

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Tanggal		
		22/03/25	24/03/25	25/03/25
1	Menentukan pasien	√		
2	Melihat rekam medik pasien	√		
3	wawancara perawat ruangan	√		
4	Pengkajian dan observasi pada An. N	√		
5	Menyiapkan alat, bahan dan gerakan	√	√	√
6	Melakukan penerapan Terapi <i>Brain Gym</i> pada An. N	√	√	√
7	Melakukan evaluasi pada An. N	√	√	√
8	Mendokumentasikan tindakan terapi <i>Brain Gym</i>	√	√	√

Lampiran 2 Informasi dan Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

INFORM CONSENT **SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dian Utami
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 35 Tahun
Alamat : Desa Madukoro, Kec. Kotabumi Utara, Kab. Lampung Utara

Dengan ini menyatakan bahwa SETUJU dan BERSEDIA untuk menjadi subjek studi kasus berjudul "**Penerapan Terapi *Brain gym* pada Anak Prasekolah yang Mengalami Hospitalisasi Dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Handayani**".

Dalam kegiatan ini, saya telah menyadari, memahami, dan menerima bahwa:

1. Saya diminta untuk memberikan informasi yang sejujur-jujurnya.
2. Identitas dan informasi yang saya berikan akan dirahasiakan dan tidak akan disampaikan secara terbuka kepada umum.
3. Saya menyetujui adanya perekaman selama studi kasus berlangsung.
4. Guna menunjang kelancaran studi kasus yang akan dilakukan, maka segala hal yang terkait dengan waktu dan tempat akan disepakati bersama.

Dalam menandatangani lembar ini, saya tidak ada paksaan dari pihak manapun sehingga saya bersedia untuk mengikuti studi kasus ini sampai selesai.

Mengetahui

Kotabumi, 22 Maret 2025

Peneliti

Partisipan



Devi Padila



Dian Utami

Lampiran 3 Instrumen Studi Kasus (SOP) *Brain Gym*

No.	Aspek Yang Dinilai
A. Fase Pre Interaksi	
1	Mencuci tangan
2	Mempersiapkan alat : - Air minum 120cc/ setengah gelas
B. Fase Interaksi	
3	Mengucapkan salam kepada pasien dan menyapa nama pasien
4	Mengecek kesiapan anak (tidak mengantuk dan keadaan umum membaik/kondisi yang memungkinkan)
5	Menjelaskan kontrak terapi <i>Brain Gym</i> 2 kali sehari selama 3 hari berturut turut dengan frekuensi 12-15 menit, satu gerakan memakan waktu 30 detik sampai dengan 1 menit, di tempat tidur pasien (waktu, tempat, topic)
6	Tujuan: Mengurangi kecemasan pada anak sehingga anak menjadi lebih relaks dan tenang
7	Menanyakan persetujuan dan kepastian pasien sebelum kegiatan dilakukan
8	Menyiapkan air minum sekitar 120cc
C. Fase Kerja	
8	Memberi petunjuk pada anak cara <i>Brain Gym</i>
9	<p>a. Minum air putih (<i>Sipping Water</i>) Minum air putih dalam jumlah 120cc</p> <p>b. Pasang Telinga (<i>The Thinking Cap</i>) Letakkan tangan di telinga dengan jari jempol di belakang telinga, Pijat telinganya perlahan-lahan. Lakukan sebanyak tiga kali atau lebih.</p> <p>c. Tombol Angkasa (<i>Space Buttons</i>) Letakkan dua jari tangan (telunjuk dan jari tengah) pada bibir di garis tengah depan , Tangan yang satu memegang garis tengah belakang pada tulang ekor atau lebih ke atas dengan menarik nafas, Tombol angkasa ini perlu disentuh setidaknya 30 detik.lakukan gerakan ini selama 1 menit dengan tangan bergantian untuk mengaktifkan kedua sisi otak.</p> <p>d. Saklar Otak (<i>Brain Buttons</i>) Pijat lekukan di tulang dada bagian tengah, Sementara tangan</p>

	lainnya menggosok daerah pusar sambil melakukan latihan, gerakan mata ke atas-bawah dan ke kiri kanan. e. Kait Rileks bagian I dan II (<i>Hook-ups</i>) Posisi duduk dengan menyilangkan pergelangan kaki kiri ke atas kaki kanan, kemudian silangkan pergelangan tangan kirinya ke atas tangan kanan, lalu menjalinkan jari-jari menarik kedua tangan, dan meletakkannya di dada sambil menutup mata, bernapas dalam dan relaks selama 1 menit.
10	Memotivasi keterlibatan pasien dan keluarga
11	Memberi pujian pada anak bila dapat melakukan
12	Mengobservasi emosi, hubungan interpersonal, psikomotor anak saat bermain
D. Fase Terminasi	
13	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai
14	Menanyakan perasaan pasien dan pendapat keluarga tentang terapi <i>brain gym</i>
15	Melakukan kontrak yang akan datang
16	Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula
17	Mencuci tangan
18	Mendokumentasikan tindakan

Sumber : Susanto, R. (2017)

Lampiran 3 Instrumen Studi Kasus Lembar Kuesioner HARS

Nama Responden : An. N

Tanggal Pemeriksaan : 22 Maret 2025 (sebelum) Skor : 22

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 0 = Tidak ada gejala sama sekali | kurang dari 14 = tidak ada ansietas |
| 1 = Satu dari gejala yang ada | 14 – 20= ansietas ringan |
| 2 = Lebih dari satu gejala yang ada | 21 – 27= ansietas sedang |
| 3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada | 28 – 41 = ansietas berat |
| 4 = Sangat berat semua gejala ada | 42 – 56= ansietas berat sekali |

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangana a. Merasa tegang ✓ b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang ✓ d. Mudah terkejut e. Mudah menangis ✓ f. Gemetar g. Gelisah ✓				3	
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing ✓ c. Ditinggal sendiri ✓ d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak			2		
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur ✓ b. Terbangun malam hari ✓ c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk ✓ g. Mimpi menakutkan				3	
5	a. Gangguan kecerdasan b. Sukar konsentrasi ✓ c. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat ✓ b. Berkurangnya kesenangan ada hobi ✓ c. Sedih ✓ d. Bangun dini bari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari				3	

7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku ✓ c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil		1			
8	Gejala somatik (sensorik) a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk			2		
9	Gejala kardiovaskuler a. Takhikardia b. Berdebar ✓ c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)		1			
10	Gejala respiratori a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas	0				
11	Gejala gastrointestinal a. Sulit menelan b. Perut melilit c. Gangguan pencernaan d. Nyeri sebelum dan sesudah makan e. Perasaan terbakar di perut f. Rasa penuh atau kembung g. Mual ✓ h. Muntah i. Buang air besar lembek j. Kehilangan berat badan k. Sukar buang air besar (Konstipasi)		1			
12	Gejala urogenital a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni	0				
13	Gejala otonom a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri					
14	Tingkah laku pada wawancara a. Gelisah ✓ b. Tidak tenang ✓ c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang ✓ f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat ✓ h. Muka merah					
Total			22			

Nama Responden : An. N

Tanggal Pemeriksaan : 22 Maret 2025 (sesudah) Skor : 21

0 = Tidak ada gejala sama sekali

kurang dari 14 = tidak ada ansietas

1 = Satu dari gejala yang ada

14 – 20= ansietas ringan

2 = Lebih dari satu gejala yang ada

21 – 27= ansietas sedang

3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada

28 – 41 = ansietas berat

4 = Sangat berat semua gejala ada

42 – 56= ansietas berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangan a. Merasa tegang ✓ b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang ✓ d. Mudah terkejut e. Mudah menangis ✓ f. Gemetar g. Gelisah ✓				3	
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing ✓ c. Ditinggal sendiri ✓ d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak			2		
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur ✓ b. Terbangun malam hari ✓ c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk ✓ g. Mimpi menakutkan				3	
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi ✓ b. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat ✓ b. Berkurangnya kesenangan ada hobi ✓ c. Sedih ✓ d. Bangun dini hari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari				3	
7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot		1			

	<ul style="list-style-type: none"> b. Kaku ✓ c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil 					
8	Gejala somatik (sensorik) <ul style="list-style-type: none"> a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk 			2		
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> a. Takhikardia b. Berdebar ✓ c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 		1			
10	Gejala respiratori <ul style="list-style-type: none"> a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas 	0				
11	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembang g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 		1			
12	Gejala urogenital <ul style="list-style-type: none"> a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni c. Menjadi Dingin (Frigid) 	0				
13	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri 		1			
14	Tingkah laku pada wawancara <ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah ✓ b. Tidak tenang ✓ c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat h. Muka merah 			2		
Total				21		

Nama Responden : An. N

Tanggal Pemeriksaan : 23 Maret 2025 (sebelum) Skor : 20

0 = Tidak ada gejala sama sekali

kurang dari 14 = tidak ada ansietas

1 = Satu dari gejala yang ada

14 – 20= ansietas ringan

2 = Lebih dari satu gejala yang ada

21 – 27= ansietas sedang

3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada

28 – 41 = ansietas berat

4 = Sangat berat semua gejala ada

42 – 56= ansietas berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangan a. Merasa tegang ✓ b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang ✓ d. Mudah terkejut e. Mudah menangis ✓ f. Gemetar g. Gelisah ✓				3	
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing ✓ c. Ditinggal sendiri ✓ d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak			2		
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur ✓ b. Terbangun malam hari ✓ c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk ✓ g. Mimpi menakutkan				3	
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi ✓ b. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat ✓ b. Berkurangnya kesenangan ada hobi ✓ c. Sedih ✓ d. Bangun dini hari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari				3	
7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku ✓ c. Kedutan otot		1			

	d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil					
8	Gejala somatik (sensorik) a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk			2		
9	Gejala kardiovaskuler a. Takhikardia b. Berdebar ✓ c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)		1			
10	Gejala respiratori a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas	0				
11	Gejala gastrointestinal a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembang g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)		1			
12	Gejala urogenital d. Sering Buang Air Kecil e. Tidak Dapat Menahan Air Seni	0				
13	Gejala otonom a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri		1			
14	Tingkah laku pada wawancara a. Gelisah ✓ b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat h. Muka merah		1			
Total		20				

Nama Responden : An. N

Tanggal Pemeriksaan : 23 Maret 2025 (sesudah) Skor : 18

0 = Tidak ada gejala sama sekali

kurang dari 14 = tidak ada ansietas

1 = Satu dari gejala yang ada

14 – 20= ansietas ringan

2 = Lebih dari satu gejala yang ada

21 – 27= ansietas sedang

3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada

28 – 41 = ansietas berat

4 = Sangat berat semua gejala ada

42 – 56= ansietas berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangan a. Merasa tegang ✓ b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang ✓ d. Mudah terkejut e. Mudah menangis ✓ f. Gemetar g. Gelisah ✓				3	
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing ✓ c. Ditinggal sendiri ✓ d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak			2		
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur ✓ b. Terbangun malam hari ✓ c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk ✓ g. Mimpi menakutkan				3	
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi ✓ b. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan Pada hobi ✓ c. Sedih d. Bangun dini bari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari			2		
7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku ✓		1			

	<ul style="list-style-type: none"> c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil 					
8	Gejala somatik (sensorik) <ul style="list-style-type: none"> a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk 			2		
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> a. Takhikardia b. Berdebar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 	0				
10	Gejala respiratori <ul style="list-style-type: none"> a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas 	0				
11	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembung g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 	0				
12	Gejala urogenital <ul style="list-style-type: none"> a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni 	0				
13	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri 		1			
14	Tingkah laku pada wawancara <ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah ✓ b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat h. Muka merah 			2		
Total		18				

Tanggal Pemeriksaan : 24 Maret 2025 (sebelum) Skor : 17

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 0 = Tidak ada gejala sama sekali | kurang dari 14 = tidak ada ansietas |
| 1 = Satu dari gejala yang ada | 14 – 20= ansietas ringan |
| 2 = Lebih dari satu gejala yang ada | 21 – 27= ansietas sedang |
| 3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada | 28 – 41 = ansietas berat |
| 4 = Sangat berat semua gejala ada | 42 – 56= ansietas berat sekali |

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangan a. Merasa tegang ✓ b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang ✓ d. Mudah terkejut e. Mudah menangis ✓ f. Gemetar g. Gelisah ✓				3	
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing ✓ c. Ditinggal sendiri d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak		1			
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur b. Terbangun malam hari ✓ c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk g. Mimpi menakutkan		2			
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi ✓ b. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan ada hobi ✓ c. Sedih d. Bangun dini bari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari		2			
7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku ✓ c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil		1			
8	Gejala somatik (sensorik)			2		

	<ul style="list-style-type: none"> a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk 					
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> a. Takhikardia b. Berdebar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi megeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 	0				
10	Gejala respiratori <ul style="list-style-type: none"> a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas 	0				
11	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembung g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 		1			
12	Gejala urogenital <ul style="list-style-type: none"> a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni 	0				
13	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri 		1			
14	Tingkah laku pada wawancara <ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah ✓ b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat h. Muka merah 			2		
Total		17				

Nama Responden : An. N

Tanggal Pemeriksaan : 24 Maret 2025 (sesudah) Skor : 16

0 = Tidak ada gejala sama sekali

kurang dari 14 = tidak ada ansietas

1 = Satu dari gejala yang ada

14 – 20= ansietas ringan

2 = Lebih dari satu gejala yang ada

21 – 27= ansietas sedang

3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada

28 – 41 = ansietas berat

4 = Sangat berat semua gejala ada

42 – 56= ansietas berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas a. Ansietas ✓ b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung		1			
2	Ketegangan a. Merasa tegang ✓ b. Lesu ✓ c. Tak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah			2		
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri ✓ d. Pada kerumunan orang banyak ✓		1			
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur b. Terbangun malam hari c. Tidak nyenyak ✓ d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk ✓ g. Mimpi menakutkan		2			
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi ✓ b. Daya ingat buruk		1			
6	Perasaan depresi a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan ada hobi c. Sedih ✓ d. Bangun dini hari ✓ e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari		2			
7	Gejala somatik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku ✓ c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk		1			

	e. Suara tidak stabil					
8	Gejala somatik (sensorik) a. Tinitus b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat ✓ d. Merasa lemah ✓ e. Perasaan ditusuk-tusuk			2		
9	Gejala kardiovaskuler a. Takhikardia b. Berdebar ✓ c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)		1			
10	Gejala respiratori a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas	0				
11	Gejala gastrointestinal a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembang g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)		1			
12	Gejala urogenital a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni	0				
13	Gejala otonom a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat ✓ d. Pusing, Sakit Kepala e. Bulu-Bulu Berdiri		1			
14	Tingkah laku pada wawancara a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek dan cepat h. Muka merah		0			
Total		16				

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi

Nama : Devi Fadilah
 NIM : 2214471038
 Program Studi : DIII Keperawatan Kotabumi
 Judul KTI : Penerapan Terapi *Brain gym* pada Anak Prasekolah yang Mengalami Hospitalisasi dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Handayani
 Pembimbing I : Zenni Puspitarini, S.Kep., Ners., M.Kep

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1.	12-Februari 2025	Bimbingan dan Acc Judul	
2.	20-Februari 2025	BAB I -Memperbaiki latar belakang & penulisan -Menambahkan hasil Penelitian	
3.	17 maret 2025	BAB II -Memperbaiki Penulisan & melengkapi -Menambahkan materi brain gym	
4.	11-April-2025	BAB II & III -Menambahkan hasil penelitian sebelumnya -Menambahkan SOP brain gym di instrumen	
5.	24-April-2025	BAB III -Memperbaiki tabel operasional	
6.	28-April-2025	BAB IV -Memperbaiki penulisan -Menambahkan hasil penelitian sebelumnya	
7.	30-April-2025	BAB IV & V -Menambahkan pengkajian kecemasan -Memperbaiki pembahasan & kesimpulan	
8	07-Mei-2025	BAB V -Memperbaiki penulisan Acc Ujian	

Lampiran : Lembar Konsultasi

Nama : Devi Fadilah
 NIM : 2214471038
 Program Studi : DIII Keperawatan Kotabumi
 Judul KTI : Penerapan Terapi *Brain gym* pada Anak Prasekolah yang Mengalami Hospitalisasi dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Handayani
 Pembimbing 2 : Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1.	25-April-2025	BAB I - Memperbaiki latar belakang - Menambahkan kata agar selaras	
2.	28-April-2025	BAB I, II, III, IV - Memperbaiki penulisan & menambahkan Penelitian sebelumnya dikaitkan dgn bab IV	
3.	29-April-2025	BAB III & IV - Menambahkan waktu & gerakan di standar OPERASIONAL - Memperbaiki penulisan	
4.	30-April-2025	BAB IV - Memperbaiki penulisan judul & sub judul	
5.	02-Mei-2025	BAB IV & V - Menambahkan & melengkapi dari kesimpulan dan saran	
6.	05-Mei-2025	BAB V - Memperbaiki penulisan & saran	
7.	06-Mei-2025	BAB I, II, III, IV - Memperbaiki setiap paragraf	
8.	07-Mei-2025	Memperbaiki abstrak & pengetikan daftar pustaka Ace Ujan Sibung	

Lampiran 5 : Foto-foto kegiatan studi kasus

