

INTELLECTUAL DISABILITY (MENTAL RETARDATION)

Makalah

Ditujukan untuk memenuhi salah satu tugas kelompok mata kuliah Pilihan

Anak Berkebutuhan Khusus

(ABK)



Disusun Oleh:

Arina Musallamatul Husna (1211600014)

Dini Fitrotul Muslimah (1211600028)

Eva Nur Hopipah (1211600035)

Dosen Pengampu :

Diah Puspasari, S.Psi, Psikolog

FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN GUNUNG DJATI

BANDUNG
2013

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah kami panjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan hidayah dan inayahnya, karena dengan pertolongannya kami akhirnya dapat menyelesaikan makalah tugas kelompok ini. Dan tidak lupa pula shalawat serta salam kita curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, dan para sahabatnya.

Kami ajukan makalah ini sebagai salah satu syarat sebagai tugas kelompok dari mata kuliah Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) di Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Sunan Gunung Djati Bandung yang membahas mengenai *Intellectual Disability (Mental Retardation)*

Kami menyadari kekurangan-kekurangan dalam penyusunan makalah ini, sehingga hasilnya jauh dari kesempurnaan. Selesainya makalah ini berkat usaha dari semua anggota kelompok, maka dari itu kami mohon kritik dan saran yang membangun kepada pihak pembaca semoga di makalah selanjutnya akan lebih baik.

Bandung, September 2013

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	1
C. Tujuan Masalah	1
BAB II PEMBAHASAN	1
A. Intelegensi dan Retardasi Mental	2
1. <i>Eugenics Scare</i>	2
2. Menentukan Dan Mengukur Kecerdasan Anak Serta Sistem Adaptip	2
3. Kontroversial IQ	3
B. Fitur keterbelakangan mental	4
1. Deskripsi klinis	6
2. Derajat Penurunan	6
3. Tingkat Pendukung yang Dibutuhkan	9
4. <i>Race, Sex, dan Prevalensi SES</i>	9
C. Perkembangan anak Keterbelakangan Mental	10
1. Motivasi	10
2. Perubahan Kemampuan	10
3. Bahasa dan Perilaku Sosial	11
4. Masalah Emosional dan Perilaku	11
5. Masalah <i>Internalisasi</i>	12
6. Cacat lain	13
D. Penyebab	13
1. Warisan dan Peran lingkungan	13
2. Pengaruh <i>Neurobiologis</i>	14
3. Dimensi Sosial dan Psikologis	14
E. Pencegahan, Pendidikan,dan Pengobatan	15
1. Pendidikan dan Screening Prenatal	15
2. <i>Treatment</i> Psikososial	16
BAB III PENUTUP	18
A. Kesimpulan	18
B. Saran-Saran	18
DAFTAR PUSTAKA	19

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

American Association on Intellectual dan Development Disabilities [AAIDD] menggunakan istilah cacat intelektual dan keterbelakangan mental bergantian karena kedua istilah ini digunakan secara umum. Cendekiawan cacat ditandai dengan keterbatasan dalam kedua fungsi intelektual dan perilaku adaptif yang dimulai sebelum usia 18 tahun.

Keterbelakangan mental bukanlah gangguan mental (dalam rasa emosi normal , kognisi , atau perilaku) atau gangguan kesehatan , melainkan adalah gangguan yang berkaitan keterbatasan dalam fungsi intelektual (biasanya diukur dengan nilai IQ) dan perilaku adaptif (biasanya dinyatakan sebagai konseptual , sosial , dan keterampilan praktis adaptif) . Keterbelakangan mental muncul pada *Axis II* di DSM - IV - TR .

Sampai pertengahan abad ke-19, anak-anak dan orang dewasa yang akan didiagnosis memiliki keterbelakangan mental sering disamakan dengan orang gangguan mental atau kondisi medis. Mereka biasanya diabaikan atau ditakuti, bahkan oleh profesi medis, karena perbedaan-perbedaan mereka dalam penampilan dan kemampuan yang begitu sedikit dipahami. Meskipun ketakutan kuno , kebencian , dan caci maki terus membayangi berbagai penemuan penting tentang subnormal intelegensi, cacat intelektual telah mengalami keuntungan monumental selama abad terakhir dalam menentukan penyebab dan memberikan pelayanan .

B. Rumusan Masalah

- A. Bagaimana Intelegensi untuk anak keterbelakangan mental ?
- B. Bagaimana Fitur anak keterbelakangan mental ?
- C. Bagaimana perkembangan anak keterbelakangan mental ?
- D. Apa Penyebab anak keterbelakangan mental ?
- E. Bagaimana Pencegahan, Pendidikan,dan Pengobatan anak keterbelakangan mental ?

C. Tujuan Masalah

- A. Untuk mengetahui Bagaimana Intelegensi untuk anak keterbelakangan mental.
- B. Untuk mengetahui Bagaimana Fitur anak keterbelakangan mental.

- C. Untuk mengetahui perkembangan anak keterbelakangan mental.
- D. Untuk mengetahui Apa Penyebab anak keterbelakangan mental.
- E. Untuk mengetahui Bagaimana Pencegahan, Pendidikan, dan Pengobatan anak keterbelakangan mental.

BAB II

PEMBAHASAN

A. Intelegensi dan Retardasi Mental

Pada pertengahan abad ke-19, konsep keterbelakangan mental telah menyebar dari Perancis dan Swiss banyak dari Eropa dan Amerika Utara. Selama periode yang sama, Dr Samuel G. Howe yakin bahwa pelatihan dan mendidik "*Fible Minded*" adalah tanggung jawab publik, dan ia membuka terlebih dulu institusi kemanusiaan di Amerika Utara untuk orang dengan mental yang keterbelakangan. Sekolah Massachusetts untuk orang bodoh dan Pemuda yang *fible minded* . Orangtua anak-anak dengan keterbelakangan mental dapat dikreditkan dengan memajukan perspektif dan respon terhadap kebutuhan untuk perawatan jangka panjang yang benar-benar berbeda dari masyarakat.

Pada 1940-an, orang tua mulai bertemu dalam kelompok dan menciptakan pusat diagnostik dan bimbingan lokal untuk meningkatkan ketersediaan perawatan manusiawi. Kelompok tersebut diselenggarakan pada tahun 1950 untuk membentuk Asosiasi Nasional untuk Anak-anak terbelakang, yang dengan cepat membentuk dewan *scientific* yang terdiri dari wakil-wakil, mungkin untuk membantu dalam penelitian, pencegahan, dan perawatan orang dengan keterbelakangan mental (Kanner, 1964).

1. Eugenics Scare

Teori evolusi degenerasi , disebabkan intelektual dan masalah sosial anak-anak dengan keterbelakangan mental untuk periode yang lebih awal dalam evolusi manusia (Bowler , 1989) . Bahkan , ahli mental di Abad ke-19 percaya bahwa mereka telah menemukan " missing link " antara manusia dan spesies yang lebih rendah (Gelb , 1995) . J. Langdon H. Down, paling dikenal untuk deskripsi klinis sindrom genetik yang dinamakan " anomali aneh " di antara sampel medis dari orang dengan keterbelakangan mental sebagai evolusi kemunduran bagi umat Mongol (Down, 1866) . Hal ini diyakini bahwa orang tua dalam satu kelompok ras yang mungkin melahirkan anak dengan keterbelakangan mental yang merupakan " kemunduran " ke kelompok lain . Sementara didasarkan pada spekulasi dan kesimpulan salah informasi , kemerosotan teori evolusioner dan gagasan yang rendah diri yang diterima di akhir abad ke-19 sebagai penjelasan kegilaan , mental defisiensi , dan penyimpangan sosial.

2. Menentukan Dan Mengukur Kecerdasan Anak Serta Sistem Adaptif

Sekitar tahun 1900 , karya perintis dari dua pendidik Perancis ,Alfred Binet dan Theophile Simon , menyebabkan beberapa dari kemajuan besar dalam fungsi intelektual anak . Binet dan Simon diminta untuk mengembangkan cara untuk mengidentifikasi anak-anak sekolah yang mungkin membutuhkan bantuan khusus di sekolahnya . mereka mengembangkan tes kecerdasan pertama untuk ukuran penilaian dan penalaran . uji ini kemudian dinamakan skala Stanford - Binet , yang merupakan salah satu tes kecerdasan yang paling banyak digunakan. Tes kecerdasan diberikan secara individual , seperti *Wechsler Intelligence Scales For Children (WISC - IV)* .

Stanford - Binet dan Penilaian Kaufman Baterai untuk Anak-anak (KABC - II) . Tes yang menilai berbagai kemampuan verbal dan visual-spasial pada anak , seperti pengetahuan tentang dunia , penalaran , persamaan dan perbedaan ,dan konsep-konsep matematika , yang bersama-sama adalah diduga merupakan konstruk umum yang dikenal sebagai intelegensi.

T A B L E 9 .1 Contoh Spesifik Keterampilan Perilaku Adaptif

Keterampilan konseptual	Keterampilan sosial	Keterampilan Praktis
•Bahasa reseptif dan ekspresif •Membaca dan menulis •Konsep uang •Arah diri	• Interpersonal • Tanggung jawab • Penghargaan diri • Mudah tertipu • Kenaifan • Mengikuti aturan • Mematuhi hukum-hukum • Menghindari korban	•Kegiatan pribadi sehari-hari seperti makan, berpakaian, mobilitas, dan toileting. •Kegiatan instrumental hidup sehari-hari seperti menyiapkan makan, minum obat, menggunakan telepon, mengelola uang, menggunakan transportasi dan melakukan kegiatan rumah tangga • Keterampilan kerja • Mempertahankan lingkungan yang aman

Source: From the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

3. Kontroversial IQ

Kontroversi IQ di perbedaan skor didorong oleh para peneliti yang berpendapat bahwa IQ adalah 80% diwariskan, oleh karena itu sangat ditentukan secara genetis (Rushton & Jensen, 2006). Peneliti lain berpendapat bahwa ketimpangan ekonomi dan sosial, atau perbedaan-perbedaan ras adalah penjelasan sederhana untuk yang ada Kelompok perbedaan dalam uji kinerja antara Afrika Amerika dan kulit putih (Brooks-Gunn, Klebanov, Smith, Duncan, & Lee, 2003).

Misalnya, ketika pribadi dan karakteristik latar belakang keluarga secara statistik terkontrol, anak-anak Afrika-Amerika mencapai skor tes serupa. Namun, setelah para siswa ini masuk sekolah, kesenjangan antara putih dan Afrika-Amerika anak tumbuh, yang peneliti percaya mungkin karena sekolah yang kurang berkualitas. (Levitt & Fryer, 2004). Kemiskinan dan ketimpangan terkait dengan gizi buruk, perawatan kehamilan yang tidak memadai, sedikit sumber daya intelektual, dan realitas serupa yang dapat berpengaruh negatif pada pengembangan kecerdasan anak (Turkheimer, Haley, Waldron, D'Onofrio, & Gottesman, 2003).

B. Fitur keterbelakangan mental

Kasus Matius

Matthew hampir berusia 6 tahun ketika ia dirujuk untuk penilaian psikologis. Catatan sekolah singkat menggambarkan dia "Perkembangannya terlambat," dan sekolah khawatir bahwa bicaranya dan keterampilan sosialnya sangat terbatas. Dia juga memiliki temperamen amukan di rumah, dan guru kelas barunya telah menyatakan kekhawatiran tentang perilaku agresif terhadap anak-anak di dalam kelas.

Saya pertama kali bertemu dengan Matt di rumahnya. "Tunjukkan beberapa mainan Anda atau game favorit". Dia adalah seorang anak laki-laki, dengan rambut keriting dan hati-hati, ekspresi pendiam. Dia menatapku, yang pasti beberapa menit sementara saya berbicara dengan ibu dan ayahnya. Meskipun ia mengatakan "OK," Aku tidak yakin dia tertarik pada permintaan saya. Matt telah berubah 6 bulan yang lalu, tapi saya melihat bahwa pakaiannya, permainan, dan kosa kata sama dengan putri saya yang 3 tahun. "Saya tidak ingin berbicara tentang hal-hal sekolah!" Katanya, cukup keras, ketika saya bertanya tentang mata pelajaran favoritnya. "Saya hanya ingin istirahat dan makan siang, hal yang mereka tidak akan membiarkan Anda lakukan sampai bel berbunyi! "

Matt menjadi sedikit lebih tertarik ketika aku membawa keluar beberapa bahan pengujian. Ia menyelesaikan dengan mudah teka-teki yang dirancang untuk balita, dan mampu membuat suara hewan dalam teka-teki. Tapi ekspresi emosinya tetap tenang, dengan sedikit tawa spontan atau sukacita. Dia tampak waspada dan berhati-hati. "Ceritakan tentang cerita ini," kataku pada Matt, memegang kartu yang menunjukkan beberapa hewan berdebat bola. "Apa yang Anda pikirkan tentang gambar ini, dan apakah karakter, seperti gajah ? dan zebra, Matt menjawab : "itu zebra menyambar bola

dan lari dengan itu ke dalam hutan. Itu saja yang saya lihat. "Upaya saya untuk mendapatkan lebih detail dengan hanya tampilan ingin tahu.

Setelah beberapa menit ini, kami mengambil istirahat dan dibawa keluar mainannya. "Apakah kamu menyukai Harry Potter?" Tanyanya. Kami menemukan beberapa kesamaan antara karakter dalam buku ini. komunikasi Matt menjadi lebih santai dan spontan. Ia mengungkapkan berbagai emosi seluruh wawancara, dan menetap untuk nyaman sendiri di tingkat terkait. Secara bertahap, bahasanya meningkat kami melanjutkan dengan sesi bermain lebih santai. Secara pribadi, ibu Matt bercerita tentang masalah perilakunya terhadap anak-anak lain, seperti memukul, menggigit, melempar benda, dan menuntut perhatian. Aku melihat episode singkat sendiri, ketika kakak 3 tahun masuk ke dalam ruangan: "Keluar! Orang ini di sini untuk bermain dengan saya!" Secara keseluruhan, Matt berperilaku seperti jauh lebih muda dari anak itu -misalnya, dengan berteriak atau mendorong ketika ia tidak bisa mendapatkan jalan. Ketika kami bertemu untuk kedua kalinya, di kantor saya, Matt di tes dengan WISC-IV IQ skala penuh dinilai pada 64, dan skor kemampuan adaptif nya adalah 68, berdasarkan Laporan ibu di Vineland Adaptive Behavior Scales. Meskipun keterbelakangan mental ringan, bagaimanapun, Matt telah menunjukkan keuntungan yang sehat dalam tahap perkembangan nya juga. (Material Berdasarkan kasus penulis)

Matius didiagnosa menderita keterbelakangan mental ringan. Meski terlambat dalam bicaranya dan perkembangan bahasa, ia mengembangkan kemampuan verbal yang efektif dan mampu menghadiri kelas reguler. Membangun persahabatan dengan anak-anak di sekolah kadang-kadang bermasalah karena ia sering lambat untuk memahami aturan permainan dan diejek oleh beberapa anak karena kelambatan nya.

Kasus Vanessa

Vanessa adalah seorang gadis 8 tahun dengan keterbelakangan mental moderat (IQ = 52) dan keterampilan komunikasi yang terbatas. Dia didiagnosis sebelum ulang tahunnya yang keempat, setelah pemeriksaan medis dan psikologis yang dilakukan untuk menentukan mengapa dia tidak membuat banyak pembicaraan atau belajar keterampilan self-help dasar. Ibu Vanessa mengatakan kepada kita tentang bagaimana kebutuhan khusus putrinya yang belum terpenuhi, sementara ia adalah seorang penduduk khusus di sekolah yang mengalami keterbelakangan mental, dan bagaimana hal ini menyebabkan keputusan orangtuanya untuk meningkatkan Vanessa di rumah dengan bantuan komunitas mereka:

Ketika keluarga kami pindah ke sini pada tahun 1990, kami diberitahu bahwa kita akan menerima \$ 55 per bulan untuk merawatnya di rumah, atau dia bisa hidup di Pusat Pelatihan Anak. Vanessa telah didiagnosis dengan keterbelakangan mental moderat sebelum ulang tahunnya yang keempat, dan kita tahu bahwa kita bisa tidak peduli untuk kebutuhan sehari-hari di rumah dengan bantuan terbatas yang ditawarkan.

Jadi kami membuat keputusan yang sulit untuk menempatkan dia di pusat pelatihan. Tapi, meskipun Vanessa pulang setiap akhir pekan, kami merasa ada sesuatu yang hilang dari hidupnya, sesuatu yang melampaui staf perawatan dan perhatian yang diperlukan untuk mendorong pertumbuhannya.

Sekitar 2 tahun kemudian, hal berubah secara dramatis. Vanessa terluka oleh penduduk lain, dan kami memutuskan bahwa ia harus kembali ke rumah sekali dan untuk semua. Kami membuat segala upaya untuk menemukan layanan yang ia butuhkan untuk pelatihannya dan pendidikan di masyarakat kita sendiri. Dia sekarang menghadiri ruang kelas terpadu di sekolah dan guru-gurunya telah memperhatikan kenaikan kuat dalam dirinya berperilaku dan bahasa.

Dia berpartisipasi dalam program rekreasi, dan telah mencapai untuk menjadi perenang dan pemain basket. (Berdasarkan bahan kasus penulis.)

Vanessa didiagnosa memiliki keterbelakangan mental yang moderat. Dia bisa memberi makan dan berpakaian dengan bantuan yang minimal dari dirinya, dan dia dikomunikasikan dalam kalimat-kalimat pendek, meskipun bicaranya tidak selalu dilihat kepada orang-orang di luar keluarganya. Vanessa diperlukan lebih banyak Bantuan harian untuk menyelesaikan rutinitas, tapi dia juga mampu untuk menghadiri sekolah lokal. Seperti kasus-kasus ini menunjukkan, kebutuhan khusus dari kedua anak kadang-kadang dibayangi oleh ekonomi dan keterbatasan pendidikan, yang membutuhkan kreativitas dan dikoordinasikan bantuan pada bagian dari orang tua, guru, dan profesional lainnya.

1. Deskripsi Klinis

Baik Matius dan Vanessa, bagaimanapun, pengalaman keterbatasan yang melibatkan sebagian besar wilayah kehidupan sehari-hari. Mereka mengalami kesulitan yang paling jelas adalah belajar untuk berkomunikasi efektif, karena ucapan mereka yang terbatas dan keterampilan bahasa. Meskipun Matius akhirnya belajar komunikasi verbal, selama beberapa tahun Vanessa mengandalkan bahasa isyarat dan ekspresi nonverbal atau gerakan untuk mengekspresikan kebutuhannya. Kedua anak memiliki masalah mengembangkan persahabatan dengan anak-anak lain karena kemampuan mereka yang terbatas untuk memahami apa yang di ekspresikan oleh anak-anak lain, terutama selama pertandingan dan kegiatan sosial yang membutuhkan stamina dan aturan formal.

TABEL 9. 2 Fitur Utama dari DSM-IV-TR Kriteria diagnostik untuk Retardasi Mental

1. Secara signifikan subaverage fungsi intelektual dengan IQ sekitar 70 atau di bawah pada tes IQ individual diberikan.
2. Gangguan dalam fungsi adaptif (yaitu, efektivitas seseorang dalam pertemuan standar yang diharapkan untuk usia-nya dengan kelompok budayanya) dalam setidaknya dua dari bidang-bidang berikut: komunikasi, perawatan diri, rumah tinggal, sosial / keterampilan antar pribadi, penggunaan sumber daya masyarakat, pengarahan diri sendiri, keterampilan fungsional akademik, pekerjaan, rekreasi, kesehatan, dan keselamatan.
3. Onset adalah sebelum usia 18 tahun.

2. Derajat Penurunan

Dalam DSM-IV-TR kelanjutan tradisi dengan menunjuk keterbelakangan Mental dengan klasifikasi ringan, sedang, berat, atau mendalam, ini didasarkan pada nilai IQ. Namun, Asosiasi Amerika tentang Kecacatan Intelektual dan perkembangan (AAMR, 2002), sebaliknya, telah merestrukturisasi deskripsi berbagai tingkat keterbelakangan mental, memilih untuk mendasarkan kategori pada tingkat dukungan atau bantuan orang, bukan pada IQ.

Menurut DSM-IV-TR (APA, 2000), orang-orang dengan **keterbelakangan mental ringan (IQ dari 55-70)** merupakan kelompok terbesar, diperkirakan sebanyak 85% dari orang dengan gangguan tersebut. anak-anak dengan keterbelakangan mental ringan biasanya mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi selama tahun-tahun prasekolah (usia 0-5 tahun), mungkin dengan keterlambatan sederhana dalam bahasa ekspresif. mereka biasanya memiliki sedikit atau tidak ada gangguan sensorimotor, dan mudah terlibat dengan rekan - rekan. Seperti Matius, namun, beberapa mungkin menemukan sekolah dan hubungan peer menjadi tantangan. Dengan akhir remaja, anak-anak dapat memperoleh keterampilan akademik sampai kira-kira tingkat kelas enam. Selama masa dewasa mereka, mereka biasanya mencapai keterampilan sosial dan kejuruan minimal memadai untuk self-support, tapi mungkin perlu pengawasan, bimbingan, dan bantuan, terutama ketika berada di bawah tekanan sosial atau ekonomi yang tidak biasa. Dengan dukungan yang tepat, individu dengan keterbelakangan mental yang ringan biasanya hidup sukses dalam masyarakat, secara mandiri atau pengaturan diawasi.

Orang dengan keterbelakangan mental sedang (tingkat IQ dari 40-54) merupakan sekitar 10% dari mereka dengan keterbelakangan mental. Individu pada tingkat penurunan nilai intelektual dan adaptif lebih dari seseorang dengan gangguan keterbelakangan mental ringan, dan biasanya diidentifikasi selama tahun-tahun prasekolah ketika mereka menunjukkan penundaan dalam mencapai perkembangan awal. saat mereka masuk sekolah, mereka dapat berkomunikasi melalui kombinasi

kata-kata tunggal dan gerak tubuh, dan menunjukkan perawatan diri dan keterampilan motorik mirip dengan rata-rata 2 – 3-tahun.

Seperti Vanessa, sebagian besar individu dengan tingkat keterbelakangan mental memperoleh komunikasi yang terbatas selama tahun-tahun awal mereka, dan pada usia 12 mungkin menggunakan keterampilan komunikasi praktis. Mereka mendapatkan keuntungan dari pelatihan kejuruan dan, dengan pengawasan moderat, dapat hadir untuk perawatan pribadi mereka. Mereka juga bisa mendapatkan keuntungan dari pelatihan keterampilan sosial dan pekerjaan, tetapi mungkin untuk kemajuan melampaui tingkat kelas dua di mata pelajaran akademik. Remaja dengan keterbelakangan mental moderat sering kesulitan mengenali konvensi social seperti pakaian yang sesuai atau humor, yang mengganggu dengan hubungan peer. Dengan orang dewasa, orang keterbelakangan mental moderat biasanya beradaptasi dengan baik untuk hidup dalam masyarakat, dan dapat tampil terampil atau kerja terampil setengah di bawah pengawasan dalam lokakarya terlindung (fasilitas manufaktur khusus yang melatih dan mengawasi orang-orang dengan keterbelakangan mental) atau dalam angkatan kerja secara umum.

Mereka dengan **keterbelakangan mental yang berat** (tingkat IQ 25-39) sekitar 3% sampai 4% dari orang dengan keterbelakangan mental. Sebagian besar orang menderita satu atau lebih penyebab organik keterbelakangan, seperti genetic cacat, dan diidentifikasi pada usia yang sangat muda karena mereka memiliki keterlambatan substansial dalam perkembangan dan ciri fisik terlihat atau anomali. Milestones seperti berdiri, berjalan, dan toilet training mungkin nyata terlambat, dan keterampilan perawatan diri dasar biasanya diperoleh sekitar usia 9 tahun. Selain gangguan intelektual, mereka mungkin memiliki masalah dengan mobilitas fisik atau masalah lain yang berhubungan dengan kesehatan, seperti pernapasan, jantung, atau komplikasi fisik.

Kebanyakan orang berfungsi pada tingkat keterbelakangan mental parah membutuhkan beberapa bantuan khusus sepanjang hidup mereka. Selama masa kanak-kanak mereka memperoleh sedikit atau tidak ada komunikasi, pada usia 12, mereka mungkin menggunakan beberapa frase dua sampai tiga kata. Antara 13 dan 15 tahun, kemampuan akademik dan adaptif mereka yang mirip dengan rata-rata 4 - 6 tahun. Keuntungan mereka sampai batas tertentu dari instruksi dalam pre academic mata pelajaran, seperti keakraban dengan alphabet dan perhitungan sederhana, dan dapat menguasai keterampilan seperti terlihat membaca kata-kata "survival", seperti panas, bahaya, dan berhenti. Selama masa dewasa mereka, mereka mungkin dapat melakukan tugas-tugas sederhana dalam pengaturan pengawasan ketat. kebanyakan beradaptasi baik dengan kehidupan di masyarakat, di rumah-rumah kelompok atau dengan keluarga mereka, kecuali mereka memiliki kecacatan yang terkait yang memerlukan perawatan khusus atau perawatan lainnya (Raja et al., 2005).

Orang dengan **keterbelakangan mental yang mendalam** (tingkat IQ di bawah 20 atau 25) merupakan sekitar 1% sampai 2% dari orang-orang dengan keterbelakangan mental. Orang-orang seperti ini biasanya diidentifikasi dari bayi karena penundaan ditandai dalam pengembangan dan anomali biologi seperti asimetris fitur wajah. Selama masa kanak-kanak mereka menunjukkan gangguan yang cukup besar dalam fungsi sensorimotor; pada usia 4 tahun, misalnya, respon mereka mirip dengan yang khas 1 tahun. Mereka mampu belajar hanya dasar-dasar keterampilan komunikasi, dan mereka memerlukan pelatihan intensif untuk belajar dasar makan, grooming, toilet, dan perilaku berpakaian.

Orang dengan keterbelakangan mental yang mendalam memerlukan perawatan dan bantuan seumur hidup. Hampir semua orang menunjukkan penyebab organik untuk keterbelakangan mereka, dan banyak terjadi kondisi medis yang parah, seperti cacat jantung bawaan atau epilepsi, yang kadang-kadang menyebabkan kematian selama masa kanak-kanak atau dewasa awal. Sebagian besar dari orang-orang ini hidup dalam kelompok diawasi rumah atau kecil, fasilitas khusus. perkembangan yang optimal dapat terjadi dalam lingkungan yang sangat terstruktur dengan bantuan dan pengawasan konstan dan hubungan individual dengan pengasuh. Perkembangan motorik, serta keterampilan perawatan diri dan komunikasi, dapat meningkatkan jika pelatihan yang tepat disediakan. Sebagai contoh, orang dengan keterbelakangan mental yang mendalam biasanya dapat melakukan tugas-tugas sederhana, seperti mencuci tangan mereka dan mengganti pakaian mereka, asalkan mereka telah dekat pengawasan.

3. Tingkat Pendukung yang Dibutuhkan

Tingkat pendukung yang Dibutuhkan Kategori DSM-IV-TR telah dikritik sebagai berpotensi stigma dan membatasi karena mereka menekankan derajat kerusakan. Kritik ini tersedia untuk fokus pada tingkat dukungan yang diperlukan dan bantuan (AAMR, 2002; AAIDD, 2008). Daripada menggunakan tingkat berbasis IQ tradisional penurunan nilai, AAIDD mengkategorikan orang dengan keterbelakangan mental sesuai dengan kebutuhan mereka untuk mendukung layanan: intermiten, terbatas, luas, dan pervasive.

TABEL 9. 3 American Association on Mental Retardasi: Definisi dukungan yang Dibutuhkan

:

<i>ittent</i>	<i>d</i>	<i>ive</i>	<i>ive</i>
gan "sesuai kebutuhan" dasar, seperti kehilangan pekerjaan atau	Dukungan yang lebih konsisten dari waktu ke waktu, seperti pelatihan	gan ditandai dengan keterlibatan reguler (setiap hari) di	ngan yang konstan dan intensitas tinggi, disediakan

krisis medis.	kerja atau selama transisi dari sekolah untuk bekerja.	setidaknya beberapa ngan, seperti pekerjaan atau rumah. :	di beberapa pengaturan dan kin mempertahankan hidup
---------------	--	--	---

4. *Race, Sex, dan Prevalensi SES*

Berdasarkan bukti dan perkiraan yang ada, jumlah anak-anak dan orang dewasa dengan keterbelakangan mental yang paling mungkin jatuh antara 1% dan 3% dari seluruh penduduk (Bebko & Weiss, 2006). Ingat bahwa jumlah orang yang didiagnosis dengan keterbelakangan mental tergantung pada titik di mana garis ditarik Dari skor untuk IQ dan perilaku adaptif.

Mirip dengan perbedaan-perbedaan ras dalam diagnosis retardasi mental, namun, perbedaan jenis kelamin ini mungkin menjadi artefak identifikasi dan pola rujukan. Anak laki-laki lebih sering disebut dibandingkan anak perempuan dalam tes psikometri (biasanya kaitannya dengan gangguan perilaku), dan lebih mungkin dibandingkan anak perempuan pada tes fungsi adaptif (Vardill & Calvert, 2000). Jika

Alasan laki-laki keterbelakangan mental lebih banyak, peneliti menduga hal ini mungkin disebabkan terjadinya gangguan genetik terkait-X seperti sindrom rapuh-X yang mempengaruhi laki-laki lebih menonjol daripada perempuan (Handen, 2007).

Ini adalah perbedaan bahwa keterbelakangan mental yang lebih umum terjadi di kalangan anak-anak dengan status sosial ekonomi rendah (SES) dan anak-anak dari kelompok minoritas. Link ini ditemukan terutama di kalangan anak-anak di kisaran keterbelakangan mental ringan, anak-anak dengan tingkat lebih parah diidentifikasi hampir sama dalam kelompok ras dan ekonomi yang berbeda. Apakah ada atau tidak tanda-tanda etiologi organik yang hadir, diagnosis keterbelakangan mental ringan menaik tajam dari mendekati nol menjadi sekitar 2,5% dalam kategori SES terendah (APA, 2000). Ini angka yang pasti menunjukkan bahwa faktor SES sangat berperan yang menjadi penyebab keterbelakangan mental dan dalam kaitan yang berbeda dan pelabelan orang dengan keterbelakangan mental (King et al., 2005).

C. *Perkembangan anak Keterbelakangan Mental*

Banyak pengetahuan tentang isu-isu lain yang terlibat dalam kursus perkembangan dan hasil dewasa untuk anak-anak dengan keterbelakangan mental ini berasal dari studi anak-anak dengan down sindrom. Kelainan kromosom merupakan satu-satunya penyebab paling umum dari keterbelakangan mental yang berat. Down syndrome adalah gangguan yang paling umum akibat kelainan ini. Anak-anak ini, bersama dengan orang

tua mereka, sudah sering berpartisipasi dalam studi yang membandingkan perkembangan mereka dengan rekan-rekan mereka yang berkembang dengan normal.

1. Motivasi

Banyak anak-anak yang berada dalam level keterbelakangan mental yang ringan yang cukup cerdas untuk belajar di kelas dan menghadiri sekolah reguler. Namun, mereka lebih rentan terhadap rasa tidak berdaya dan frustrasi, yang menempatkan beban tambahan pada perkembangan sosial dan kognitif mereka. Akibatnya, mereka mulai mengharapkan kegagalan, bahkan untuk tugas yang mereka pun dapat menguasainya, tanpa adanya instruksi yang tepat, motivasi, maka akan menuntut penurunan pada diri mereka (Harris, 2006). Akibatnya, dibandingkan anak-anak dengan usia mental yang sama dan perkembangan yang biasa, anak-anak dengan keterbelakangan mental mengharapkan sedikit keberhasilan, menetapkan tujuan yang lebih rendah untuk diri mereka sendiri, dan menetapkan untuk kesuksesan yang minimal ketika mereka mampu untuk berbuat lebih baik (Weisz, 1999).

2. Perubahan Kemampuan

Cacat intelektual tidak selalu gangguan seumur hidup. Meskipun itu adalah kondisi yang relatif stabil dari masa kanak-kanak menjadi dewasa, skor IQ setiap individu dapat berfluktuasi dalam kaitannya dengan tingkat penurunan dan jenis keterbelakangan. Anak-anak yang memiliki keterbelakangan mental ringan, seperti Matius, dengan pelatihan dan kesempatan yang tepat dapat mengembangkan keterampilan adaptif baik di domain lainnya, dan mungkin tidak lagi memiliki tingkat penurunan yang diperlukan untuk diagnosis retardasi mental (APA, 2000).

3. Bahasa dan Perilaku Sosial

Penelitian tentang perkembangan bahasa dan fungsi sosial antara anak-anak dan remaja dengan down sindrom menunjukkan bahwa perkembangan mereka mengikuti kursus bisa diprediksi dan terorganisir (Roberts, Price, & Malkin, 2007). Karena perkembangan kognitif mereka, bermain, pengetahuan diri, dan pengetahuan orang lain saling berhubungan dalam cara-cara terorganisir dan bermakna, kemampuan simbolik yang mendasari pada anak-anak dengan down sindrom diyakini sebagian besar masih utuh. Namun, perbedaan penting dalam perkembangan bahasa ada di antara anak-anak dengan down sindrom. Mungkin perbedaan yang paling mencolok adalah penundaan dalam perkembangan bahasa ekspresif untuk anak-anak dengan down sindrom, yang diperlukan untuk membangun keterampilan hidup mandiri. Bahasa ekspresif mereka sering jauh lebih lemah daripada bahasa reseptif, terutama karena mereka mencapai kemampuan komunikasi melampaui tingkat 24 bulan (Roberts et al, 2007.)

Anak-anak dengan keterbelakangan mental, terutama mereka yang di level sedang sampai kerusakan ringan, belajar simbolik bermain-game, boneka, dan olahraga

dalam banyak cara yang sama seperti anak-anak lain. Namun demikian, mereka sering gagal untuk mendapatkan penerimaan dari rekan-rekan mereka dalam pengaturan pendidikan reguler, karena mereka mungkin memiliki defisit dalam keterampilan sosial dan kemampuan sosial kognitif (Bebko & Weiss, 2006). Kekhawatiran tentang perkembangan sosial anak dengan keterbelakangan mental meningkat sebagai hasil dari gerakan untuk memasukkan anak-anak dengan berbagai tingkat kemampuan dalam kelas reguler dan sekolah, bukan hanya menempatkan mereka di lembaga-lembaga atau fasilitas khusus. Biasanya anak-anak berkembang tampaknya lebih suka bermain dengan anak-anak lainnya yang berkembang seperti biasa, dan sebagai hasilnya, anak-anak dengan keterbelakangan mental lebih terisolasi secara sosial dari anak-anak lain yang seusia dengan mereka (Guralnick, Neville, Hammond, & Connor, 2007).

Meskipun keterampilan sosial mereka yang terbatas, ruang kelas terpadu memungkinkan anak-anak dengan cacat intelektual untuk berinteraksi dengan rekan-rekannya yang berkembang dengan biasa, yang pada gilirannya memiliki dampak positif pada status sosial mereka (Kemp & Carter, 2002).

4. Masalah Emosional dan Perilaku

Kasus Pattie

Pattie dicap keterbelakangan mental dan tinggal di lebih dari 20 rumah dan lembaga sebelum berkomitmen untuk sekolah negeri pada usia 10. Pada usia 20, ia membahas beberapa pengalaman dan perasaannya: "Saya kira saya sangat terganggu. Saya menyebutnya terganggu, tetapi saya sangat marah. Banyak orang di (lembaga). . bilang aku terganggu-bahwa aku merasa terganggu dan terbelakang-jadi saya menggambarkan bahwa sepanjang hidup saya, saya merasa terganggu. Melihat hal yang saya lakukan, saya telah terganggu.

Marah dan terganggu sama dalam pikiran saya. Gila bagi saya adalah sesuatu yang lain. Ini adalah seseorang yang benar-benar pergi. Maksudku benar-benar keluar. Hanya sengaja membunuh seseorang hanya untuk melakukannya. Itulah yang saya sebut gila. Saya kira apa yang saya alami adalah terganggu secara emosional. Emosional akan terganggu adalah saat dimana terlalu banyak hal yang mengganggu saya. Mereka hanya membangun sampai aku gugup atau kesal. Pikiranku hanya pergi melalui semua perubahan ini dan perbedaan hal. Begitu banyak hal yang mengganggu saya." (Bogdan & Taylor, 1982).

Diagnosa kejiwaan yang paling umum diberikan kepada anak-anak dengan keterbelakangan mental melibatkan gangguan impuls kontrol, gangguan kecemasan, dan gangguan mood (Bouras & Holt, 2007).

5. Masalah Internalisasi

Dykens, shah, sagun, beck dan king (2002): internalisasi remaja yang mengalami keterbelakangan mental rata-rata memiliki perilaku seperti anak. Anak-anak tsb dapat berkembang secara normal seperti rekan-rekan mereka. Namun, kebanyakan mereka tidak dapat menyesuaikan diri dari lingkungannya (menarik diri) dan mengalami depresi.

Gejala ADHD

Anak-anak dengan keterbelakangan mental dengan gejala tambahan ADHD atau tanpa adanya gejala ADHD umumnya mereka akan tetap fokus pada tugas. Namun, ketika guru menginstruksikan untuk bekerja sendiri tanpa bantuan guru, mereka yg ADHD mengalami perbedaan sedangkan yang tidak ADHD bisa menyelesaikan tugas secara independen (Handen McAuliff e, Janosky , Feldman , & Breaux , 1998) .

Gejala lainnya

Anak-anak dan orang dewasa yang mengalami keterbelakangan mental mungkin menunjukkan gejala tambahan yang dapat mengganggu. Seperti gangguan Pica yaitu mereka dapat menelan kaustik dan memaka Bahan Berbahaya. Kemudian Perilaku yang merugikan diri sendiri (Self Injures Behavior) sangatlah serius dan kadang-kadang dapat mengancam nyawa. Mereka mengalami Masalah dengan affectnya yang berefek pada tingkat keterbelakangan (Bodfi Sa , 2007) .

Bentuk ekstrem dari perilaku SIB adalah mereka dapat membenturkan kepala, mencongkel mata , menggaruk-garuk dengan keras , mengalami beberapa jenis gangguan PICA , dan memasukkan benda-benda di bawah kulit. Diagnosa jangka panjang untuk Pica: Studi menemukan bahwa mereka mengalami penarikan diri secara emosional dan stereotypies (mengulangi gerakan, membenturkan kepala , tangan atau gerakan tubuh), dan Orang dengan keterbelakangan mental yang berat menghindari kontak mata dengan orang lain (Thompson & Reid , 2002).

6. Cacat lain

Anak-anak dengan keterbelakangan mental juga dapat mengalami cacat fisik dan perkembangan affect. Mereka juga mengalami cacat intelektual biasanya terkait dengan kurangnya skor IQ. Sekitar dua pertiga orang dewasa dengan down sindrom bertahan lebih dari 30 tahun , sebagian besar mendapatkan perawatan medis yang lebih baik untuk gangguan infeksi Pernafasan dan gangguan jantung bawaan . Namun, kebanyakan Individu dengan down sindrom yang hidupnya melampaui usia 40 menunjukkan penurunan kognitif (Sama seperti penyakit Alzheimer) yang diakibatkan oleh kerusakan gen pada kromosom 21 (Lendon , Ashall , & Goate , 1997) .

D. Etiologi

Beberapa Penyebab terjadi pada masa prenatal, seperti halnya dengan semua gangguan genetik dan Kecelakaan di rahim dan lain-lain. Penyebab perinatal seperti

penghinaan, prematuritas atau kekurangan oksigen (anoxia) saat lahir. Masih banyak lagi penyebabnya antara lain meningitis, trauma kepala, dan faktor lain yang terjadi pada (postnatal). Untuk memahami penyebab ini, peneliti telah mengusulkan pendekatan pada dua kelompok pada orang-orang yang mengalami keterbelakangan mental, kelompok organik dan kelompok budaya - keluarga.

Kelompok organik menjelaskan bahwa penyebabnya adalah biologis dan biasanya mengalami akibat keterbelakangan mental yang mendalam dan parah. Sedangkan kelompok budaya -keluarga tidak memiliki penyebab organik yang jelas dan biasanya terkait dengan keterbelakangan mental ringan (Hodapp et al . , 2006)

faktor biologis dapat mengakibatkan kecacatan yang bersifat organik. Sedangkan masalah kelompok budaya keluarga masih menjadi misteri karena perlu banyak hal yang dipertimbangkan seperti faktor lingkungan dan situasional seperti kemiskinan, perawatan yang tidak memadai anak , Gizi buruk, Parental, psikopatologi, tumbuh kembang anak .(King:2005)

1. Warisan dan Peran lingkungan

Genetik merupakan warisan dari leluhur kita yang dapat berperan penting dalam lingkungan. Namun, faktor nongenetik juga dapat memainkan peran yang kuat dalam pemakaian dan ekspresi kecerdasan (Davis , Arden , & Plomin , 2008) .anak yang lahir dalam lingkungan sosial yang minim, kemudian diadopsi oleh orang yang mempunyai kondisi ekonomi yang memadai kemungkinan memiliki nilai IQ yang lebih tinggi daripada saudara kandungnya karena anak tersebut dibesarkan dalam kondisi yang lebih baik (Juff Kota Ijzendoorn & er , 2007; Juff Kota Ijzendoorn & er , 2005) .Hal ini menyiratkan bahwa pada usia kehamilan pada masa prenatal seperti pemberian Gizi, kadar hormon , dan mungkin zat beracun tidak dapat mengidentifikasi bahwa mereka akan mengalami keterbelakangan mental akan tetapi lingkunganlah yang berperan lebih utama (McGue ,1997) .

Gangguan kromosom yang paling umum menyatakan bahwa Down syndrome adalah kelainan yang bisa terjadi pada jumlah kromosom seks, yang dapat mengakibatkan sindrom keterbelakangan mental seperti Klinefelter (XXY, gangguan di mana laki-laki memiliki kromosom ekstra X) dan Turner (XO, gangguan di mana perempuan mengalami kehilangan kromosom X kedua) Jumlah anak-anak dengan sindrom Down secara bertahap menurun dari 1 di 700:1 di 1.000 kelahiran kelahiran selama dua dekade terakhir , karena peningkatan prenatal skrining dan dihentikan kehamilan didiagnosis dengan sindrom Down (Roizen & Patterson , 2003).

2. Pengaruh Neurobiologis

Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) merupakan istilah umum yang mencakup berbagai outcome gangguan perkembangan dan pembelajaran yang Terkait dengan penggunaan alkohol pada masa prenatal (Manning & Hoyme , 2007).

Disfungsi Sindrom alkohol janin ditandai dengan sistem saraf pusat (SSP), kelainan pada fitur wajah, dan keterbelakangan pertumbuhan di bawah persentil ke-10. Mekanisme yang menyebabkan kelainan tidak jelas namun diyakini melibatkan teratogenik (kerusakan perkembangan janin) efek alkohol pada perkembangan sistem saraf pusat, dan kerusakan terkait dari masalah metabolik dan gizi yang berhubungan dengan alkoholisme (Niccols 2007).

Beberapa teratogen selain alkohol diketahui meningkatkan risiko keterbelakangan mental karena efeknya pada pengembangan sistem saraf pusat. Infeksi viral, seperti *rubella* (campak Jerman), dikontrak oleh ibu selama 3 bulan pertama kehamilan dapat menyebabkan cacat parah pada janin. Imunisasi telah hampir menghilangkan penyebab keterbelakangan ini di sebagian besar negara maju. Sifilis, demam berdarah, TBC dari sistem saraf, penyakit degeneratif saraf, dan kadang-kadang campak dan gondok bisa menyebabkan keterbelakangan mental. Hal ini juga dapat disebabkan oleh Xrays, obat-obatan tertentu yang dikonsumsi oleh ibu selama kehamilan, tekanan mekanis pada kepala anak selama kelahiran, kekurangan oksigen , keterlambatan dalam bernapas saat lahir, racun seperti timbal dan karbon monoksida, dan tumor dan kista di kepala (Hodapp & Dykens, 2003).

3. Dimensi Sosial dan Psikologis

Orangtua tidak hanya memberikan anak-anak mereka dengan gen mereka, tetapi juga menyediakan lingkungan pengasuhan anak dan suasana yang berfungsi untuk mengarahkan dan membentuk perkembangan psikologis anak sejak awal.

Salah satu cara orang tua beradaptasi dengan anak kebutuhan khusus adalah dengan menggunakan dukungan sosial dan sumber daya masyarakat, meskipun preferensi individu tentang jenis dukungan dapat bervariasi, ada sebagian dukung yang membantu ibu tetapi tidak dapat membantu ayah. Ibu sering prihatin tentang bagaimana membesarkan anak dengan keterbelakangan mental dapat mempengaruhi hubungan pribadi mereka dengan suami mereka, dan tentang pembatasan perawatan anak dapat menempatkan peran mereka dalam keluarga, sedangkan ayah khawatir tidak merasa dekat dengan anak (Krauss, 1993).

E. Pencegahan, Pendidikan, dan Pengobatan

Penyesuaian seorang anak adalah fungsi dari partisipasi orang tua, sumber daya keluarga, dan dukungan sosial (disisi lingkungan), dikombinasikan dengan tingkat dan fungsi intelektual, temperamen dasar, dan defisit tertentu lainnya (di sisi masing-masing). Pengobatan yang dirancang untuk dapat membangun sumber daya anak yang ada dan kekuatan dalam upaya untuk meningkatkan bidang keterampilan tertentu atau kemampuan belajar.

Dalam beberapa kasus tingkat keparahan keterbelakangan mental dapat dicegah atau dikurangi dengan mengambil tindakan pencegahan yang tepat. Oleh karena itu, kita mulai bagian ini dengan membahas saat praktek perawatan kesehatan yang melibatkan pendidikan orang tua dan skrining prenatal.

1. Pendidikan dan Screening Prenatal

Salah satu peluang terbaik untuk mempromosikan hasil anak yang sehat terjadi selama perkembangan janin (Hodapp & Burack, 2006). Meskipun tidak semua bentuk keterbelakangan mental dapat dicegah sebelum lahir, ada berbagai bentuk yang dapat melemahkan dan berhubungan dengan sindrom janin alkohol, keracunan timbal, atau rubella dengan mudah dapat dicegah jika tindakan pencegahan yang tepat diambil. Jumlah anak-anak jauh lebih besar dipengaruhi oleh pendidikan dan kesehatan prenatal jika tidak hanya mencakup pencegahan risiko spesifik, tetapi juga promosi pengasuhan anak yang tepat, terutama selama 2 tahun pertama anak.

Skrining prenatal merupakan bentuk khusus dari skrining genetik yang digunakan untuk menentukan apakah janin memiliki kelainan genetik, seperti down sindrom, yang akan menyebabkan kondisi handicapping yang serius. USG scanning dapat mendeteksi kondisi yang berhubungan dengan cacat fisik, dan pengujian cairan ketuban selama perkembangan janin membantu diagnosis pralahir kelainan kromosom dan penyakit genetik. Identifikasi mampu di tingkat DNA (Roizen & Patterson, 2003). Dekade berikutnya mungkin akan melihat kemajuan substansial dalam skrining genetik, yang akan memungkinkan untuk presisi yang jauh lebih besar dalam konseling genetik. Misalnya, ada harapan baru teknik genetika molekuler akan menggantikan teknik invasif seperti amniosentesis, dan akan memungkinkan untuk diagnosis lebih cepat dari berbagai gangguan genetik (Twisk et al., 2007). Pedoman etika dan praktis pertama harus dikembangkan, namun karena ada perbedaan mendasar antara menggunakan informasi genetik untuk mencegah penyakit atau penyakit dan mengubah materi genetik untuk mempromosikan diinginkan (atau menyingkirkan yang tidak diinginkan) karakteristik pribadi.

2. Treatment Psikososial

Dalam perlakuan psikososial pertama kita mempertimbangkan secara intensif, mencakup luas, layanan awal intervensi untuk keluarga dengan anak kecil yang dirancang untuk mengurangi faktor risiko dan mempromosikan perkembangan anak yang sehat. Meskipun mahal untuk menyampaikan, layanan ini terbukti menjadi manfaat yang cukup besar untuk anak-anak dan keluarga dalam jangka panjang, dan mereka mencapai manfaat yang banyak lebih dari sekedar mengurangi defisit intelektual. Kami kemudian melihat dari dekat metode pendidikan dan terapi yang ada yang telah berhasil menggapai anak-anak dengan berbagai tingkat keterbelakangan mental. Kami membahas penerapan intervensi perilaku, kognitif-perilaku, dan

berorientasi keluarga, dengan penekanan pada tugas mengintegrasikan perawatan terkenal yang paling cocok dengan kebutuhan yang berbeda dari anak-anak.

Intervensi Dini

Selama lebih dari 25 tahun, keterlibatan pengasuh dan orang dewasa lainnya secara intensif, yang berfokus pada kegiatan anak dari sudut pandang di awal waktu telah menjadi salah satu metode yang paling menjanjikan untuk meningkatkan kemampuan intelektual dan sosial anak-anak yang mengalami cacat perkembangan, termasuk anak-anak dengan cacat intelektual, ketidakmampuan belajar, dan kurangnya stimulasi lingkungan (Blair & Wahlsten, 2002). Banyak dari anak-anak yang digambarkan sebagai kurang beruntung atau berisiko tinggi, sinonim mengacu pada kondisi keluarga seperti penghasilan yang rendah, insuffi perawatan kesehatan yang cukup, perumahan yang buruk, karakteristik anak seperti IQ rendah, kemampuan adaptif miskin, cacat fisik atau kesehatan, atau kombinasi keduanya. Intervensi pendidikan awal terdiri dari upaya sistematis untuk memberikan anak-anak pengalaman pendidikan tambahan sebelum mereka masuk sekolah, dan intervensi sering meliputi jasa anak keluarga lainnya.

Pengobatan perilaku

Seperti disebutkan sebelumnya, selama bertahun-tahun modus untuk menangani masalah yang dihadapi oleh orang-orang dengan keterbelakangan mental adalah untuk mengisolasi mereka dari masyarakat dengan menempatkan mereka di lembaga-lembaga atau sekolah yang terpisah, sebuah praktek yang membatasi kemampuan mereka untuk dapat berinteraksi dengan rekan-rekan biasanya berkembang. Intervensi perilaku pertama kali muncul dalam konteks pengaturan ini terbatas, dan pada awalnya dipandang terutama sebagai sarana untuk mengontrol atau mengarahkan perilaku negatif, seperti agresi atau perilaku yang merugikan diri sendiri.

Upaya ini, ditambah dengan masukan lanjutan dari orang tua dan pendidik, menyebabkan penekanan lebih besar pada metode yang positif untuk mengajarkan keterampilan akademik dan sosial dasar di kedua sekolah dan masyarakat untuk membantu anak-anak dan remaja dengan keterbelakangan mental beradaptasi dengan cara yang paling normal (Gardner, Graeber -Whalen, & Ford, 2001).

Terapi kognitif-perilaku

Teori-teori yang sama menyebabkan perkembangan teknik terapi kognitif untuk anak-anak dengan jenis lain dari masalah belajar dan perilaku umumnya berlaku untuk anak-anak dengan keterbelakangan mental juga. Metode ini adalah yang paling efektif untuk anak-anak dengan beberapa keterampilan bahasa reseptif dan ekspresif, seperti keterampilan Vanessa diperoleh setelah hati-hati dan berkepanjangan pelatihan melalui penggunaan visual dan fisik petunjuknya. Setelah anak-anak dapat mengikuti arahan lisan dewasa dan verbal menggambarkan tindakan mereka sendiri, mereka berada dalam

posisi untuk mendapatkan keuntungan dari program pelatihan selfregulation lisan (Cobb, Contoh, Alwell, & Johns 2006).

Pelatihan Self-instruksional yang paling menguntungkan bagi anak-anak yang telah mengembangkan beberapa kemampuan bahasa tapi masih mengalami kesulitan memahami dan mengikuti petunjuk. Pelatihan Self-instruksional mengajarkan anak-anak untuk menggunakan isyarat-isyarat verbal untuk memproses informasi, yang awalnya diajarkan oleh terapis atau guru, untuk menjaga diri pada tugas ("Aku tidak akan terlihat. Aku akan tetap bekerja.") Dan untuk mengingatkan sendiri tentang bagaimana untuk mendekati tugas baru ("Apa yang harus saya lakukan di sini? Pertama, saya harus ...").

Strategi Berorientasi Keluarga

Keluarga adalah pusat untuk perkembangan setiap anak, tetapi untuk keluarga seorang anak dengan keterbelakangan mental, perawatan anak melibatkan komitmen waktu yang luas, energi, dan keterampilan. Kebutuhan anak sering mendikte bahwa anggota keluarga berpartisipasi dalam berbagai pelayanan masyarakat dan sistem pendidikan yang mereka mungkin sangat asing. Pada akhirnya, mayoritas orang tua dari anak-anak dengan keterbelakangan mental datang untuk melihat anak mereka sebagai kontributor positif bagi keluarga dan kualitas hidup mereka, meskipun keluarga mengalami lebih tinggi dari rata-rata tingkat stres dan gejala depresi orangtua (Hodapp, 2007, Weinger, 1999).

Pelatihan orangtua telah banyak digunakan untuk membantu orang tua anak-anak dengan keterbelakangan mental. Berbeda dengan fokus dari banyak aplikasi lain dari pelatihan orang tua, saat anak mengalami keterbelakangan mental fokus utama pada perubahan perilaku adalah akuisisi keterampilan daripada perilaku pengurangan masalah (Bagner & Eyberg, 2007).

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

- Sejarah awal keterbelakangan mental terganggu oleh ketidaktahuan dan menyalahkan.
- Keterbelakangan mental mengacu pada keterbatasan baik intelijen dan perilaku adaptif. Namun, banyak orang dengan gangguan ini mampu belajar dan menjalani kehidupan yang memuaskan.
- Di DSM-IV-TR kriteria untuk keterbelakangan mental terdiri dari subaverage intelektual (didefinisikan dengan IQ 70 atau di bawahnya), defisit atau gangguan dalam fungsi adaptif, dan onset sebelum usia 18.
- Di DSM-IV-TR mendeskripsikan tingkat seseorang untuk berfungsi dalam hal derajat penurunan-ringan, sedang, berat, atau mendalam berbasis pada rentang dalam skor IQ.
- The American Association in Intelektual and development Disabilities (AAIDD) menggambarkan tingkat seseorang dibutuhkan dukungan atau bantuan daripada IQ. Tingkat AAIDD intermiten, terbatas, luas, dan Pervasive.
- Keterbelakangan mental terjadi pada sekitar 1% hingga 3% dari penduduk, lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.
- Keterbelakangan mental terjadi lebih sering pada anak-anak dari sosial ekonomi rendah dan kelompok minoritas. Kerugian dalam ekonomi dan diskriminasi praktek .
- Anak dengan IQ rendah memiliki tahap perkembangan yang sama dengan anak lain yang sedang berkembang. Akan tetapi, tujuan dan motivasi mereka berkurang seiringnya waktu karena perasaan frustrasi, yang sering kali mengarah pada ekspektasi akan kegagalan.

B. Saran

Kepada seluruh pihak dan pembaca supaya lebih mengembangkan kembali lebih detail dan komprehensif mengenai intellectual disability (mental retardation), dan lebih menggali kembali kasus-kasus yang ada di masyarakat pada saat ini untuk kemajuan science, theory, dan practice dari intellectual disability (mental retardation) Khususnya.

DAFTAR PUSTAKA

Mash , Eric J dan David A. Wolfe, 2010, *Abnormal Child Psychology Fourth Edition*, Wadsworth, Cengage Learning, USA.

American Psychiatric Assosiation, 2000, *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder*, Forth Edition, Text Revision, Washington DC.