keluarga, dengan alat-alat medis terpasang di tubuhnya. Ditinjau dari sudut pandang agama (dalam hal ini Islam), fase hidup yang diakhiri dengan ucapan *syahadat* dapat mendorong kematian yang bermartabat (*husnul khatimah*)³⁷. Pada kondisi pasien yang lemah, peran anggota keluarga untuk membimbing pasien mengucapkan kalimat *syahadat* menjadi krusial.

Keputusasaan dan Depresi dalam Pengidap Penyakit Kronis Menahun

Secara natural, dapat dipahami bahwa penderita penyakit, khususnya penderita jangka panjang, mengalami depresi dan putus asa^{38,39}. Mereka merasa bahwa penyakit yang mereka idap tidak kunjung sembuh. Meski secara teori, penyakit tersebut bukanlah penyakit yang mengancam nyawa, bukan tidak mungkin pengidapnya akan mengalami depresi dan putus asa, yang berakhir dengan tindakan untuk mengakhiri hidup (contoh: kondisi gagal ginjal yang mengharuskan penderitanya melakukan terapi cuci darah seumur hidupnya). Pada keadaan ini, tindakan KDD menjadi tindakan yang tidak dapat dibenarkan. Alih-alih memperoleh tindakan KDD, pasien yang demikian seharusnya mendapatkan tindakan dukungan mental dan psikologi sehingga timbul Kembali semangat di dalam pasien tersebut. Namun, perlu juga diperhatikan bahwa tindakan dukungan yang diberikan tidak boleh bertujuan untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan pasien itu sendiri. Dalam hal ini, dikarenakan pasien termasuk dalam grup rentan (*vulnerable group*).

Meski demikian, aturan dan tata laksana yang jelas untuk membedakan pasien mana yang berhak (dan etis) untuk diberikan KDD dan pasien mana yang tidak, masih belum ada, menyebabkan tindakan KDD berpotensi untuk disalahgunakan.

Legal and Ethical Considerations: Berjalan di Atas Seutas Tali yang Tipis

Perancangan tata laksana dan implementasi KDD dapat diibaratkan sebagai perjalanan di atas seutas tali yang tipis. Hal ini dikarenakan bahwa tindakan KDD sangat berpotensi untuk menjerumuskan tenaga medis maupun keluarga pasien itu sendiri ke dalam tindakan yang merugikan pasien. Selain itu, penyusunan aturan undang-undang (legalitas) yang adil dan menerapkan prinsip etika yang baik juga sangat sulit dilakukan. Hal ini dikarenakan tidak ada batas-batas parameter yang jelas terkait apa yang boleh, dan tidak boleh dilakukan terkait KDD. Selain itu, prinsip norma, budaya, dan agama yang beragam juga memperumit proses penyusunan aturan ini. Jika tidak berhati-hati, bukan tidak mungkin tenaga medis yang bertanggungjawab atas intervensi KDD ini terjatuh ke dalam tindakan malpraktik kriminal. Selain itu, pada pasien kaya raya yang memiliki penyakit menahun, misalnya, pihak keluarga yang tidak bertanggung jawab dapat berupaya mempengaruhi pasien tersebut untuk mengambil tindakan KDD dengan tujuan agar harta warisan dapat segera didapatkan. Selain itu, keluarga juga dapat berargumen bahwa mempertimbangkan kondisi pasien tersebut, pasien tersebut sudah tidak lagi memiliki hak terhadap *informed consent* sehingga hak *informed consent* jatuh kepada wakilnya, dalam hal ini keluarga. Terakhir, pelegalan tindakan KDD berpotensi mendorong pasien-pasien lain, khususnya yang mengalami kondisi serupa, untuk juga melakukan tindakan KDD⁴⁰.

CATATAN DAN KESIMPULAN

KDD merupakan intervensi medis yang bersifat kontroversial. Kalangan pendukung KDD berpendapat bahwa KDD menghapuskan rasa sakit dan penderitaan pasien, menghargai hak otonomi, hingga mengurangi beban sumber daya finansial dan medis. Di sisi lain, kalangan yang kontra terhadap intervensi KDD berpendapat bahwa KDD merupakan tindakan bunuh diri. Selain itu, pasien yang menginginkan KDD seringkali merupakan pasien yang putus asa dan depresi sehingga mereka lebih membutuhkan dukungan psikologi yang kuat, alih-alih membutuhkan KDD. Dari sudut pandang legalitas dan etika, KDD juga merupakan praktik yang rawan untuk disalahgunakan, hingga berpotensi menjerumuskan tenaga medis dan keluarga kepada tindakan yang tidak bertanggungjawab. Secara umum, KDD dianggap memberikan kematian yang lebih pasti dan lebih 'aman' dibandingkan tindakan bunuh diri atau tindakan sembrono yang lain. Pada dasarnya, oleh para pendukungnya, KDD dipertimbangkan sebagai opsi yang baik untuk mengakhiri hidup, khususnya untuk pasien yang mengalami kekhawatiran dan ketakutan terkait proses kematian dan kematian (*death anxiety*).

Kekhawatiran dan ketakutan terkait proses kematian dan kematian (*death anxiety*) merupakan salah satu faktor penyebab hilangnya harkat dan martabat seseorang. Oleh karena itu, harkat dan martabat mengarah pada kebanggaan, harga diri, rasa sejahtera, harapan, keyakinan dan kehidupan yang bermakna dan bertujuan dan pada akhirnya mengarah pada pengurangan penderitaan pasien dan memfasilitasi kematian yang nyaman. Atribut terpenting dari konsep *death with dignity* termasuk hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, privasi, ketergantungan pada alat bantu hidup yang minimal atau alat yang menurunkan kemandirian dan kualitas hidup pasien, dihormati, dan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan perhatian khusus pada keyakinan pasien. Pasien percaya bahwa ketika mereka tidak menderita, menerima lebih sedikit medis intervensi dan merasa aman, dan kemandirian mereka dan rasa hormat dipertimbangkan dalam semua keputusan, itu berarti kematian dengan bermartabat. Karena salah satu dari empat prinsip etika kedokteran adalah menghormati partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan mengenai penanganan penyakit dan pengobatan, pasien adalah pengambil keputusan akhir dalam hal proses pengobatan.

Memahami kepercayaan pasien serta menghormati dan harkat dan martabat keluarga mereka dapat memperdalam aspek kemanusiaan dari hubungan dokter-pasien dan perawat-pasien. Oleh karena itu, perawatan berkualitas memerlukan pertimbangan masalah budaya dalam masyarakat yang berbeda. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus mampu memberikan perawatan akhir hayat untuk pasien dari latar belakang budaya yang berbeda karena perawatan akhir hayat dapat ditingkatkan. *Death with dignity* memiliki dampak positif pada pengurangan rasa takut dan tekanan psikologis dalam pasien dan keluarganya, pengendalian nyeri, relaksasi, menciptakan rasa damai dan kematian yang damai. Selain itu, juga memiliki konsekuensi seperti pembentukan rasa aman, pengurangan lama rawat inap dan biaya dan peningkatan motivasi tenaga medis untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.

Penting juga untuk dicatat bahwa keluarga anggota dan teman dekat pasien juga akan mengalami pengalaman berkaitan dengan kematian saat kebersamaan pasien. Merawat kerabat yang sakit dan kematian anggota keluarga dianggap sebagai pengalaman yang sangat menegangkan bagi mereka yang terlibat. Jadi, *death with dignity*, selain untuk pasien, juga penting untuk keluarga pasien yang harus diperhitungkan oleh tenaga medis.

Dapat disimpulkan bahwa untuk mendukung harkat dan martabat pasien di akhir hayat, lingkungan harus diciptakan untuk membantu pasien merasa layak mendapat kasih sayang dan dukungan, bukan merasa malu atau merasa bahwa mereka adalah beban. Ini akan mendorong pasien untuk menghabiskan waktu untuk menerima kondisi mereka yang berubah, sehingga memungkinkan mereka untuk menerima bantuan dan membuat diri pasien merasa berharga. Anggota keluarga penting bagi pasien yang dalam fase akhir hayar dan harus dimasukkan dalam

rencana perawatan. Tenaga kesehatan perlu dipersiapkan dengan baik dalam pengetahuan, keterampilan, dan sikap agar mampu memberikan perawatan akhir hayat yang bermartabat.

Banyak peraturan yang menyatakan bahwa individu harus diperlakukan dengan bermartabat, tetapi tanpa definisi yang jelas tidak mungkin untuk mengevaluasi mematuhi persyaratan ini. Bagaimanapun, analisis mengenai konsep *death with dignity* ini tidak akan pernah berakhir; setiap kali pengetahuan dan pengalaman baru muncul dari konsep ini, pengembangan lebih lanjut dari konsep akan dibutuhkan. Selain itu, model *dignity* yang kebanyakan dibahas berpusat pada pasien atau *patient centered*. Pembahasan lebih lanjut diperlukan untuk mengevaluasi makna kematian dengan bermartabat lintas budaya dan pengembangannya serta pembahasan untuk mengeksplorasi persepsi keluarga pasien tentang martabat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Allmark, P. (2002). Death with dignity. *Journal of medical ethics*, 28(4), 255-257.
2. Oakman, B. N., Campbell, H. E., & Runk, L. M. (2015). Death with Dignity: The Developing Debate Among Health Care Professionals. *The Consultant Pharmacist*, 30(6), 352-355.
3. Leung, D. (2007). Granting death with dignity: patient, family and professional perspectives. *International journal of palliative nursing*, 13(4), 170-174.
4. Gentzler, J. (2003). What is a death with dignity?. *The Journal of medicine and philosophy*, 28(4), 461-487.
5. Kovács, M. J. (2014). Towards death with dignity in the XXI Century. *Revista Bioética*, 22, 94-104.
6. Srinivasan, E. G. (2019). Bereavement and the Oregon Death with Dignity Act: How does assisted death impact grief?. *Death studies*, 43(10), 647-655.
7. Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., ... & Murray, A. (2008). The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 36(6), 559-571.
8. Periyakoil, V. S., Chmura Kraemer, H., & Noda, A. (2009). Creation and the empirical validation of the dignity card-sort tool to assess factors influencing erosion of dignity at life's end. *Journal of palliative medicine*, 12(12), 1125-1130.
9. Oregon Death with Dignity Act: 2018. *Data Summary. Oregon Public Health Division, Center for Health Statistics*. <https://www.oregon.gov>. Diakses pada: 2 Desember 2022.
10. Appelbaum, P. S. (2018). Physician-assisted death in psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 145.
11. Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T., & Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Medical care*, 938-944.
12. Krisnalita, L. Y. (2021). Euthanasia Dalam Hukum Pidana Indonesia dan Kode Etik Kedokteran. *Binamulia Hukum*, 10(2), 171-186.
13. Frolic, A., Murray, L., Swinton, M., & Miller, P. (2022, December). Getting beyond pros and cons: Results of a stakeholder needs assessment on physician assisted dying in the hospital setting. In *Hec Forum* (Vol. 34, No. 4, pp. 391-408). Springer Netherlands.
14. Sumner, L. W. (2017). *Physician-assisted death: What everyone needs to know*. Oxford University Press.
15. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Physician-assisted death: Scanning the landscape: Proceedings of a workshop*.

16. Hallenbeck, J. L. (2022). *Palliative care perspectives*. Oxford University Press.
17. Campbell, C. S., & Black, M. A. (2014). Dignity, death, and dilemmas: a study of Washington hospices and physician-assisted death. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 137-153.
18. Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9-12.
19. Soofi, H. (2022). Respect for Autonomy and Dementia Care in Nursing Homes: Revising Beauchamp and Childress's Account of Autonomous Decision-Making. *Journal of Bioethical Inquiry*, 19(3), 467-479.
20. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014;81(3):4-13.
21. Tabata, K. (2005). Population aging, the costs of health care for the elderly and growth. *Journal of Macroeconomics*, 27(3), 472-493.
22. Savulescu, J., Vergano, M., Craxì, L., & Wilkinson, D. (2020). An ethical algorithm for rationing life-sustaining treatment during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Anaesthesia*, 125(3), 253-258.
23. McGuire, A. L., Aulisio, M. P., Davis, F. D., Erwin, C., Harter, T. D., Jagsi, R., ... & COVID-19 Task Force of the Association of Bioethics Program Directors (ABPD). (2020). Ethical challenges arising in the COVID-19 pandemic: An overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) task force. *The American Journal of Bioethics*, 20(7), 15-27.
24. Luyten, J., Tubeuf, S., & Kessels, R. (2022). Rationing of a scarce life-saving resource: Public preferences for prioritizing COVID-19 vaccination. *Health Economics*, 31(2), 342-362.
25. Pathak, P. A., Sönmez, T., Ünver, M. U., & Yenmez, M. B. (2021, July). Fair allocation of vaccines, ventilators and antiviral treatments: leaving no ethical value behind in health care rationing. In *Proceedings of the 22nd ACM Conference on Economics and Computation* (pp. 785-786).
26. Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049-2055.
27. Craxì, L., Vergano, M., Savulescu, J., & Wilkinson, D. (2020). Rationing in a pandemic: lessons from Italy. *Asian Bioethics Review*, 12(3), 325-330.
28. Farrell, T. W., Francis, L., Brown, T., Ferrante, L. E., Widera, E., Rhodes, R., ... & Saliba, D. (2020). Rationing limited healthcare resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1143-1149.
29. Jaziri, R., & Alnahdi, S. (2020). Choosing which COVID-19 patient to save? The ethical triage and rationing dilemma. *Ethics, Medicine and Public Health*, 15, 100570.
30. Quill, T., & Battin, M. (2022). Language Matters: Why Physician Assisted Death Is Not Suicide (FR209). *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), 804-805.
31. Pronk, R., Willems, D. L., & Van de Vathorst, S. (2021). Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 45(2), 268-281.
32. Hasbullah, M. (2012). Potret Komposisi Etnis Dan Agama Di Indonesia Pada Milenium Kedua. *Sejarah Sosial Intelektual Islam Indonesia*, 127-137.
33. Nugroho, I. B. (2020). Euthanasia dan Bunuh Diri Ditinjau Dari Hukum Islam Dan Hukum yang Berlaku di Indonesia. *Ngabari: Jurnal Studi Islam dan Sosial*, 13(2), 77-90.
34. Rahmawati, P., & Muljohardjono, H. (2016). Meaning of illness dalam perspektif komunikasi kesehatan dan Islam. *Jurnal Komunikasi Islam*, 6(2), 319-331.
35. Nawwir, Y. (2021). Penyakit dalam Perspektif Ihsan. *Jurnal Ilmiah Islamic Resources*, 17(2), 56-62.
36. Wahyuningrum, D. P., & Setiyani, R. Y. (2022). The Relationship between Religiosity and Resilience of Covid-19 Survivors. *Journal of Health Sciences and Medical Development*, 1(02), 47-57.

37. El-Shafa, A. Z. (2012). *Jangan Takut Mati Bila Husnul Khatimah*. MediaPressindo.
38. Brown, P. J., Rutherford, B. R., Yaffe, K., Tandler, J. M., Ray, J. L., Pott, E., ... & Roose, S. P. (2016). The depressed frail phenotype: the clinical manifestation of increased biological aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1084-1094.
39. Rosenstein, D. L. (2022). Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues in clinical neuroscience*.
40. Dugdale, L. S., & Callahan, D. (2017). Assisted death and the public good. *Southern medical journal*, 110(9), 559-561.