

Informed Consent pada Remaja: Sebuah Kajian Literatur

Agung Ayu Candra¹, Keziah Nadya¹, Laveda Lypinsky¹, Leonardo Darmawi¹, Liauw Djai Yen²,
Monica Regina Ngantung¹, Patrick Valentino Intan¹, Putra Brilliant Djohan¹, Regina Pebriana¹,
Sander Qlintang¹, Thania Vinsalia¹

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

²Departemen Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Kata Kunci

Bioetika, intervensi, kompetensi, perjanjian, remaja

Korespondensi

AGUNG.201706000252@student.
atmajaya.ac.id

Publikasi

© 2021 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v5i2.60

Tanggal masuk: 11 November 2021

Tanggal ditelaah: 28 November 2021

Tanggal diterima: 11 Desember 2021

Tanggal publikasi: 31 Desember 2021

Abstrak Informed consent adalah suatu persetujuan mengenai akan dilakukannya tindakan kedokteran oleh dokter terhadap pasiennya. Komponen dari informed consent untuk dinyatakan valid adalah adanya kapasitas/competence, sudah diberikan informasi relevan dan adekuat, dan diberikan secara autonom. Remaja merupakan kelompok usia yang masih mengalami perkembangan maturitas, nilai, kognisi, dan autonomi, sehingga dapat menimbulkan dilema dalam pelaksanaan informed consent. Tujuan dari telaah literatur ini adalah menginvestigasi apakah remaja (usia 15-19 tahun) mampu untuk memberikan informed consent terkait dari intervensi medis yang akan dilakukan pada dirinya. Studi empiris menunjukkan jika perlu dilakukan penilaian pada kompetensi remaja dalam memberikan suatu consent. Studi mengatakan remaja dapat dinyatakan kompeten dalam memberikan informed consent jika sudah berusia diatas 12 tahun. Namun sebagian besar studi tidak menguji aspek apresiasi dari pengambilan consent tersebut. Remaja sering kali tidak dapat memberikan consent yang volunter karena masih dalam tanggung jawab orang tua/walinya. Pada kasus adanya perbedaan keputusan anak dan orang tua, direkomendasikan dilakukan prosedur dual consent (anak dan orang tua).

Abstract Informed consent is a therapeutic agreement between physicians and their patients. The valid consent has 3 components: competence/capacity, patient has given relevant information, and autonomy. Adolescents are a population where maturity, cognition, and autonomy are still in development, which can cause a dilemma in the implementation of informed consent for adolescents. This literature review is to investigate the capability of adolescents (age 15-19) to give informed consent for any medical intervention. Empirical studies show there need assessment for adolescent competence to give any consent. Studies also show the minimum age for adolescents to give consent is 12 years. However, most studies didn't include the appreciation aspect for this assessment. Adolescents also have boundaries in giving volunteer consent because legally they are still in parent's responsibility. In any case of different decision between adolescents and their parents, dual consent is recommended.

Kemajuan dan perkembangan ilmu dan praktik kedokteran yang pesat telah diikuti dengan kemajuan pemahaman masyarakat tentang hak-haknya terhadap pelayanan kesehatan, termasuk tuntutan memperoleh pelayanan terbaik, efektif dan efisien, serta aman. Kemajuan termasuk pula tuntutan masyarakat untuk memperoleh penjelasan yang komprehensif tentang rencana tindakan pencegahan, diagnostik, maupun terapeutik sebelum tindakan akan dilakukan, dan juga hak untuk menolak suatu tindakan yang akan dilakukan. *Informed consent* adalah suatu persetujuan mengenai akan dilakukannya

tindakan kedokteran oleh dokter terhadap pasien. Persetujuan ini bisa dalam bentuk lisan maupun tertulis. Pada hakikatnya, *informed consent* adalah suatu proses komunikasi antara dokter dengan pasien mengenai kesepakatan tindakan medis yang akan dilakukan dokter terhadap pasien. Penandatanganan formulir *informed consent* secara tertulis hanya merupakan pengukuhan atas apa yang telah disepakati sebelumnya. Tujuan penjelasan yang lengkap adalah agar pasien menentukan sendiri keputusan sesuai dengan pilihan dia sendiri.^{1,2}

Komponen dari suatu informed consent untuk dikatakan valid adalah (1) jika individu

tersebut memiliki kapasitas untuk memberikan persetujuan, (2) individu sudah menerima informasi relevan yang adekuat, dan (3) individu memberikan persetujuan secara sukarela dan tanpa paksaan. Otoritas atau pilihan valid dari pasien tidak boleh diintervensi atau dikoreksi oleh pihak lain berdasarkan standar medis atau pelayanan kesehatan profesional yang sudah ada. Meski pasien tidak mampu untuk memberikan keputusan valid, mereka masih mampu untuk setuju atau tidak setuju dari suatu keputusan sehingga, sedapat mungkin pasien harus didorong untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, meski jawaban mereka dapat tidak otoritatif. Remaja merupakan contoh dari kasus kelompok pasien tersebut dan akan menimbulkan dilema dalam pelaksanaannya.^{1,2}

Remaja didefinisikan sebagai periode yang dimulai pada usia 10 tahun sampai 19 tahun menurut WHO (*World Health Organization*). Periode ini dicirikan dengan adanya perubahan fisik, mental, dan emosional, untuk mencapai masa dewasa muda. Perubahan tersebut kemudian dapat diakui secara legal untuk mengambil tanggung jawab seperti pada orang dewasa, seperti memberikan persetujuan pada prosedur medis. Pada kenyataannya, terdapat dilema untuk meminta persetujuan dalam beberapa situasi spesifik, seperti masalah kesehatan seksual dan reproduktif, penyakit kronis atau kesehatan mental, penggunaan kontrasepsi, keputusan penghentian kehamilan, kebutuhan hospitalisasi terkait perilaku yang berisiko (seperti anoreksia berat), pemeriksaan penggunaan zat terlarang, atau penghentian terapi untuk perpanjangan harapan hidup dsb. Dilema tersebut terutama akibat dapat munculnya perbedaan pendapat antara remaja dan orang tua, sementara tetap harus menghormati otonomi dan *confidentiality* dari remaja. *Confidentiality* yang dimaksud bergantung pada apakah remaja sudah kompeten dalam membuat keputusan tersebut.³

Dalam praktis klinis, dibutuhkan pemeriksaan kapasitas penentuan keputusan pada anak untuk menghindari penentuan keputusan medis kompleks oleh anak yang tidak mampu membuat keputusan dan mengeksklusi secara tidak hati-hati anak yang sebenarnya mau

mengambil bagian dari pengambilan keputusan tersebut. Tujuan dari telaah literatur ini adalah menginvestigasi apakah remaja (usia 15-19 tahun) mampu untuk memberikan *informed consent* terkait dari intervensi medis yang akan dilakukan pada dirinya.

METODE

Penelitian merupakan jenis literature review (telaah literatur). Sumber penelusuran literatur didapat dari PubMed dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan adalah “adolescent”, and “informed consent”, and “competence”, and “voluntary”, and “medical intervention”. Tidak ada batasan tahun pencarian literatur. Jenis penelitian yang dimasukkan adalah narrative review, cohort, randomized controlled trial, meta-analysis, systematic review. Literatur yang dimasukkan terbatas pada literatur dengan bahasa Indonesia dan Inggris.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Informed Consent

Informed consent atau perjanjian terapeutik sudah diatur dalam pasal 1321 KUHP, yang menyatakan jika suatu perjanjian dinyatakan sah jika ditentukan oleh para pihak yang sepakat, dengan tanpa adanya kekhilafan, paksaan ataupun penipuan. Sementara syarat adanya kecakapan untuk membuat perikatan/perjanjian diatur dalam pasal 1329 dan 1330 KUHP, dimana dinyatakan tidak cakap jika orang tersebut belum dewasa, ditaruh di dalam pengampuan (misal orang dengan gangguan jiwa, pemabuk, atau tidak sadar). Selain KUHP, Informed Consent juga diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan nomor 585 tahun 1989 tentang persetujuan Medik dan peraturan Menteri Kesehatan nomor 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan tindakan kedokteran tersebut adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.¹

Komponen pertama *informed consent* adalah hal yang terkait dengan kapasitas suatu individu. “Kapasitas” atau “kompeten” dapat didefinisikan jika seseorang memiliki kemampuan untuk melakukan sesuatu, termasuk menerima atau menolak suatu intervensi medis. Kapasitas mental merupakan komponen yang harus ada dalam memberikan suatu *informed consent*. Tidak ada standar emas dari seseorang dikatakan kompeten, karena konsep dari kompeten tersebut bersifat *normative* atau *evaluative*. Seseorang dikatakan kompeten jika sudah melalui suatu tes yang standar, yang dinilai oleh asesor. Kapasitas standar itu umumnya adalah jika pasien mampu untuk mengerti informasi yang relevan terkait intervensi medis yang akan dilakukan, serta kemampuan untuk mengapresiasi konsekuensi relevan dari keputusan tersebut. Kemampuan untuk apresiasi konsekuensi tersebut membutuhkan *insight* dari pasien, kesadaran, dan pemahaman mereka mengenai penyakit yang diderita, serta kemampuan untuk mengaplikasikan informasi tersebut kepada situasi personal.^{1,2}

Komponen kedua dari *informed consent* adalah pemberian informasi yang adekuat kepada pasien. Informasi tersebut harus berhubungan dengan alasan dilakukannya intervensi, keuntungan yang diharapkan, risiko dan efek samping yang dapat terjadi, intervensi alternatif yang mungkin akan dilakukan, dan konsekuensi jika tidak dilakukan intervensi. Sementara komponen terakhir dari *informed consent* adalah harus dilakukan secara sukarela, tanpa paksaan, ancaman, atau manipulasi.^{1,2}

Autoritas atau pilihan valid dari pasien tidak boleh diintervensi atau dikoreksi oleh pihak lain berdasarkan standar medis atau pelayanan Kesehatan profesional yang sudah ada. Pasien yang kompeten dapat membuat keputusan yang tepat berdasarkan sistem nilai yang mereka anut. Pengganti pemberi *informed consent*, yang umumnya anggota keluarga atau orang yang legal diizinkan untuk memberikan atau menolak persetujuan, hanya ketika pasien tersebut memiliki keterbatasan kapasitas untuk memberikan pilihan yang otoritatif. Namun meski pasien tidak mampu untuk memberikan

keputusan valid, mereka masih mampu untuk setuju atau tidak setuju dari suatu keputusan, sehingga, sedapat mungkin pasien harus didorong untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, meski jawaban mereka tidak otoritatif. Remaja mungkin merupakan contoh dari kasus kelompok pasien tersebut dan akan menimbulkan dilema.^{1,2}

Informed Consent Pada Remaja

Pada kenyataannya, *informed consent* adalah proses dinamis yang terjadi di sepanjang hubungan dokter dengan pasien. Hal tersebut umumnya dimulai dengan pembagian informasi dan diagnosis, diikuti dengan pengambilan keputusan bersama. Peran remaja dalam memberikan persetujuan terus berevolusi seiring waktu. Remaja adalah periode dimana terdapat pergeseran kebebasan atau independensi dari keluarga dan orang tua. Pemberian *informed consent* pada remaja harus mempertimbangkan dan menilai kapasitas remaja dalam memberikan pilihan otonomi dan kemampuan berpikir abstrak sudah terbentuk sempurna.^{2,4}

Sepanjang masa remaja (usia 13-19 tahun), terdapat perkembangan nilai yang gradual, dengan maturitas dan peningkatan kemampuan untuk membuat pilihan yang otonom. Remaja berbeda dari orang dewasa dalam hal persepsi dan perilakunya terhadap suatu risiko dan keuntungan, dan peningkatan risiko untuk pengambilan tindakan yang berisiko. Sebagai contoh, remaja akan lebih cenderung tertarik untuk mengambil konsekuensi jangka pendek dibanding jangka panjang. Saat ini masih terdapat perdebatan apakah pasien remaja lebih kurang merasa rentan pada suatu risiko dibanding pasien usia dewasa. Selain itu, masih terdapat perdebatan kapan seorang remaja sudah mengalami perkembangan kehidupan yang cukup untuk menerima suatu informasi, serta kapan usia yang cukup matur dan autonomi untuk memberikan *informed consent*. Selama ini, peraturan protektif kepada remaja hanya berdasarkan asumsi jika terdapat perbedaan kapasitas apresiasi dan proses berpikir rasional antara remaja dan dewasa, termasuk dalam hal pilihan, maturitas, dan perilakunya.^{2,4}

Informed consent pada remaja juga memunculkan tantangan kepada dokter untuk menyeimbangkan antara otonomi pasien dan kondisi kesehatan pasien. Ketika seorang pasien dewasa membuat keputusan yang buruk, keputusan tersebut dapat dipahami karena dapat merefleksikan persepsi idiosinkratik individu. Sementara pada remaja, pembuatan keputusan yang buruk dan berpotensi bahaya akan mencetuskan perhatian pada kapasitas dan maturitas remaja tersebut. Oleh karena itu, memiliki pasien remaja akan membuat usaha dokter lebih intens antara paternalisme dan otonomi pasien.^{2,4}

Fokus berikutnya yang menjadi perhatian dalam pengambilan keputusan remaja adalah jika terdapat perbedaan keputusan antara pasien remaja dengan wali atau orang tuanya. Tantangan klinis ini berlipat ganda menjadi 2 kali pada dokter, oleh karena (1) perlu ditentukan apakah remaja yang akan diberikan intervensi tersebut memiliki kapasitas untuk menerima atau menolak intervensi, dan (2) harus dapat menghormati keputusan pasien remaja dan juga orang tua/wali. Terdapat tantangan yang melibatkan orang tua/wali pada suatu intervensi ketika remaja memiliki kapasitas untuk memberikan keputusan medis, atau ketika remaja tersebut tidak memiliki kapasitas cukup karena akan memunculkan kemungkinan lain dari intervensi yang mungkin ditolak. Remaja dapat dikatakan mampu untuk menerima atau menolak terapi yang dianjurkan, namun hal tersebut tidak autoratif. Dengan kata lain, keputusan remaja tersebut tidak secara etik atau legal mengikat dokter dalam menjalankan intervensi yang diharapkan.^{2,4}

Studi Empiris Kapasitas Consent Pada Remaja

Faktor pada anak yang terkait dengan kompetensi adalah usia, intelegensi, pengalaman dengan penyakit, perkembangan kognitif, dan latar belakang linguistik. Terdapat konsensus yang memberikan perspektif jika remaja diatas 14 tahun sudah dapat menerima informasi yang dibutuhkan untuk persetujuan valid, meski dengan literatur empiris yang masih terbatas.⁵ Terdapat studi yang menguji pemahaman informasi terkait intervensi medis

dan proses berpikir rasional pada kelompok usia 9, 14, 18 dan 21 tahun. Studi ini menemukan jika kelompok usia 14 tahun tidak memiliki perbedaan dengan usia dewasa.⁶ Pada studi lain yang menggunakan *vignette hipotesis*, kelompok remaja usia 14-18 tahun dengan masalah kesehatan mental memiliki pemahaman informasi yang serupa dengan kelompok kontrol, namun rasionalitas yang lebih buruk, dinilai menggunakan IQ verbal.⁷

Studi oleh Kaser-Boyd et al yang menguji kelompok usia 10-20 tahun dengan masalah emosional atau belajar, dan menilai pemahaman mengenai benefit dan risiko setelah sesi terapi pemecahan masalah. Sebagian besar subjek mengidentifikasi minimal 1 risiko atau benefit. Penelitian ini menyimpulkan jika remaja di atas 14 tahun lebih dapat memahami suatu informasi risiko dan benefit dari suatu terapi.⁸

Studi oleh Casimir dan Billick menemukan jika intelegensi berkorelasi dengan pengetahuan aspek legal hospitalisasi, namun tidak dengan pengetahuan umum mengenai hospitalisasi psikiatri. Billick et al juga menemukan jika kompetensi berkorelasi dengan usia, dimana sebagian besar subjek dikatakan kompeten di usia lebih dari 12 tahun. Namun studi tersebut tidak memiliki data yang jelas apakah informasi diberikan adekuat.⁹

Pengetahuan anak berkorelasi dengan IQ verbal, namun tidak dengan usia. Anak dapat belajar nama, dosis, gejala target, dan efek samping ringan dari suatu terapi, namun tidak dengan efek yang lebih serius atau alternatif dari terapi, sehingga membutuhkan intervensi yang lebih intensif untuk pemahamannya. Tidak ada perbedaan signifikan antara pengetahuan orang tua dengan remaja. Namun penelitian ini memiliki keterbatasan karena penilaian pengetahuan dinilai setelah medikasi diberikan, dan tidak ada kelompok kontrol.¹⁰

Studi oleh Ambuel dan Rapaport dilakukan pada kelompok usia <15 tahun, 16-17 tahun, dan 18-21 tahun terhadap keputusan pada kehamilan untuk dilakukan aborsi. Pada mereka yang mempertimbangkan aborsi, tidak ada perbedaan rasionalitas di semua kelompok, yang menunjukkan adanya tingkat kompetensi untuk pilihan justifikasi yang serupa. Namun

untuk mereka yang tidak mempertimbangkan aborsi, tingkat rasionalitas usia <15 tahun kurang terbentuk dibanding kelompok usia lainnya, yang memperkirakan jika justifikasi kurang terbentuk pada usia remaja yang lebih muda.¹¹

Studi oleh Hein et al dan Appelbaum et al pada 161 pasien pediatrik dalam menentukan kapasitas membuat keputusan menggunakan MacCAT-CR (*MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research*). MacCAT-CR adalah format wawancara yang dikembangkan oleh Appelbaum dan Grisso pada tahun 2001, untuk menilai 4 aspek dari kapasitas pengambilan keputusan, yaitu pemahaman pada informasi mengenai alasan dan prosedur suatu intervensi, proses berpikir dari proses pemutusan tersebut, apresiasi dari efek partisipasi pada situasinya sendiri, dan ekspresi terhadap pilihan partisipasi. Studi menunjukkan jika skor kompetensi yang didapat pada anak melewati ambang batas. Spesifitas skala Mac-Cat untuk usia 11,2 tahun adalah 90%.^{11,12} Menurut Hein et al, batas usia anak untuk dikatakan kompeten dalam memberikan keputusan untuk berpartisipasi dalam suatu penelitian adalah 11,2 tahun, sementara anak di bawah 9,6 tahun umumnya tidak dapat, dan usia antara 9,6-11,2 tahun adalah usia transisi untuk membentuk kapasitasnya.¹²

Sebagian besar negara memberikan batas usia dalam pengambilan keputusan remaja adalah 18 tahun. Beberapa negara memiliki batas usia yang lebih rendah, seperti 12 tahun di Belanda dan 15 tahun di Denmark. Idealnya, batas usia dapat menjadi komponen penyeimbang untuk memproteksi anak ketika tidak mampu memberikan keputusan dan menghormati otonominya ketika mampu melakukan hal tersebut.¹³

Penelitian oleh Hein et al menunjukkan jika penentuan inkompeten oleh orang tua sering bertepatan dengan hasil dari MacCAT-CR, meskipun hanya terdapat persamaan moderat (sedang) antara keduanya. Hal ini mengimplikasikan jika orang tua mengekspresikan ekspektasi yang lebih tinggi untuk kompetensi anak dibanding tenaga profesional. Hal ini kontras dengan penelitian

oleh Alderson et al, pada 120 pasien remaja yang akan menjalani prosedur ortopedik, dimana tenaga profesional merekomendasikan usia yang lebih muda dibanding orang tua untuk kompetensi (10,3 tahun vs 13,9 tahun).¹⁴

Pemahaman mengenai kompetensi anak sering dibatasi oleh hukum. Regulasi legislatif mengenai kompetensi sering berdasar pada asumsi jika orang dengan usia lebih tua lebih kompeten dalam memberikan keputusan. Lebih lanjut, terdapat berbagai faktor kontekstual yang dipercaya mempengaruhi kompetensi anak dalam pengambilan keputusan, yaitu tahap perkembangan anak, peran orang tua dan keluargadekat, kualitas dari pemberian informasi, pengalaman hidup, tipe keputusan medis, dan lainnya. Terdapat studi yang mensugestikan hubungan positif antara intelegensi dan kompetensi, sehingga pengukuran kompetensi pengambilan keputusan dapat dinilai dengan tes intelegensi.^{15,16}

Usia remaja dimulai pada usia 12 tahun dan perkembangan neurokognitif terus dimulai dan berlanjut sampai usia dewasa muda. Otak remaja berbeda signifikan dengan otak pada anak dan dewasa. Remaja lebih cenderung untuk mengambil tindakan yang berisiko terkait dengan perkembangan sejumlah struktur otaknya, yaitu korteks prefrontal (sistem kontrol) dan striatum ventral (sistem *reward*). Sistem kontrol ini termasuk dalam kontrol impuls, kemampuan untuk menghentikan tindakan, dan regulasi diri. Kemampuan regulasi diri ini berkembang dengan baik dari usia 12 sampai 18 tahun, dan terus berlanjut sampai dewasa muda. Hubungan antara sistem kontrol dan sistem *reward* yang terkait dengan regulasi emosi ini tidak berkembang utuh sampai dewasa muda. Selain itu, otak remaja memiliki plastisitas yang tinggi sehingga lebih rentan dan tinggi akan oportunitas. Hal ini menunjukkan walaupun remaja sudah memiliki maturitas intelektual, tidak otomatis memiliki maturitas emosional dan sosial.¹⁶

Studi yang ada sebelumnya nampak masih kurang konklusif, karena hanya sedikit yang berfokus pada apresiasi, yang merupakan elemen kedua dari kapasitas. Apresiasi memerlukan telaah realistik dari *outcome* yang dibuat dan

justifikasi dari pilihan yang mungkin. Sampai saat ini, penilaian pada apresiasi hanya bersifat normatif dan mengandung elemen afektif, yang penilaiannya mungkin lebih sulit dibanding penilaian pemahaman. Perkembangan anak terjadi tidak hanya pada aspek kognitif, namun juga pada afektif (emosi) dan nilai. Kemampuan remaja untuk berpikir abstrak, meramalkan konsekuensi dari pilihan terapi, dan apresiasi penyakit dan intervensi yang akan diambil tidak diambil tidak terus berevolusi sepanjang perkembangan remaja. Proses untuk mencapai maturitas apresiasi merupakan proses yang membutuhkan waktu.^{2,4}

Bentuk informasi yang diberikan pada remaja dapat ditransmisikan dengan berbagai media, termasuk material tertulis, material yang dipresentasikan lisan, atau media audio-visual (seperti televisi atau video). Informasi tertulis tampaknya lebih efektif untuk didiskusikan dengan dokter, dibanding dibaca mandiri. Dari berbagai metode yang ada, dokter harus dinilai memiliki pemahaman paling optimal, dan menentukan apakah informasi dapat dimengerti dan diapresiasi.^{2,4}

Studi empiris consent volunteer pada remaja

Agar suatu consent dikatakan valid atau autoratif, maka hal tersebut harus dilakukan sukarela dan tanpa paksaan. Baik pada kasus dewasa dan remaja, rintangan untuk memberikan persetujuan sukarela dapat datang dari tenaga kesehatan profesional ataupun orang penting dalam lingkungan sosial anak. Lebih jelasnya, dokter tidak boleh ikut campur dalam pengambilan keputusan oleh pasien. Dokter tidak boleh melawan atau mengancam dari penolakan terhadap tindakan yang direkomendasikan. Bagaimana menilai dampak ancaman dari keluarga, guru, atau teman dekat dalam pengambilan keputusan remaja adalah penting untuk dilakukan. Grisso dan Appelbaum menjelaskan bahwa memperkirakan ancaman yang berasal dari luar tidak seharusnya menginvalidasi consent yang sudah dibuat. Namun, remaja biasanya lebih tergantung kepada orang tua dalam masalah kesehatannya dan berpotensi untuk lebih tidak dapat membuat keputusan sendiri, terutama

ketika terancam oleh anggota keluarga.¹⁷

Robert et al menyatakan jika kemampuan untuk membuat keputusan yang sukarela akan berkembang sesuai dengan perkembangan remaja. Sudah diketahui pula jika remaja memiliki kecenderungan lebih untuk menyesuaikan diri dibanding orang dewasa, sehingga remaja dengan usia lebih muda tidak dapat dipercaya sepenuhnya mampu untuk memberikan *consent* yang sukarela. Namun, pada kasus remaja dengan perilaku disruptif dan opsional akan memiliki kecenderungan untuk melawan rekomendasi orang dewasa.¹⁸

Studi oleh Cherer dan Repucci menemukan jika pengambilan keputusan remaja di usia 14-15 tahun dipengaruhi oleh input parental. Dampak dari pengaruh parental dalam pengambilan keputusan ini dapat menurunkan dalam hal kasus medis yang serius. Sebagai contoh, pada kasus donasi ginjal, baik pada orang dewasa dan remaja, keduanya akan cenderung yakin pada pengaruh parental dibanding pandangan anak. Namun dalam kasus yang lebih ringan (seperti tonsillitis), semua kelompok usia lebih dapat merubah keputusannya sesuai dengan peningkatan pengaruh parental.¹⁹

Menurut penelitian oleh Tan et al dan Partridge et al, orang tua yang baik biasanya diharapkan akan mencegah perilaku impulsif, perilaku berisiko dan berbahaya bagi anak. Mereka mengganti tindakan tidak pantas anak dan ketidakmampuan menilai situasi dengan penilaian superior mereka. Anak yang diasuh dengan pola yang hangat dan penuh pengertian sering mampu untuk mengambil proses dari pengambilan keputusan tersebut. Pola asuh yang otoritatif (memberi arah dan membatasi situasi) biasanya terkait positif dengan kapasitas remaja dalam memberikan *consent* yang otonomi. Dalam konteks medis, anak mungkin dapat memberikan keputusan secara otonomi sesuai dengan lingkungan yang sudah diarahkan dan diatur oleh orang tuanya.^{20,21}

Pada kasus adanya perbedaan keputusan anak dan orang tua, direkomendasikan dilakukan prosedur *dual consent* (anak dan orang tua) untuk anak dari usia 12 tahun sampai usia yang diakui oleh hukum untuk memberikan *consent* yang independen. *Dual consent* ini

dapat menyeimbangkan aspek perkembangan anak dan karakteristik spesifik dari hubungan orang tua dengan anak. Peran parental tetap dibutuhkan untuk proteksi ekstra dengan untuk menciptakan pengambilan keputusan anak yang kompeten dan memfasilitasi otonomi anak jangka panjang. Dalam hal terjadinya ketidaksetujuan pendapat, harus dilakukan segala usaha untuk mencapai kesepakatan. Seperti pada hukum Belanda, jalan dari ketidaksamaan keputusan ditentukan oleh anak yang sudah kompeten (berusia 12 tahun)^{14,15}

Pada bidang kesehatan masyarakat dikenal sebuah terminologi yaitu *public good* dimana sebuah tindakan diperlukan untuk kebaikan masyarakat, pendekatan *public health consent* dapat dilakukan dalam upaya permintaan *informed consent* secara luas pada masyarakat, termasuk pada remaja.²²

Dari telaah literatur yang sudah dilakukan, penulis mengemukakan beberapa rekomendasi dan aspek praktis yang dapat diaplikasikan :

1. Pemeriksaan semua kompetensi pasien pediatrik dilakukan kasus per kasus dengan instrumen yang standar.
2. Umumnya, anak dengan usia di bawah 10 tahun tidak mampu untuk memberikan consent, sementara di atas usia 12 tahun sudah mampu untuk memberikan keputusan, meskipun tetap membutuhkan dukungan.
3. Pada kasus adanya perbedaan posisi legal anak dan keputusan orang tua, direkomendasikan dilakukan prosedur consent dual (anak dan orang tua).

KESIMPULAN

Evaluasi pada proses pengambilan informed consent pada pasien remaja merupakan suatu hal yang kompleks, dan menentukan kapasitas remaja merupakan bagian yang sulit, terlebih karena remaja masih mengalami perkembangan maturitas, nilai, kognisi, dan otonomi. Terdapat konsensus dan studi literatur yang menunjukkan jika remaja usia 14 tahun atau lebih sudah memiliki kapasitas untuk memahami informasi relevan terkait dengan keputusan medis, meskipun masih

ada perdebatan mengenai kemampuan untuk apresiasi informasi yang dibutuhkan untuk membuat pilihan yang otoritatif, sukarela, dan matur. Dokter harus dapat mengenai kapasitas remaja dalam menerima atau menolak suatu prosedur medis, dan penilaian tersebut harus dilakukan secara individu, terkait dengan situasi pasien yang spesifik.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan tidak ada konflik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada Institusi dan pembimbing serta pihak lainnya yang turut berperan dalam penulisan kajian literatur ini. Setiap penulis berkontribusi secara merata dalam penulisan artikel ini dan urutan nama dalam artikel dilakukan sesuai abjad.

REFERENSI

1. Busro A. Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent) Dalam Pelayanan Kesehatan. *Law & Justice Journal*. 2018;191);1-18
2. Schanter D, Kleinman I, Harvey W. Informed Consent and Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005;90(9);534-560
3. Michaud PA, Kelly KB, Macfarlane A, Benaroyo L. Ethics and adolescent care : an International Perspective. *Current Opinion in Pediatrics*. 2010;22;418-422
4. Santeli J, Haerizadeh S, McGovern T. Inclusion with Protection: Obtaining informed consent when conducting research with adolescent. *Innocenti Research brief*. 2017;1-16
5. Koocher GP, DeMaso DR. Children competence to consent to medical procedure. *Pediatrics*. 2000;17;68-73

6. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescent to make informed treatment decision. *Child development*. 2000;53;1589-98
7. Mulvey EP, Peebles FL. Are disturbed and normal adolescent equally competent to make decisions about mental health treatment? *Law Human Behav*. 2006;20;273-87
8. Kasser BN, Adelman HS, Taylor L. Minors ability to identify risks and benefit of therapy. *Prof Psychol res Pr*. 2005;16;411-7
9. Billick SB, Burgert W, Friberg G, Downer AV, Bruni SM. A Clinical study of competency to consent to treatment In pediatrics. *J Am Acad Psychiatric Law*. 2001;29;298-302
10. Bastianes L. The Impact of intensive educational program on knowledge, attitudes, and side effect of psychotropic medication among adolescent inpatients. *J Child Adoles Psychopharmacol*. 2002;2;249-58
11. Ambuel B, Rappaport J, developmental trend in adolescent's psychological and legal competence to consent to abortion. *Law Human Behav*. 2002;16;129-54
12. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, Van Goudover JB, et al. Accuracy of the MacArtur competence children competence to consent to clinical research. *JAMA Pediatr*. 2014;168;1147-53
13. Appelbaum PS, Grisso T. MacArtur competence assessment tool for Clonical Research (MacCAT-CR). Professional Resource Press;2001
14. Hein IM, Vries MC, Troost PW, Meynen G, Goudoever JB, Lindauer RJ. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Medical Ethics*. 2015;16(76);1-7
15. Hein IM, Troost PW, Broersma A, Vries MC, Daams JG, Lindauer RJ, Why is it hard to make progress in assessing children's decision-making competence. *BMC Medical Ethics*. 2015;16(1);1-6
16. Wiegers PG, Hein OM, Broek JM, Vries MC. Medical decision-making in children and adolescent: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*. 2017;17(120);1-10
17. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A Guide to physician and other health professional. New York: Oxford University Press;2008
18. Roberts LW. Informed consent and capacity of voluntarism., *Am J Psychiatry*, 2002;159;705-12
19. Scherer DG, The capacities of minors exercise voluntariness in medical treatment decisions. *Law Human Behav*. 2002;15;431-49
20. Tan JO, fegert JM. Capacity and competence in child and adolescent psychiatry. *Heath Care Anal*. 2004;12;285-94
21. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. *J Med Philos*. 2010;35;518-25
22. Onora O'Neill. Informed consent and public health. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1447), 2004;1133-1136.