

Sexual Abuse Disertai Kehamilan Tidak Direncanakan atau Dikehendaki pada Remaja dengan *Intellectual Disability*: Sebuah Laporan Kasus

I Made Darmayasa¹, Tri Oktin Windha Daniaty², AA Sri Wahyuni²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

²Kedokteran Jiwa/Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Korespondensi: ¹dokterdarmayasa@gmail.com; ²windhautama@gmail.com; ³asriwahyuni@yahoo.com

Submisi: 1 April 2022; Revisi: 5 Agustus 2022; Penerimaan: 25 Agustus 2022

ABSTRACT

Background: Intellectual Disability in adolescents is prone to physical, mental, and sexual violence. Intellectual and adaptive disabilities make adolescents with intellectual disabilities unable to avoid environmental behavior including sexual abuse.

Methods: A case report of a 12-year-old teenager with an Intellectual Disability who became pregnant as a result of sexual abuse by an unknown person. On the way, she had an abortion.

Results and Discussion: On examination, it was found that a 12-year-old teenager with mild mental retardation, without education, came from an incomplete family with very poor socioeconomic status. The diagnosis was confirmed by a multi-axial approach and concluded that adolescents with mild mental retardation have significant behavioral impairment and require attention or therapy (F70.1). Patients are also submissive and quiet with ego defense mechanisms that regression, and have problems with mental and intellectual development. Multidisciplinary management was carried out involving the social and medical departments.

Conclusion: Patients with Intellectual Disabilities, especially adolescents, require special attention and a multidisciplinary, and comprehensive approach, starting from prevention, as well as in carrying out treatment.

Keywords: Sexual abuse; adolescents; Intellectual Disability; unwanted/unplanned pregnancy; abortion

ABSTRAK

Latar Belakang: *Intellectual Disability* pada remaja rawan mendapatkan kekerasan fisik, mental dan seksual. Hendaya intelektual dan adaptif menjadikan remaja dengan *Intellectual Disability* tidak mampu menghindarkan diri dari perilaku lingkungan termasuk *sexual abuse*.

Metode: Laporan kasus remaja 12 tahun dengan *Intellectual Disability* hamil akibat *sexual abuse* yang dilakukan oleh orang yang tidak dikenal. Dalam perjalannya mengalami abortus.

Hasil dan Pembahasan: Pada pemeriksaan didapatkan remaja 12 tahun dengan keterbatasan mental ringan, tanpa pendidikan, dari keluarga yang tak utuh dengan sosial ekonomi yang sangat buruk. Diagnosis ditegakkan dengan pendekatan multiaksial dan disimpulkan remaja dengan retardasi mental ringan dengan Hendaya Perilaku yang bermakna dan memerlukan perhatian atau terapi (F70.1). Penderita seorang yang penurut dan pendiam dengan mekanisme pembelaan ego bersifat regresi, serta memiliki masalah dengan perkembangan mental dan intelektualnya. Dilakukan tatalaksana multidisiplin melibatkan dinas sosial disamping medis.

Kesimpulan: Penderita dengan *Intellectual Disability* khususnya remaja memerlukan perhatian dan pendekatan khusus, bersifat multidisiplin, dan komprehensif mulai dari pencegahan, maupun dalam melakukan tatalaksana.

Kata Kunci: *Sexual abuse*; remaja; *Intellectual Disability*; hamil tanpa perencanaan/tanpa dikehendaki; abortus

PENDAHULUAN

Remaja dengan *Intellectual Disability* mempunyai kebutuhan dan hasrat seksual seperti orang lain pada umumnya. Namun tidak sedikit dari mereka mengalami *sexual abuse* hingga mengalami kehamilan tidak direncanakan atau diinginkan. *Intellectual Disability* merupakan terminologi baru sebagai pengganti istilah lama retardasi mental. Istilah "*Tunagrahita*"/*Intellectual Disability* adalah gangguan dengan onset selama periode perkembangan yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan adaptif pada konseptual, sosial dan ranah yang praktis. Mereka memiliki keterbatasan-keterbatasan dalam menjalankan fungsi sosial secara wajar dalam kehidupan bermasyarakat, sehingga perlu mendapatkan perhatian dalam pembentukan sikap, kepribadian, dan pengembangan kemampuan sosial.¹

Badan Kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) memperkirakan angka kejadian *Intellectual Disability* berat berkisar antara 1-3% dari seluruh populasi dan hampir 3 % mempunyai IQ di bawah 70. Sebagai sumber daya manusia tentunya mereka tidak bisa dimanfaatkan, karena 0,1 % dari anak-anak ini memerlukan perawatan, bimbingan serta pengawasan sepanjang hidupnya. Di Indonesia jumlah anak berkebutuhan khusus adalah sekitar 7% dari total jumlah anak usia 0-18 tahun atau sebesar 6.230.000 jiwa. Insiden *Intellectual Disability* 1,5 kali lebih banyak pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Kejadian tertinggi terdapat pada masa anak sekolah dengan puncak usia 6-17 tahun. Pada anak yang mengalami *Intellectual Disability* perlu mendapatkan perhatian dalam pembentukan sikap, kepribadian, dan pengembangan kemampuan sosial. *Intellectual Disability* dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.²

Remaja dengan *Intellectual Disability* mempunyai kebutuhan dan hasrat seksual seperti orang lain pada umumnya. Sangat disayangkan Sebagian dari mereka mengalami *sexual abuse* hingga mengalami kehamilan tidak diinginkan. kejadian ini terkait dengan keterbatasan mereka untuk berkomunikasi atau bertindak sesuai hasratnya dan kemungkinan sulit untuk mempelajari perilaku seksual yang sesuai.³

LAPORAN KASUS

Seorang remaja perempuan berusia 12 tahun 7 bulan, tinggal di Desa Mengwi, Kabupaten Badung Bali. Tidak berpendidikan/tidak pernah sekolah sama dan tidak memiliki pekerjaan. Ayahnya meninggal karena kecelakaan lalu lintas ketika pasien berusia 2 tahun. Ibunya menikah lagi, sehingga remaja ini sejak kecil dibesarkan berpindah-pindah dari kakek kandung ke saudara kakek di luar Bali dan akhirnya kembali ke kakek kandung di Bali.

Data Subjektif

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah diantar kakek dengan membawa surat pengantar Bidan Praktek Swasta karena telah disetubuhi sehingga hamil. Dalam perjalanannya mengalami perdarahan dan dilakukan kuretasi oleh karena mengalami keguguran.

Pasien saat diwawancara pada tanggal 26 Januari 2022 berada dalam posisi berbaring di tempat tidur ruang perawatan cempaka lantai 2 kamar 12 Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. Pasien tampak mengenakan baju kaos berwarna merah, memakai celana pendek bermotif bunga-bunga, tertutup selimut loreng. Pasien berperawakan sesuai dengan tinggi badan dan berat badan. Pasien berpenampilan cukup rapi, walau raut wajah tampak tidak nyaman, kuku tangan dan kaki cukup terawat. Selama wawancara pasien lebih banyak diam dan hanya menjawab saat ditanya saja dengan suara yang rendah dan menjawab dengan satu atau dua kata, Pasien lebih banyak menunduk dan kurang menatap pemeriksa.

Pasien dapat menyebutkan namanya, sedang berada dimana dan siapa yang menunggu dengan benar. Pasien tidak menjawab apa yang menjadi keluhannya saat ini, hanya mengganggu saja. Saat ditanya apakah merasa sedih? Pasien hanya menunduk dan menggeleng, saat ditanya apakah merasa takut? Pasien mengganggu. Saat ditanya bagaimana perasaannya? Pasien diam. Apakah ada dirasakan sakit dibadannya? Pasien hanya diam tidak menjawab. Saat ditanya apakah bisa tidur? pasien hanya mengganggu, saat ditanya apakah sudah makan? kembali mengganggu. Saat ditanya mau makan apa? Pasien diam, Apakah mau ayam goreng? pasien mengganggu.

Saat ditanya apakah ada melihat bayangan ataupun mendengar suara tanpa sumber? pasien hanya menggeleng. Saat diberikan pertanyaan lagi, pasien hanya diam, tidak mau menjawab.

Heteroanamnesis terhadap kakek pasien, dokter obstetri dan ginekologi, Pengurus Yayasan/Ibu DN, dan tenaga paramedis yang merawatnya didapatkan pasien mengeluh nyeri perut kemudian diajak ke bidan di daerah Mengwi. Bidan mengatakan pasien hamil dan mengalami ancaman abortus. Pada saat tiba di IGD RSUP Sanglah, kondisi kehamilan sudah abortus inkomplit, selanjutnya diambil tindakan kuret dan setelah tindakan pasien dilaporkan mengalami perubahan perilaku yaitu tampak diam tanpa ekspresi.

Pasien dikatakan mengalami gangguan mental (menghilang dari rumah, ngamuk tidur di kuburan) kurang lebih sejak umur 9 tahun, namun tidak pernah diajak berobat. Pasien sejak usia sekitar 5 tahun diajak oleh saudara kakeknya yang transmigrasi di Sulawesi. Saat berumur 10 tahun, karena perilakunya sulit dikendalikan, kembali diajak ke Bali. Ayah pasien dikatakan telah meninggal saat pasien usia 2 tahun karena kecelakaan. Ibu kandungnya menikah lagi, saat pasien berumur sekitar 3-4 tahun. Sejak saat itu pasien diasuh oleh kakeknya, sehingga pasien memanggil "Ajik" panggilan untuk ayah untuk orang berkasta di Bali. Ibu kandung pasien dikatakan menikah lagi yang ketiga kalinya di Singaraja, tidak pernah menenggok. Sejak pindah ke Bali pasien diajak hidup berpindah-pindah oleh kakek dan istrinya/nenek tiri, kakek pasien saat ini mempunyai anak berusia 5 tahun. Pasien dan keluarga tinggal dalam satu kamar kos dan hidup dengan serba kekurangan. Kakeknya bekerja sebagai pemulung, pasien sering dimarahi oleh nenek tiri karena malas dan suka membawa anak kucing/anjing ke rumah. Kakek pasien mengatakan tidak mengetahui siapa yang menghamili cucunya. Pasien tidak pernah bercerita, hanya diam. Pasien sering menghilang dari rumah beberapa hari. Sering bermain di pasar hewan Beringkit dekat tempat kos, disuruh pulang oleh kakeknya tidak mau. Pasien dikatakan tidak pernah mau bersekolah.

Kakek pasien kesulitan mengurus karena sering menghilang dari rumah, sehingga disarankan

melapor ke Dinas Sosial Kabupaten Badung, selanjutnya dititipkan di panti asuhan Yayasan Rumah Kehidupan Casavida. Dikatakan oleh Pengasuh Yayasan /Ibu DN bahwa pasien tinggal di panti asuhan sejak Februari 2021, pada bulan Oktober 2021 pasien dikatakan mulai berontak ingin keluar dan berhasil kabur sebanyak 3 kali. Ibu Y mengatakan bahwa saat ditanya alasannya kabur karena ingin liburan. Sejak Oktober 2021 pasien dikembalikan ke keluarganya untuk berlibur dengan keluarga. Sejak diserahkan kembali ke keluarga pengurusan yayasan tidak pernah mengetahui perkembangan pasien.

Dikatakan oleh kakeknya pasien memang jarang mau bicara, lebih sering diam, sesekali menangis, tidak betah di tempat kos. Kakek pasien tidak memiliki waktu untuk mengasuh karena kesibukan bekerja sebagai pemulung. Sejak pasien usia 5 tahun mulai diajak berpindah-pindah tempat kos, karena kakek selalu diusir karena sering bertengkar dengan istrinya. Pasien dikatakan tidak pernah mengalami kejang ataupun sakit berat lainnya, saat ini untuk pertama kali dikonsulkan ke psikiater.

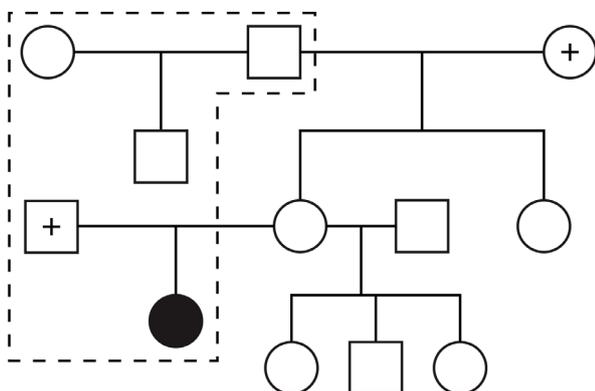
Riwayat pengobatan tidak pernah mendapatkan penanganan oleh psikiater atau psikolog. Pasien tidak merokok, minum alkohol dan minum kopi. Dikatakan tidak ada keluarga yang mengalami sakit yang sama. Paman pasien saudara ayahnya dikatakan oleh kakeknya mudah emosi, sehingga sering berpindah-pindah pekerjaan, saat ini tidak bekerja. Pasien tidak memiliki teman di sekitar tempat kos, ataupun saat tinggal di panti asuhan

Pasien saat dalam perawatan di ruangan, ingin segera pulang kembali tinggal dengan kakeknya. Selama ini penderita tinggal bersama kakek dan nenek tirinya. Pasien tidak memiliki cita-cita, namun pasien mengatakan senang melihat bayi saat dimandikan.

Riwayat Kelahiran dan Tumbuh Kembang

Dikatakan pasien lahir normal cukup bulan. Saat itu ibu pasien berusia 19 tahun dengan kehidupan ekonomi sangat kurang. Pasien dilahirkan secara normal di klinik persalinan dibantu bidan. Saat lahir langsung menangis dan anggota tubuh lengkap dengan berat badan lahir kurang lebih 3000 gram. Setelah lahir pasien tidak memiliki riwayat infeksi, kejang, dan sesak nafas.

Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki Hidup
- : Perempuan Hidup
- + : Meninggal
- : Pasien

Pasien mendapatkan air susu ibu dan tidak pernah mendapatkan susu formula. Tidak ada informasi tentang perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa maupun perilaku adaptif lainnya. Saat diasuh di Sulawesi, pasien mulai menunjukkan perilaku menentang sehingga di kembalikan ke Bali. Demikian juga mulai menunjukkan masalah terkait perkembangan *social personallity*. Sejak usia sekolah pasien tidak mau bersekolah.

Pasien menstruasi di usia 11 tahun, perkembangan alat kelamin sekunder sesuai usia. Ketika ditanyakan tentang kehamilannya, pasien tidak mampu dan tidak mengerti apa yang terjadi apalagi mengenali siapa yang menghamili.

Data Objektif

Secara umum pasien terkesan takut. Saat wawancara dilakukan, kesadaran pasien jernih, status general dalam batas normal. Pasien memiliki tinggi badan 135 sentimeter, dengan berat badan 35 kg.

Status Psikiatri

Kesan Umum: penampilan wajar, tampak murung, kontak verbal, dan visual kurang. Hubungan dengan pemeriksa: dapat terjalin, pada awal wawancara terkesan takut dengan pemeriksa. Kesadaran: jernih.

Mood/afek/keserasian: tidak dapat dinilai/labil/*inappropriate*. Proses pikir, hambatan, dan persepsi: belum dapat dinilai. Dorongan instingtual: Insomnia (tipe campuran), disertai hipobulia, dan tidak ditemukan raptus. Psikomotor: tenang. Intelegensi: IQ P = 65. Mekanisme pembelaan ego: regresi. Pernyataan Agresif: belum dapat dinilai. Superego: pandangan pada nilai norma sosial dan moral belum dapat dinilai. Konsep diri anak: kurang.

Pemeriksaan Psikometri

1. AMT (*Abbreviated Mental Test*) = 7 (Hendaya Kognitif Sedang)
2. $IQ = \frac{\text{Mental age (8)}}{\text{Cronological age (12)}} \times 100 = 65$ (Retardasi Mental Ringan)

Ringkasan

Pasien GAML, P, 12 tahun, tidak pernah sekolah, tidak bekerja, belum menikah, tempat tinggal Mengwi Kabupaten Badung. Dirawat bersama Obstetri di ruang Cempaka Ginekologi Lantai 2 kamar 12 RSUP Sanglah, dengan retardasi mental disertai abortus inkomplit. Pasien saat diwawancara pada tanggal 26 Januari 2022 pada posisi berbaring di tempat tidurnya, lebih banyak diam dan hanya menjawab saat ditanya saja dengan suara yang rendah dan menjawab dengan satu atau dua kata. Pasien lebih banyak menunduk dan kurang menatap pemeriksa. Pasien dapat menyebutkan namanya, sedang berada dimana dan siapa yang menunggunya saat ini dengan benar. Pasien tidak mau menjawab apa yang menjadi keluhannya saat ini, hanya mengangguk saja. Pasien mengangguk saat ditanya apakah saat ini memiliki perasaan takut. Pasien sebelumnya sempat dilakukan kuretase dan dirawat di RSUP Sanglah. Pasien tidak pernah bersekolah sebelumnya karena terkendala biaya. Saat ini pasien tinggal bersama kakeknya yang selama ini mengangkatnya sebagai putrinya. Ayah kandung pasien sudah meninggal dunia dan ibu pasien kini menikah kembali dan tidak berkabar kepada pasien. Sejak kecil pasien diajak sebagai pemulung oleh kakeknya untuk membiayai hidupnya.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan status fisik, status gizi, dan status generalis dalam batas normal. Masih ada keluar darah dari vagina pasca dilakukan kuretasi.

Status psikiatri didapatkan kesan umum: penampilan wajar, tampak murung, kontak verbal dan visual kurang, kesadaran: jernih, Mood tidak dapat dinilai, afek labil dan *inappropriate*. Proses pikir, bentuk pikir: belum dapat dinilai, arus pikir: hambatan, isi pikir: belum dapat dievaluasi. Persepsi, halusinasi dan ilusi: tidak dapat dinilai. Dorongan instingtual: Insomnia (tipe campuran) dengan hipobulia dan tidak ada raptus.

Psikomotor: tenang. Tilikan derajat 1. Intelegensi: IQ P = 65. Memiliki sifat penurut dan pendiam dengan mekanisme pembelaan ego: regresi.

Diagnosis Banding

1. Retardasi Mental Ringan dengan Hendaya Perilaku yang Bermakna dan Memerlukan Perhatian atau Terapi (F73.1)
2. Gangguan Mental Lain YDK akibat kerusakan dan Disfungsi Otak (F06.8)
3. Skizofrenia Hebefrenik (F20.1)

Evaluasi Multiaksial

Aksis I: Retardasi Mental Ringan dengan Hendaya Perilaku yang bermakna dan Memerlukan Perhatian atau Terapi (F70.1)

Aksis II: Retardasi Mental Ringan, sifat Penurut dan pendiam dengan mekanisme Pembelaan Ego Regresi.

Aksis III: Post Kuretase ec. Abortus Inkomplit

Aksis IV: Masalah dengan perkembangan mental dan intelektualnya

Aksis V: GAF saat ini 20-11

GAF terbaik 1 tahun terakhir 70-61

Penatalaksanaan

Dilakukan tatalaksana multidisiplin melibatkan bagian Obstetri dan Ginekologi, Tumbuh Kembang Pediatri Sosial, dan Kedokteran Jiwa/Psikiatri. Sejawat Obstetri dan Ginekologi melakukan asuhan

pasca keguguran. Sedangkan dari Tumbuh Kembang Pediatri Sosial menyarankan untuk disekolahkan ke Sekolah Luar Biasa bagian C, sebaiknya penunggu pasien dengan jenis kelamin perempuan, dan laporkan ke Dinas Sosial.

Terapi Psikiatri:

- Haloperidol tablet 0,75 miligram tiap 24 jam intraoral (malam)
- Asam Valproat Syrup 125 miligram tiap 12 jam intraoral
- Psikoterapi

Disamping itu juga melakukan:

1. Psikoedukasi

Menjelaskan gangguan yang dialami pasien, rencana penatalaksanaan yang diberikan, baik psikoterapi maupun psikofarmaka.

2. Psikoterapi suportif

Ventilasi, melakukan penjaminan atau *reassurance* dan memberikan dorongan semangat kepada pasien dan keluarga. Adapun tujuan dari psikoterapi suportif yang diberikan adalah untuk mendukung fungsi ego dan memperkuat mekanisme defensi yang ada, memperluas mekanisme pengendalian yang dimiliki dengan yang baru dan yang lebih baik, dan diharapkan terjadi perbaikan ke suatu keadaan keseimbangan yang lebih adaptif.

3. Terapi Psikososial bagi pasien dan keluarga

4. Pemantauan terhadap:

- Efek samping obat
- Perbaikan gejala klinis
- Indikator hasil kemajuan terapi, dan perbaikan gejala gangguan jiwa

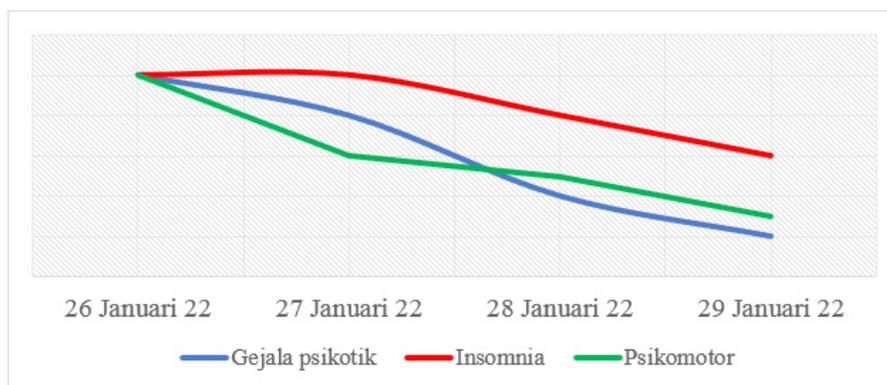
Prognosis:

Quo ad Vitam: dubia ad bonam

Quo ad Functionam: dubia

Quo ad Sanationam: dubia ad bonam

Follow Up



ANALISIS KASUS

Kasus ini dengan diagnosis Retardasi Mental Ringan dengan Hendaya Perilaku yang Bermakna dan Memerlukan Perhatian atau Terapi (F70.1) menurut PPDGJ III dan DSM 5. Pasien mengalami Retardasi Mental yang sebelumnya tidak diketahui dan diperiksa oleh keluarganya dimana yang mengasuh pasien adalah kakek kandungnya yang kini mengangkat pasien sebagai anaknya. Dengan pola asuh yang kurang dan adanya keterbatasan pengetahuan dan ekonomi dari keluarga hingga akhirnya pasien mengalami *sexual abuse* hingga mengalami suatu kehamilan tidak diinginkan hingga menyebabkan aborsi inkomplit. Hal ini menjadi perhatian banyak pihak tidak hanya dari keluarga saja namun dari lingkungan sekitar, masyarakat, dan pemerintah. Penanganan berupa rehabilitasi psikososial bagi pasien sangat diperlukan dalam membantu kehidupan pasien selanjutnya.

Beberapa laporan internasional maupun nasional mengenai *sexual abuse* terhadap anak dan remaja di dunia yang mengakibatkan bahwa diperlukan lebih banyak pengetahuan tentang pelecehan seksual terhadap anak-anak dengan retardasi mental (*Sexual abuse Involving Children with An Intellectual Disability*).^{2,4}

Terdapat heterogenitas temuan namun ditemukan bahwa anak-anak dengan *Intellectual Disability* berisiko tertinggi mengalami pelecehan seksual/*sexual abuse*. Dari beberapa penelitian melibatkan banyak mendapatkan prevalensi *sexual abuse* pada anak dengan *Intellectual Disability* adalah 15%. Ada juga penelitian yang mendapatkan

yang bervariasi dari 7,1%-24%. Selain itu beberapa penelitian mendapatkan odds ratio (OR) risiko *sexual abuse* pada anak dengan *Intellectual Disability* 4,6 kali lebih tinggi dibandingkan anak tanpa *Intellectual Disability*.

Terdapat perbedaan batasan tentang usia remaja. *World Health Organization* (WHO) memberi batasan remaja sebagai individu pada kelompok usia 10-19 tahun, sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 25 Tahun 2014 disebutkan bahwa remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun.⁵ Akan tetapi semuanya menyepakati bahwa remaja sebagai kelompok usia transisi perkembangan dari anak-anak menuju dewasa dengan kerawanan yang tinggi, terlebih bila disertai dengan gangguan perkembangan mental.⁶

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) 5 mengartikan keterbatasan intelektual sebagai gangguan fungsi intelektual dan adaptif di konseptual, sosial dan ranah yang praktis dengan onset selama periode perkembangan. Menurut *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara definisi *Intellectual Disability* dan Retardasi Mental.

Maturasi secara neurobiologi dan fisik mengakibatkan peningkatan tingkat kewaspadaan secara psikologis dan interaksi sosial, kognitif dan emosi dengan teman sebaya ataupun dengan orang dewasa.⁸ Maturasi ini tidak terjadi atau tidak akan pernah terjadi jika terdapat retardasi mental atau *Intellectual Disability*.

Etiologi *Intellectual Disability* sangat heterogen, dan 50% kasus tidak dapat diketahui penyebabnya.⁹ Terjadinya *Intellectual Disability* tidak dapat dipisahkan dari masa perkembangan anak yang dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor biologis dan faktor lingkungan. Faktor biologis yakni genetik berperan sangat penting karena terdapat riwayat keluarga pada sekitar 50% kasus *Intellectual Disability*.¹⁰

Terdapat bukti-bukti yang menghubungkan *Intellectual Disability* dengan abnormalitas kromosom, sindrom genetik tertentu, mutasi autosomal nonsindromik, abnormalitas pertumbuhan otak, gangguan metabolisme sejak lahir atau kelainan neurodegenerative, infeksi kongenital, disabilitas intelektual familial, dan sebab-sebab perinatal. Namun masih banyak juga yang tidak diketahui penyebabnya.^{2,10}

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5 menetapkan tiga kriteria dalam menegakkan diagnosis *Intellectual Disability*, meliputi:

1. Keterbatasan dalam fungsi intelektual, seperti penalaran, pemecahan masalah, perencanaan, berpikir abstrak, penilaian, pembelajaran akademis dan belajar dari pengalaman yang dikonfirmasi melalui penilaian klinis secara individual serta pengujian kecerdasan melalui tes standar.
2. Keterbatasan dalam fungsi adaptif yang mengakibatkan kegagalan memenuhi tugas perkembangan dan sosial budaya standar dalam mencapai kemandirian pribadi dan tanggungjawab sosial. Tanpa dukungan yang berkelanjutan keterbatasan fungsi tersebut dapat mengganggu kegiatan kehidupan sehari-hari, seperti komunikasi, partisipasi sosial dan hidup mandiri di beberapa lingkungan, seperti rumah, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.
3. Onset gangguan intelektual dan fungsi adaptif selama periode perkembangan.

Berdasarkan kriteria tersebut seseorang dengan *Intellectual Disability* adalah individu yang memiliki kriteria antara lain: keterbatasan dalam fungsi intelektual dan fungsi adaptif selama periode perkembangan.

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III) menyebutkan bahwa Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan

jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial. Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Hendaya perilaku adaptif selalu ada, tetapi dalam lingkungan sosial tertentu dimana sarana pendukung cukup tersedia, hendaya ini mungkin tidak tampak sama sekali pada penyandang retardasi mental ringan. Karakter keempat digunakan untuk menentukan luasnya hendaya perilaku, bila hal ini bukan disebabkan oleh suatu gangguan lain yang menyertai:

- F7x.0 = Tidak ada, atau terdapat hendaya perilaku minimal.
- F7x.1 = Terdapat hendaya perilaku yang bermakna dan memerlukan perhatian atau terapi.
- F7x.8 = Hendaya perilaku lainnya.
- F7x.9 = Tanpa penyebutan dari hendaya perilaku.

Bila penyebab retardasi mental diketahui, maka suatu kode tambahan dari ICD-10 harus digunakan, seperti E00 jika terkait dengan Sindrom Defisiensi Yodium Kongenital.¹² Berdasarkan nilai IQ, klasifikasi retardasi mental terdiri dari:

- F70 Retardasi Mental Ringan untuk nilai tes IQ berkisar antara 50 sampai 69.
- F71 Retardasi Mental Sedang untuk retardasi mental dengan nilai IQ yang berada dalam rentang 35 sampai 49.
- F72 Retardasi Mental Berat untuk nilai tes IQ yang berada dalam rentang 20 sampai 34.
- F73 Retardasi Mental Sangat Berat untuk kasus retardasi mental dengan nilai tes IQ dibawah 20.
- F78 Retardasi Mental Lainnya, hanya digunakan bila penilaian dari tingkat retardasi mental dengan memakai prosedur biasa sangat sulit atau tidak mungkin dilakukan karena adanya gangguan sensorik atau fisik, misalnya buta, bisu tuli, dan penderita yang perilakunya terganggu berat atau fisiknya tidak mampu.
- F79 Retardasi Mental YTT, jika jelas terdapat retardasi mental, tetapi tidak ada informasi yang cukup untuk menggolongkannya dalam salah satu kategori tersebut diatas.

Penatalaksanaan *Intellectual Disability* memerlukan pendekatan multidisiplin melibatkan penderita, keluarga dan lingkungan sosial. Menurut Maramis (2005) yang di kutib dari buku Prabowo (2014), penatalaksanaan dan pencegahan *Intellectual Disability* meliputi¹³:

1. Penatalaksanaan medis
 - a). Psikostimulan untuk anak yang menunjukkan gangguan konsentrasi atau hiperaktif.
 - b). Obat psikotropika (untuk anak dengan perilaku yang membahayakan diri)
 - c). Anti depresan
2. Pencegahan¹⁴:
 - a). Pencegahan primer
Dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan sosioekonomi, konseling genetik dan tindakan kedokteran (perawatan prenatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada perempuan dewasa dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak. Tiap usaha mempunyai cara sendiri untuk berbagai aspeknya).
 - b). Pencegahan sekunder
Meliputi diagnosis dan pengobatan dini dari peradangan otak, peradangan subdural, kraniosinosis sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat di buka dengan kraniotomi, pada mikrosefali yang kongenital dan pada keadaan operasi tidak menolong.
 - c). Pencegahan tersier
Merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus, sebaiknya di Sekolah Luar Biasa (SLB) dapat diberi neuroleptika kepada yang gelisah hiperaktif atau destruktif.
3. Latihan dan Pendidikan^{1,15}:
 - a). Pendidikan, pada anak dengan retardasi mental *Intellectual Disability* secara umum ialah: Mempergunakan dan mengembangkan sebaik-baiknya kapasitas yang ada, Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang anti sosial, dan Mengajarkan suatu keahlian atau (*skill*) agar anak itu dapat mencari nafkah kelak dan dapat mandiri.

- b). Latihan-latihan; di rumah, di sekolah, latihan teknis, dan latihan moral.

KESIMPULAN DAN SARAN

Intellectual Disability merupakan kondisi ketidak-mampuan mental secara umum yang mempengaruhi fungsi intelektual (seperti belajar, pemecahan masalah, penilaian), dan fungsi adaptif (aktivitas kehidupan sehari-hari seperti komunikasi dan hidup mandiri). Ketidak-mampuan ini pada remaja menaruh mereka dalam situasi yang sangat rawan terhadap perlakuan buruk termasuk kekerasan seksual. Diagnosis ditegakkan berdasarkan tes kecerdasan dan standar perilaku/keterampilan adaptif pasien. Etiologi *Intellectual Disability* dapat bersifat multifaktorial seperti: abnormalitas kromosom, sindrom genetik, mutasi autosomal non sindromik, abnormalitas pertumbuhan otak, gangguan metabolisme sejak lahir atau kelainan *neurodegenerative*, infeksi kongenital, *disabilitas intelektual familial*, maupun penyebab perinatal.

Fenomena kekerasan seksual/*sexual abuse* pada remaja dengan *Intellectual Disability* banyak terjadi, dan dapat mengakibatkan kehamilan tidak direncanakan/diinginkan dengan berbagai komplikasi yang menyertainya, termasuk abortus. Diperlukan penatalaksanaan secara komprehensif, multidisiplin melibatkan berbagai pihak dalam menangani fenomena ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kelen, M. P., & Pasaribu, J. (2018). Dukungan keluarga dan masyarakat terhadap konsep diri siswa tunagrahita. *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(2), 83-92.
2. Ramayumi, R., Nurdin, A. E., & Nurhajah, S. (2015). Karakteristik penderita retardasi mental di SLB Kota Bukittinggi. *Majalah Kedokteran Andalas*, 37(3), 181-186.
3. Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2018). Sexuality in people with intellectual disability: Review of literature. *Sexuality and disability*, 36(3), 231-248.
4. Wissink, I. B., Van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G. J. J., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in developmental disabilities*, 36, 20-35.

5. Pusdatin tahun 2014, Batasan usia remaja
6. Oates, M. (1996). Psychiatric services for women following childbirth. *International review of psychiatry*, 8(1), 87-98.
7. American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic And Stastitical Manual Of Mental Disorder*. 5th ed. London: American Psychiatric Association.
8. Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 123, 103501.
9. Katz, Gregorio; Lazcano-Ponce, Eduardo Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. Su2, 2008, pp. 132-141
10. Patel, D. R., Apple, R., Kanungo, S., & Akkal, A. (2018). Intellectual disability: definitions, evaluation and principles of treatment. *Pediatric Medicine*, 1(11), 10-21037.
11. Brown, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse. A Review of the Research. *Psychological Bulletin*.
12. Departemen Kesehatan Indonesia. WHO. (1993). *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III (PPDGJ III)*. WHO, 3.
13. Maramis, W.F., A. A. M. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa (Edisi 2)*. Surabaya: Airlangga University.
14. Newberger, C. M., & Newberger, E. H. (1982). Prevention of child abuse: Theory, myth, practice. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1(4), 442-451.
15. Engel, S. G., Boseck, J. J., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Smyth, J., ... & Steiger, H. (2007). The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 437-447.