

# KUALITAS KEHIDUPAN DAN BATAS TERAPI

**Piet Go**

*STFT Widya Sasana, Malang*

---

## **Abstract :**

“Quality of Life is increasingly used in many circles, especially in sociopolitical, medical, philosophical and theological sense, without clarifying the exact meaning, so that often it results in confusion. The Catholic Church especially during the Pontificate of Pope John Paul II (cfr. *Evangelium vitae* 23) gives a deepened meaning by involving the religious and spiritual dimension of man. So one cannot claim the right to die by invoking quality of life just in sociopolitical or medical sense. According to Pope Pius XII (1957) human life must be preserved, not at any cost with extraordinary means, but with ordinary means. In 1980 the Congregation for the Doctrine of the Faith did not reject that notion, but used and proposed another term, namely “Proportionate and disproportionate”, since the first one (“Ordinary and extraordinary”) was misunderstandable, especially because of the progress in medical sciences and technologies. So there are legitimate limits of therapy.

**Keywords:** Kualitas Hidup, kesehatan, terapi, iman, subjektif, objektif,

---

---

Dalam dokumen Kongregasi Ajaran Iman 1 Agustus 2007 ditekankan sifat obligatoris nutrisi dan hidrasi artifisial bagi penderita dalam keadaan vegetatif permanen<sup>1</sup>. Dalam komentar yang disertakan dinyatakan bahwa interpretasi dan aplikasi prinsip moral “biasa & luarbiasa” dari amanat Paus Pius XII 24 November 1957 yang lazim di kalangan moral salah. Sudah dalam dokumen “*Iura et bona*” tentang euthanasia tanggal 5 Mei 1980 juga dipakai istilah lain, yakni “seimbang dan tak seimbang”, karena pasangan tradisional “biasa dan luar biasa” menimbulkan salah paham<sup>2</sup>

---

1 Responses to certain questions of the United States Conference of Catholic Bishops concerning artificial nutrition and hydration.

2 Art IV

Masalah ini menjadi makin aktual dan mendesak terutama karena perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta farmasi di zaman yang mengedepankan hak atas mati. Tak hanya dengan pengajarannya, misalnya tentang eutanasia, melainkan juga dengan pelbagai upaya lain Gereja lebih memperhatikan soal ini, misalnya: kedokteran paliatif (meringankan derita) dan hospitia yang diperbanyak untuk membantu manusia dalam proses meninggal (bukan: untuk meninggal) yang merupakan tahap terakhir hidupnya.

Soal ini bukan hanya masalah akademis, melainkan juga soal eksistensial yang praktis dan dapat dihadapi setiap manusia, khususnya para dokter di lapangan dan siapapun (keluarga, sanak-saudara, pimpinan Gereja) yang terlibat. Saya tahu bahwa pendapat ini sekurang-kurangnya dapat menjadi kontroversial (memang masih termasuk "*quaestio disputata*"), tetapi kiranya perlu dibahas dengan harapan agar dari kontroverse itu dapat timbul pemecahan yang terbaik, transparan, akuntabel dan kredibel sehingga dapat membantu. Tulisan ini dimaksudkan sebagai sumbangan kecil untuk itu dan terbuka untuk kritik, terutama dari sudut pendapat lain. Kiranya dokter sering menghadapi soal pelik seperti:

1. *Keadaan penderita* amat tidak menentu dan sulit diprakirakan.
2. Kemajuan ilmu (terutama kedokteran dan farmasi) serta teknologi membuka *pelbagai kemungkinan terapi baru yang makin canggih, misalnya dengan sel induk*.
3. Penderita *tak dapat ditanyai* lagi dan tidak meninggalkan "*living will*."
4. Penderita mungkin tak melihat kualitas kehidupan lagi dan menolak terapi yang dapat memperpanjang kehidupannya.
5. Kekaburan dan penilaian berbeda tentang *euthanasia aktif dan pasif*.
6. *Tuntutan keluarga* atau sanak-saudara, apalagi kalau mereka ini hanya menduga-duga kehendak penderita dan tak sepakat.
7. *Perasaan gagal* bila dokter tak dapat menyembuhkan penderita.
8. Keadaan terombang-ambing antara tuntutan *moral dan hukum*. Ancaman hukuman pidana, sehingga dokter tak berani mengambil keputusan tegas yang dapat membawa kematian penderita.
9. Masalah tanggungjawab terakhir Direktur RS, dan tiadanya Komisi Medik RS yang dapat membantu.
10. Kurangnya kepastian hukum.

Lebih baik kita membicarakannya bersama dan terbuka daripada setiap orang mencoba memecahkannya sendiri-sendiri saja, meskipun tak semua kasus dapat disamaratakan. Otonomi penderita dan pengetahuan keluarga tak seimbang dengan keahlian dokter, maka perlu pemikiran bersama atau perundingan untuk pemecahan terbaik.

## 1. Pengertian “Kualitas Kehidupan” (Quality of Life)

### A. Kabur

#### 1. Mengapa kabur?

##### a. Makin banyak dipakai pelbagai kalangan

Dewasa ini banyak dipakai istilah “Quality of Life” dan makin banyak kalangan, seringkali tanpa penegasan lebih lanjut, apa yang dimaksudkan dan lebih diandaikan, meskipun memang banyak orang mengerti, apa yang kira-kira dimaksudkan, tetapi agak kabur. Hal ini baru dirasakan kalau dipakai dalam diskusi. Salah paham karena yang dibicarakan tidak sama.

##### b. Perbedaan konteks, perspektif dan aksentuasi

Penggunaan istilah dipengaruhi oleh konteks, kepentingan dan keprihatinan pelbagai pengguna, yang tak jarang memang disembunyikan, sehingga perbedaan itu juga mempengaruhi perspektif dan aksentuasi pembahasannya, maka perbedaan konteks dan perspektif ini harus lebih diindahkan

##### c. Mengapa perlu digumuli?

Meskipun terjadi inflasi istilah dan malahan salah paham, istilah ini di sini dipakai karena mengandung suatu arah yang tidak netral, dan sedikit banyak dirasakan relevansinya.

##### 1) Perenungan justru dapat menjadi sumbangan untuk menjernihkannya.

Istilah “Kualitas kehidupan” juga dipakai dalam dokumen-dokumen Gereja, bahkan juga berkaitan hidup bakti, misalnya “*Starting Afresh*” 4, 8, 12, 13, 14, 19, 39, maka kiranya baik merenungkannya lebih lanjut.

##### 2) Penggunaan istilah ini amat luas dan praktis mencakup seluruh hidup manusia di dunia ini, maka juga hampir tanpa batas dan menjadi amat kabur.

##### 3) Pemakaian istilah ini kiranya langsung atau tak langsung juga mempunyai relevansi pastoral, maka baiklah petugas pastoral juga menggumulinya karena makin hari rupanya makin diajukan sebagai argumen untuk membenarkan tindakan tertentu, khususnya penolakan terapi.

##### 4) Pemahaman salah kaprah atau berat sebelah dapat menjadi awal proses pemahaman yang kurang tepat.

##### d. Beberapa istilah serupa atau berdekatan

Tanpa menegaskan nuansanya di bawah ini dijumlah beberapa istilah yang serupa yang sebagian menyangkut teologi dan termasuk pekerjaan kita, sehingga mempunyai makna yang jauh

melampau tulisan singkat ini. Maka dari itu kiranya baik kita merenungkan maknanya. Sehubungan dengan usaha memahami istilah ini baiklah disebut beberapa ungkapan dengan makna yang saling berkaitan atau bahkan berdekatan, kalau tidak serupa:

- 1) Makna hidup (*sense of life*)
- 2) Arti hidup (*meaning of life*)
- 3) Nilai hidup (*value of life*)
- 4) Taraf hidup (*standard of Life*)
- 5) Kenyamanan (*well-being*)
- 6) Kepuasan (*satisfaction*)

## B. Langkah-Langkah Pertama dalam Memahami Kualitas Kehidupan

Suatu cara untuk memahami sesuatu ialah dengan mengangkat lawannya, yakni sikap tak berpuas diri dengan kuantitas, melainkan menuju kepada sikap mengutamakan kualitas, demikian pula perbandingan paham Gereja Katolik dengan pengertian "*lebensunwert*" (tak layak hidup) dari zaman Hitler, sehingga isinya tampil. Dunia sepakat menolak isi "*lebensunwert*" Hitler itu, sehingga dapat disimpulkan bagaimana „kualitas kehidupan“ tak boleh dipahami Dengan demikian sudah ada rambu-rambu untuk menetapkan arti "kualitas kehidupan"..

### 1. Lawan (kuantitas vs. kualitas)

#### a. Mengutamakan kualitas

Dewasa ini orang condong untuk menilai kualitas lebih tinggi daripada kuantitas (bdk. "*quality control*", ISO), meskipun sulit sekali "mengukur" kualitas. Biasanya indikator keberhasilan dituangkan dalam data kuantitatif, karena praktikabilitas. Pengukuran termasuk kategori kuantitas. Faktor kuantitatif lebih kasat mata dan mudah diukur/dihitung, tetapi banyak orang makin tak berpuas diri dengan kuantitas, melainkan ingin lebih maju dan menjangkau kualitas. Tetapi bagaimana? Lewat kuantitas!

#### b. Peralihan dari kuantitas ke kualitas

Meskipun kualitas lebih sulit dipastikan dan seringkali pada titik kuantitas tertentu terjadi peralihan ke kualitas (misalnya peralihan dari persenjataan konvensional ke persenjataan nuklir canggih perusak massal) dan sering dari kuantitas diambil kesimpulan mengenai kualitas, misalnya dengan memperhatikan indikator-indikator. Jumlah HP, sepeda motor dan pesawat yang membisingkan memang

dapat memperlancar komunikasi, tetapi tak selalu oleh setiap orang dianggap sebagai indikator untuk peningkatan kualitas kehidupan.

## 2. Lawan (*Lebensunwertes Leben*)

Isi kualitas kalangan tertentu makin nyata dalam ungkapan "*Lebensunwertes Leben*". Satu pengisian gagasan "lawan" pengertian kualitas kehidupan ialah penilaian di Hitler bahwa seseorang "tidak layak hidup" ("*lebensunwertes Leben*") berdasarkan sifat tertentu (higiene ras dan manfaat) dan kebijakan politik yang sesuai sebagai "pemecahan terakhir" (*Endloesung*), misalnya Politik kependudukan (larangan kawin dengan ras non-ariya, larangan aborsi keturunan arier, sterilisasi pasangan non-ariya) Politik pembunuhan (orang cacat, asosial, genocid th.6 juta orang Yahudi)

### a. *Ras*

Yang dianggap "tidak layak hidup" dikaitkan dengan ras Yahudi dalam konteks "antisemitisme". Bdk. Adolf Hitler, "*Mein Kampf*" dan pelbagai perintah serta pelbagai peraturan perundang-undangan.

### b. *Manfaat*

Konkret: mereka yang dianggap tidak bermanfaat, dan harus dibasmi ialah: Orang cacat, orang "asosial", banyak orang Eropa Timur. Ini merupakan tersendiri dan terlalu luas untuk dibahas di sini. Lihatlah ensiklik Pius XI 1937 "*Mit Brennender Sorge*" (yang kurang eksplisit dan kurang konkret) dan pelbagai dokumen Gereja sesudahnya. Kiranya pertentangan ini dapat menerangkan peran besar kualitas kehidupan yang dilihat Gereja dalam martabat manusia, yang diperjuangkan Gereja Katolik: Kualitas kehidupan (dan hak atas hidup) tidak dikaitkan dengan sifat dan kegunaan tertentu untuk seleksi manusia dengan eugenika untuk mencegah keberadaannya atau pembunuhan untuk yang sudah ada, baik pada awal maupun pada akhir hidup (dan tentu juga untuk kurun waktu antara awal dan akhir). Gereja Katolik melawan teori "*Lebensunwertes Leben*" itu.. Sebaiknya sudah di sini dicamkan penolakan Gereja Katolik terhadap "manfaat" dan "ras" sebagai kriteria "kualitas kehidupan" manusia.

## 3. Penerapan pada bidang-bidang tertentu.

### a. *Penalaran filosofis-teologis*

Bila manusia tak berpuas diri dengan kuantitas, maka ia

berusaha untuk menjangkau kualitas. Mengingat luasnya kemanusiaan, maka kualitas kehidupan juga luas, seluas kemanusiaan, bahkan hampir tak terbatas. Tetapi filsafat, apalagi teologi yang juga bersumber pada wahyu adikodrati, berusaha melihatnya tidak hanya per bidang, melainkan keseluruhan, juga dengan melibatkan dimensi transenden manusia..

b. *Penerapan pada pelbagai bidang dan aspek hidup manusia*

“Kualitas kehidupan” yang berlaku bagi manusia, yang menurut psikatri adalah makhluk bio-psiko-sosio-spiritual sekurang-kurangnya juga meliputi bidang-bidang yang menjadi aspek-aspek hidup manusia, maka cakupannya meliputi lingkup yang amat luas. Terlalu banyak untuk merincinya di sini karena kualitas kehidupan seluas hidup manusia, maka cukuplah menyebut beberapa lingkup yang paling sering mempergunakan istilah “kualitas kehidupan” dan paling menonjol. Meskipun penggunaan istilah “kualitas kehidupan” terjadi di hampir semua kalangan, baiklah di sini dikedepankan beberapa bidang saja:

- 1) Sosialpolitik
- 2) Kesehatan
- 3) Religiositas-spiritualitas.

**4. Subyektif atau obyektif?**

“Subyektif” tak berarti hanya khayalan belaka, melainkan “ada benarnya” dan ada unsur-unsur yang bukan manasuka. “Obyektif” tak berarti menjadi “numerus clausus” (daftar tertutup dan mati) bagi semua orang. Juga pengakuan unsur-unsur obyektif mengandung sifat “subyektif” dalam arti “relasional” (bagi siapa), jadi tidak mekanistik, melainkan diperlukan proses internalisasi pelbagai unsur obyektif itu. Maka manusia bertugas mencari dan menemukan kualitas kehidupan, dan menemukannya kembali jika memudar atau bahkan hilang.

a. *Unsur-unsurnya*

Kalau manusia dipahami sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, maka unsur-unsur itu dapat dikaitkan dengan lingkup biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual-religius.

b. *Faktor yang mempengaruhinya*

Keadaan manusia tak hanya ditentukan oleh unsur-unsur itu, melainkan juga pelbagai faktor lain yang amat pribadi, misalnya pandangan hidup. Unsur-unsur rasa nyaman,

apalagi kualitas kehidupan, amat privat, tak dapat dianggap sama bagi semua. Hal ini juga berpengaruh pada apa yang dipandang termasuk kualitas kehidupan seseorang.

### C. Sosial Politik

Istilah ini bukan sesuatu yang baru, melainkan sudah dipakai pada tahun 1920-an dan sebelumnya. Kemudian, terutama di bidang sosialpolitik (misalnya dalam kampanye pemilu) istilah ini dimunculkan sebagai ringkasan pelbagai nilai yang diharapkan, juga dengan bantuan negara/pemerintah.

#### 1. John F.Kennedy, L.B.Johnson dan Willy Brandt.

Dalam pidato mengenai keadaan masyarakat Amerika istilah ini dipakai oleh calon Presiden John F. Kennedy. Demikian pula Willy Brandt memakainya dalam pidato Pemerintahannya. Dalam kampanye pemilihan calon dijanjikan peningkatan kualitas kehidupan, dan dalam pemerintahan diusahakan pemenuhannya, terutama melalui departemen-departemen. Isi janji tentu berbeda menurut tempat dan zaman.

#### 2. Arti

Apa yang dianggap sebagai peningkatan kualitas kehidupan tentu juga tergantung pada corak Negara: apa yang diharapkan dari Negara, dan apa yang diusahakan sendiri oleh warganegara. Dengan singkat: tujuan negara ialah "*bonum commune*" atau kesejahteraan rakyat. Konkret untuk Indonesia, mengingat pengalaman dewasa ini, terutama diperlukan: Strategi jangka panjang *energi dan pangan*. Strategi Energi: kebutuhan rakyat akan minyak, kebutuhan PLN akan batubara dsb. Strategi Pangan: kebutuhan rakyat akan bahan bergizi seperti kedelai. Tidak perlu bagi-bagi uang atau barang untuk kaum miskin (kesempatan KKN)diperlukan kebijakan agraris yang memadai, dan terutama di daerah-daerah dan dengan demikian meningkatkan kualitas kehidupan Infrastruktur seperti bendungan yang memungkinkan petani melaksanakan tugasnya. Pencegahan banjir dengan akibatnya yang melumpuhkan seluruh kehidupan. Caranya: tak hanya memberi izin membangun gedung-gedung dengan beton, juga sesuai dengan Amdal, misalnya dengan membangun selokan untuk menyalurkan air.

### D. Pengertian "Kualitas Kehidupan" yang Lebih Mendalam

Dalam pelbagai dokumen Takhta Suci istilah ini juga dipakai, tak hanya secara kebetulan, melainkan juga untuk "meluruskan" dan memperdalamnya. Takhta Suci, terutama juga Pimpinan Gereja Katolik

sering mengangkatnya, misalnya dalam:

- 25-03-1995 Evangelium vitae 23
- 25-03-1997 Katekismus Gereja Katolik
- 24-03-1998 Amanat Yohanes Paulus II kepada para anggota Akademi Kehidupan
- 19-05-2002 Starting Afresh 4, 8, 12, 13, 14, 19, 39 khusus untuk kualitas hidup bakti
- 24-02-2003 Amanat Yohanes Paulus II kepada para anggota Akademi Kehidupan
- 17-02-2005 Konferensi Pers Presentasi (E.Sgreccia, M.Luetz, M.Faggioni, J-M. Le Mene)
- 17-02-2005 Laporan Msgr. Elio Sgreggia "Quality of Life, Ethics of Health"
- 21-02-2005 Surat Paus Yohanes Paulus II kpd. Msgr. Elio Sgreggia, Ketua Akademi Kehidupan.

## 1. Sumbangan iman

Penalaran akalbudi dilaksanakan dalam cahaya iman yang tidak diingkari, melainkan justru berperan sebagai cahaya dengan memberi sumbangan khas, berupa pelurusan dan pendalaman.

### a. *Pelurusan*

Adalah gagasan keliru bila kualitas kehidupan diutamakan atas sakralitas kehidupan. Sebelum mengangkat istilah kualitas kehidupan dalam EV 23 Paus Yohanes Paulus II mengeluhkan beberapa aliran yang mempengaruhinya: yakni materialisme praktis, individualisme, utilitarisme, hedonisme dan penggantian keberadaan ("to be") dengan kepemilikan ("to have"). Pelurusan berarti sikap kritis atau bahkan penolakan terhadap beberapa paham, seperti materialisme, individualisme, utilitarisme, hedonisme, konsumerisme, demikian pula kriteria yang berdasarkan ideologi manfaat dan ras yang dianut dalam nasional-sosialisme.

### b. *Pendalaman*

Paus tak hanya meluruskan dengan menyebut beberapa aliran negatif, melainkan juga sekaligus memperdalam pengertian kualitas hidup tanpa menolak beberapa unsur sosialnya begitu saja. Kedangkalan kualitas kehidupan yang dipahami terutama atau hampir melulu sebagai prestasi ekonomis, konsumerisme, keindahan dan kenikmatan, dan mengabaikan dimensi yang lebih mendalam, yakni spiritual

dan religius.<sup>3</sup> Pendalaman berarti menilai dalam cahaya iman yang tidak menolak nilai-nilai keduniaan, melainkan melihat lebih luas dan lebih menghargai dimensi spiritual dan religius.

## 2. Makna

Soal makna kehidupan memang merupakan soal mendasar bagi setiap orang, tetapi tak selalu dipikirkan. Ada saat-saat tertentu, terutama pada pasien terminal atau pada orang lanjut usia bila kematian makin mendekat, soal ini mengedepan secara eksistensial dan lebih intensif, terutama bila orang harus mengambil keputusan yang menyangkut soal hidup atau mati. Kiranya jelas bahwa soal makna berkaitan erat dengan soal iman. Dapat terjadi bahwa orang tak melihat atau mengalami makna lagi dalam hidupnya sehingga ia memutuskan untuk menghentikannya atau menolak tindakan medik yang dapat memperpanjangnya. Soal ini tentu juga menyangkut orang lain, terutama keluarga, sanak-saudara dan dokter yang harus ikut mengambil keputusan atau dihadapkan dengan soal melaksanakan atau tidak melaksanakan keputusan yang diberikan kepadanya. Apakah makna sama dengan kualitas kehidupan? Secara kasar dapat dikatakan bahwa dengan makna dimaksudkan kualitas kehidupan. Apakah keadaan orang yang tak mengalami makna lagi dalam hidupnya sama dengan tak mengalami kualitas kehidupan? Makna itu dilihat dalam martabat, dan sedikit banyak mempunyai unsur obyektif, demikian pula kualitas kehidupan yang memang juga tergantung pada perasaan atau pandangan orang, tetapi juga mempunyai unsur-unsur obyektif, jadi tidak melulu subyektif.

## 3. Kesehatan dan kualitas kehidupan

Kesehatan memang termasuk sebagai unsur (syarat, tapi bukan "conditio sine qua non") kualitas kehidupan, namun tidak identik dengannya. Kualitas kehidupan bisa ada juga tanpa kesehatan dan pada waktu-waktu tertentu tanpa rasa bahagia, seperti nyata dari kehidupan beberapa tokoh, misalnya St.Lidwina dari Schiedam)

---

3 *"Vitae qualitas", ut aiunt, magna vel tota ex parte habetur rei familiaris felicitas, inordinata consumendarum rerum fruitio, venustas et vitae corporis usus, altioribus existentiae qualitibus neglectis rationalibus, spiritualibus et religiosus". ("Kualitas kehidupan sebagian besar atau seluruhnya dipahami dalam arti keuntungan ekonomis, konsumerisme tak terkendali, keindahan dan kenikmatan materiil seraya membelakangkan sifat-sifat rasional, spiritual dan religius")*

- a. *Kaitan antara kesehatan dan kualitas kehidupan*  
 Nilai kesehatan tentu juga penting bagi setiap orang agar ia dapat menghayati hidupnya sebaik-baiknya, terutama dalam mengemban tanggungjawabnya. Tetapi juga ada contoh orang bisa hidup tanpa kesehatan yang baik.
- b. *Peran kesehatan*  
 Kesehatan memang bukan segalanya, tetapi tanpa kesehatan banyak penderitaan dan hambatan harus dipikul manusia. Kiranya tak berlebihan untuk mengatakan bahwa kesehatan pada umumnya dapat dipandang sebagai unsur kualitas kehidupan. Bila demikian dapat timbul soal mengenai sikap manusia terhadap kesehatan dan terutama terhadap kekurangan kesehatan.

## 2. Hidup dan Kesehatan Sebagai Anugerah

Karena hidup dan kesehatan dapat berkaitan erat sekali (sampai titik tertentu penyakit dapat mengakibatkan kematian) untuk selanjutnya kebenaran inidapat diandaikan dan tak perlu ditegaskan lagi.

### A. Pengertian Kesehatan

Kiranya baik kita menyadari lebih dulu, apa yang dimaksud dengan kesehatan.

#### 1. Definisi WHO dan beberapa catatan

- a. *Definisi dan perkembangannya*  
 N.Y.1946: *“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity”* (Keadaan nyaman, fisik, mental & sosial, dan bukan hanya tiadanya penyakit atau kelemahan).  
 Ottawa1986: *“Health is a resource of everyday life, not the objective of living”* (Kesehatan adalah sumberdaya hidup sehari-hari, bukan tujuan kehidupan) *“Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities”*. (Kesehatan adalah konsep positif yang menkankan sumberdaya sosial dan personal, dan juga kemampuan fisik“)
- b. *Catatan tentang definisi WHO 1946*
  - 1) Menyeluruh, tetapi utopis  
 Definisi ini memang menyangkut manusia seutuhnya, tetapi utopis:  
 Kiranya hampir tak seorangpun memenuhi kriteria lengkap seperti itu, sehingga praktis tiada orang sehat.

- 2) Tak praktikabel  
Pernyataan sehat sakit bukan hanya soal akademis, melainkan sering diberikan oleh dokter untuk karyawan atau murid yang karena sakit mempunyai hak-hak tertentu, misalnya tak masuk kerja.
- c. *Catatan tentang definisi WHO 1986*
  - 1) Lebih realistis  
Pengertian tentang kesehatan dengan tegas dibatasi pada kemandirian (kemampuan mengurus diri sendiri) sehari-hari
  - 2) Bukan tujuan kehidupan  
Dengan eksplisit dan tegas kesehatan dibedakan dengan tujuan kehidupan. Maka keadaan kesehatan tak boleh disamakan dengan makna atau kualitas kehidupan.

## 2. Definisi UU R.I. dan beberapa catatan

- a. *Dalam UU R.I. 23/1992 tentang Kesehatan*  
"Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis" (pasal 1 ayat 1).
- b. *Dalam RUU tentang Kesehatan*  
"Kesehatan adalah keadaan sejahtera baik secara fisik, mental maupun sosial dan merupakan unsur potensi dasar alami dari setiap orang yang dapat dijadikan sarana untuk hidup produktif dalam segala bidang kehidupan". (pasal 1 ayat 1).
- c. *Beberapa catatan tentang definisi Kesehatan UU R.I.*
  - 1) Mengacu pada definisi WHO 1946.  
Catatan yang sama dapat diajukan di sini.
  - 2) Instrumentalisasi manusia.  
Penambahan ungkapan seperti "sarana untuk hidup produktif" yang mengacu pada paham tentang manusia sebagai SDM, yang memang ada benarnya, tetapi tak berlaku bagi setiap manusia.

## B. Nilai Dasar

Kiranya jelas bahwa kesehatan termasuk nilai dasar:

### 1. Dasar

Berfungsi sebagai landasan untuk pelbagai hal lain yang juga amat berharga, tetapi makin berkurang atau tak dapat dinikmati kalau

tiada kesehatan yang memadai. Hal ini dapat diupayakan menjadi lebih jelas, kalau kita membayangkan pelbagai usaha tanpa adanya kesehatan.

## 2. Amat penting

Kesehatan dan kehidupan tentu termasuk nilai dasar karena fungsinya penting, tetapi selain itu juga merupakan nilai yang amat penting, sehingga termasuk hak asasi manusia.

### C. Nilai Relatif tetapi Amat Tinggi

#### 1. Relatif

Juga jelas bahwa kesehatan bukan nilai kecil, juga karena besar perannya dalam pelaksanaan pelbagai tugas manusia.

##### a. *Terbatas*

Hidup adalah anugerah dan tugas sekaligus. Anugerah yang terbatas dan tugas untuk memeliharanya sejak pembuahan sampai kematian alamiah. Hidup itu campuran suka-duka "Terbatas" oleh penyakit, kematian dan penderitaan lain. Dalam hidup ini manusia menjadi tua atau mati sebelumnya. Tiada pilihan lain. Keterbatasan hidup juga nyata dari peristiwa sakit, apalagi kalau dalam proses penuaan pelbagai sel (dan organ) mengalami degenerasi (menyusut). Dokter maupun penderita, keluarga dan sanak saudaranya, tak jarang menghadapi masalah sulit mengenai tindakan yang harus diambil terhadap orang yang sakit dalam pelbagai keadaan (demensia, stadium terakhir penyakit, koma).

##### b. *Relatif*

"Relatif" juga berarti bukan nilai tertinggi dan dapat bersaing dengan pelbagai nilai lainnya, sehingga kalau menghadapi nilai lebih tinggi, dapat dipertanggungjawabkan untuk lebih mengutamakan nilai yang lebih tinggi itu dan mengurbankan kesehatan atau kehidupan (misalnya para martir, Beato Damian, Pater Maximilian Kolbe).

#### 2. Amat tinggi

Sudah sejak awal Gereja Katolik membela nilai kesehatan dan kehidupan yang merupakan nilai yang amat tinggi, apalagi dalam masyarakat di mana kesehatan dan kehidupan mudah dikurbankan, dan nyawa itu murah.

### 3. Kesehatan Sebagai Upaya

#### A. Beberapa Aspek

Untuk menetapkan kesehatan beberapa aspek patut diperhatikan:

1. Kesehatan merupakan konstruk yang tak selalu kena pengamatan. Perlu dibedakan pengalaman individual dan observasi kalangan kedokteran.
2. Gejala-gejala fisik, psikis, sosial menjadi pegangan untuk menentukan penyakit.
3. Perlu dibedakan antara perasaan subyektif dan hasil penetapan obyektif.
4. Faktor-faktor pendukung kesehatan
  - a. Faktor keturunan (genetis)
  - b. Gaya hidup (termasuk makanan)
  - c. Lingkungan hidup
  - d. Gerak badan
  - e. Istirahat
  - f. Keseimbangan emosional, relasi sosial yang baik dan tak terlalu banyak stress
  - g. Seksualitas atau kalau hidup tanpa aktualisasi: sublimasi
5. Perlu diperhatikan faktor-faktor risiko yang harus dikurangi dan faktor-faktor perlindungan yang harus ditingkatkan.
6. Tempat kerja yang sehat
7. Tentu masih dapat disebut klasifikasi lain, misalnya pelbagai gejala menurut organ tubuh yang menjadi spesialisasi kedokteran.

#### B. Upaya Kesehatan

Sudah sejak awal kesehatan dianggap sebagai nilai yang tak dengan sendirinya ada, melainkan harus diupayakan orang. Kita pakai saja ungkapan yang lazim di kalangan kedokteran (UU RI tentang Kesehatan yang mengambilnya dari WHO). Kiranya lebih baik kita berbicara tentang hak atas upaya kesehatan daripada atas kesehatan, karena sehat atau tidak, sering di luar kuasa manusia yang memang dapat berbuat sesuatu. Faktor keturunan (genetis) yang diimbangi faktor epigenetis, lingkungan hidup, gaya dan pola kehidupan, makanan ikut menentukan gradasi kesehatan manusia.

##### 1. Upaya promotif

Dengan ini dimaksudkan semua sarana atau upaya yang secara umum kondusif untuk kesehatan orang, misalnya gaya hidup

sehat. Departemen Kesehatan R.I. menerbitkan buku kecil dengan judul: "Gaya hidup sehat menurut agama Katolik", Jakarta 2006. Pembicaraan internasional upaya promotif terjadi di Ottawa pada tahun 1986.

## **2. Upaya preventif**

Meskipun upaya promotif merupakan pencegahan terbaik, masih ada pelbagai upaya preventif. Dengan ini dimaksudkan pelbagai upaya konkret untuk mencegah penyakit konkret tertentu, misalnya dengan

- a. Diet
- b. Imunisasi
- c. Vaksinasi
- d. Deteksi dini agar penanganan juga dini
- e. Check up

## **3. Upaya kuratif**

Dengan ini dimaksudkan aneka upaya untuk menyembuhkan orang, baik lewat rawat inap ataupun rawat jalan.

## **4. Upaya rehabilitatif**

Dengan ini dimaksudkan upaya memulihkan kesehatan yang menuntut proses agak lama.

## **5. Upaya paliatif**

Upaya ini cukup baru. Dengan ini dimaksudkan bantuan untuk penderita penyakit terminal, baik dalam hospitium maupun di rumah, dan demikian dapat mencegah eutanasia aktif.

# **4. Tanggung Jawab Atas Kesehatan**

## **A. Tanggung Jawab Kelompok yang Lebih Besar**

### **1. Implikasi kewargaan**

Manusia adalah makhluk sosial. Statusnya sebagai anggota kelompok yang lebih besar (keluarga, masyarakat, negara) dengan hak dan kewajiban, yang juga meliputi hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan

### **2. Pelaksanaan**

Kelompok yang lebih besar itu melaksanakannya dengan pelbagai cara, sekurang-kurangnya dengan menyediakan pelbagai

fasilitas atau sarana dan upaya untuk kesehatan, maka terpulang kepada orang ybs. untuk mendayagunakannya.

## **B. Tanggung Jawab Pribadi**

### **1. Kewajiban warga**

Tak cukup secara obyektif tersedianya sarana dan upaya, melainkan juga perlu penggunaannya agar efektif oleh subyek ybs., kecuali kalau diperlukan orang lain yang bertanggungjawab (bayi, anak, orang cacat mental dsb.)

### **2. Pengetahuan**

Orang pertama yang mengetahui gangguan kesehatan ialah anggota yang bersangkutan sendiri, maka dialah yang paling bertanggungjawab atas kesehatannya untuk tindakan medik yang diperlukan.

### **3. Tanggungjawab**

Karena penghargaan terhadap otonomi penderita, keputusan diambil olehnya, maka dialah (dan bukan dokter) yang memikul tanggungjawab atasnya.

## **5. Kualitas Kehidupan dan Kesehatan**

### **A. Kualitas Kehidupan**

#### **1. Obyektif**

Kualitas kehidupan bagi kaum beriman dapat menimba inspirasi dari wahyu dan tampil dalam bentuk makna yang memang tidak selalu disadari dan tak jarang agak tersembunyi dan harus dicari, terutama kalau tertutup oleh aneka nilai lain.

#### **2. Internalisasi**

Proses pencarian dan penemuan, apalagi kalau disertai pergumulan untuk membuatnya menjadi keyakinan yang dimiliki, disebut internalisasi yang merupakan tanggungjawab pribadi.

### **B. Kesehatan**

#### **1. Dalam arti tertentu di luar tanggungjawab subyek**

Gradasi kesehatan sebagian di luar kuasa manusia. Sejauh mana seorang menikmati tingkat kesehatan seringkali tergantung pada faktor yang tidak dikuasainya, misalnya faktor genetik. Maka

kesehatan adalah anugerah Seringkali soalnya bukanlah hitam dan putih, melainkan keadaan antara keduanya.

**2. Dalam arti lain juga tanggungjawab subyek**

Memang juga orang demikian itu dapat mengusahakan sesuatu untuk kesehatannya, tapi keberhasilannya amat terbatas. Ada sejumlah faktor yang tak dapat atau amat sulit diubahnya.

**6. Makna Hidup dan Mati**

**A. Kualitas Kehidupan Sebagai “Lambang” Kesehatan**

**1. Kerinduan manusia**

Dalam keadaan apa pun juga, bagaimanapun juga manusia tidak berpuas diri dengan pelbagai nilai yang diperolehnya, seperti kesehatan, melainkan ingin meningkatkan kualitas kehidupannya.

**2. Makna**

Salah satu unsur pokok kualitas kehidupan kiranya dapat dilihat dalam makna yang dapat meringankan beban kehidupan, misalnya penyakit. Maka dari itu peran makna amat penting untuk menentukan kualitas kehidupan. Dalam arti tertentu kualitas kehidupan sama dengan makna yang memang belum tentu selalu disadari.

**B. Proses Internalisasi**

**1. Mencari dan menemukan makna sebagai kualitas kehidupan**

Kalau peran makna begitu penting dan praktis menentukan segalanya, maka manusia perlu mencarinya, menemukannya dan menjadikannya miliknya, agar ia menghayatinya, dan tak hanya secara mekanistik menjalaninya.

**2. Kualitas kehidupan sebagai acuan segalanya**

Apapun yang terjadi, apapun yang dilakukan manusia, dinilai dari sudut kualitas kehidupan. Hal ini juga berlaku untuk kesehatan yang sekurang-kurangnya merupakan unsurnya.

*a. Keadaan kesehatan*

Meskipun harus diakui bahwa nilai kesehatan mendasar dan tinggi, tetap harus dikatakan bahwa kesehatan yang kurang baik tidak harus mengurangi kualitas kehidupan. Ada banyak contoh bagaimana orang dengan kesehatan yang

kurang baik dapat menghasilkan karya yang mengagumkan.

*b. Keadaan sakit*

Sikap manusia, terutama manula, dalam keadaan sakit berbeda-beda. Memang ada orang yang takut mati, tetapi juga ada orang yang menekankan hak atas mati, dan bahkan menginginkannya untuk dirinya, kalau ia tidak melihat makna lagi dalam hidup terus.

## 7. Posisi Gereja Katolik

### A. Tradisi

#### 1. Posisi tradisional

Tradisi Gereja Katolik (Magisterium dan teologi) amat panjang, dan dapat dikatakan bahwa penalaran di bidang ini mengacu pada prinsip yang sudah menjadi milik umum (dan terdapat dalam setiap buku pegangan teologi moral) "satu tindakan dengan akibat ganda" atau "tindakan direk & indirek" yang kemudian ditampilkan dengan pelbagai sebutan lain. Cukuplah di sini diangkat beberapa pernyataan Gereja Katolik terutama beberapa dasawarsa terakhir, juga karena seringkali terdapat acuan kepada tradisi yang dikutip; misalnya amanat-amanat Paus Pius XII yang banyak membahas soal-soal etika kedokteran, acapkali atas permohonan panitia kongres medis. Meskipun amanat-amanat itu bersifat okasional (dimunculkan kesempatan tertentu), tanggapannya seringkali mengacu pada prinsip-prinsip katolik yang juga terus berkembang, maka jangan terpaku pada rumus tertentu yang tak jarang mencerminkan kesadaran iman zaman tertentu pula, dan perlu disempurnakan.

#### 2. Paus Pius XII

Posisi Paus Pius XII diangkat tersendiri karena banyak kalangan mengacu pada amanatnya tahun 1957 dan karena ia sering mengangkat tema ini. Oleh Paus Pius XII dipakai dua pasangan istilah: "biasa-luarbiasa" yang kemudian diperjelas (dan diganti) dengan pasangan "proporsional & nonproporsional" yang dianggap lebih sesuai oleh Kongregasi Ajaran Iman.

### B. Pasangan "Sarana Biasa dan Luar Biasa"<sup>4</sup>

Istilah ini diandaikan Paus Pius XII sesuai dengan kebiasaan zaman

---

4 Discours de Pie XII sur les problemes moraux de la reanimation 24 novembre 1957.

itu dalam teologi moral tradisional. Sebaiknya diperhatikan sumber salah paham: pemahaman moral lain daripada pemahaman medis. Selain itu pembedaan “biasa dan luarbiasa” tidak termasuk sifat intrinsik sarana itu sendiri, melainkan keadaan luar yang terus berkembang, sehingga tak dapat dijadikan prinsip yang membutuhkan stabilitas. Apa yang termasuk pelayanan standar atau bukan, tergantung pada perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta farmasi. Belum lagi soal penentuan saat kematian manusia, yang perlu diketahui misalnya untuk transplantasi jantung (dewasa ini: mati otak atau batang otak).

### 1. Pemahaman moral

Seraya memperhatikan keadaan individual penderita:

#### a. “Biasa”

1. Lawan dari luarbiasa.
2. Diwajibkan

#### b. “Luar biasa” (seraya memperhatikan keadaan individual)

1. Beban
  - Terlalu berat
  - Terlalu sakit (menyakitkan)
  - Terlalu menakutkan
  - Terlalu riskan
  - Terlalu disruptif
2. Biaya terlalu tinggi
3. Sia-sia belaka  
Tidak diwajibkan, tetapi diperbolehkan.

### 2. Pemahaman kedokteran

Sebaiknya disadari bahwa kompetensi dokter tidak berkisar pada prinsip moral, melainkan berbuat dengan sarana yang disediakan ilmu dan teknologi kedokteran, sehingga juga tergantung pada perkembangan teknologi itu.

#### a. “Biasa”

1. Termasuk standar
2. Maka harus dilakukan dokter.

#### b. “Luarbiasa”

1. Tak termasuk standar
2. Menurut moral katolik tak diwajibkan, tetapi hendaknya diperhitungkan peraturan perundang-undangan setempat.

### C. Pasangan “Sarana Proporsional dan Disproporsional”

#### 1. Faktor perkembangan

Pasangan istilah sarana biasa dan luarbiasa memang sering menimbulkan pertanyaan dan pernyataan: Betapa relatif! Bagi siapa, di mana dan kapan? Bukankah apa yang dulu dianggap sebagai biasa, sekarang sudah biasa, apalagi mengingat perkembangan pesat ilmu dan teknologi kedokteran? Selain itu kini ada banyak faktor lain yang harus dipertimbangkan: kematian (batang) otak, kualitas kehidupan dsb. Perubahan istilah dari pasangan “biasa-luarbiasa” dengan pasangan “proporsional-nonproporsional” dapat dipandang sebagai contoh, bagaimana rumusan sebaiknya diganti, apabila ada istilah yang lebih sesuai, bukan hanya karena penyebutan istilah karena keterbatasan cakrawala, melainkan juga berkat perluasan wawasan seiring dengan (dalam hal ini) perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta farmasi. Istilah ini dulu memang lazim di kalangan katolik, tetapi kini makin lama makin ditinggalkan oleh makin banyak pihak, dan membutuhkan klarifikasi lebih lanjut, seperti dinyatakan dalam Deklarasi Kongregasi Ajaran Iman sendiri dalam bagian IV. Kedua istilah itu dipakai bersama-sama, misalnya dalam komentar atas jawaban Kongregasi Ajaran Iman mengenai nutrisi buatan dan hidrasi dipakai dua-duanya: “*ordinary and proportionate*”. Tetapi apa tepatnya yang diperbandingkan? Proporsionalitas mengandaikan perbandingan. Tetapi antara apa dan apa? Belum lagi kesulitan membandingkan dua hal yang sebetulnya sering sulit dapat dibandingkan!

Secara spontan dapat dijawab: Di satu pihak harus diupayakan beneficence (kalau kesembuhan atau pemulihan tak bisa diusahakan) sekurang-kurangnya keringanan penderitaan atau rasa sakit. “*Cost and benefits*” Di lain pihak: “ongkos”, “harga”, pengurbanan, efek negatif yang menyertainya, misalnya kemoterapi pada penderita kanker stadium terakhir. Kalau keduanya dipakai dapat diandaikan bahwa kedua itu saling melengkapi.

- a. Mungkin yang satu dianggap belum tercantum dalam yang lain
- b. Mungkin yang satu dianggap memperjelas yang lain.

#### 2. Beberapa penegasan

Istilah “proporsional-disproporsional” dipakai Kongregasi Ajaran Iman

Untuk proporsionalitas dituntut:

- a. Kecocokan (untuk mencapai tujuan)
- b. Keperluan (untuk mencapai tujuan)
- c. Larangan berlebihan (agar seimbang untuk mencapai tujuan)  
Ini sesuai dengan prinsip medis:
  - 1. Maleficence harus dihindari (*Nil nocere*)
  - 2. Beneficence harus diusahakan

#### D. Proporsionalisme?

Dapat diajukan pertanyaan, apakah pasangan “Proporsional - Non-proporsional” itu mencerminkan “proporsionalisme” yang dikecam Paus Yohanes Paulus II dalam ensiklik “*Veritatis Splendor*” 75?

Terhadap soal ini dapat diberikan jawaban sbb:

##### 1. “Sarana”, bukan „isme“

Istilah yang dipakai Paus Pius XII dan Kongregasi Ajaran Iman eksplisit menyangkut “sarana” yang dipakai (“*moyen*”, “*media*”).

##### 2. Kontradiksi dalam Magisterium?

Sulit sekali membayangkan bahwa pasangan yang pada tahun 1957 dipakai Paus Pius XII ditolak oleh Magisterium berikutnya. Bahkan Kongregasi Ajaran Iman 1980 dan 2007 meneguhkan keberlakuannya.

### 8. Tindakan Medik dan Kualitas Kehidupan

Sebaiknya lebih disadari perbedaan antara tujuan tindakan medik dokter dan kualitas kehidupan penderita.

#### A. Nilai Kesehatan Sebagai Tolok-Ukur

Kiranya, apapun yang dilakukan dokter, keprihatinannya berkisar pada kesehatan penderita atau pengurangan rasa sakit. Memang konkret bentuknya banyak: pemeliharaan dan pemulihan kesehatan, pengurangan penderitaan atau rasa sakit dsb. Bahwa hal-hal ini amat bernilai tak perlu diragukan, tetapi dapat dan harus ditanyakan lebih lanjut: nilai sebagai apa? Memang kesehatan bukan segalanya, tapi tanpa kesehatan banyak nilai lain kurang berarti.

#### B. Kualitas Kehidupan

Tujuan langsung dan makna tindakan medik bukanlah seluruh kualitas kehidupan, melainkan kesehatan yang dalam arti dan sampai kadar tertentu syarat untuk itu.

Tujuan tindakan medik tak sama dengan kualitas kehidupan yang

memberi makna kepada kehidupan penderita (dan biasanya digali dari iman), tetapi sekurang-kurangnya kesehatan dapat berfungsi sebagai prasyarat (yang memang tidak mutlak) untuk kualitas kehidupan. Kualitas kehidupan dalam arti sosialpolitik dapat datang dari masyarakat (janji pemilu John F. Kennedy, Willy Brandt dsb.), yang oleh Paus Yohanes Paulus II dinilai kurang (bdk. ensiklik *Evangelium vitae* art. 23), dan juga dari pihak lain dalam arti yang lebih mendalam, dikaitkan dengan hidup abadi yang bersumber pada pandangan hidup atau iman yang dianut orang.

## 9. Kesimpulan untuk Kalangan Katolik

Dapat dibayangkan keadaan penderita yang menyebabkan dokter melakukan tindakan berupa sarana proporsional.

Tetapi dapat juga dibayangkan keadaan penderita yang mendorong dokter untuk mengerahkan segala sarana, juga yang nonproporsional, untuk memulihkan kesehatan penderita, sekurang-kurangnya karena khawatir dianggap gagal menolong penderita dalam arti memelihara hidupnya, atau bahkan takut diancam hukum pidana.

### A. Tak Memakai atau Menghentikan Sarana Disproporsional

#### 1. Dari sudut moral

Dokter katolik atau dalam lembaga katolik dapat diandaikan mempertimbangkan tindakannya juga dari sudut moral katolik. Dari sudut ini penalaran moral katolik kiranya sudah cukup dikemukakan: Dapat dibenarkan untuk tidak mengerahkan atau menghentikan sarana nonproporsional

#### 2. Dari sudut hukum

Bagaimana pertimbangan dari sudut hukum, kurang disoroti dalam tulisan ini. Saya juga bukan pakar hukum pidana yang kiranya perlu dibahas lebih lanjut, maka harus dijernihkan dan dipastikan

### B. Tugas Memelihara Hidup

Pada pihak orang yang bersangkutan (atau yang bertanggungjawab atasnya) ada tugas memelihara hidup. Pada pihak lembaga dan petugas kesehatan (dokter, perawat dsb.) ada tugas membantu. Sering dikemukakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif untuk membantu. Mengingat keterbatasan hidup manusia dan kemajuan ilmu serta teknologi kedokteran masalah yang dapat timbul ialah: tugas memelihara hidup sampai mana, sampai kapan?

Dapatkan dan beranikah dokter menghentikan terapi atau tak mengerahkan terapi yang dimungkinkan teknologi canggih? Untuk kalangan katolik masih dapat ditambahkan soal: bagaimana ajaran Pimpinan Gereja Katolik?

Soal ini memang meliputi moral dan hukum, yang hubungan timbal baliknya sering kurang dipahami dan merupakan soal tersendiri dan tak diangkat di sini. Namun sekurang-kurangnya dari sudut moral katolik telah dikemukakan suatu pendapat yang saya kira sejalan dengan ajaran resmi Gereja Katolik. Hidup manusia adalah anugerah dan tugas sekaligus. Tugas untuk memeliharanya, tetapi tidak mati-matian dengan segala cara (*"at any cost"*).

### C. Kapan Dokter Boleh Menghentikan Terapi?

1. Manusia wajib memelihara atau memulihkan kehidupan dan kesehatan, *tapi tak mutlak*.
2. Dari sudut moral katolik ia *wajib menggunakan sarana proporsional*, dan tidak wajib menggunakan sarana nonproporsional, jadi, *memperbolehkan mati* kalau saatnya tiba.
3. Proporsionalitas meliputi:
  - a. *Kecocokan* sarana
  - b. *Perlunya* sarana
  - c. *Larangan* penggunaan sarana yang berlebihan
4. Perlu dibedakan *hidup dan kesehatan* (yang adalah nilai dasar, syarat untuk mutu kehidupan) dan diupayakan dokter, dan *kualitas hidup* (*"Quality of Life"*) penderita.
5. Bagaimana dengan *"informed consent"* dan *otonominya*, dan pandangan *agamanya*?

\*) **Piet Go**

*Doktor teologi moral dan licensiatus hukum Gereja dari Universitas Bonn, Jerman; dosen teologi moral di STFT Widya Sasana Malang.*

## BIBLIOGRAFI

### **Dokumen:**

*Amanat Paus Pius XII*, 28-02-1957 (anestesi) 24-11-1957 (respirasi) kepada para dokter.

*"Iura et bona"*, Deklarasi Kongregasi Ajaran Iman (1980).

*"Evangelium vitae"* art. 65, Ensiklik Paus Yohanes Paulus II (1995).

*Katekismus Gereja Katolik* art.2266-2267 (1997).

*Amanat 20 Maret 2004 Paus Yohanes Paulus II „Sostegno vitale e lo stato vegetativo“.*

*Surat Yohanes Paulus II kepada Ketua Akademi Kepausan untuk Kehidupan (2005).*

*Laporan Elio Sgreccia pada kesempatan Sidang Umum Akademi Kepausan untuk Kehidupan (2005).*

*Kongregasi Ajaran Iman yang menjawab pertanyaan ttg.nutrisi dan hidrasi artifisial Konferensi Uskup AS (2007).*

**Buku:**

Shannon, Thomas A. (Ed.), *Bioethics*, New Jersey 1981.

Schockenhoff, Eberhard, *Ethik des Lebens. Ein Theologischer Grundriss*, Mainz 1993.

Schuster SJ, Josef *Behandlingsverzicht bzw. Behandlungsabbruch aus moraltheologischer Sicht*, Freiburg 1990.

Walter, James J.-Thomas A.Shannon (Ed), *Quality of Life. The New Medical Dilemma*, N.Y. Mahwah 1990.