

ARTIKEL PENELITIAN

**HUBUNGAN TINGKAT KOGNITIF PASIEN GERIATRI DENGAN
PEMAHAMAN TERHADAP *INFORMED CONSENT*
(*THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS COGNITIF TEST
WITH THE KNOWLEDGE OF GERIATRIC PATIENT*)**

Ali Taufan¹, Rahmad Dui Wahyudi², Evi Sovia³

¹Laboratorium Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Achmad Yani

²Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Achmad Yani

³Laboratorium Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Achmad Yani

Email korespondensi: alitaufan.dr.mhkes@gmail.com

ABSTRAK

Keputusan medik yang dibangun secara bersama antara dokter dan pasien sangat penting dalam proses pengobatan. Tindakan menghargai hak individu adalah salah satu prinsip etika klinik tidak mudah penerapannya sehingga pasien dapat mengambil keputusan, dokter mempunyai kewajiban untuk mendorong pasien membuat keputusan pilihan secara mandiri. Fungsi kognitif berperan penting dalam mengambil keputusan berdasarkan *informed consent* yang diberikan oleh dokter dalam pengobatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat kognitif pasien geriatrik dengan pemahaman terhadap *informed consent*. Metode penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling* pada 40 orang pasien geriatri RS Dustira. Data dianalisis menggunakan *Chi-Square Tests* untuk melihat hubungan dua variabel ($p < 0,05$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat kognitif dengan pemahaman pasien geriatrik terhadap *informed consent* ($p=0,00$). Sejumlah 16 pasien geriatri dengan kognitif yang normal memiliki pemahaman yang baik. Pada pasien dengan *probable* gangguan kognitif didapatkan 10 pasien memiliki pemahaman yang baik, 12 pasien memiliki pemahaman sedang, dan 2 pasien memiliki pemahaman buruk. Terdapat hubungan bermakna antara pemahaman terhadap *informed consent* berdasarkan tingkat kognitif menurut *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Kata kunci: geriatri, *informed consent*, pemeriksaan kognitif

ABSTRACT

Mutual medical decision making between physician and patient is very important in medical treatment. Respect for autonomy is one of the principle guidelines of clinical ethics are not simply allowing patients to make their own decisions, physicians have an obligation to create the conditions necessary for autonomous choice. Respecting for autonomy is respecting an individual's right to self determination as well as creating the conditions necessary for autonomous choice. Function of cognitive has an important for patients in making decision on the informed consent given by physician in medical treatment. The aims of this study to analysis the relationship between cognitive test with the knowledge of geriatric patient. The research method was cross-sectional survey, non-probability sampling with consecutive sampling method and the sample total were 40 patients. Data analysis using Chi-Square Tests ($p < 0.05$). The results of this study showed that there was significant relationship between cognitif test with the knowledge of geriatric patient. There were 16 patients with normal cognitive and good knowledge, 10 patient had probable cognitive impairment and good knowlegde, 12 patient had probable cognitive impairment and moderate, 2 patient had definite cognitive impairment and poor knowledge. There is a significant relationship between understanding of informed consent based on cognitive levels according to the (Mini Mental State Examination) MMSE.

Key words : *geriatric, informed consent, cognitif test*

PENDAHULUAN

Geriatric adalah usia lanjut yang memiliki karakteristik khusus yang membedakannya dari fungsional yang merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari sehingga ada ketergantungan pada orang lain.¹ Perubahan kepribadian, gejala yang muncul seperti motivasi dan inisiatif yang berkurang, apati yang meningkat, keinginan untuk menarik diri dari kehidupan sosial, penurunan ketertarikan terhadap aktivitas yang digemari

sebelumnya, empati yang menghilang, dan obsesi kompulsi. Fungsi kognitif mencakup perhatian, bahasa daya ingat, pengenalan ruang, dan fungsi eksekutif adalah kemampuan pemecahan masalah.¹ Perubahan kognitif mulai dari fungsi kognitif yang normal hingga dementia. Gangguan fungsi kognitif melibatkan: gangguan kemampuan untuk mendapatkan dan mengingat informasi yang baru, gangguan dalam memahami dan mengerjakan tugas yang kompleks,

kesalahan dalam mengambil keputusan, gangguan dalam kemampuan visuo-spatial, gangguan dalam fungsi berbahasa, seperti berbicara, membaca, menulis, dan perubahan kepribadian.²

Pemahaman terhadap *informed consent* memerlukan fungsi kognitif sehingga mampu melakukan pengambilan keputusan atas tindakan medis.^{3,4} Hasil penelitian sebelumnya mengenai pasien usia lanjut dan *informed consent* oleh Stanley *et al*, pada pasien geriatri mengalami penurunan penerimaan terhadap *informed consent*.⁵

Pasien geriatri memiliki kapasitas yang berubah-ubah sehingga dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien setelah diberi penjelasan mengenai *informed consent* oleh dokter. Permasalahan yang terjadi adalah pasien dianggap kompeten jika berumur lebih dari 18 tahun dan sampai pada usia lanjut kompetensi selalu menetap.⁶ *Informed consent* tidak hanya memberikan informasi tetapi dokter juga harus menilai pasien yang mengalami penurunan kapasitas mental untuk mengerti dan membuat keputusan. Istilah kompeten dan inkompeten digunakan setiap orang agar mempunyai wewenang bebas dalam membuat keputusannya sendiri.^{5,6} Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat kognitif pasien geriatrik

dengan pemahaman terhadap *informed consent*.

BAHAN DAN METODE

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah metode deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*.^{7,8} Sampel pada penelitian ini sebanyak 40 orang pasien geriatri di Rumah Sakit Dustira Cimahi Jawa Barat Indonesia pada tahun 2017.

Pada penelitian ini dilakukan pemeriksaan kognitif dengan *Mini Mental State Examination (MMSE)* dengan interpretasi normal bila mendapat skor 24-30, *probable* bila mendapat skor 17-23 dan *definite* bila skor ≤ 16 .

Penilaian pemahaman dengan menggunakan kuesioner dengan interpretasi skor $> 75\%$ = baik (bisa menjawab 12-15 soal), skor 40-70% = sedang (bila menjawab 6-11 soal) dan skor $< 40\%$ = kurang (bila menjawab ≤ 5 soal).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Usia menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, sedangkan World Health Organization (WHO) tahun 1999 menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi empat kelompok yaitu: usia pertengahan

(*middle/young elderly*) berusia antara 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-74 tahun, dan usia tua (*old*) berusia antara 75-90.^{2,9} Pasien geriatri memiliki penyakit kronik degeneratif. Terjadi penurunan status fungsional yang merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari sehingga ada ketergantungan pada orang lain.^{3,4} Peningkatan jumlah usia lanjut akan meningkatkan jumlah pasien geriatri. Pasien geriatri adalah lanjut usia juga yang perlu dibedakan dengan mereka yang sekedar berusia lanjut namun sehat.¹⁰

Penelitian terhadap pasien geriatri sebanyak 40 orang untuk mengetahui

pemahaman pasien geriatri terhadap *informed consent* berupa hasil pemeriksaan fungsi kognitif berdasarkan jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan didapatkan deskripsi sebagai berikut seperti terlihat pada Tabel 1.

Penelitian terhadap pasien geriatri sebanyak 40 orang untuk mengetahui pemahaman pasien geriatri terhadap *informed consent* berupa pemahaman *informed consent* berdasarkan jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan didapatkan deskripsi sebagai berikut seperti terlihat pada Tabel 2.

Tabel 1 Fungsi *kognitif* berdasarkan jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan.

Karakteristik	Variabel	Tingkat kognitif menurut MMSE		
		24-30 (Normal)	17-23 (Probable)	≤16 (Definite)
Jenis Kelamin	Laki-laki	8 (53,3%)	6 (40%)	1 (6,7%)
	Perempuan	8 (32%)	16 (64%)	1 (4%)
Usia	60-64	5 (41,7%)	7 (58,3%)	-
	65-69	5 (41,7%)	7 (58,3%)	-
	70-74	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2)
	75-79	2 (50%)	2 (50%)	-
	80-84	1 (100%)	-	-
Tingkat pendidikan	SD	2 (10,5%)	15 (79%)	2 (10,5%)
	SMP	6 (46,2%)	7 (53,8%)	-
	SMA	7 (100%)	-	-
	Perguruan Tinggi	1 (100%)	-	-

Tabel 2. Pemahaman terhadap *informed consent* berdasarkan jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan

Karakteristik	Variabel	Pengetahuan terhadap <i>informed consent</i>		
		Baik	Sedang	Kurang
Jenis Kelamin	Laki-laki	11 (73,3%)	3 (20%)	1 (6,7%)
	Perempuan	15 (60%)	9 (36%)	1 (4%)
Usia	60-64	7 (58,3%)	5 (41,7%)	-
	65-69	10 (83,3%)	2 (16,7%)	-
	70-74	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)
	75-79	2 (50%)	2 (50%)	-
	80-84	1 (100%)	-	-
	SD	6 (31,6%)	11 (57,9%)	2 (10,5%)
Tingkat pendidikan	SMP	12 (92,3%)	1 (7,7%)	-
	SMA	7 (100%)	-	-
	Perguruan Tinggi	1 (100%)	-	-

Penelitian terhadap pasien geriatri sebanyak 40 orang untuk mengetahui pemahaman pasien geriatri terhadap *informed consent* berupa pemahaman

informed consent berdasarkan fungsi kognitif dengan menggunakan MMSE didapatkan deskripsi sebagai berikut seperti terlihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Pemahaman terhadap pemberian *informed consent* berdasarkan fungsi kognitif dengan menggunakan MMSE

Pengetahuan terhadap <i>informed consent</i>	Tingkat kognitif menurut MMSE		
	24-30 (Normal)	17-23 (Probable)	≤16 (Definite)
Baik	16 (100%)	10 (45,5%)	-
Sedang	-	12 (54,5%)	-
Kurang	-	-	2 (100%)
Total	16 (100%)	22 (100%)	(100%)

Berdasarkan Tabel 3 diatas dapat diketahui bahwa semakin tinggi skor MMSE atau semakin baik tingkat kognitif seseorang maka pengetahuannya akan semakin baik, hal ini juga bisa dipengaruhi oleh, usia, tingkat pendidikan, dan bahasa. Hubungan tingkat kognitif dengan pemahaman dianalisis dengan menggunakan *Chi-*

Square Tests untuk melihat hubungan dua variable tersebut didapatkan bahwa nilai $p=0,00$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan bermakna antara tingkat kognitif dengan pemahaman terhadap *informed consent* pada 40 pasien geriatri di Rumah Sakit Dustira Cimahi seperti terlihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hubungan tingkat kognitif dengan pemahaman terhadap *informed consent*

Pengetahuan terhadap <i>informed consent</i>	Tingkat kognitif menurut MMSE			p
	24-30 (Normal)	17-23 (Probable)	≤16 (Definite)	
Baik	16 (100%)	10 (45,5%)	-	0,000
Sedang	-	12 (54,5%)	-	
Kurang	-	-	2 (100%)	
Total	16 (100%)	22 (100%)	(100%)	

Fungsi kognitif merupakan kemampuan seseorang dalam belajar, menerima, dan mengelola informasi dari lingkungan sekitarnya, ketika kemampuan tersebut baik tentunya pengetahuan yang dimiliki akan semakin luas dan semakin baik, tingkat pengetahuan yang diukur pada penelitian ini adalah hanya dibatasi sampai tingkatan mengetahui/*know*. Tahu merupakan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam tingkatan ini adalah mengingat kembali/*recall* terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.^{11,12,13} Seperti pada Tabel 3 dapat dilihat bahwa semakin tinggi skor MMSE atau semakin baik tingkat kognitif seseorang maka pengetahuannya akan semakin baik, walaupun hal ini dapat dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, dan bahasa.^{12,14}

Pemeriksaan kognitif dengan *MMSE* digunakan secara luas sebagai alat ukur standar. *Mini Mental State Examination* telah banyak digunakan di berbagai negara dan telah diterjemahkan ke berbagai

bahasa termasuk bahasa Indonesia. *Mini Mental State Examination* digunakan untuk menilai fungsi kognitif pada praktek klinis ataupun penelitian. *Mini Mental State Examination* menilai orientasi, perhatian dan kalkulasi, ingatan jangka pendek dan menengah, bahasa dan kemampuan untuk menyelesaikan instruksi verbal dan tertulis yang sederhana serta konstruksi visual.¹⁵ Instrumen ini merupakan yang paling sering digunakan untuk menilai fungsi kognitif. *Mini Mental State Examination* merupakan instrumen penapis untuk mendeteksi kemungkinan gangguan kognitif yang terdiri dari pertanyaan mengenai orientasi waktu dan tempat, pengenalan benda (registrasi), perhitungan, ingatan, bahasa (penyebutan, pengulangan, pengertian, dan menulis) dan visuo-spasial (konstruksi). Hasil skornya yaitu jika total skor 24-30 menunjukkan tidak terdapat gangguan fungsi kognitif, skor 17-23 menunjukkan *probable* gangguan fungsi kognitif, dan skor 0-16 menunjukkan *definite* gangguan fungsi kognitif.^{16,17}

Informed consent adalah proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan tidak dilakukan terhadap pasien. Persetujuan yang diberikan secara sukarela oleh pasien dengan menandatangani surat informed consent adalah merupakan salah satu syarat subjektif untuk terjadinya/sahnya suatu perjanjian yaitu sepakat untuk mengikat diri. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian untuk melakukan tindakan medis antara dokter dan pasien.^{9,18}

Informed consent terdiri dari tiga unsur utama : pemberian informasi, kapasitas dan kesukarelaan. *Informed consent* adalah proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan tidak akan dilakukan terhadap pasien. *Informed consent* sangat penting terutama untuk tindakan invasif dan tindakan yang mengandung risiko tinggi seperti operasi atau pembedahan.^{6,18}

Kompetensi pasien ditentukan oleh usia dewasa, tingkat kesadaran . Pasien yang tidak kompeten adalah anak dibawah umur, orang yang mengalami cacat mental, beberapa kategori pasien psikiatrik, pasien dalam keadaan demensia, pasien yang tidak sadar, dan pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah serta memiliki gangguan komunikasi sehingga

kemampuan membuat keputusannya menjadi terganggu.¹⁹

Mini Mental State Examination digunakan secara luas sebagai alat ukur standar. *Mini Mental State Examination* telah banyak digunakan di berbagai negara dan telah diterjemahkan ke berbagai bahasa termasuk Bahasa Indonesia. MMSE digunakan untuk menilai fungsi kognitif pada praktek klinis ataupun penelitian. MMSE menilai orientasi, perhatian dan kalkulasi, ingatan jangka pendek dan menengah, bahasa dan kemampuan untuk menyelesaikan instruksi verbal dan tertulis yang sederhana serta konstruksi visual.¹² Instrumen ini merupakan yang paling sering digunakan untuk menilai fungsi kognitif. *Mini Mental State Examination* merupakan instrumen penapis untuk mendeteksi kemungkinan gangguan kognitif yang terdiri dari pertanyaan mengenai orientasi waktu dan tempat, pengenalan benda (registrasi), perhitungan, ingatan, bahasa (penyebutan, pengulangan, pengertian, dan menulis) dan visuospasial (konstruksi). Hasil skornya yaitu jika total skor 24-30 menunjukkan tidak terdapat gangguan fungsi kognitif, skor 17-23 menunjukkan *probable* gangguan fungsi kognitif, dan skor 0-16 menunjukkan *definite* gangguan fungsi kognitif.^{30,31} Bentuk *informed consent* dapat dibagi menjadi dua yaitu: *Expressed consent*

adalah persetujuan yang dinyatakan dalam bentuk lisan atau tulisan, *implied consent* adalah persetujuan yang diberikan kepada pasien secara tersirat dan biasa terjadi dalam praktek sehari-hari, tanpa pernyataan yang tegas.²⁰ Tujuan *informed consent* melindungi dokter dan pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan. Serta melindungi dokter dari resiko medik.^{21,22}

Permenkes No. 290 Tahun 2008 *informed consent* adalah proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan tidak akan dilakukan terhadap pasien.^{15,23}

Dalam undang-undang kita adalah mengenai kompetensi penderita, sedang kapasitas penderita belum dibahas lebih mendalam semestinya kapasitas penderita mempunyai kekuatan hukum dan dimasukan dalam salah satu pasal pada undang-undang yang membahas persetujuan tindakan medis.^{24,25}

Pemahaman diperoleh seseorang dan merupakan kemampuan memahami untuk menjelaskan secara benar objek yang diketahui. Orang yang telah paham akan objek atau materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.^{26,27}

Dokter tidak dapat lagi mengambil keputusan tanpa persetujuan. Kini dokter dituntut untuk memberikan informasi baik diminta maupun tidak kepada pasien atau keluarganya. Apabila dokter melakukan tindakan tersebut termasuk dalam *Assault and Batery* termasuk tindakan yang bersifat kriminal bila dokter melakukan tindakan terhadap pasien tanpa persetujuan.^{28,29,30} Kapasitas pengambilan keputusan memerlukan pemahaman dari informasi yang relevan, kemampuan berpikir secara rasional tentang suatu keputusan, mengerti akan keputusan yang sudah diambil dan konsekuensi yang mungkin terjadi, dan kemampuan untuk mengkomunikasikan tentang keinginan-keinginannya (*preference*).^{31,32,33}

Pasien geriatri yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik terhadap *informed consent* tentunya kompeten untuk menerima penjelasan dari dokter dan memiliki kemampuan dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan medik yang akan dilakukan, mengingat *informed consent* pada pasien geriatri harus selalu dilakukan dalam setiap langkah pemeriksaan dan tindakan.^{13,34} Para etikawan memiliki kesepakatan untuk memastikan kompeten tidaknya seseorang pasien. Ada 3 syarat yang disebut juga dengan *the president commision* yaitu kemampuan untuk menilai, kemampuan

untuk memahami, dan kemampuan untuk menalar.³⁵ Ketiga syarat tersebut sudah dibahas dalam kuesioner sehingga dari pertanyaan dalam kuesioner dapat mengetahui pengetahuan pasien terhadap *informed consent* sehingga dapat mengetahui pasien kompeten atau tidak dalam menerima dan membuat keputusan.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada 40 responden, terdapat hubungan yang bermakna antara pemahaman terhadap *informed consent* berdasarkan tingkat kognitif menurut MMSE.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bachr M, Frotscher M. Fungsi Sistem Limbik. Dalam: Suwono WJ, Nirmala WK, Hernisa F, Editor. *Diagnosis Topik Neurologi DUUS; Anatomi, Fisiologi, Tanda Gejala*. Edisi 4, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2012:282
2. Hardywinto, Setiabudi T. *Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 1999.
3. Darmojo R, Martono H. *Buku ajar geriatri Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*, Edisi 2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2000.
4. Muzamil MS, Afriwardi, Martini RD. Hubungan antara tingkat aktifitas fisik dengan fungsi kognitif pada usia lanjut di kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2014; 3: 202-5
5. Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC. *Neurology in clinical practice*. 6th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012: 570-86
6. Hanafiah MJ, Amir A. *Etika kedokteran & hukum kesehatan*, Edisi 4. Jakarta: EGC, 2009: 47-77.
7. Notoatmodjo, S. *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta : Rineka cipta, 2007.
8. Notoatmodjo, S. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta, 2003.
9. Hamidah. Perbedaan kognitif penderita Diffuse Injury Grade II dengan pemberian latihan fisik awal dan latihan fisik standar. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, 2011.
10. Darmojo RB. Demografi dan Epidemiologi Populasi Lanjut Usia. Dalam: Martono HH, Pranarka K. *Buku Ajar Boedhi- Darmojo Geriatri*. Edisi ke-4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, 2010:35-55.

11. Azizah LM. Keperawatan lanjut usia. Ed 1. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011. 1-17.
12. Anderson KK, Mukherjee SD. The need for additional safeguards in the informed consent process in schizophrenia research. *Journal Medical Ethics* 2007;33:647-50.
13. Gunawan I, Palupi AR. Taksonomi Bloom-Revisi Kognitif: Kerangka Landasan Untuk Pembelajaran, Pengajaran, Dan Penilaian. journal.ikippgrimadiun.ac.id/index.php/JPE/article/viewFile/27/26. 2015. [diunduh 20 juni 2016].
14. Setiati S. *Geriatric Medicine*, Sarkopenia, *Frailty* dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian dan Pelayanan Kedokteran di Indonesia. *eJKI*, 2013; 1: 234-42.
15. Dikot Y. Deteksi gangguan kognitif dalam praktek umum dan neurologi sehari-hari. In: Basuki A, Dian S, Editors. *Neurologi in daily practice*. 1st Ed. Bandung: Bagian/UPF Ilmu Penyakit Saraf, Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit Hasan Sadikin, 2010:171-4.
16. Abadi K, Wijayanti D, Gunawan EA, Rumawas ME, Sutrisna B. Hipertensi dan risiko mild cognitive impairment pada pasien usia lanjut. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 2013; 8:120-4.
17. Muzamil MS, Afriwardi, Martini RD. Hubungan antara tingkat aktifitas fisik dengan fungsi kognitif pada usia lanjut di kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2014; 3: 202-5.
18. Steanly B. Guido J, Steanly M, Shortell D. The elderly patient and *Informed consent*. *JAMA*, 1984; 252:1302-06
19. Soelistyowatie T. Penerapan hukum *informed consent* terhadap pelayanan keluarga berencana di Rumah Sakit Tugurejo Semarang. <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/download/29/15>. 2011. [diunduh 16 juni 2016].
20. Guwandi J. *Informed Consent dan Informed Refusal*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2003.
21. Albert RJ, Siegler Mark, William JW. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. United States of America, 2010.
22. Undang-undang Nomer 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2009.
23. Peraturan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.

24. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Sugiarti I. Sejarah hukum doktrin *informed consent*. <http://www.scribd.com/doc/44274973/Sejarah-Hukum-Doktrin-Informed-Consent>. [Online]. 2010 [diunduh 16 juni 2016]
25. Permenkes RI Nomor 290/menkes/per/III/2008. Persetujuan tindakan kedokteran.
26. Orr RD. Competence, capacity, and surrogate decision making. The Center for Bioethics Human Dignity. www.cbhd.org
27. Basbeth F. Sejauh mana competency dan capacity diperlukan dalam pengambilan keputusan seseorang. [diunduh 27 juni 2016]
28. Anderson KK, Mukherjee SD. The need for additional safeguards in the informed consent process in schizophrenia research. *Journal Medical Ethics*,2007;33:647-50.
29. Juliawati M. Pentingnya surat persetujuan tindakan medik (*informed consent*) pada praktek dokter gigi. *Jurnal PDGI*,2014; 63: 46-63.
30. Pranama BT. Tinjauan yuridis terhadap *informed consent* sebagai dasar dokter dalam melakukan penanganan medis yang berakibat malpraktek. <http://uii.ac.id/server/document/private/20080525120515034102851111.pdf>. [online]. 2008. [diunduh 15 mei 2016].
31. Sugiarti I. Perbandingan hukum *informed consent* Indonesia dan Amerika Serikat. isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/12310245268.pdf. [Online]. 2011 [diunduh 16 juni 2016]
32. Ali MM, Adam K, Hadad T, Rafly A, Purwadianto A, Rusli A, dkk. Hubungan Dokter dan Pasien. In: Ali MM, Adam K, Hadad T, Rafly A, editors. Penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik di Indonesia. Jakarta: Lembaga Konsultan Peraturan Bisnis Indonesia, 2009:138-203.
33. Samil RS. Etika Kedokteran Indonesia. Edisi 2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2001.
34. Kochhann R, Otilia M., Godinho C., Camazzato A., Chaves M. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. *Dementia and Neuropsychologia*,2009;3(2):88–93.
35. Sampurna B, Syamsu Z, Siswaja TD. Bioetik dan hukum kedokteran. Jakarta Selatan: Pustaka Dwipar, 2005:47-91.