

LAPORAN HASIL PENELITIAN DOSEN



Tahun ke 1 (satu) dari rencana 1 (satu) tahun

Ns. NIA APRILLA, M.Kep (NIDN. 1022048706) Ketua

Ns. ALINI, M.Kep (NIDN. 1030088002) Anggota 1

QOTRUNNADA SYAM ALWAT (2114201104)

SITI AISYAH (2114201137)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
TAHUN 2025**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental Di SLB Negeri Bangkinang Kota

Kategori Penelitian : Kerjasama antar PT

Jenis Penelitian : Penelitian Dasar/Penelitian Terapan)*

Integrasi Penelitian pada MK : Keperawatan dan Kesehatan Jiwa

Ketua :

a. Nama Lengkap : Ns. Nia Aprilla, M.Kep

b. NIDN : 1022048706

c. Jabatan Fungsional : Lektor 300

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Mata Kuliah yang diampu : Keperawatan dan Kesehatan Jiwa

f. Nomor HP dan email : 085271713592/ niaaprilla.ariqa@gmail.com

Anggota Peneliti : 1. Ns. Alini, M.Kep / 1030088002/ S1 Keperawatan
2. Qotrunnada Syam Alwat/ 2114201104
3. Siti Aisyah/ 2014201031

Peneliti (MITRA)

e. Nama Lengkap : -

f. NIDN : -

g. PT/Institusi/DUDI :

h. Mata Kuliah yang Diampu :

Biaya Penelitian Keseluruhan :

Biaya Penelitian :

- dana internal PT : Rp 10.000.000,-

- dana mitra : Rp- / *in kind* tuliskan: -

Bangkinang, 05 Agustus 2025

Mengetahui,
Ka. Prodi


Ns. Alini, M.Kep
096 542 079

Ketua Peneliti,


Ns. Nia Aprilla, M.Kep
096 542 190

Menyetujui,
Ketua LPPM Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai


Dr. Musnar Indra Daulay, M.Pd

Nin-TT: 096 542 108

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental Di SLB Negeri Bangkinang Kota

2. Tim Peneliti :

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Program Studi
1.	Ns. Nia Aprilla, M.Kep	Dosen	Keperawatan Jiwa	S1 Keperawatan
2	Ns. Alini, M.Kep	Dosen	Keperawatan Jiwa	S1 Keperawatan

3. Objek Penelitian penciptaan (jenis material yang akan diteliti dan segi pengabdian):

4. Masa Pelaksanaan

Mulai : Oktober 2023

Berakhir : bulan Februari 2024

5. Lokasi Penelitian (lab/lapangan) SLB Negeri Bangkinang Kota

7. Instansi lain yang terlibat (jika ada, dan uraikan apa kontribusinya)

- Stikes Hangtuh Tanjungpinang, sebagai mitra peneliti dalam pengolahan data

8. Skala perubahan dan peningkatan kapasitas sosial kemasyarakatan dan atau pendidikan yang ditargetkan

- Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental Di SLB Negeri Bangkinang Kota

9. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran (tuliskan nama terbitan berkala ilmiah internasional bereputasi, nasional terakreditasi, atau nasional tidak terakreditasi dan tahun rencana publikasi)

- keperawatan jurnal (nasional terakreditasi)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Tinjauan Pustaka	8
B. Kerangka Teori	27
C. Kerangka Konsep	27
D. Hipotesa.....	28

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	30
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	31
C. Populasi dan sampel.....	32
D. Etika Penelitian	33
E. Alat Pengumpulan Data	34
F. Prosedur Pengumpulan Data	34
G. Definisi Operasional.....	35
H. Analisa Data	37

BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

A. Biaya	40
B. Jadwal Penelitian.....	40

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan bagian yang terpenting dalam kehidupan manusia, yang terdiri atas ayah, ibu dan anak. Beberapa ahli menguraikan arti keluarga sesuai dengan perkembangan masyarakat. Friedman (2010) mengartikan keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kesamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Anak merupakan bagian dari suatu keluarga.

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2009). Sedangkan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak mengatakan bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, mengatakan bahwa anak adalah seseorang yang belum mencapai umur 21 (dua puluh satu) tahun dan belum pernah kawin. Anak adalah individu yang tumbuh dan berkembang dalam keluarga.

Keluarga yang mempunyai anak mengharapkan anaknya tumbuh secara normal baik fisik dan psikologisnya. Kenyataannya, tidak setiap anak lahir dengan sempurna, ada anak yang lahir dengan kebutuhan-kebutuhan khusus. Anak berkebutuhan khusus didefinisikan sebagai anak yang secara signifikan berbeda dalam beberapa dimensi yang penting dari fungsi kemanusiaannya. Mereka yang secara fisik, psikologis, kognitif atau sosial terhambat dalam mencapai tujuan-tujuan/kebutuhan dan potensinya secara maksimal, meliputi mereka yang tuli, buta, mempunyai gangguan bicara, cacat tubuh, retardasi mental, atau gangguan emosional. Anak-anak yang berbakat dengan inteligensi yang tinggi, dapat dikategorikan sebagai anak berkebutuhan khusus/luar biasa, karena memerlukan penanganan yang terlatih dari tenaga profesional (Suran & Rizzo, 1979 dalam Mangunsong, 2009).

American Association on Mental Retardation (AAMR) mendefinisikan tentang keterbelakangan mental adalah kecacatan yang terjadi sebelum usia 18 tahun yang ditandai dengan keterbatasan yang signifikan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif seperti yang diungkapkan dalam keterampilan adaptif konseptual, sosial dan praktis (Arc 2004). Retardasi Mental adalah kemampuan mental yang tidak mencukupi dan merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensi yang rendah yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal (Soejiningsih, 2006) dalam (Mapossa 2018). Retardasi mental adalah ketidakmampuan yang ditandai dengan

fungsi intelektual yang rendah ($IQ < 70$) dalam hubungannya dengan keterbatasan yang signifikan dari fungsi adaptif (Singh et al. 2017).

World Health Organization (WHO) tahun 2017, sekitar 15% dari populasi dunia 785 juta orang memiliki cacat mental yang signifikan, termasuk dari 5% dari anak-anak, menurut sebuah laporan baru disusun bersama oleh organisasi kesehatan dunia (Washington Post, 2017) di Indonesia tahun 2017 terdapat 80.000 lebih penderita RM. Sekitar 3% dari populasi umum mempunyai Intelegensia (IQ) kurang dari simpang baku dibawah rata-rata. Diperkirakan bahwa 80-90% individu dalam populasi adalah retardasi mental dalam kisaran ringan, sementara hanya 5% populasi dengan retardasi mental yang gangguannya berat sampai sangat berat. Pada tahun 2018 ini terjadi peningkatan sekitar 25% (Depkes RI, 2018).

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa keluarga dengan anak retardasi mental menunjukkan kecemasan yang dihubungkan dengan beratnya tingkat retardasi mental pada anak. (Hassall, Rose, dan McDonald 2005) menambahkan dalam penelitiannya bahwa kecemasan pada keluarga disebabkan oleh stigma sosial tentang anak retardasi mental dan ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres. Hal ini akan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan anak sehingga dapat menghambat perkembangan anak retardasi mental. Bentuk penatalaksanaan terhadap keluarga anak retardasi mental, semakin memperkuat konsep bahwa diperlukan intervensi tidak hanya pada anaknya, tetapi keluarga sebagai sebuah sistem juga memerlukan intervensi pula.

Salah satu intervensi yang dilakukan yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang retardasi mental kepada keluarga. Pendidikan kesehatan adalah salah satu strategi/metode dalam pembelajaran. Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap perilaku kesehatan sebagai hasil jangka menengah yang akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan pada individu sebagai keluaran (*outcome*). Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dan sasaran agar mereka berperilaku sesuai tuntutan nilai-nilai kesehatan (Notoadmodjo, 2010) dan bertujuan untuk menurunkan kecemasan keluarga yang memiliki anak dengan retardasi mental.

Penelitian yang dilakukan oleh (Kurniawan, Armiyati, dan Astuti 2020) dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi hernia skrotalis didapatkan hasil ada pengaruh yang signifikan yaitu dengan $p\text{-value} = 0,000 \leq \alpha (0,05)$. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Fadli, Toalib, dan Kassaming 2019) dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi mayor Di Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang didapatkan hasil ada pengaruh dengan nilai $p\text{-value} 0,001 \leq 0,05$.

Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 5 orang keluarga yang sedang menunggu anaknya di SLB Negeri Bangkinang Kota didapatkan hasil bahwa keluarga tersebut mengalami kecemasan yang ditunjukkan dengan sesekali menarik napas pendek, muka berkerut dan bibir bergetar, tangan meremas, gelisah saat duduk. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga anak dengan retardasi mental mengalami kecemasan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Bangkinang Kota”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka rumusan masalah untuk penelitian ini adalah “apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Bangkinang Kota”.

1.3 Tujuan Penelitian

- 1.3.1 Untuk mengetahui tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental sebelum diberikan pendidikan kesehatan.
- 1.3.2 Untuk mengetahui tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental setelah diberikan pendidikan kesehatan
- 1.3.3 Diketuainya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental

1.4 Manfaat Penelitian

- 1.4.1 Memberikan informasi mengenai pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental

1.5 Luaran Penelitian

Lauran dalam penelitian ini yaitu :

- 1.5.1 Laporan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental
- 1.5.2 Artikel ilmiah

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan teoritis

1. Konsep Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Friedman (2010) mengartikan keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kesamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya, atau keluarga sedarah dalam garis lurus ke atas atau ke bawah sampai dengan derajat ketiga (KPAI, 2015). Pengertian lain mengenai keluarga yaitu individu yang bersatu melalui perkawinan atau semacamnya atau dengan menjadi orangtua (Stuart, 2013).

b. Peran dan Fungsi Keluarga

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu. Setiap anggota keluarga mempunyai perannya masing-masing. Ayah wewenangannya sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, memberikan rasa aman bagi anggota keluarganya dan sebagai anggota masyarakat/kelompok sosial tertentu. Ibu wewenangannya sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga pencari nafkah tambahan keluarga dan sebagai anggota masyarakat. Sedangkan anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual (Ali, 2010).

Secara umum, fungsi keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebagai berikut :

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Anggota keluarga mengembangkan kebutuhan diri yang positif, peran dijalankan dengan baik dan penuh kasih sayang.
- b. Fungsi sosialisasi, yaitu keluarga merupakan tempat individu melaksanakan sosialisasi dengan anggota keluarga dan belajar disiplin, norma budaya, dan perilaku melalui interaksi di dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat.
- c. Fungsi reproduksi, yaitu meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

- d. Fungsi ekonomi, yaitu memenuhi kebutuhan keluarga, seperti makanan, pakaian, perumahan dan lain-lain.
- e. Fungsi perawatan keluarga, yaitu keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan asuhan kesehatan/keperawatan. Kemampuan keluarga melakukan asuhan kesehatan/keperawatan mempengaruhi status kesehatan keluarga dan individu.

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (2010) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu :

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga.
Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga sehingga segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan, seyogyanya meminta bantuan orang lain disekitar keluarga.
3. Memberikan perawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

b. Konsep Anak Retardasi Mental

1. Pengertian Retardasi Mental

Retardasi mental adalah suatu keadaan yang dimulai sebelum usia 18 tahun, dengan intelektual yang rendah pada anak dan memerlukan bantuan khusus

dalam hidupnya (Stuart, 2013). Pengertian lain tentang retardasi mental adalah ketidakmampuan yang ditandai dengan fungsi intelektual yang rendah ($IQ < 70$) dalam hubungannya dengan keterbatasan yang signifikan dari fungsi adaptif (Kumar, Simh & Scie, 2014). Retardasi mental adalah seseorang dengan karakteristik memiliki tingkat kecerdasan dibawah rata-rata (IQ kira-kira 70 atau lebih rendah) dan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi, mengurus diri sendiri, kemampuan untuk mengambil keputusan sendiri, rekreasi, pekerjaan, kesehatan dan keamanan (Prabowo, 2010). Anak dengan retardasi mental akan mengalami gangguan adaptasi sosial, yaitu dimana anak kesulitan menyesuaikan diri dengan masyarakat sekitarnya, tingkah laku kekanak-kanakan tidak sesuai dengan umurnya. Retardasi mental ini mempunyai kriteria sebagai berikut :

- a. Fungsi intelektual umum dibawah normal (umumnya dibawah 70)
- b. Terdapat kendala dalam melakukan adaptasi sosial.
- c. Gejalanya timbul dalam masa perkembangan, yaitu dibawah usia 18 tahun.

2. Etiologi Retardasi Mental

Penyebab retardasi mental dibagi menjadi beberapa kelompok (Aden, 2010), yaitu :

- a. Trauma (sebelum dan sesudah lahir), diantaranya : perdarahan intrakranial sebelum atau sesudah lahir, cedera hipoksia (kekurangan oksigen), sebelum, selama atau sesudah lahir, cedera kepala yang berat.
- b. Infeksi (bawaan dan sesudah lahir), yaitu : rubella kongenitalis, meningitis, infeksi sitomegalovirus bawaan, ensefalitis, toksoplasmosis kongenitalis, listeriosis, infeksi HIV.
- c. Kelainan kromosom, diantaranya : kesalahan pada jumlah kromosom (*Down Syndrom*), defek pada kromosom (kromosom X yang rapuh, sindrom Angelman, sindrom Prader-Willi), translokasi kromosom dan sindrom *cri du chat*.
- d. Kelainan genetik dan kelainan metabolik yang diturunkan, diantaranya : galaktosemia, penyakit Tay-Sachs, fenilketonuria, sindrom Hunter, sindrom Hurler, sindrom Sanfilippo, leukodistrofi metakromatik, adrenoleukodistrofi, sindrom Lesch-Nyhan, sindrom Rett, sklerosis tuberosa.
- e. Metabolik, diantaranya : sindrom Reye, dehidrasi hipernatremik, hipotiroid kongenital, hipoglikemia (diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan baik).
- f. Keracunan, diantaranya : pemakaian alkohol, kokain, amfetamin dan obat

- lainnya pada ibu hamil, keracunan metilmerkuri, keracunan timah hitam.
- g. Gizi, diantaranya : kwashiorkor, marasmus, malnutrisi.
 - h. Lingkungan, diantaranya : kemiskinan, status ekonomi rendah, sindroma deprivasi.

3. Ciri-ciri dan Manifestasi Klinis Retardasi Mental Ciri-ciri retardasi mental :

- a. Ciri utama retardasi mental adalah lemahnya fungsi intelektual. Lama sebelum muncul tes formal untuk menilai kecerdasan, orang dengan retardasi mental dianggap sebagai orang yang tidak dapat menguasai keahlian yang sesuai dengan umurnya dan tidak bisa merawat dirinya sendiri.
- b. Selain intelegensinya rendah, anak dengan retardasi mental juga sulit menyesuaikan diri dan susah berkembang. Keterampilan adaptif antara lain adalah keahlian memperhatikan dan merawat diri sendiri dan mengemban tanggung jawab sosial seperti berpakaian, buang air, makan, kontrol diri, dan berinteraksi dengan kawan sebaya.

4. Manifestasi Klinis

Pasien anak biasanya datang dengan keluhan dismorfisme seperti mikrosefali disertai dengan gagal tumbuh sesuai usia, tidak ada tanda-tanda khusus secara fisik yang menunjukkan kelainan intelektual. Kebanyakan anak dengan gangguan intelektual sulit bersosialisasi dengan anak seumurnya, tidak berkembang sesuai umurnya misalnya kurangnya pendengaran atau penglihatan, postur yang tidak sesuai, atau sulit untuk duduk atau berjalan pada anak usia 6-18 bulan. Gangguan bicara dan bahasa paling banyak terjadi setelah usia 18 bulan. Retardasi mental banyak teridentifikasi pada usia 3 tahun (Dokter Indonesia, 2016).

5. Klasifikasi Retardasi Mental

Ada tiga klasifikasi tentang anak retardasi mental menurut Skala Binet dan Skala Weschler (Kosasih, 2012) :

a. Retardasi mental ringan

Retardasi mental ringan disebut juga *moron* atau *debil*. Menurut skala Binet, kelompok ini memiliki IQ antara 68-52, sedangkan menurut skala Weschler (WISC) memiliki IQ antara 69-55. Pada klasifikasi ini, anak masih dapat belajar membaca, menulis dan berhitung sederhana. Dengan bimbingan dan didikan yang baik, anak dengan retardasi mental ringan akan dapat memperoleh penghasilan untuk dirinya sendiri.

b. Retardasi mental sedang

Retardasi mental sedang disebut juga *imbesil*. Kelompok ini memiliki IQ 51-36 pada skala Binet, sedangkan skala Wischler (WISC) yaitu 54-40. Anak dengan retardasi mental sedang sangat sulit bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca dan berhitung walaupun mereka bisa belajar menulis secara sosial, misalnya menulis namanya sendiri (mandi, berpakaian, makan, minum) dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga (menyapu, membersihkan perabot rumah tangga, dan sebagainya). Dalam kehidupan sehari-hari, anak dengan retardasi mental sedang sangat membutuhkan pengawasan yang terus menerus.

c. Retardasi mental berat

Kelompok retardasi mental berat sering disebut *idiot*. Kelompok ini dapat dibedakan lagi menjadi anak dengan retardasi mental berat dan sangat berat. Anak dengan retardasi mental berat (*severe*) memiliki IQ antara 32-20 menurut skala Binet dan antara 39-52 menurut skala Weschler (WISC). Sedangkan retardasi mental sangat berat memiliki IQ dibawah 19 menurut skala Binet dan IQ dibawah 24 menurut skala Weschler (WISC). Anak dengan retardasi mental berat memerlukan bantuan perawatan secara total, baik itu dalam hal berpakaian, mandi ataupun makan. Bahkan mereka memerlukan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya.

Secara klinis, retardasi mental dapat digolongkan atas dasar tipe atau ciri-ciri jasmaniah (Kosasih, 2012), yaitu :

- a. *Sindrom down*, dengan ciri-ciri khas wajah mongol, mata sipit dan miring, lidah dan bibir tebal dan suka menjulur, jari kaki melebar, kaki dan tangan pendek, kulit kering, tebal, kasar dan keriput dan susunan geligi kurang baik.
- b. *Hydrocephalus* (kepala besar berisi cairan), dengan ciri kepala besar, raut muka kecil, tengkorak menjadi besar.
- c. *Microcephalus* dan *macrocephalus*, dengan ciri-ciri kepala tidak proporsional (terlalu kecil atau terlalu besar).

6. Upaya yang dapat Dilakukan pada Anak dengan Retardasi Mental

Anak dengan retardasi mental perlu difokuskan pada *life skill* dan kemampuan merawat diri (Kosasih, 2012). IQ dan EQ sebetulnya sama penting untuk menunjang keberhasilan seseorang, tetapi EQ lebih berperan dalam keberhasilan seseorang. Menurut Daniel Goleman penulis buku

Emotional Intelligence, keberhasilan seseorang berdasarkan IQ 20% , selebihnya yaitu 80% itu adalah peran EQ. Meskipun IQ tinggi yaitu cerdas, bereaksi cepat dan teliti, tetapi jika dia tidak bisa mengendalikan emosi, agresif, destruktif dan arogan, maka ia akan mendapatkan banyak masalah (Swandari, 2013).

Pandangan ini memberikan pemahaman bahwa anak dengan retardasi mental berpeluang besar untuk meraih kesuksesan hidup jika mampu mengembangkan kecerdasan-kecerdasan lain di luar IQ. Kecerdasan di luar IQ seperti bakat, ketajaman pengamatan sosial, hubungan sosial, kematangan emosional, kecerdasan spiritual, dan lain-lain (Kosasih, 2012).

Khusus untuk kecerdasan emosional, aspek-aspeknya mencakup hal-hal berikut : pengendalian diri, semangat dan ketekunan ; kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan bertahan menghadapi frustrasi ; kesanggupan untuk mengendalikan dorongan hati dan emosi ; tidak melebih-lebihkan kesenangan ; mengatur suasana hati dan menjaga agar stres tidak melumpuhkan kemampuan berpikir ; sanggup membaca perasaan terdalam orang lain (empati) dan berdoa ; sanggup menjaga hubungan dengan sebaik-baiknya ; kemampuan untuk menyelesaikan konflik serta memimpin (Kosasih, 2012).

c. Konsep Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons autonom (sumber sering tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (NANDA, 2012). Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan dianggap abnormal hanya jika terjadi dalam situasi sebagian besar orang dapat menanganinya tanpa kesulitan. Gangguan kecemasan adalah sekelompok gangguan dimana kecemasan merupakan gejala utama (gangguan kecemasan umum dan gangguan panik) atau dialami jika seseorang berupaya mengendalikan perilaku maladaptif tertentu. Kecemasan menjadi jika orang mengalaminya dari peristiwa yang oleh sebagian besar tidak dianggap stres (Zuyina, 2011)

Proses terjadinya kecemasan

Proses terjadinya kecemasan menurut Nixon (2016) terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Faktor predisposisi penyebab kecemasan dapat di pahami melalui beberapa teori yaitu :

1. Teori psikoanalitik freud berpendapat bahwa kecemasan adalah konflik emosional antara insting dan superego yang mencerminkan hati seseorang. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
2. Teori tingkah laku teori ini berkaitan dengan pendapat bahwa kecemasan adalah hasil frustrasi diaman sesuatu yang menghalangi kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan dapat menimbulkan kecemasan.
3. Teori keluarga gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa di temui dalam suatu keluarga dan juga terkait dengan tugas perkembangan individu dalam keluarga
4. Teori biologi otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine yang membantu dalam mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirikgama neroregulator merupakan mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan seperti endorphin. Kecemasan mungkin disertai dengan gejala fisik dan menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

a. Faktor presipitasi

Faktor pencetus dapat berasal dari sumber internal dan eksternal yang terbagi menjadi 2 kategori yaitu (Nixson, 2016):

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik ancaman ini berupa ketidak mampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas sehari- hari. Sumber internal berupa kegagalan mekanisme fisiologis seperti jantung, system imun, regulasi temperature, perubahan fisiologi normal seperti kehamilan dan penuaan. Sumber eksternal antara lain infeksi virus dan bakteri zat polutan dan trauma.
- 2) Ancaman terhadap sistem tubuh ancaman ini dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial se seorang. Sumber internal antara lain kesulitan melakukan hubungan interpersonal dirumah, di tempat kerja dan masyarakat sedangkan sumber eksternal dapat berupa pasangan, orang tua, teman, perubahan status pekerjaan, dan lain lain.

Faktor-faktor penyebab kecemasan

Adanya faktor yang menyebabkan kecemasan keluarga (Sentana, 2016)

1. Umur

Umur di pandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan

dan perkembangan seseorang. Semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, dapat mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain.

2. Jenis kelamin

Pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan. Perempuan cemas akan ketidak mampuannya dibandingkan dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan perempuan.

3. Pengalaman

Pengalaman masa lalu yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan koping. Keberhasilan seseorang dapat membantu individu untuk mengembangkan kekuatan koping, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan koping yang maladaptif terhadap stressor tertentu.

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang dari berbagai faktor berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya, biasanya terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tingkat pengetahuan seseorang rendah akan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan yang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi.

5. Kepribadian

Keseluruhan cara seorang individu bereaksi dan berinteraksi dengan individu lain paling sering dideskripsikan dalam istilah sifat yang bisa diukur yang ditunjukkan oleh seseorang, namun mereka cenderung mempunyai perasaan keraguan diri yang terus-menerus dan itu memaksa mereka untuk mencapai lebih banyak dan lebih banyak lagi dalam waktu yang lebih cepat.

Faktor-faktor pengaruh kecemasan

Ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan mempengaruhi kecemasan menurut (Farida dan Yudi, 2010 dan Sentana, 2016)

1. Psikososial

Psikososial yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosionalnya. Yang dimana menjadikan faktor

predisposisi (pendukung) itu sendiri adalah, konflik emosional yang di karenakan perasaan dan emosional yang disebabkan oleh pengalaman dan pengetahuan diharapkan setelah di lakukan pendidikan kesehatantingkat kecemasan bisa menurun, sebagai proses meningkatkan kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada kemampuan, sikap, dan praktek kesehatan saja tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmojo, 2007). Gangguan konsep diri merupakan adanya gangguan pikiran dan kepercayaan, frustasi perasaan kecewa dalam diri yang di sebabkan oleh tidak tercapainya keinginan, riwayat gangguan kecemasan dimana adanya suatu kejadian yang pernah membuat diri sendiri mengalami kecemasan, dan medikasi cara utama terapi atau program untuk mengobati suatu masalah.

2. Informasi

Informasi dalam pesan (ucapan atau ekspresi) atau kumpulan pesan yang terdiri dari order sekuens dari simbol, atau makna yang dapat ditafsirkan dari pesan atau kumpulan pesan. Informasi dapat direkam atau ditransmisikan. Keluarga mengetahui ancaman terhadap integritas fisik yang dimana ketidak mampuan fisiologis atau menurunkan kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup, dan ancaman terhadap harga diri terjadi karena kepercayaan diri yang tidak di hargai oleh orang lain. Dimana nanti akan dilakukan pendidikan kesehatan bentuk kegiatan dan pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan di dalam rumah sakit, ataupun rumah sakit (Non Klinik) yang dapat di lakukan di tempat ibadah, pusat kesehatan ibu dan anak, tempat pelayanan publik, tempat penampungan, organisasi masyarakat organisasi pemeliharaan kesehatan (asuransi), sekolah, panti lanjut usia (wreda), dan unit kesehatan bergerak (*mobile*). (Nursalam, 2008)

3. Komunikasi

Suatu proses di mana seseorang atau beberapa orang, kelompok, organisasi, dan masyarakat menciptakan, dan menggunakan informasi agar terhubung dengan lingkungan dan orang lain. Hal ini disebabkan oleh pola mekanisme koping keluarga yang merupakan suatu pola pendukung yang tidak di mengerti dari keluarga. Dengan dilakukan pendidikan kesehatan merupakan gamabran penting bagian dari peran perawatan yang profesional dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (preventif) yang telah di lakukan zam Florens Night pada tahun 1959.

4. Lingkungan

Kondisi fisik yang mencakup keadaan sumber daya alam seperti tanah, air,

energi surya, mineral, serta flora dan fauna yang tumbuh di atas tanah maupun di dalam lautan, dengan kelembagaan yang meliputi ciptaan manusia seperti keputusan bagaimana menggunakan lingkungan fisik tersebut. Jika faktor tersebut kurang baik karna akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gangguan fisiknya mengalami masalah sehingga menimbulkan kelainan atau cacat yang menetap pada alat gerak, peristiwa traumatik juga menyebabkan ketidak stabilan emosi dalam dirinya yang mengakibatkan kecemasan sehingga harus di lakukan pendidikan kesehatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (Notoatmojo, 2007).

5. Biaya

Pengorbanan yang perlu dilakukan untuk suatu proses produksi, yang dinyatakan dengan satuan uang menurut harga pasar yang berlaku, baik yang sudah terjadi maupun yang akan terjadi. Biaya terbagi menjadi dua, yaitu biaya eksplisit dan biaya implisit. Karena hal ini sering pula menimbulkan gejala gangguan kecemasan. Dalam pendidikan kesehatan biaya merupakan salah satu penunjang dimana di lakukan pendidikan kesehatan agar lebih tercapaikan kesehatan.

Gejala klinis kecemasan

Gejala-gejala kecemasan yang timbul pada seseorang individu berbeda-beda, ada tergolong normal ada pula yang mengalami kecemasan yang tampak dalam penampilan berupa gejala fisik maupun mental. Nixon (2016) berpendapat bahwa gejala kecemasan bersifat fisik dan mental antara lain :

1. Gejala fisik

- a. Jari tangan dingin
- b. Detak jantung semakin cepat
- c. Keringat dingin
- d. Kepala pusing
- e. Nafsu makan berkurang
- f. Tidur tidak nyenyak
- g. Dada sesak

2. Gejala mental

- a. Ketakutan merasa akan di timpa bahaya
- b. Tidak dapat memusatkan perhatian
- c. Tidak tenang dan ingin lari dari kenyataan
- d. Ingin lari dari kenyataan

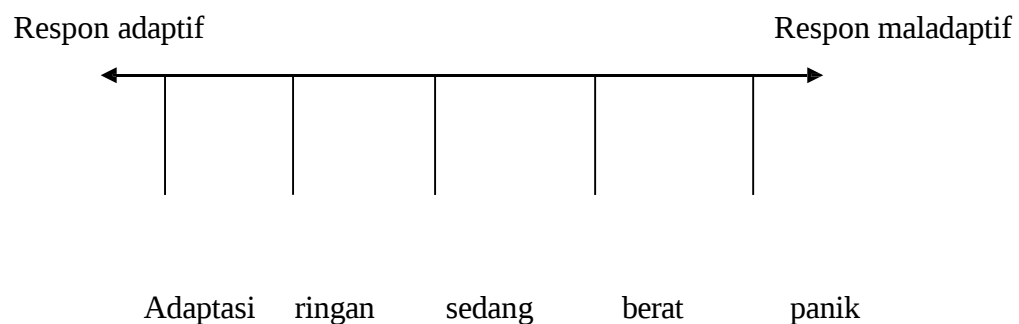
Jeffrey *et al* dalam Nixon (2016) mengemukakan gejala kecemasan ada 3 yaitu :

1. Gejala fisik berupa kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernapas, jantung berdebar kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
2. Gejala behavioral berupa berperilaku menghindar, terguncang, melekat dan dependen.
3. Gejala kognitif antara lain khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang akan terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidak mampuan untuk mengatasi masalah, pikiran beres-beres campur aduk atau kebingungan dan sulit berkonsentrasi.

Tingkat kecemasan

Rentang cemas menurut Stuart (2006) dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1 Rentang kecemasan



Gambar diatas menjelaskan bahwa rentang kecemasan di bagi menjadi 2 arah yaitu arah kekiri yaitu respon adaptif dan respon kekanan adalah respon maladaptif. Semakin kekanan maka tingkat kecemasan semakin berat hingga menjadi panik dan semakin ke kiri maka tingkat kecemasan semakin ringan dan bias beradaptasi. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang berat tidak sejalan dengan kehidupan.

Nixon (2016) mengidentifikasi kecemasan dalam 4 tingkatan dengan karakteristik dalam persepsi yang berbeda yaitu :

1. Cemas ringan

Cemas ini termasuk normal seseorang waspada dan meningkat lahannya presepinya :

a. Respon fisiologi

- 1) Sesekali nafas pendek
- 2) Nadi dan tekanan darah naik

- 3) Gejala ringan pada lambung
- 4) Muka berkerut dan bibir bergetar
- b. Respon kognitif
 - 1) Lapang persepsi meluas
 - 2) Mampu menerima pasangan yang kompleks
 - 3) Konsentrasi pada masalah
 - 4) Menyelesaikan masalah secara efektif
- c. Respon perilaku dan emosi
 - 1) Tidak dapat duduk tenang
 - 2) Tremor halus pada tangan
 - 3) Suara kadang-kadang meninggi

2. Cemas sedang

Cemas ini memungkinkan seseorang memusatkan perhatian pada hal penting dan mempersempit lapang persepsinya.

1. Respon fisiologis

- a) Sering nafas pendek
- b) Nadi dan tekanan darah naik
- c) Mulut kering
- d) *Anoreksia*
- e) Diare atau konstipasi
- f) Gelisah

2. Respon kognitif

- a. Lapang persepsi menyempit
- b. Rangsang luar tidak mampu diterima
- c. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

3. Respon perilaku dan emosi

- a. Gerakan Tersentak-sentak (meremas tangan)
- b. Berbicara banyak dan lebih cepat
- c. Perasaan tidak nyaman

3. Cemas berat

Cemas ini sangat mengurangi lahan persepsi dan memusatkan sesuatu yang spesifik dan tidak dapat berpikir dalam hal lain.

a. Respon fisiologi

- 1) Sering nafas pendek
- 2) Nadi dan tekanan darah naik
- 3) Berkeringat dan sakit kepala
- 4) Penglihatan kabur

b. Respon kognitif

- 1) Lapang persepsi sangat menyempit
- 2) Tidak mampu menyelesaikan masalah
- c. Respon perilaku dan emosi
 - 1) Perasaan ancaman meningkat
 - 2) Verbalisasi cepat

4. Panik

Panik berhubungan dengan ketakutan dan tremor karena kehilangan kendali. Orang yang panik tidak mampu melakukan suatu walaupun dengan pengarahan, panik mengakibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, dan lain-lain.

- a. Respon fisiologi
 - 1) Nafas pendek
 - 2) Rasa tercekik dan berdebar
 - 3) Sakit dada
 - 4) Pucat
 - 5) Hipotensi
- b. Respon kognitif
 - 1) Lapangan persepsi menyempit
 - 2) Tidak dapat berpikir lagi
- c. Respon perilaku dan emosi
 - 1) Agitasi, mengantuk, dan marah
 - 2) Ketakutan dan berteriak-teriak
 - 3) Persepsi kacau

Respon terhadap kecemasan

Stuart (2006) berpendapat respon kecemasan antara lain adalah :

- 1. Respon fisiologi
 - a. Sistem *kardiovaskuler* respon yang terjadi palpitas, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa pingsan, pingsan, tekanan darah menurun dan denyut nadi menurun.
 - b. Sistem pernapasan respon yang terjadi adalah nafas cepat, sesak nafas, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik dan terengah-engah.
 - c. Sistem *neuromuskuler* respon yang terjadi reflex meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, dan tungkai lemah
 - d. Sistem *gastrointestinal* respon yang terjadi yaitu kehilangan nafsu makan,

menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, nyeri ulu hati dan diare.

- e. Sistem saluran perkemihan respon yang terjadi adalah tidak dapat menahan kencing dan sering berkemih.
 - f. Sistem integumen (kulit) respon yang terjadi adalah wajah kemerahan, berkeringan pada telapak tangan, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, dan wajah pucat.
2. Respon perilaku, dan afektif
- a. Sistem perilaku respon ini terjadi antara lain gelisah, ketegangan fisik, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, melarikan diri pada masalah, hiperventilasi dan sangat waspada.
 - b. Sistem kognitif respon yang terjadi yaitu perhatian terganggu, konsentrasi buruk, berupa pelupa, salah dalam memberi penilaian, hambatan berpikir, lapangan persepsi menurun, kreativitas menurun, produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kehilangan obyektifitas, dan takut kendali.
 - c. Sistem afektif respon yang sering terjadi adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

Pengukuran kecemasan

Penilaian kecemasan dapat diukur dengan menggunakan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang terdiri dari 14 item (Nixson, 2016) yaitu:

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan seperti takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur sukar tidur, terbangun pada malam hari tidur tidak pulas, dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan seperti menurunnya daya ingat, mudah lupa, dan sulit berkonsentrasi.
6. Persaan depresi seperti hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala *somatik* seperti pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik yaitu perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah, pucat dan merasa lemah.
9. Gejala *kardiovaskuler* yaitu takikardi, nyeri dada, denyut nadi meregas, dan

detak jantung hilang sekejap.

10. Gejala pernapasan yaitu rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
11. Gejala *gastrointestinal* yaitu sulit menelan, konstipasi, berat badan menurun, muntah dan mual, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala *urogenital* yaitu sering kencing, tidak dapat menahan kencing, *aminorea*, ereksi lemah atau *impotensi*.
13. Gejala vegetatif yaitu mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku saat wawancara yaitu gelisah, jari-jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkatkan dan nafas pendek cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut (Nixson, 2016) :

Tabel 1 Tabel penilaian kecemasan

Nilai	Keterangan
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang atau separuh dari gejala yang ada
3	Berat atau lebih dari tengah gejala yang ada
4	Sangat berat semua gejala ada

(Nixson, 2016)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor item 1-14 dengan hasil :

1. Skor <6 : tidak ada kecemasan
2. Skor 6-14 : kecemasan ringan
3. Skor 15-27 :kecemasan sedang
4. Skor >27 : kecemasan berat

Penatalaksanaan kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan menurut hawari dalam nixson (2016) pada tahap pencegahat dan terapi memerlukan suatu pendekatan yang bersifat *holistic* seperti fisik (*somatik*), psikososial dan psikoreligius.

Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress cara yang mudah dilakukan antara lain :

- a. Makan makanan yang bergizi dan seimbang
- b. Tidur yang cukup

- c. Tidak merokok
- d. cukup berolah raga
- e. Tidak minum minuman keras

Terapi psikofarma

Terapi ini berupa pengobatan untuk cemas yang berguna untuk memulihkan fungsi organ *neuro-transmitter* (sinyal penghantar saraf) pusat otak. Obat sering di gunakan adalah obat anti cemas (*anxiolytic*) seperti *diazepam*, *clobazam*, *larozepam*, *buspirone HCL*, *meprobamate* dan *alprazolam* .

Terapi somatik

Terapi somatik ini untuk menghilangkan keluhan-keluhan *somatik* (fisik) itu dapat di berikan obat-obatan yang ditunjukan pada organ tubuh yang bersangkutan).

Psikoterapi

Terapi ini diberikan tergantung kebutuhan setiap individu, antara lain :

- a. Psikoterapi suportif untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- b. Psikoterapi re-edukatif dengan memberikan pendidikan ulang koreksi bila dinilai bahwa ketidak mampuan mengatasi kecemasan.
- c. Psikoterapi re-konstruksi untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami guncangan akibat stressor.
- d. Psikoterapi kognitif untuk memulihkan fungsi kognitif seperti kemampuan untuk berpikir rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- e. Psikoterapi psikodinamik untuk menganalisa proses dinamika kejiwaan yang menyebabkan terjadinya kecemasan.
- f. Psikoterapi keluarga untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan faktor keluarga tidak menjadi faktor penyebab tetapi sebagai faktor pendukung.

Psikoreligius

Terapi ini digunakan untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang stressor psikososial.

d. Konsep Pendidikan Kesehatan

Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengkaitkan diri pada peningkatan kemampuan, sikap, dan praktek kesehatan saja. Tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007)

Pendidikan kesehatan merupakan gambaran penting dan bagian dari peran perawat yang profesional dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (preventif) yang telah dilakukan pada zaman Florence Night pada tahun 1959. Pendidikan kesehatan merupakan bentuk kegiatan dan pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan di dalam rumah sakit ataupun di luar rumah sakit (Non Klinik) yang dapat dilakukan di tempat ibadah, Pusat Kesehatan Ibu dan Anak, tempat pelayanan publik, tempat penampungan, organisasi masyarakat organisasi pemeliharaan kesehatan (asuransi), sekolah, panti lanjut usia (wreda), dan unit kesehatan bergerak (mobile) (Nursalam, 2008).

Tujuan pendidikan kesehatan

Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut (Nursalam, 2008) yaitu :

1. Faktor faktor predisposisi

Faktor faktor predisposisi (*presdisposing factors*) yang mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

2. Faktor faktor Pendukung

Faktor faktor pendukung (*enabling factors*) ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya : air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, makanan yang bergizi dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poli klinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta (BPS) dan sebagainya.

3. Faktor faktor penguat

Faktor faktor penguat (*reinforcing faktor*) meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (tokoh), tokoh agama (tokoh), dan para petugas pemerintah dan petugas kesehatan. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku

sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan keteladanan dari para toma, toga, dan petugas kesehatan. Di samping itu, undang-undang jika diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

Faktor –faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Beberapa faktor yang perlu di perhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu :

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

2. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

3. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

4. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

5. Ketersediaan waktu di masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

Langkah-langkah pendidikan kesehatan

Menurut Dony, dkk (2014), berdasarkan langkah-langkah yang ingin dicapai, penggolongan langkah-langkah pendidikan kesehatan ada 4 (empat) yaitu :

1. Analisa Situasi

Analisa situasi merupakan suatu dalam mengumpulkan data tentang keadaan wilayah, masalah-masalah sehingga di peroleh informasi yang akurat tentang masalah yang di hadapi.

2. Penentuan Prioritas Masalah

Mengurutkan masalah dari masalah yang di anggap paling penting sampai dengan urutan yang kurang penting. Ini dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode, antara lain dengan cara pembobotan.

3. Penentuan Tujuan

Tujuan penyuluhan adalah mengubah perilaku anak dari perilaku yang tidak sehat.

a. Penentuan Sasaran

Sasaran untuk penyuluhan di bedakan menjadi :

- 1) Masyarakat umum
- 2) Masyarakat sekolah, sebagai masyarakat yang mudah dicapai
- 3) Kelompok masyarakat tertentu, misalnya kader kesehatan yang membantu menggerakkan dan menyebarkan informasi.

b. Penentuan Pesan

Pesan merupakan informasi yang di sampaikan kepada sasaran. Pesan yang di sampaikan harus di sesuaikan dengan sasaran yang di berikan penyuluhan.

c. Penentuan Metode

Pemilihan metode biasanya mengacu pada penentuan tujuan yang ingin dicapai, apakah pengubahan pada tingkat kognitif, afektif atau psikomotor (contoh: untuk mengubah kognitif / pengetahuan dapat memilih dengan menggunakan metode ceramah ataupun diskusi).

d. Penentuan Media

Dalam menyampaikan penyuluhan digunakan media dan alat bantu peraga. Pemilihan media dan metode yang tepat serta dukungan dan kemampuan dari tenaga penyuluhan merupakan suatu hal untuk mempermudah proses belajar mengajar.

e. Penentuan Rencana Penelitian

Penilai yang di lakuykan meliputi : penentuan tujuan penilaian, penuntunan tolak ukur yang akan digunakan untuk penilaian.

4. Penyusunan Jadwal Kegiatan

Rencana kegiatan dibuat dalam satu kurun waktu dan terjadwal yang disesuaikan dengan sasaran, tujuan, materi, media, alat peraga, petugas penyuluhan, waktu dan rencana penilaian.

Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Dony, dkk (2014),berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin di capai, penggolongan metode penelitian ada 3 (tiga), yaitu :

1. Metode pendidikan individual (perorangan) Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :
 - a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance an counseling*)
 - b. Wawancara (*Interview*)

2. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

- a. Kelompok besar

- 1) Ceramah ; metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- 2) Seminar ; hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (persentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang di anggap penting dan biasanya di anggap hangat di masyarakat.

- b. Kelompok kecil

- 1) Diskusi Kelompok ; dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk di antara peserta agar ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tidak ada dominasi dari salah satu peserta.
- 2) Curah pendapat (*Brain Storming*) ; merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan jawaban atau tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut di tampung dan ditulis dalam *flipchart* /papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapapun, baru setelahnya semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.
- 3) Bola salju (*Snow Balling*) ; tiap orang di bagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian di lontarkan suatu pertanyaan atau, masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasangan yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.
- 4) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*) ; kelompok langsung di bagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian di lontarkan suatu masalah yang sama /tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing

kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

- 5) Memainkan peran (*Role Play*) ; beberapa kelompok di tunjukan sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misal sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi /komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.
- 6) Permainan simulasi(*Simulation Game*) ; merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan–pesan disajikan dalam bentuk permainan monopoli. Cara memainkan persis seperti bermain monopolidengan menggunakan dadu, atau gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

3. Metode pendidikan Massa

Pada umum pendidikan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa.

Proses pendidikan kesehatan

Dalam proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu (*input*), proses keluar (*out put*). Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subyek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah mengajar, teknik belajar dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dan sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Notoatmojo, 2003)

Alat bantu pendidikan kesehatan

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat atau perlengkapan yang di perlukan penyuluhan guna memperlancar kegiatan penyuluhan. Alat bantu lebih sering disebut alat peraga yang merupakan alat atau benda yang dapat di amati, didengar, diraba atau di sarankan oleh indra manusia yang berfungsi sebagai alat memperagakan yang menjelaskan uraian yang disampaikan secara lisan oleh penyuluh guna membantu proses belajar mengajar, agar materi lebih mudah di

tgerima dan di pahami oleh sasaran. Pada garis hanya ada tiga macam alat bantu, yaitu sebagai berikut (Dony, dkk 2014):

1. Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan pada waktu terjadinya proses pendidikan). Alat ini ada dua bentuk, yaitu di proyeksikan (slide, film, dan film strip) dan alat-alat tidak di proyeksikan.
2. Alat bantu dengar (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu proses penyampaian dalam pendidikan, misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan sebagainya
3. Alat bantu lihat/dengar (*audio-visual aids*) seperti televisi dan video cassette. Alat bantu ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan disetiap manusia di terima atau di tangkap melalui panca indra. Semakin banyak indera yang di gunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang di peroleh (Elgar Dalecit dalam Notoatmojo 2005).

Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu alat bantu pendidikan (audio visual aids /AVA). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan pesan kesehatan (media), media ini di bagi menjadi 3 : cetak, elektronik, media papan (*bill board*) Dony,dkk (2014)

1. Media cetak

- a. *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet* : melalui lembar yang di lipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer* (selembaran) : seperti leaflet tapi tidak berbentuk lipatan.
- d. *Filp chart* (lembar balik) : pesan / informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar. Peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan / informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. Rubrik / tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan atau suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan / informasi kesehatan, yang biasanya di tempel di tembok tembok, di tempat- tempat umum atau di kendaraan umum.
- g. Foto , yang mengungkapkan informasi kesehatan.

2. Media elektronik

- a. Televisi ; dapat dalam bentuk sinetron,sandiwara,forum diskusi / tanya jawab, pidato

/ ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.

- b. Radio ; bisa dalam bentuk obrolan / tanya jawab, sandiwara radio , ceramah, radio spot, dll.
- c. *Video Compact Disc (VCD)*
- d. Slide : slide juga dapat di gunakan untuk menyampaikan pesan / informasi kesehatan.
- e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

3. Media papan (*billboard*)

Papan / *billboard* yang di pasang di tempat-tempat umum dapat di pakai di isi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang di tulis pada lembaran seng yang di tempel pada kendaraan umum (bus / taksi) (Notoatmojo, 2003)

Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun yang sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung tingkat dan tujuan penyuluhan yang di berikan. Lingkungan pendidikan kesehatan di masyarakat dapat di lakukan melalui beberapa lembaga dan organisasi masyarakat (Dony, dkk 2014)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di SLB Negeri Bangkinang Kota pada bulan Mei 2024.

3.2 Model Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan desain *quasy eksperiment* tanpa kelompok kontrol.

Skema Rancangan Penelitian

Kelompok	Pre test	Perlakuan	Post test
Perlakuan	O1	X	O2

Keterangan :

- O1 : Pengukuran awal sebelum dilakukan perlakuan (*pre test*).
- X : Perlakuan (Pendidikan kesehatan).
- O2 : Pengukuran kedua setelah dilakukan perlakuan (*post test*).

3.3 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh keluarga dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Bangkinang Kota sebanyak 64 keluarga.

3.4 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami tingkat kecemasan dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Bangkinang Kota. Jumlah sampel pada penelitian ini 64 keluarga. Kriteria inklusi :

1. Keluarga yang bersedia menjadi responden.
2. Keluarga bisa membaca dan menulis.
3. Keluarga yang terdiri dari dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah, hubungan adopsi dan tinggal bersama.

Kriteria eksklusi :

1. Keluarga yang tidak memiliki hubungan darah langsung
2. Keluarga tidak bersedia, atau yang tidak mempunyai anak retardasi mental.

3.5 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu non probabilitas dengan metode purposive sampling atau judgement sampling yaitu cara pengambilan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, yang dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu (Nursalam, 2014).

3.6 Besar Sampel

Menurut Roscoe (2010, dalam Sugiono 2011) ukuran sampel untuk penelitian eksperimental yaitu antara 10-20 responden. Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 16 orang keluarga dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Bangkinang Kota.

3.7 Etika penelitian

- a. Informed consent
- b. Anonymity
- c. Kerahasiaan
- d. Keadilan

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tingkat kecemasan keluarga dengan menggunakan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scala*) anak retardasi 14 item yang membuat perasaan-perasaan yang muncul dalam setiap itemnya. Instrumen penelitian merupakan alat bantu peneliti dalam mengumpulkan data penelitian (Nursalam, 2013). Pada tahap awal, peneliti akan mengukur tingkat kecemasan keluarga yang memiliki anak retardasi mental. Selanjutnya peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan tentang anak retardasi mental. Terakhir peneliti mengukur kembali tingkat kecemasan keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan.

3.8 Analisis Data

Analisa univariat dan bivariat.

BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

Tabel 4.1 Anggaran biaya penelitian yang diajukan A. Biaya Penelitian

1. Peralatan Penunjang				
Material	Justifikasi Pemakain	Kuantitas	Harga Satuan	Harga (Rp)
Fotocopy	Penggandaan materi	4 paket	500.000	2.000.000
Paket internet	Penunjang kegiatan	10 buah	100.000	1.000.000
Pengolahan data	Pengolahan hasil penelitian	1	2.000.000	2.000.000
Publikasi jurnal	publikasi	1	3.000.000	3.000.000
		Sub total (Rp)		8.000.000
2. Bahan Habis Pakai				
Material	Justifikasi Pemakain	Kuantitas	Harga Satuan	Harga (Rp)
Konsumsi (snack + makan)	Konsumsi di lapangan	100 orang	20.000 x 50	2.000.00
SUB TOTAL (Rp)				2.000.000
SUB TOTAL				
GRAND TOTAL				10.000.000

Tabel 4. 2 Jadwal kegiatan penelitian
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau Tahun 2024/2025

No	Kegiatan	Des	Feb	Juni	Juli
1	Persiapan penelitian	✓			
2	Penyusunan instrument		✓		
3	Pelaksanaan penelitian			✓	
4	Menganalisis data				✓
5	Penyusunan laporan				✓

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
1	Agama		
	Islam	16	100
	Total	16	100
2	Umur		
	26-35 tahun	6	37,5
	36-45 tahun	10	62,6
	Total	16	100
3	Jenis kelamin		
	Laki-laki	2	12,5
	Perempuan	14	87,5
	Total	16	100
4	Tingkat pendidikan		
	SD	1	6,25
	SMP	1	6,25
	SMA	9	56,25
	Diploma/Sarjana	5	31,25
	Total	16	100
5	Pekerjaan		
	Tidak bekerja/IRT	8	50
	Pedagang	4	25
	Pegawai negeri	1	6,25
	Swasta	3	18,75
	Total	16	100

5.2. Hasil penelitian

5.2.1. Rata-rata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan keluarga anak retardasi mental

Distribusi tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada keluarga anak retardasi mental, dapat dilihat pada tabelberikut ini :

Tabel 5.1. Rata-rata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan keluarga anak retardasi mental

Variabel	Mean	Min-maks	SD
Tingkat kecemasan sebelum	15,38	8-26	6,479
Tingkat kecemasan sesudah	9,50	3-19	4,913

(sumber : Hasil Penelitian)

Pada tabel 5.1. Menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kecemasan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebesar 15,38. Sedangkan rata-rata tingkat kecemasan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebesar 9,50.

5.2.2. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kecemasan keluarga anak retardasi mental

Analisa bivariat digunakan untuk membandingkan rata-rata tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Adapaun analisa bivariat dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2 : perbandingan rata-rata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan keluarga anak retardasi mental.

Variabel	Mean	Selisih mean	SD	SE	P Value	N
Tingkat kecemasan sebelum	15,38	5,875	6,479	1,620	0,000	16
Tingkat kecemasan sesudah	9,50		4,913	1,228		

Pada tabel 5.2 dapat dilihat bahwa rata-rata tingkat kecemasan sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebesar 15,38 dengan standar deviasi 6,479. Rata-rata tingkat kecemasan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebesar 9,50 dengan standar deviasi 4,913 dengan selisih rata-rata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 5,875.

Hasil uji statistik Paired T-test didapatkan nilai p-value adalah 0,000 ($p \leq 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan keluarga dengan anak retrdasi mental sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

5.3. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian terdapat penurunan rata-rata tingkat kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Dengan hasil rata-rata tingkat kecemasan sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebesar 15,38 dengan standar deviasi 6,479. Rata-rata tingkat kecemasan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebesar 9,50 dengan standar deviasi 4,913 dengan selisih rata-rata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 5,875. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Literatur et al. 2022) bahwa diuraikan dari 3 jurnal yang sudah direview menunjukkan hasil yang signifikan yaitu adanya pengaruh terapi suportif terhadap kecemasan keluarga dengan anak retardasi mental. Penelitian lain yang dikemukakan oleh (Shanti Rosmaharani 2023) didapatkan hasil ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap mekanisme koping keluarga dengan anak retardasi mental P value 0,002.

DAFTAR PUSTAKA

- Arc, The. 2004. "Introduction to mental retardation [On-line]171." (301).
http://www.aamr.org/Policies/faq_mental_retardation.shtml.
- Chlapecka, Adam, Katrin Wolfová, Barbora Fryčová, dan Pavla Cermakova. 2023.
"Educational attainment and anxiety in middle-aged and older Europeans." *Scientific Reports* 13(1): 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40196-4>.
- Fadli, Irmayanti Toalib, dan Kassaming. 2019. "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Mayor." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*: 670–74. <https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/115>.
- Hassall, Richard, J. Rose, dan J. McDonald. 2005. "Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support." *Journal of Intellectual Disability Research* 49(6): 405–18.
- Jorm, A. F. 2000. "Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span." *Psychological Medicine* 30(1): 11–22.
- Kurniawan, Arif, Yunie Armiyati, dan Rahayu Astuti. 2020. "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pre Operasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Hernia Di Rsud Kudus." *Jurnal Keperawatan* 6(2): 139–48.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/FIKkeS/article/view/1881>.
- Literatur, Studi et al. 2022. "Jurnal jurnal." 14(2).
- Mapossa, Jacob Benjamim. 2018. "No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title." *New England Journal of Medicine* 372(2): 2499–2508.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7556065>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC394507>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.humpath.2017.05.005>
<https://doi.org/10.1007/s00401-018-1825-z>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27157931>.
- McLean, Carmen P., Anu Asnaani, Brett T. Litz, dan Stefan G. Hofmann. 2011. "Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness." *Journal of Psychiatric Research* 45(8): 1027–35.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>.
- Shanti Rosmaharani, Rodiyah. 2023. "MEKANISME KOPING KELUARGA DENGAN ANAK RETARDASI MENTAL DI SLB KURNIA ASIH NGORO JOMBANG The Effectiveness of Family Psychoeducation on Changing the Coping Mechanisms of Families with Mentally Retarded Children at SLB Kurnia Asih Ngoro Jombang

- Shanti Rosma.” : 0–5.
- Singh, Kuldeep, Raj Kumar, Sharma NovRattan, dan Nehra Dharmender Kumar. 2017. “Study of Burden in Parents of Children with Mental Retardation.” *Journal of Indian Health Psychology* 8(February): 14–20.
- Sirat, Ziauddin, dan Hamidullah Aesar. 2024. “The Relationship of Religiosity and Anxiety among University Students: A Case Study at Kunduz University.” *Kunduz University International Journal of Islamic Studies and Social Sciences* 1(2): 187–200.
- Tokić, Andrea, Ana Slišković, dan Matilda Nikolić Ivanišević. 2023. “Well-Being of Parents of Children with Disabilities—Does Employment Status Matter?” *Social Sciences* 12(8).
- Wu, Yajuan et al. 2025. “Trends in the epidemiology of anxiety disorders from 1990 to 2021: A global, regional, and national analysis with a focus on the sociodemographic index.” *Journal of Affective Disorders* 373(October 2024): 166–74.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.086>.
- WHO.(2017). Word health organization: [www.who.int /mental health](http://www.who.int/mentalhealth).

Kepada YTH
Calon Responden

Dengan Hormat

Bersama dengan surat ini, saya sampaikan kepada bapak/ibu/sdr/I semoga dalam keadaan sehat dan dalam lindungan Allah SWT. Adapun tujuan saya adalah untuk meminta kesediaan kepada ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Saya dosen Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai akan mengadakan penelitian dengan judul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB Negeri Bangkinang Kota”

Tujuan penelitian ini tidak akan berakibat negatif dan merugikan saudara sebagai responden. Kerahasiaan serta informasi yang di berikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian ini serta bila tidak di gunakan lagi akan dimusnahkan.

Saya berharap responden bersedia menanda tangani persetujuan dan menjawab semua pernyataan dan lembar kuisioner petunjuk yang ada.

Demikian surat permohonan ini di buat dengan sebenar benarnya atas bantuan responden saya ucapkan terima kasih.

Bangkinang, Maret 2024
Peneliti

NIA APRILLA
1022048706

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah membaca dan menerima penjelasan yang telah diberikan oleh peneliti saya bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “ **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB Negeri Bangkinang Kota**”

Peneliti dilakukan oleh dosen prodi Kesehatan Masyarakat :

Nama : **Nia Aprilla**

Nim : 1022048706

Alamat : Jl. Sisingamangaraja Bangkinang

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif terhadap saya dan keluarga . Saya tahu penelitian ini akan menjadi masukan bagi peningkatan pelayanan ilmu keperawatan, sehingga jawaban yang saya berikan adlah sebenarnya .

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya dan setiap pertanyaan yang saya ajukan berkaitan dengan penelitian ini dan dapat jawaban yang memuaskan.

Demiakian saya menyatakan sukarela berperan dalam penelitian ini.

Bangkinang, Maret 2025

Responden

(.....)

KISI-KISI KUESIONER

Tingkat Kecemasan

No	Uraian
1	Perasaan cemas
2	Ketegangan
3	Ketakutan
4	Gangguan tidur
5	Gangguan kecerdasan
6	Perasaan depresi
7	Gejala <i>somatik</i>
8	Gejala sensorik
9	Gejala <i>kardiovaskuler</i>
10	Gejala pernapasan
11	Gejala <i>gastrointestinal</i>
12	Gejala <i>urogenital</i>
13	Gejala vegetatif
14	Apakah anda merasakan

Lampiran 1. Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)

HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

Inisial Responden :
Skor : 0 = tidak ada
1 = ringan
2 = sedang
3 = berat
4 = berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					

7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil					
8	Gejala Somatik (Sensorik) - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk					
9	Gejala Kardiovaskuler - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)					
10	Gejala Respiratori - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak					
11	Gejala Gastrointestinal - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)					
12	Gejala Urogenital - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang - Impotensi					
13	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri					

14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat - Muka Merah					
----	---	--	--	--	--	--

Skor Total =

Total Skor	: kurang dari 14	= tidak ada kecemasan
	14 – 20	= kecemasan ringan
	21 – 27	= kecemasan sedang
	28 – 41	= kecemasan berat
	42 – 56	= kecemasan berat sekali

1 Biodata Ketua dan Anggota Tim Pengusul

A. BIODATA KETUA TIM PENGUSUL

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Ns. Nia Aprilla, M.Kep
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor (300)
4	NIP/ NIK/ Identitas lainnya	096 542 190
5	NIDN	1022048706
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Bangkinang, 22 April 1987
7	E-mail	niaaprilla.ariqa@gmail.com
8	Nomor Telepon/ HP	0852 7171 3592
9	Alamat Kantor	Jl. Tuanku Tambusai No.23 Bangkinang
10	Nomor Telepon/ Faks	(0762) 21677, Fax (0762) 21677
11	Lulusan yang Telah Dihasilkan	S-1 = - orang, S-2 = - orang, S-3 = - orang
12	Mata Kuliah yang Diampu	1. Keperawatan Dasar 1 (D3 keperawatan) 2. Keperawatan Perioperatif (D3 keperawatan) 3. Keperawatan Kepribadian (D3 keperawatan) 4. Keperawatan Dasar 2 (S1 eperawatan) 5. Komunikasi dalam Keperawatan (S1 keperawatan) 6. Keperawatan keluarga (semester 6) 7. Keperawatan Jiwa (semester 4)

1. Riwayat Pendidikan

Tahun Lulus	Program Pendidikan (Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis, dan Doktor)	Perguruan Tinggi	Jurusan/ Program Studi
2009	Sarjana	Universitas Riau	S1 Keperawatan
2010	Ners	Universitas Riau	Ners
2017	Magister	Universitas Andalas	S2 Keperawatan

2. PENGALAMAN PENELITIAN

Tahun	Judul Penelitian	Ketua/anggota Tim	Sumber Dana
2018	Efektifitas terapi musik klasik mozart dalam meningkatkan durasi konsentrasi belajar	Ketua	Mandiri

	pada anak autisme di Sekolah Luar Biasa (SLB) Negeri Bangkinang		
2018	Efektivitas penyuluhan kesehatan reproduksi remaja dengan pemberian leaflet terhadap perubahan pengetahuan remaja	Ketua	Mandiri
2019	Hubungan Karakteristik ibu bersalin dengan kejadian sectio cesarea di RSUD Bangkinang tahun 2019	Ketua	Mandiri
2019	Hubungan pengetahuan tentang bullying dengan perkembangan sosial emosi anak di SD Muhammadiyah Bangkinang	ketua	Mandiri
2020	Hubungan kebiasaan makan dan sisa makanan dengan status gizi anak usia dini di paud tambusai universitas pahlawan tuanku tambusai	ketua	Mandiri

A. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2018	Team based learning mahasiswa tingkat 1 Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Bangkinang	Yayasan	3.000.000
2	2018	Promosi cara mencuci tangan yang benar di SDN 013 Tanjung Berulak Kecamatan Kampar Kabupaten Kampar	Yayasan	3.000.000
3	2018	Peningkatan status kesehatan remaja SMPN 1 Siabu melalui imunisasi MR	Yayasan	3.000.000
4	2019	Penyuluhan kesehatan reproduksi remaja	Yayasan	3.000.000
5	2019	Upaya peningkatan PHBS pada program UKS di SD Pahlawan Tuanku Tambusai Bangkinang	Yayasan	1.500.000
6	2019	Menerapkan 6 langkah cuci tangan di SDN 012 Salo	Yayasan	2.500.000
7	2020	Pendidikan kesehatan tentang hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Kuok	Yayasan	2.500.000
8	2020	Terapi wudhu di Desa Batu BELAH	Yayasan	3.000.000

B. Pemakalah Seminar Ilmiah (*Oral Persentation*) dalam 5 Tahun

No	Nama Temu Ilmiah/ Seminar	Judul Artikel	Waktu dan Tempat
1			

C. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1				
2				

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan laporan pengabdian masyarakat.

Bangkinang, 01 Juli 2025

Ketua Pengusul



Ns. NIA APRILLA, M.Kep