

RETARDASI MENTAL RINGAN DENGAN EPISODE PSIKOSIS

SEBUAH LAPORAN KASUS

I Kadek Agus Setiawan, S.Ked

Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.

ABSTRACT

Mental Retardation is the decrease of intellectual function thoroughly which occur in development phase and related with social adaptation disturbance. Whereas psychosis is disturbance of personality (mental) function in assess reality, relationship, perception, persons perceptive and effective conception to certain standard, so that improbability to getting tasks done satisfyingly. Frequency of mental retardation occur approximately 1-3% in all population in United State. Although low of incident, investigation about mental retardation is still needful. This report discuss about mental retardation with psychosis episode at female 18 years old which show an eccentric and austistic. In psychiatry examination found with general impression patient with unfair appearance, grimace, less verbal and visual contact with examiner (no attention in anamnesis), autistic, purify consciousness, mood/affect inadequate/blunt. In sensorium examination and cognition found less concentration and attention with speak poorly and presence encouragement instingtualy as hypobulia

Key words : Mental retardation, psychosis episode

ABSTRAK

Retardasi mental merupakan suatu penurunan dari fungsi intelektual secara menyeluruh yang terjadi pada masa perkembangan dan dihubungkan dengan gangguan adaptasi sosial. Sedangkan psikosis merupakan suatu gangguan fungsi kepribadian (mental) dalam menilai realitas, hubungan, persepsi, tanggapan perseptif dan efektif seseorang sampai taraf tertentu, sehingga tidak memungkinkannya lagi untuk melakukan tugas-tugas secara memuaskan. Frekuensi retardasi mental terjadi sekitar 1-3% dari seluruh populasi di amerika serikat. Walaupun kejadiannya sedikit, pembahasan mengenai retardasi mental masih sangat diperlukan. Laporan ini membahas kasus retardasi mental dengan episode psikosis pada pasien perempuan berusia 18 tahun yang menunjukkan perilaku yang aneh dan autistik. Pada pemeriksaan psikiatri didapatkan kesan umum pasien dengan penampilan tidak wajar, pasien tampak cengar-cengir, kontak verbal dan kontak visual dengan pemeriksa kurang (tidak memiliki atensi saat wawancara), autistik, kesadaran jernih, mood/afek yang inadekuat/tumpul. Pada pemeriksaan sensorium dan kognisi didapatkan konsentrasi dan perhatian yang kurang serta miskin bicara dan adanya dorongan instingtual berupa hipobulia.

Kata kunci: Retardasi mental, episode psikosis

PENDAHULUAN

American Association on Mental Deficiency (AAMD) membuat definisi retardasi mental yang kemudian direvisi oleh Rick Heber (1961) sebagai suatu penurunan dari fungsi intelektual secara menyeluruh yang terjadi pada masa perkembangan dan dihubungkan dengan gangguan adaptasi sosial.⁽¹⁾

Berdasarkan *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva tahun 1994 retardasi mental dibagi menjadi 4 golongan yaitu *Mild retardation* (retardasi mental ringan), *Moderate retardation* (retardasi mental sedang), *Severe retardation* (retardasi mental berat), *Profound retardation* (retardasi mental sangat berat).⁽²⁾

Psikosis adalah suatu gangguan fungsi kepribadian (mental) dalam menilai realitas, hubungan, persepsi, tanggapan perseptif dan efektif seseorang sampai taraf tertentu, sehingga tidak memungkinkannya lagi untuk melakukan tugas-tugas secara memuaskan^(1,2)

Frekuensi retardasi mental terjadi sekitar 1-3% dari seluruh populasi di Amerika Serikat. Menurut studi di Aberdeen dan Scotland di dapatkan prevalensi retardasi mental berat didapatkan 1 dari 300 orang, dan 1 dari 77 untuk retardasi mental ringan. Menurut studi Isle of Wight pada tahun 1970, didapatkan 30% dari anak-anak yang mengalami retardasi mental menunjukkan gangguan emosi atau perilaku.⁽³⁾

Pada laporan kasus ini disajikan sebuah kasus retardasi mental ringan dengan episode psikosis pada perempuan berusia 18 tahun. Pada pasien ini diberikan terapi berupa Haloperidol 1,5 mg 1 x 1 (0-0-1) dan Trihexyphenidil 1 mg 1 x 1 (1-0-0).

ILUSTRASI KASUS

Pasien perempuan 18 tahun, suku Bali, datang ke Poli Psikiatri RSUD Wangaya untuk pertama kalinya pada tanggal 15 Oktober 2012 pukul 10.00 WITA. Pada saat itu pasien memeriksakan diri dengan diantar oleh orang tua dan sepupunya. Pasien diwawancara dalam posisi duduk di hadapan pemeriksa. Pasien datang dengan penampilan yang tidak wajar, memakai baju kaos warna kelabu, celana

panjang warna hitam. Pasien berperawakan sedang dengan rambut panjang berwarna hitam. Selama wawancara berlangsung pasien tidak mau berbicara dan hanya cengar-cengir, kadang-kadang menggelengkan serta mengganggu kepala, kontak visual dan verbal kurang. Pasien diwawancara didampingi oleh ibu dan kakak sepupunya dalam posisi duduk dan berhadap-hadapan dengan pemeriksa.

Pasien hanya terdiam ketika ditanya nama, tempat, tanggal, dan siapa yang mengantarnya. Pasien juga terdiam ketika ditanya nama lengkap, umur, waktu saat wawancara, serta dimana berada saat ini. Ketika ditanyakan ada keluhan apa datang ke rumah sakit, pasien hanya diam saja. Selama wawancara berlangsung pasien tampak sesekali tersenyum dan tertawa sambil mengeluarkan kata-kata yang tidak jelas. Selibhnya pasien hanya terdiam ketika wawancara.

Pasien dikeluhkan oleh ibu pasien dengan perilaku yang berbeda dari dulu. Pasien dikatakan sering tidak nyambung ketika diajak berbicara. Ibu pasien mengatakan pasien mengalami keluhan ini sejak 5 tahun yang lalu dan sering kumat-

kumatan serta memberat sejak 1 bulan yang lalu. Pasien juga 3 bulan terakhir ini dikatakan sering berbicara sendiri. Dimana keluhan ini biasanya muncul saat haid hari pertama sampai 3 hari setelah haid. Tetapi sebulan belakangan, keluhan ini menetap dan tidak membaik setelah 3 hari.

Menstrusi terakhir dikatakan oleh ibu pasien jumlahnya normal, tidak banyak dan berlangsung selama 3 hari. Sejak keluhan ini berlangsung, pasien mulai tak mau mengurus dirinya sendiri dan membantu pekerjaan dirumah, seperti bangun tidur, mandi, makan, mencuci dan mengerjakan pekerjaan yang biasanya dikerjakan. Dimana semua pekerjaan tersebut dibantu oleh ibu pasien.

Saat ditanya riwayat persalinan ibu pasien mengatakan bahwa ibu pasien sempat ingin menggugurkan pasien saat berada di kandungan. Hal ini disebabkan oleh penyakit yang dialami ibu pasien, dimana saat berobat di dokter, pasien dikatakan mengalami “Ginjal Kering” dan telah berobat ke dokter sebanyak 3 kali. Ibu pasien sempat dikatakan lebih baik keadaannya oleh dokter. Ibu pasien juga sempat kontrol ke bidan, karena saat itu

pasien dalam keadaan pucat. Oleh bidan, ibu pasien dikatakan pucat pasien diakibatkan menggunakan KB dan bidan tersebut menyarankan agar pasien melepas KB yang dipakai agar tidak memperburuk kondisi ibu pasien. Akhirnya ibu pasien melepas KB atas saran bidan tersebut. Setelah beberapa bulan melepas KB, ibu pasien tidak mengalami menstruasi selama sebulan. Ibu pasien tidak sadar kalau dirinya hamil. Kemudian 2 bulan telah berlalu, ibu pasien akhirnya kembali memeriksakan ke bidan tersebut, ternyata pasien dikatakan hamil 2 bulan oleh bidan tersebut. Ibu pasien terkejut, dan terpaksa menerima kenyataan tersebut dan mengatakannya kepada suami. Karena kondisi ibu pasien yang sebelumnya sakit, ibu dan bapak pasien menginginkan agar menggugurkan bayi yang dikandungnya, agar tidak membebani ibu pasien. Setelah menceritakan keinginan mereka di bidan, bidan tersebut memberikan dua jenis obat dimana pasien lupa nama obatnya, seingat pasien itu merupakan obat penggugur kandungan. Tetapi setelah meminum obat tersebut, ibu pasien tidak mengalami

keguguran, dan kehamilan terus berlangsung hingga pasien lahir.

Ibu pasien mengatakan tidak ada kelainan pada saat pasien akan dilahirkan. Pasien dikatakan lahir dengan umur kehamilan 8 bulan 2 hari. Pasien lahir secara normal, dimana sebelumnya tidak ada kelainan pada cairan ketuban, maupun ketuban pecah lama. Setelah dilahirkan, dikatakan pasien lahir dengan tidak menangis dan leher terbelit tali pusat, lalu pasien ditepuk dan di cubit pada bagian pantatnya dan akhirnya pasien menangis, tetapi tidak sekuat tangisan bayi lainnya (seperti kakak-kakak pasien). Selain kelainan pada terbelitnya tali pusat pada leher pasien saat lahir, perkembangan pasien dikatakan baik-baik saja selama balita. Dimana pasien dikatakan bisa membalikkan badan pada umur sekitar 3 bulan, merangkak sekitar 6 bulan, berdiri 1 tahun, berjalan 1 tahun 2 bulan, berlari 1,5 tahun. Pada saat bayi, pasien diberikan ASI sampai berumur 3 tahun, serta mulai dikenalkan dengan pisang saat berusia 3 bulan. Pada umur 1 tahun pasien mulai diperkenalkan dengan makanan dewasa. Dari segi bahasa ibu pasien mengatakan tidak ada masalah

pada saat pasien balita. Pada saat balita, dikatakan pasien sudah lengkap mendapatkan imunisasi.

Pada masa sekolah, pasien sempat bersekolah di Taman Kanak-kanak (TK) di dekat rumah pasien saat pasien berumur 5 tahun. Dikatakan pasien lancar-lancar saja saat memasuki TK dan pasien banyak teman saat TK. Saat mulai beranjak ke Sekolah Dasar (SD), pasien tidak mengalami permasalahan saat mengikuti pelajaran kelas 1 SD, dimana pasien dikatakan sudah mulai bisa berhitung (penjumlahan, pengurangan), pasien juga mulai bisa berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Indonesia dengan teman-teman sebayanya. Pasien dikatakan memang belum bisa menulis dan membaca saat kelas 1 SD. Saat beranjak ke kelas 2 SD, pasien mulai mengalami kemunduran, dimana pasien masih tetap tidak bisa menulis (huruf maupun angka) dan juga membaca dibandingkan dengan teman-teman sebayanya. Pasien tidak naik kelas saat menduduki kelas 2 karena kemampuan pasien dibawah teman-temannya yang lain. Pasien sempat tidak naik kelas sebanyak 3 kali, yakni pada kelas 2, 5 dan

6 SD. Oleh guru pasien, pasien dikasihani karena pasien sering diejek disekolah, dan diberikan naik kelas agar tidak terlalu lama SD hingga pasien tamat, pasien tidak diberikan beban pelajaran yang terlalu berat, beda dengan teman-teman sebayanya.

Beranjak umur sekitar 13 tahun, pasien mulai sendirian karena tidak lagi bersekolah. Pasien hanya menghabiskan waktunya di rumah dan bermain dengan teman-teman disekitar rumah yang kebanyakan adalah anak kecil. Teman-teman perempuan sebaya pasien disekitar rumah hanya sebanyak 3 orang dan itupun mereka sedang bersekolah di SMP dan SMA. Sehingga dilingkungan pasien hanya pasien sendiri yang terus berada dirumah. Teman-teman pasien sudah jarang bermain dan mengunjungi pasien, sehingga pasien hanya diam di rumah dan mengerjakan pekerjaan rumah seperti mencuci, menyapu mebanten dan membantu pekerjaan ibu dirumah.

Ibu pasien mengatakan semenjak SD, pasien masih bermain dengan teman-teman sebayanya, yang tinggal di lingkungan rumah pasien dan juga di BTN dekat rumah pasien. Pasien

dikatakan oleh ibu pasien merupakan orang yang pendiam. Kadang kala saat mengobrol dengan teman-teman sebayanya, yang notabene sering menceritakan masalah laki-laki, pasien tidak mau mendengarkannya, dan menghindari teman yang menceritakan masalah laki-laki tersebut. Oleh teman pasien, pasien dimusuhi karena tidak mau mengobrol masalah laki-laki. Pasien terkadang pulang sambil menangis karena mengetahui dirinya dimusuhi dan sempat dilihat oleh ibu pasien, lalu ibu pasien menanyakannya kepada pasien, dan pasien mau menceritakan kejadian itu kepada ibu pasien. Sejak saat itu pasien mulai bermain sendirian, seperti bermain masak-masakan. Pasien juga sering mengurung diri di kamar dan mengerjakan pekerjaan rumah.

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengalami gangguan tidur. Selama keluhan ini muncul, pasien sehari-hari hanya menghabiskan waktu untuk tidur dan jarang bermain keluar. Ibu pasien juga mengatakan bahwa pasien tidak mau makan kalau tidak dibawakan makanan ke kamar pasien. Mandi pun saat ini pasien dimandikan oleh ibunya dan tidak

mau mandi sendiri. Nafsu makan pasien dikatakan baik.

Riwayat keluhan yang sama seperti yang dialami pasien pada keluarga dikatakan tidak ada pada keluarganya. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dikatakan baik dan harmonis. Pasien juga dikatakan jarang memiliki masalah yang berat yang berarti selama ini. Kakak pasien juga mengatakan hubungan pasien dengan lingkungan sekitar rumah seperti dengan tetangga dan teman, juga baik. Keluarga pasien amat menginginkan membaiknya keadaan pasien sehingga amat mendukung segala pengobatan yang direncanakan oleh dokter dari RSUD Wangaya.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital, fisis umum dan pemeriksaan neurologis di dapatkan dalam batas normal. Pada status psikiatri didapatkan kesan umum : Penampilan tidak wajar, pasien tampak cengar-cengir, kontak verbal dan kontak visual dengan pemeriksa kurang (tidak memiliki atensi saat wawancara), autistik ada pada pasien. kesadaran jernih, mood/afek yang inadkuat/tumpul. Pada proses piker yakni bentuk pikir, arus pikir dan isi pikir belum dapat dievaluasi; pada

pencerapan halusinasi serta ilusi belum dapat dievaluasi. Pada pemeriksaan sensorium dan kognisi didapatkan konsentrasi dan perhatian yang kurang serta miskin bicara; sedangkan orientasi, daya ingat, berpikir abstrak, intelegensia serta tilikan belum dapat dievaluasi. Adanya dorongan instingtual berupa hipobulia sedangkan Insomnia dan raptus tidak ada. Psikomotor pasien tenang dalam pemeriksaan.

Pasien didiagnosis dengan Retardasi Mental Ringan dengan Episode Psikotik; Dimana diagnosis multi axial yakni Axis I : Retardasi Mental Ringan dengan Episode Psikotik; Axis II dengan Retardasi mental; Axis III: tidak ada; Axis IV: Masalah berkaitan dengan lingkungan social. Axis V : GAF 30-21. Pada pasien ini diberikan terapi berupa Haloperidol 1,5 mg 1 x 1 (0-0-1) dan Trihexypenidil 1 mg 1 x 1 (1-0-0).

DISKUSI

Pada pasien ini didiagnosis dengan retardasi mental ringan berdasarkan pada klasifikasi menurut *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva tahun 1994 dimana retardasi mental dibagi menjadi 4

golongan yaitu retardasi mental ringan; retardasi mental sedang; retardasi mental berat; dan retardasi mental sangat berat.⁽²⁾

Pada pasien ini terdapat masalah berupa pasien kurang dalam hal membaca dan menulis. Saat menempuh pendidikan SD dikatakan pasien mulai mengalami kemunduran, dilihat dari tidak naik kelasnya pasien sebanyak 3 kali akibat ketidakmampuan pasien saat membaca dan menulis. Dimana menurut teori, retardasi mental yang ringan termasuk kedalam retardasi mental yang masih bisa di beri pendidikan (educable).^(1,2) Pada retardasi mental ringan terdapat gangguan dalam menggunakan bahasa, sedangkan untuk berbicara-bincang dalam keseharian dan wawancara saat pemeriksaan pasien masih bisa. Pasien dengan retardasi mental umumnya mampu dalam hal mengurus diri sendiri secara mandiri (makan, memakai baju, mencuci, mengontrol buang air besar dan buang air kecil), walaupun lebih lambat daripada anak yang normal dalam hal perkembangannya. Biasanya anak dengan retardasi mental mengalami kesulitan dalam bidang akademik di sekolahnya,

terutama dalam hal membaca dan menulis.

Psikosis adalah suatu gangguan fungsi kepribadian (mental) dalam menilai realitas, hubungan, persepsi, tanggapan perseptif dan efektif seseorang sampai taraf tertentu, sehingga tidak memungkinkannya lagi untuk melakukan tugas-tugas secara memuaskan.⁽³⁾

Psikosis ada dua jenis, yaitu psikosis yang berhubungan dengan sindroma otak organik yang ditandai oleh gejala gangguan faal atau gangguan kerusakan otak seperti gangguan orientasi, daya ingat, fungsi intelek, penilaian (judgement) dan efek. Psikosis fungsional/ psikogenik yang mengandung semua unsur gangguan psikotik namun tidak dapat ditemukan gangguan atau kerusakan patalogik/ faal jaringan otak. Psikosis fungsional merupakan suatu penyakit mental berat dengan khas adanya suatu disorganisasi dari gangguan emosional, proses dari berfikir, disorientasi pada waktu dan ruang pada beberapa kasus disertai halusinasi dan delusi.⁽⁴⁾

Terjadinya retardasi mental tidak dapat dipisahkan dari tumbuh kembang seorang

anak.^(1,2) Seperti diketahui faktor penentu tumbuh kembang seorang anak pada garis besarnya adalah faktor genetik/heredokonstitusional yang menentukan sifat bawaan anak tersebut dan faktor lingkungan.^(1,7,9) Pada kasus ini faktor genetik/heredokonstitusional tidak terdapat pada pasien ini, dimana keluhan yang sama pada keluarga tidak ada, kemungkinan faktor lingkungan yang memegang peranan untuk terjadinya retardasi mental pada pasien ini. Peranan lingkungan pada pasien ini kemungkinan akibat adanya masalah sosial dengan teman sebayanya yang saat ini memusuhinya akibat tidak senang berbicara masalah cowok dengan teman sebayanya dan menganggap pasien ini tidak asik d ajak berteman sehingga pasien hanya bermain sendirian, mengurung diri di kamar dan kadang-kadang membantu pekerjaan rumah.

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang ini secara garis besar dapat digolongkan menjadi 3 golongan, yaitu asuh yakni kebutuhan berupa fisis-biomedis, asih berupa kebutuhan emosi atau kasih sayang, dan asah yakni berupa kebutuhan akan stimulasi mental.⁽⁶⁾ Pada

pasien ini kemungkinan ada penyimpangan tumbuh kembang akibat gangguan pada interaksi antara anak dan lingkungan tersebut, sehingga kebutuhan dasar anak tidak terpenuhi sehingga peran orang tua dan praktek pengasuhan anak sangatlah penting untuk pencegahan terjadinya retardasi mental.

Jika dilihat dari penyebab retardasi mental secara langsung dapat dibagi menjadi 2 yakni: penyebab biologis dan penyebab psikososial. Penyebab biologis atau sering disebut retardasi mental tipe klinis mempunyai ciri-ciri: pada umumnya merupakan retardasi mental sedang sampai sangat berat, tampak sejak lahir atau usia dini, secara fisis tampak berkelainan/aneh, mempunyai latar belakang biomedis baik prenatal, perinatal maupun postnatal, tidak berhubungan dengan kelas sosial. Penyebab psikososial atau sering disebut tipe sosiokultural mempunyai ciri-ciri : biasanya merupakan retardasi mental ringan, diketahui pada usia sekolah, tidak terdapat kelainan fisis maupun laboratorium, mempunyai latar belakang kekurangan stimulasi mental (asah), Ada hubungan dengan kelas social.^(1,8) Pada

pasien ini didapatkan penyebab retardasi mental pada pasien ini adalah psikososial/sosiokultural karena sesuai dengan ciri-ciri diatas berupa retardasi mental ringan, diketahui pada usia sekolah dan pasien merupakan kelompok keluarga yang menengah kebawah.

Untuk tatalaksana retardasi mental adalah berupa medikasi dan non medikasi (psikoterapi, pendidikan). Obat-obat yang sering digunakan dalam pengobatan retardasi mental adalah terutama untuk menekan gejala-gejala hiperkinetik.^(1,4,10) Psikoterapi dapat diberikan kepada anak retardasi mental maupun kepada orangtua anak tersebut. Psikoterapi dan obat-obatan tidak dapat menyembuhkan retardasi mental tetapi dapat diusahakan dalam hal merubah sikap, tingkah laku dan adaptasi sosialnya.⁽⁶⁾ Pendidikan yang penting disini bukan hanya asal sekolah, namun bagaimana mendapatkan pendidikan yang cocok bagi anak yang terbelakang ini. Dimana pendidikan untuk retardasi mental dapat diberikn berupa kelas khusus sebagai tambahan dari sekolah biasa, sekolah luar biasa C, panti khusus dan pusat latihan kerja.^(1,2,6)

Prinsip penanggulangan psikosis tergantung pada kondisi penderita datang, dimana jika pasien datang dalam keadaan mengamuk dan mengganggu lingkungan sekitar atau membahayakan orang lain maupun dirinya sendiri maka penderita harus diberikan perawatan di rumah sakit.⁽¹¹⁾ Dapat diberikan pilihan obat berupa klorpromazin 3x 100 mg, tioridazin 3x100 mg, trifluoperazin 3x5mg, haloperidol 3x1-5 mg. pemberian flufenazin dekanat secara intravena/intramuskuler dapat diberikan sekali dalam sebulan jika rumah pasien jauh dan sukar untuk datang kembali dengan rutin

Penggunaan dosis yang terkecil dianjurkan untuk mengurangi efek samping obat. Benda-benda yang bisa membahayakan diri atau orang disekitarnya harus dijauhkan dari penderita. Kebutuhan sehari-hari dan kebersihan penderita harus selalu diperhatikan oleh orang tua atau orang yang merawat.⁽¹¹⁾

Pada pasien ini diberikan terapi berupa Haloperidol dan Trihexypenidil. Haloperidol merupakan agen antipsikotik yang memiliki efek neurologis yaitu gejala ekstra piramidal berupa sindrom

Parkinson. Mekanisme kerja dari haloperidol yakni dengan Memblok reseptor dopaminergik D1 dan D2 pada postsinaptik mesolimbik otak. sehingga hormon hipotalamus dan hipofisa ditekan pelepasannya, serta menekan Reticular Activating System (RAS) sehingga memiliki pengaruh terhadap metabolisme basal, temperatur, kesiagaan penderita, tonus vasomotor dan emesis pada penderita.⁽¹²⁾ Sedangkan Trihexypenidil merupakan suatu agen antikolinergik dimana efek sentral lebih kuat daripada efek perifer, dan dapat digunakan untuk menterapi penderita dengan parkinson. Menghambat pelepasan asetilkolin endogen serta eksogen merupakan mekanisme kerja dari obat trihexypenidil.⁽¹²⁾

DAFTAR PUSTAKA

1. Prasadio T. Gangguan psikiatrik pada anak-anak dengan retardasi mental. Disertasi. Surabaya: Universitas Airlangga, 1976
2. WHO. Primary prevention of mental neurological and psychosocial disorders. Geneva, WHO 1998: h. 8-53.

3. Maramis WF. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi I. Surabaya : Airlangga University Press; 2005.
4. Marpaung V. Depresi Pada Penderita Epilepsi Umum Dengan Kejang Tonik Klonik Dan Epilepsi Parsial Sederhana. Medan : Bagian Psikiatri Universitas Sumatera Utara ; 2003.
5. Birch HG, Richardson SA, Baird D, Horobin G, Illsley R. *Mental Subnormality in the Community: A Clinical and Epidemiologic Study*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1970.
6. Sularyo TS. Tumbuh kembang anak dengan minat khusus pada aspek pencegahan Tuna grahita. Disampaikan pada seminar sehari jangsan sampai anakku tuna grahita, Jakarta, 21 November, 1992.
7. Lumbantobing SM. Anak dengan mental terbelakang.. Jakarta: Balai Penerbit FKUI,
8. Payne JS, Patton JR. Mental retardation. Columbus: Bell & Howell Company, 1981. h. 1-466.
9. Valente M, Tarjan G. Etiology factors in mental retardation. *Psychiatric Ann Repr* 1974:8-14.
10. Simons JQ, Tymchuck AJ, Valente M. Treatment and care of the mentally retarded. *A psychiatric ann repr* 1974:15-20.
11. Dinas Kesehatan. Protap Pelayanan Pemeriksaan Dan Pengobatan Pasien. 2005.
12. Maslim, R., 2003, *Panduan Praktis Penggunaan Klinis dan Kebijakan Obat Psikotropik (Psychotropic Medication)*, Edisi 3, Penerbit Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya, Jakarta, hal 1-2, 7-8, 31-32.