

Lampiran 1. Informed Consent (Lembar Persetujuan)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama/Inisial : N.Y. N

Usia : 26 tahun

Hubungan dengan Klien : Ibu kandung

Selaku pihak keluarga dari :

Nama/Inisial : A.N. A

Jenis Kelamin : Perempuan

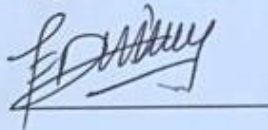
Usia : 4 tahun

Alamat : Mandouya

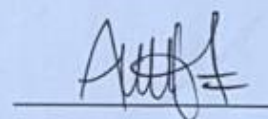
Menyatakan bahwa secara sukarela untuk ikut serta sebagai salah satu respon penelitian dengan judul "Gambaran Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Ansietas Pada Anak Usia Pra Sekolah dengan ISPA di RSUD Aliyah 2 Kota Kendari"

Kendari, 13 Mei 2024

Orangtua/Wali Responden



Peneliti



- Pemeriksaan penunjang kehamilan: Tidak Ya: (Rubella
 Hepatitis CMV GO Herpes HIV Lainnya;.....
- Imunisasi : Tidak Ya : (Jenis Imunisasi: Tetanus toxoid Jumlah Pemberian: 1x Usia kehamilan: 4 minggu)
- Golongan Darah Ibu: B , Golongan Darah Ayah: B

2. Intranatal

- Tempat Pesalinan : RS klinik rumah
- Riwayat persalinan : Spontan SC Dengan alat bantu
- Lama persalinan : 10 jam
- Penolong Persalinan : Dokter Bidan Lainnya:
- Usia kelahiran 38 minggu
- Komplikasi : tidak ada

3. Postnatal

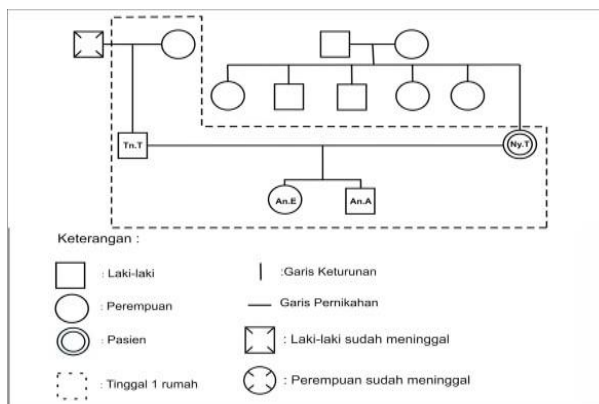
- Pertumbuhan bayi saat lahir: BBL 2500 gram, PB: 46 cm, LK 37 cm, LP: 28 cm, LD 29 cm
- APGAR Score: 8
- Pengeluaran Meconium: <24 Jam >24 Jam
- Kelainan Kongenital: Tidak Ya
- Penyakit yang dialami bayi: ikterus kebiruan kemerahan
 problem menyusui BB tidak stabil Lainnya: Tidak ada
- Apakah bayi meninggalkan RS dengan ibunya: Ya Tidak

Riwayat Penyakit Terdahulu (Untuk semua usia)

1. Penyakit yang pernah dialami : tidak ada
2. Riwayat Operasi : Tidak Ya,
3. Riwayat Penggunaan obat : Tidak Ya, Jenis obat
4. Riwayat Injury/kecelakaan : Tidak Ya, sebutkan
5. Riwayat Alergi : Tidak Ya, sebutkan
6. Riwayat Hospitalisasi : Tidak Ya,
7. Reaksi Hospitalisasi : Ibu pasien mengatakan setelah masuk rumah sakit anak menjadi lebih rewel, tidak ingin ditinggal oleh orang tuanya walaupun hanya sebentar

Riwayat kesehatan keluarga

1. Penyakit keturunan dalam keluarga: Tidak ada
2. Penyakit pada anggota keluarga: alergi asma TBC hipertensi penyakit
 jantung stroke anemia hemophilia arthritis migrain DM
 kanker dan gangguan emosional.
3. Bagan genogram

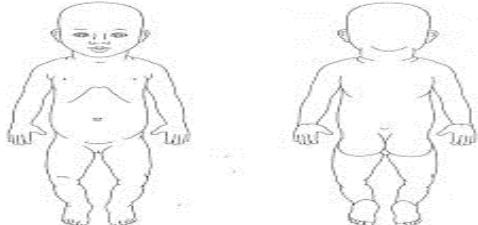


Riwayat Imunisasi			
√ BCG			
√ DPT 1	<input checked="" type="checkbox"/> DPT 2	<input checked="" type="checkbox"/> DPT 3	
√ Hepatitis 1	<input checked="" type="checkbox"/> Hep 2	<input checked="" type="checkbox"/> Hep 3	<input checked="" type="checkbox"/> Hep 4
√ Polio 1	<input type="checkbox"/> Polio 2	<input type="checkbox"/> Polio 3	<input type="checkbox"/> Polio 4
√ Campak			
<input type="checkbox"/> Lainnya			
Riwayat Perkembangan Tiap Tahap			
Usia anak saat:			
a) Berguling : 5 Bulan			
b) Duduk : 8 Bulan			
c) Merangkak : 9 Bulan			
d) Berdiri : 10 Bulan			
e) Berjalan : 12 Bulan			
f) Senyum kepada orang lain pertama kali : 12 Bulan			
g) Bicara pertama kali : 12 Bulan			
h) Berpakaian tanpa bantuan : 24 Bulan			
Perkembangan anak dibanding dengan saudara: <input checked="" type="checkbox"/> Lebih cepat <input type="checkbox"/> Lebih lambat			
Riwayat Psikososial			
-			
Riwayat Spiritual			
-			
RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG			
1. Waktu timbulnya penyakit : 2 Hari/tanggal 16 mei 2024 jam 15.00			
2. Awal munculnya keluhan : <input type="checkbox"/> tiba-tiba <input checked="" type="checkbox"/> Berangsur-angsur			
3. Keadaan penyakit: <input type="checkbox"/> membaik <input checked="" type="checkbox"/> bertambah parah <input type="checkbox"/> sama dengan sebelumnya			
4. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan : tidak ada			
5. Kondisi saat dikaji :			
P : Ibu pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab anaknya tiba tiba demam			
Q : Ibu pasien mengatakan anaknya demam tidak menurun bahkan setelah meminum pacaretamol sirup			
R : Badan teraba hangat			
S : Ibu pasien mengatakan anak tidak mengeluh adanya nyeri			

T : Ibu pasien mengatakan anak demam perlahan lahan semakin naik

Aktivitas Sehari-Hari		
1. Nutrisi		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis makanan		
Cara pemberian	Disuap oleh ibu	Disuap oleh ibu
Frekuensi makan	3Xsehari	3Xsehari
Porsi yang dihabiskan	1 porsi	Setengah porsi
Komposisi menu	Nasi dan lauk	Nasi dan lauk/roti
Pantangan	Makanan pedas	Makanan pedas
Kesulitan Makan	Tidak ada	Tidak ada
2. Cairan		
Keterangan	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Jenis minuman	Air mineral,susu	Air mineral,susu
Frekuensi minum	6 gelas	7 gelas
Kebutuhan cairan dalam 24 jam		
3. Eliminasi		
BAB	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (melalui anus/stoma)	Melalui anus	Melalui anus
Frekuensi	1x sehari di pagi hari	1xsehari siang hari
Konsistensi	Padat	Padat
Warna/bau	kuning,berbau khas feses	kuning,berbau khas feses
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Upaya menangani		
BAK	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Cara (spontan/kateter)	Spontan	Spontan
Frekuensi	3-5 kali	3-4 kali
Warna/bau	Warna kuning jernih	Warna kuning
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Upaya menangani		
4. Aktivitas dan Istirahat		
Istirahat dan tidur	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Lama tidur	Siang: 1 jam Malam:8-9 jam	Siang: 30 menit Malam: 7-8 jam
Kebiasaan sebelum tidur	Menonton tv	Nonton di Hp
Kesulitan tidur	Tidak sulit tidur	Sulit tidur karena demamnya
Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Aktivitas (mandiri/dibantu)	Orang tua pasien mengatakan sehari hari anak	Orang tua pasien mengatakan semenjak

Leher	<ul style="list-style-type: none"> - Pembesaran Kelenjar Tiroid : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Pembesaran Jugularis Vena Pressure : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Tonsil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembesaran - Lainnya : tidak ada kelainan
2. Dada dan Paru-paru	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Barel Chest <input type="checkbox"/> Turner Chest • Pergerakan dinding dada: <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris • Retraksi: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Respirasi: <input type="checkbox"/> Spontan tanpa alat bantu <input checked="" type="checkbox"/> Dengan alat bantu : O2 nasal canul 2L/M lepas pasang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Palpasi : <input type="checkbox"/> Vocal Fremitus <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Perkusi : <input checked="" type="checkbox"/> Sonor <input type="checkbox"/> Hiper-sonor <input type="checkbox"/> Dullness - Auskultasi : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronkhi <input checked="" type="checkbox"/> Wheezing
3. Jantung	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi: simetris - Palpasi: tidak ada kelainan - Auskultasi: <input type="checkbox"/> BJ 1 & BJ 2 Normal <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Gallop - Perkusi: tidak ada kelainan - Lainnya: Tidak Ada
4. Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Inpeksi <ul style="list-style-type: none"> • Tali Pusat: <input type="checkbox"/> Basah <input checked="" type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berbau <input type="checkbox"/> Berdarah <input type="checkbox"/> Keluaran Cairan..... • Distensi Abdomen : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Bentuk : simetris • Lainnya: tidak ada kelainan - Auskultasi : Bising usus = 30x/menit - Palpasi <ul style="list-style-type: none"> • Supel : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Hepatomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Spleenomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Teraba Masa : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Lambat <input checked="" type="checkbox"/> Cepat - Perkus : <input checked="" type="checkbox"/> Tympani <input type="checkbox"/> Hypertimpani
5. Anus dan Genitalia	<ul style="list-style-type: none"> - Laki-Laki : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Perempuan : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Anomalirectal : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Kebersihan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kurang Bersih Abnormalitas lain : Sebutkan
6. Ekstremitas dan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> Kelainan tulang: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan, - - Spina bifida <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, sebutkan - Kekuatan otot: Normal - Lainnya: tidak ada kelainan
7. Kulit dan kuku	<ul style="list-style-type: none"> - Warna Kulit: <input type="checkbox"/> Pink <input checked="" type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> kulit tipis nampak pembuluh darah <input type="checkbox"/> Mottled - Sianosis : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi..... - Ptekie : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi..... - Kemerahan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi..... - Tanda lahir : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi..... - Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Elastis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak elastis - Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Lokasi.....

	- CRT : <2 detik
8. Kebersihan Diri	- Mandi Frekuensi : 1x/hari <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dengan bantuan - Sikat Gigi Frekuensi : 1x/hari <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dengan bantuan - Keramas : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dengan bantuan
9. Luka	Beri tanda (arsir) pada lokasi luka Karakteristik luka: Tidak ada 
10. Respon Inflamasi	- Kemerahan: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Ada, lokasi - Bengkak : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Ada, lokasi - Panas : <input type="checkbox"/> Tidak, <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ada, lokasi Dahi.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Bau : Tidak, <input checked="" type="checkbox"/> Ada, lokasi - Pengeluaran : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Ada, lokasi - Penurunan Fungsi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Ada, lokasi
PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN	
	Dengan menggunakan DDST atau KPSP - Motorik Kasar :berjalan,berjinjit,berjalan mundur dan melompat dengan seimbang tanpa jatuh - Motorik Halus: Sudah mampu menggambar/mencoret - Bahasa: mampu berbicara lancar - Personal Sosial: ibu pasien mengatakan anaknya sering bermain dengan tetangga disekitar rumah

HOSPITALISASI	
1. Dampak Hospitalisasi a. Anak b. Orangtua	<input type="checkbox"/> Cemas <input checked="" type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Sedih <input checked="" type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut <input checked="" type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Merasa bersalah
2. Pengasuh	<input type="checkbox"/> Ayah <input checked="" type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Nenek <input type="checkbox"/> Orang Lain <input type="checkbox"/> Pengasuh lain
3. Hubungan dengan pengasuh	<input type="checkbox"/> Harmonis <input type="checkbox"/> Tidak harmonis
4. Sumber Dukungan Lain	<input type="checkbox"/> Sibling <input checked="" type="checkbox"/> Keluarga Lain <input type="checkbox"/> Teman sebaya
5. Keterlibatan Orangtua Saat Anak Dirawat	<input checked="" type="checkbox"/> Merawat <input type="checkbox"/> Menggendong <input type="checkbox"/> Berkunjung <input checked="" type="checkbox"/> Berbicara <input type="checkbox"/> Mendongeng/bercerita
6. Kebiasaan/keyakinan keluarga yang mempengaruhi kesehatan	Tidak ada

7. Pengetahuan keluarga terhadap penyakit	Keluarga mengatakan sudah mengerti mengenai perkembangan penyakit anaknya
PEMERIKSAAN PENUNJANG	
<ul style="list-style-type: none"> -Penelusuran riwayat atau keluhan penyakit pasien -Pemeriksaan fisik -Pemeriksaan sample darah (laboratorium) 	
TERAPI SAAT INI	
<ul style="list-style-type: none"> -Terapi IV cairan -Terapi antibiotik -Irigasi nasal - Oksigen 2L/M lepas pasang 	
Tanggal, 19 Mei 2024, Pukul 09.00	
Mahasiswa	
(Anggi)	

Lampiran 3. Lembar Pengukuran Spance Children Anxiety Scale (SCAS)

**LEMBAR PENGUKURAN SPANCE CHILDREN ANXIETY SCALE
(SCAS)**

Nama : An.A
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 4 Tahun

Diagnosa Medis : Febris + ISPA
 Nomor RM : 068761
 Perawatan Hari Ke : 1 (19 Mei 2024)

No	Pertanyaan	Sebelum Intervensi Dilakukan			Setelah Intervensi Dilakukan		
		Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)	Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)
1.	Apakah anak menunjukkan kekhawatiran dengan lingkungan baru misalnya ditunjukkan dengan anak sering memegang orang terdekat ketika melihat atau didekati orang lain.			2			2
2.	Apakah anak tegang, gelisah atau mudah marah selama di rawat			2			2
3.	Apakah anak susah tidur tanpa orang tua atau saat di rumah sakit			2			2
4.	Apakah anak takut terjatuh dari tempat tidur atau takut turun dari tempat tidur sendiri atau anak kelihatan hati-hati dalam bergerak			2			2
5.	Apakah anak memiliki masalah tidur karena kekhawatiran (contoh : sering terbangun, berjalan atau duduk saat tidur, mengigau atau berteriak saat tidur)			2			2

6.	Apakah anak takut pada keramaian atau berada di tempat tertutup (contoh: banyak pengunjung, banyak perawat atau dokter yang datang)			2			2
7.	Takut bertemu atau berbicara pada orang tak dikenal (contoh: keluarga pasien lain atau pengunjung)			2			2
8.	Khawatir sesuatu yang buruk menimpa pada orang tuanya (Contoh : anak mengungkapkan khawatir ibu/ ayah tidak kembali karena tersesat ketika membeli obat, menahan orang tua untuk selalu menemani)		1			1	
9.	Apakah anak takut mendengar suara keras yang menurut dia akan membahayakan (contoh : suara mesin atau alat pemeriksaan atau terapi disekitarnya)			2			2
10.	Anak terlihat khawatir sepanjang hari (contoh: terlihat gelisah atau tidak tenang, menanyakan banyak hal, terlihat sering bingung).		1			1	
11.	Apakah anak takut berbicara di depan orang lain (contoh: tidak mau bercerita ketika ada perawat, dokter maupun pengunjung di dekatnya)			2			2
12.	Takut terhadap sesuatu yang buruk akan terjadi padanya sehingga tidak dapat bertemu dengan orang tua lagi (contoh: anak selalu minta ditemani orang tua, anak mengatakan takut dipindah ke ruang lain seperti kamar operasi dll)			2			2
13.	Cemas/ gemetar/ menolak/ menangis jika dibawa ke ruang lain oleh perawat atau dokter (Contoh: ke ruang pemeriksaan atau ruang tindakan).			2			2
14.	Anak mengeluh sakit perut atau pusing bila didatangi dokter atau petugas atau bila diajak masuk ruang perawatan sehingga anak sering mengajak keluar ruangan	0				0	

15.	Anak khawatir/ tegang/ menangis atau jantung berdetak keras bila perawat atau dokter datang			2			2
16.	Takut terhadap jarum suntik atau alat untuk memasang infuse			2			2
17.	Anak memiliki pemikiran yang salah atau imajinasi yang salah yang selalu menghantui (contoh: memegang erat orang tua jika ada yang berpakaian seragam menghampiri anak)			2			2
18.	Anak menjadi stress, ketika ditinggalkan oleh orang tua untuk membeli obat atau ke kamar mandi sebentar			2			2
19.	Takut saat didatangi oleh perawat dan tidak mau bermain dengan perawat)			2			2
20.	Takut terhadap setiap tindakan perawat atau dokter pada anak (contoh: menolak di periksa, menolak di ukur suhu atau			2			2
21.	Memiliki mimpi buruk berpisah dengan orang tua	0				0	
22.	Takut pada keadaan gelap (contoh : lampu tidak boleh dimatikan saat tidur)	0				0	
23.	Terus memikirkan sesuatu misalnya kata atau benda spesial untuk mencegah kejadian buruk yang dipikirkan (contoh: memegang atau selalu menanyakan guling atau boneka kesukaannya)	0				0	
24.	Menanyakan ketika sesuatu tidak terlihat sebagaimana mestinya (contoh: mengapa dokter/perawat pagi ini tidak menyapa, mengapa harus memakai masker)	0				0	
Total Skor		36			36		

**LEMBAR PENGUKURAN *SPANCE CHILDREN ANXIETY SCALE*
(SCAS)**

Nama : An.A
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 4 Tahun

Diagnosa Medis : Febris + ISPA
 Nomor RM : 068761
 Perawatan Hari Ke : 2 (20 Mei 2024)

No	Pertanyaan	Sebelum Intervensi Dilakukan			Setelah Intervensi Dilakukan		
		Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)	Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)
1.	Apakah anak menunjukkan kekhawatiran dengan lingkungan baru misalnya ditunjukkan dengan anak sering memegang orang terdekat ketika melihat atau didekati orang lain.		1		0		
2.	Apakah anak tegang, gelisah atau mudah marah selama di rawat		1			1	
3.	Apakah anak susah tidur tanpa orang tua atau saat di rumah sakit			2			2
4.	Apakah anak takut terjatuh dari tempat tidur atau takut turun dari tempat tidur sendiri atau anak kelihatan hati-hati dalam bergerak			2			2
5.	Apakah anak memiliki masalah tidur karena kekhawatiran (contoh : sering terbangun, berjalan atau duduk saat tidur, mengigau atau berteriak saat tidur)			2		1	
6.	Apakah anak takut pada keramaian atau berada di tempat tertutup (contoh: banyak pengunjung, banyak perawat atau dokter yang datang)			2		1	

7.	Takut bertemu atau berbicara pada orang tak dikenal (contoh: keluarga pasien lain atau pengunjung)		1			1	
8.	Khawatir sesuatu yang buruk menimpa pada orang tuanya (Contoh : anak mengungkapkan khawatir ibu/ ayah tidak kembali karena tersesat ketika membeli obat, menahan orang tua untuk selalu menemani)		1		0		
9.	Apakah anak takut mendengar suara keras yang menurut dia akan membahayakan (contoh : suara mesin atau alat pemeriksaan atau terapi disekitarnya)			2			2
10.	Anak terlihat khawatir sepanjang hari (contoh: terlihat gelisah atau tidak tenang, menanyakan banyak hal, terlihat sering bingung).		1			1	
11.	Apakah anak takut berbicara di depan orang lain (contoh: tidak mau bercerita ketika ada perawat, dokter maupun pengunjung di dekatnya)			2			2
12.	Takut terhadap sesuatu yang buruk akan terjadi padanya sehingga tidak dapat bertemu dengan orang tua lagi (contoh: anak selalu minta ditemani orang tua, anak mengatakan takut dipindah ke ruang lain seperti kamar operasi dll)			2		1	
13.	Cemas/ gemetar/ menolak/ menangis jika dibawa ke ruang lain oleh perawat atau dokter (Contoh: ke ruang pemeriksaan atau ruang tindakan).			2			2
14.	Anak mengeluh sakit perut atau pusing bila didatangi dokter atau petugas atau bila diajak masuk ruang perawatan sehingga anak sering mengajak keluar ruangan	0			0		
15.	Anak khawatir/ tegang/ menangis atau jantung berdetak keras bila perawat atau dokter datang			2		1	
16.	Takut terhadap jarum suntik atau alat untuk memasang infuse			2			2

17.	Anak memiliki pemikiran yang salah atau imajinasi yang salah yang selalu menghantui (contoh: memegang erat orang tua jika ada yang berpakaian seragam menghampiri anak)			2		1	
18.	Anak menjadi stress, ketika ditinggalkan oleh orang tua untuk membeli obat atau ke kamar mandi sebentar			2			2
19.	Takut saat didatangi oleh perawat dan tidak mau bermain dengan perawat)			2		1	
20.	Takut terhadap setiap tindakan perawat atau dokter pada anak (contoh: menolak di periksa, menolak di ukur suhu atau			2			2
21.	Memiliki mimpi buruk berpisah dengan orang tua	0			0		
22.	Takut pada keadaan gelap (contoh : lampu tidak boleh dimatikan saat tidur)	0			0		
23.	Terus memikirkan sesuatu misalnya kata atau benda spesial untuk mencegah kejadian buruk yang dipikirkan (contoh: memegang atau selalu menanyakan guling atau boneka kesukaannya)	0			0		
24.	Menanyakan ketika sesuatu tidak terlihat sebagaimana mestinya (contoh: mengapa dokter/perawat pagi ini tidak menyapa, mengapa harus memakai masker)	0			0		
Total Skor		33			25		

**LEMBAR PENGUKURAN SPANCE CHILDREN ANXIETY SCALE
(SCAS)**

Nama : An.A
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 4 Tahun

Diagnosa Medis : Febris + ISPA
 Nomor RM : 068761
 Perawatan Hari Ke : 3 (21 Mei 2024)

No	Pertanyaan	Sebelum Intervensi Dilakukan			Setelah Intervensi Dilakukan		
		Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)	Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Sangat Sering (2)
1.	Apakah anak menunjukkan kekhawatiran dengan lingkungan baru misalnya ditunjukkan dengan anak sering memegang orang terdekat ketika melihat atau didekati orang lain.	0			0		
2.	Apakah anak tegang, gelisah atau mudah marah selama di rawat		1			1	
3.	Apakah anak susah tidur tanpa orang tua atau saat di rumah sakit			2			2
4.	Apakah anak takut terjatuh dari tempat tidur atau takut turun dari tempat tidur sendiri atau anak kelihatan hati-hati dalam bergerak			2		1	
5.	Apakah anak memiliki masalah tidur karena kekhawatiran (contoh : sering terbangun, berjalan atau duduk saat tidur, mengigau atau berteriak saat tidur)		1			1	
6.	Apakah anak takut pada keramaian atau berada di tempat tertutup (contoh: banyak pengunjung, banyak perawat atau dokter yang datang)		1			1	
7.	Takut bertemu atau berbicara pada orang tak dikenal (contoh: keluarga pasien lain atau pengunjung)		1			1	

8.	Khawatir sesuatu yang buruk menimpa pada orang tuanya (Contoh : anak mengungkapkan khawatir ibu/ ayah tidak kembali karena tersesat ketika membeli obat, menahan orang tua untuk selalu menemani)	0			0		
9.	Apakah anak takut mendengar suara keras yang menurut dia akan membahayakan (contoh : suara mesin atau alat pemeriksaan atau terapi disekitarnya)			2			2
10.	Anak terlihat khawatir sepanjang hari (contoh: terlihat gelisah atau tidak tenang, menanyakan banyak hal, terlihat sering bingung).		1			1	
11.	Apakah anak takut berbicara di depan orang lain (contoh: tidak mau bercerita ketika ada perawat, dokter maupun pengunjung di dekatnya)			2		1	
12.	Takut terhadap sesuatu yang buruk akan terjadi padanya sehingga tidak dapat bertemu dengan orang tua lagi (contoh: anak selalu minta ditemani orang tua, anak mengatakan takut dipindah ke ruang lain seperti kamar operasi dll)		1			1	
13.	Cemas/ gemetar/ menolak/ menangis jika dibawa ke ruang lain oleh perawat atau dokter (Contoh: ke ruang pemeriksaan atau ruang tindakan).			2			2
14.	Anak mengeluh sakit perut atau pusing bila didatangi dokter atau petugas atau bila diajak masuk ruang perawatan sehingga anak sering mengajak keluar ruangan	0			0		
15.	Anak khawatir/ tegang/ menangis atau jantung berdetak keras bila perawat atau dokter datang		1		0		
16.	Takut terhadap jarum suntik atau alat untuk memasang infuse			2			2

17.	Anak memiliki pemikiran yang salah atau imajinasi yang salah yang selalu menghantui (contoh: memegang erat orang tua jika ada yang berpakaian seragam menghampiri anak)		1		0		
18.	Anak menjadi stress, ketika ditinggalkan oleh orang tua untuk membeli obat atau ke kamar mandi sebentar			2		1	
19.	Takut saat didatangi oleh perawat dan tidak mau bermain dengan perawat)		1		0		
20.	Takut terhadap setiap tindakan perawat atau dokter pada anak (contoh: menolak di periksa, menolak di ukur suhu atau			2	0		
21.	Memiliki mimpi buruk berpisah dengan orang tua	0			0		
22.	Takut pada keadaan gelap (contoh : lampu tidak boleh dimatikan saat tidur)	0			0		
23.	Terus memikirkan sesuatu misalnya kata atau benda spesial untuk mencegah kejadian buruk yang dipikirkan (contoh: memegang atau selalu menanyakan guling atau boneka kesukaannya)	0			0		
24.	Menanyakan ketika sesuatu tidak terlihat sebagaimana mestinya (contoh: mengapa dokter/perawat pagi ini tidak menyapa, mengapa harus memakai masker)	0			0		
Total Skor			25		17		

Lampiran 4. Lembar Kontrol Harian Terapi Bermain Puzzle Pada Pasien Anak Ansietas dengan ISPA



LEMBAR OBSERVASI ANSIETAS PADA ANAK YANG DIBERIKAN TERAPI BERMAIN

Nama : An.A
No. RM : 068761
Ruangan : Ruang Perawatan Umum

Hari/Tanggal/ waktu	Skor Ansietas		Kesimpulan
	Sebelum Terapi	Sesudah Terapi	
19 Mei 2024	Totak Skor 36	Totak Skor 36	Tingkat ansietas anak tidak terdapat perubahan : tingkat ansietas sedang
20 Mei 2024	Totak Skor 33	Totak Skor 25	Terdapat penurunan skor ansietas tetapi Tingkat ansietas anak masih dalam tingkat ansietas sedang
21 Mei 2024	Totak Skor 25	Totak Skor 17	Terdapat penurunan skor ansietas dan Tingkat ansietas anak mengalami penurunan dari tingkat ansietas sedang menjadi tingkat ansietas ringan



Lampiran 5. Dokumentasi

DOKUMENTASI TINDAKAN

Hari/Tanggal	Foto Kegiatan
<p>Minggu, 19 Mei 2024</p>	
	<p>Menandatangani surat persetujuan menjadi responden dan melakukan pengkajian anak dan tingkat ansietas</p>
	
	<p>Melakukan terapi bermain puzzle <i>jigsaw</i> hari pertama dipagi hari dan sore hari bersama orang tua responden</p>

<p>Senin, 20 Mei 2024</p>	
<p>Melakukan terapi bermain puzzle <i>jigsaw</i> hari kedua dipagi hari dan sore hari</p>	
<p>Selasa, 21 Mei 2024</p>	
<p>Melakukan terapi bermain puzzle <i>jigsaw</i> hari ketiga dipagi hari dan sore hari</p>	

Lampiran 6. Surat Izin Pengambilan Data Awal

	KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI Jalan Jend. A.H Nasution No. G. 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232 Telp. (0401)390492 Fax. (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com	
---	--	---

Nomor : PP.08.02/F.XXXVII/4425/2023 28 Desember
2023
Sifat : BIASA
Lampiran :-
Hal : Izin Pengambilan Data


Yth. RS Aliyah 2 Kendari
Di
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Anggi
NIM : P00320020007
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Penurunan Tingkat Ansietas Pada Anak Usia Pra Sekolah Selama Hospitalisasi Di RSU Aliyah II kota kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.
Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih




Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kendari,




Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

Lampiran 7. Surat Permohonan Izin Penelitian

	Kementerian Kesehatan Poltekkes Kendari Jl. Jend. A.H. Nasution, No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93231 0852 9999 5657 http://poltekkeskendari.ac.id/
Nomor : PP.08.02/F.XXXVII/1327/2024	22 April 2024
Sifat : BIASA	
Lampiran : Satu eksemplar	
Hal : Permohonan Izin Penelitian	
<p>Yang Terhormat, Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sultra di- Kendari</p> <p>Dengan hormat, Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari :</p> <p>Nama : Anggi NIM : P00320020007 Program Studi : D-III Keperawatan Judul Penelitian : Gambaran penerapan terapi bermain puzzle terhadap tingkat ansietas pada anak usia pra sekolah dengan ISPA di RSUD Aliyah II Kota Kendari Lokasi Penelitian : RSUD Aliyah II Kota Kendari</p> <p>Mohon kiranya dapat diberikan izin penelitian oleh Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara. Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p> <p>Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari,</p>  <p>Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM</p>	
<p>Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan https://wbs.kemkes.go.id. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman https://ta.kominfo.go.id/verifPDF.</p> 	
<p><i>Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN</i></p>	

Lampiran 8. Surat Pengantar Izin Penelitian dari Brida

**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA**
BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH
Alamat : Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121
Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email: bridaprovsultra@gmail.com

Kendari, 23 April 2024

Nomor : 070/ 1281 / IV /2024
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSU Aliyah II Kota Kendari
di -
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor : PP.08.02/F.XXXVI/1327/2024 tanggal, 22 April 2024 perihal tersebut, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa atas nama :



Nama : ANGGI
NIM : P00320020007
Prog. Studi : DIII Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSU Aliyah II Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data pada wilayah sesuai Lokasi penelitiannya, dalam rangka penyusunan *Skripsi*, dengan judul, "*Gambaran Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Ansietas Pada Anak Usia Pra Sekolah Dengan Ispa di RSU Aliyah II Kota Kendari*".
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 23 April 2024 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya menerbitkan izin penelitian sekali untuk setiap penelitian
3. Menyerahkan 1 (satu) rangkap copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara
Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Surat izin akan dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku apabila di salah gunakan.

Demikian surat izin Penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ditandatangani secara elektronik oleh:
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah
Provinsi Sulawesi Tenggara
Dra. Hj. ISMA, M. Si
NIP 19660306 198603 2 016

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Tempat;
6. Yang Bersangkutan,-;

Lampiran 9. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



RUMAH SAKIT UMUM ALIYAH II
JL. BUBURANDA – MANDONGA KENDARI
Telp. ☎ 0822 9062 3013
E-mail: rsualiyah02@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
Nomor :236/KET/RSUA-II/V/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Moh. Afif Nashrullah., MARS
Alamat : Jl. Sao sao Kompleks BTN 1 Blok N.2 Kel. Bende, Kec. Kadia
Kota Kendari, Provinsi Sulawesi Tenggara
Jabatan : Direktur RSU Aliyah II Kendari

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Anggi
NIM : P00320020007
Program Studi : D3 Keperawatan

Telah melakukan penelitian di RSU Aliyah II Kendari dengan judul “ *Gambaran Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Ansietas Pada Anak Usia Pra Sekolah Dengan Ispa di RSU Aliyah II Kota Kendari*”.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dan dipergunakan sebagaimana mestinya

Kendari, 28 Mei 2024
Direktur RSU Aliyah II Kendari

dr. Moh. Afif Nashrullah., MARS

Lampiran 10. Surat Keterangan Bebas Pustaka



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kendari

📍 Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231
☎ (0401) 3190492
🌐 <https://poltekkeskendari.ac.id>

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: KM.06.02/1/063/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Anggi
NIM : P00320020007
Tempat Tgl. Lahir : Lambudoni, 07 April 2002
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Konawe

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2024.

Kendari, 12 Juni 2024

Kepala Unit Perpustakaan Terpadu
Politeknik Kendari



Irmayanti Tahir, S.I.K
NIP.197509141999032001