



**HUBUNGAN ANTARA INTENSITAS PRURITUS NOKTURNA
DENGAN KUALITAS TIDUR PADA SANTRI PENDERITA
SKABIES DI ASRAMA PUTRA PONDOK PESANTREN
NURUL ISLAM KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh:

**Ghani Silahuddin
NIM 152010101047**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**HUBUNGAN ANTARA INTENSITAS PRURITUS NOKTURNA
DENGAN KUALITAS TIDUR PADA SANTRI PENDERITA
SKABIES DI ASRAMA PUTRA PONDOK PESANTREN
NURUL ISLAM KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

digunakan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh:

**Ghani Silahuddin
NIM 152010101047**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya yang tak pernah henti membuat saya bersyukur atas nikmat iman dan islam yang selalu menyertai saya dalam menempuh proses perkuliahan;
2. Nabi Muhammad SAW, nabi yang telah membawa kita dari zaman Jahiliyah ke zaman yang rahmatan alamin dan nabi yang menjadi suri tauladan bagi umat Islam
3. Orang tua saya tercinta, ayahanda Alm. Arif Setyawan dan ibunda Almh. Siti Nurrohimah;
4. Guru-guru saya sejak dari TK Kemala Bhayangkari 37, SDN Mranggen 2 Demak, SMP Batik Surakarta, MAN 2 Nganjuk hingga dosen-dosen Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
5. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

MOTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Rabb-mulah kamu berharap.”
(Terjemahan Surat Al-Insyirah ayat 6-8)^{*)}



^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2011. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Semarang: CV Asy-Syifa'.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Ghani Silahuddin

NIM : 152010101047

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Santri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum diajukan ke institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan saya ini buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 24 September 2019

Yang menyatakan,

Ghani Silahuddin

NIM 152010101047

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA INTENSITAS PRURITUS NOKTURNA
DENGAN KUALITAS TIDUR PADA SANTRI PENDERITA
SKABIES DI ASRAMA PUTRA PONDOK PESANTREN
NURUL ISLAM KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Ghani Silahuddin

NIM 152010101047

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr.rer.biol.hum. dr. Erma Sulistyaningsih, M.Si

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Heni Fatmawati, M. Kes.,Sp. Rad

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Snatri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember” karya Ghani Silahuddin telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 24 September 2019

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Anggota I,

Dr. dr. Yunita Armiyanti, M. Kes
NIP. 19740604 200112 2 002

dr. Adelia Handoko, M. Si
NIP 19890107 201404 2 001

Anggota II,

Anggota III

Dr.rer.biol.hum.dr. Erma Sulistyaningsih, M.Si
NIP. 19770222 200212 2 001

dr. Heni Fatmawati, M. Kes., Sp. Rad
NIP. 19760212 200501 2 001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M.Kes, Ph.D, Sp.BA
NIP. 19730424 199903 1 002

RINGKASAN

Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Santri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember; Ghani Silahuddin, 152010101047; 2019: 74 halaman; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Skabies merupakan salah satu penyakit kulit yang mudah menular akibat dari infestasi dan sensitasi terhadap tungau yang bernama *Sarcoptes scabiei varians hominis* dan produknya. Skabies dapat ditemukan di tempat dengan kepadatan hunian yang tinggi, seperti pondok pesantren. Pruritus atau gatal merupakan manifestasi klinis utama pada skabies. Gatal dirasakan terutama pada malam hari atau disebut pruritus nokturna karena aktivitas tungau yang meningkat pada suhu yang lembab dan panas. Rasa gatal pada malam hari menimbulkan penderita tidak dapat beristirahat dengan tenang dan kadang membuat penderita terbangun dari tidurnya. Hal ini yang menyebabkan kualitas tidur pada santri menjadi buruk dan efeknya santri mengalami gangguan konsentrasi. Gangguan konsentrasi akan mempengaruhi prestasi belajar pada seorang santri. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik observasional dengan desain *cross sectional* dan dilaksanakan pada bulan Maret-Juni 2019 di asrama putra dalam belakang Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember. Populasi dalam penelitian ini ialah seluruh santri di asrama putra dalam belakang pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember yang berjumlah 302 santri. Besar sampel penelitian ini berjumlah 22 santri yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan data primer dilakukan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta menggunakan lembar *Visual Analog Scale* (VAS) dan kuisioner *Pittsburgh Severity Quality Index* (PSQI). Analisis data menggunakan uji korelasi *Spearman* dengan nilai $p < 0,05$.

Santri yang menderita skabies berjumlah 160 santri (53%). Sebagian besar santri berusia 13 tahun, duduk dikelas 7, memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) normal, memiliki onset skabies ≤ 3 bulan, tidak dalam masa pengobatan skabies 1 bulan terakhir, tidak merokok dalam 1 bulan terakhir, tidak mengkonsumsi kopi dan tidak mengkonsumsi susu. Hasil pengukuran intensitas pruritus nokturna menggunakan skor VAS didapatkan bahwa santri yang memiliki intensitas pruritus nokturna ringan sebanyak 5 santri (22,7%), sedang sebanyak 10 santri (45,5%) dan berat sebanyak 7 santri (31,8%). Hasil pengukuran kualitas tidur menggunakan kuisisioner PSQI didapatkan bahwa santri yang memiliki kualitas tidur baik sebanyak 3 santri (13,6%) dan yang memiliki kualitas tidur buruk sebanyak 19 santri (86,4%). Analisis data dengan uji korelasi menunjukkan nilai $p = 0,650$ yang berarti tidak bermakna/ tidak signifikan.

Kesimpulan yang didapatkan ialah tidak terdapat hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

SUMMARY

The Relationship between Nocturnal Pruritus Intensity and Sleep Quality in Scabies Patients at the Pesantren Nurul Islam Male Dormitory, Jember Regency; Ghani Silahuddin, 152010101047; 74 pages; Medical Education Study Program, Faculty of Medicine, University of Jember.

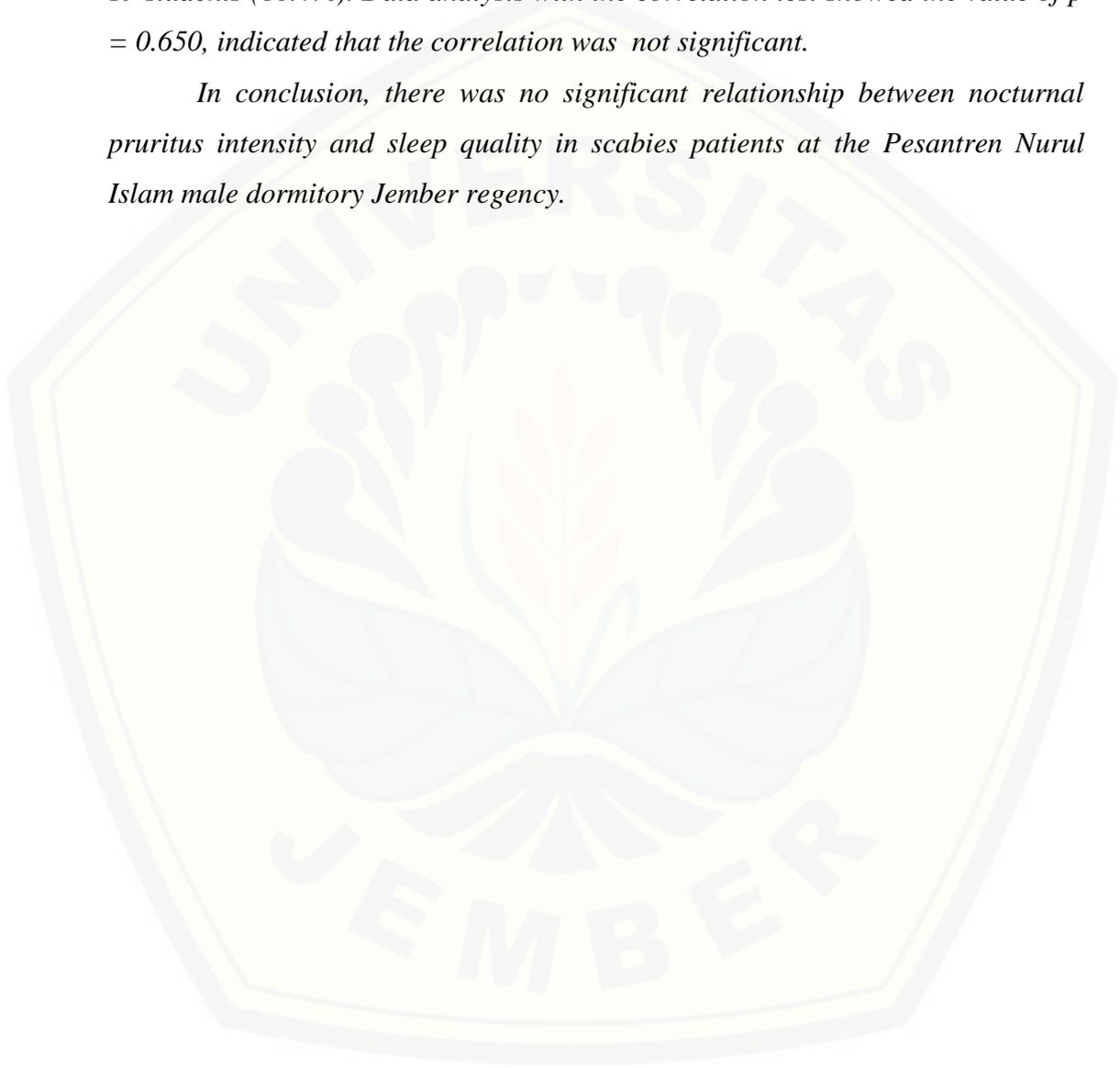
*Scabies is a contagious skin disease caused by infestation of *Sarcoptes scabiei varians hominis* mite and sensitization of its products. Scabies commonly found in places with high residential density, such as pesantren. Nocturnal pruritus or itching at night is the main clinical manifestation of scabies, due to increased mite activity at humid and hot temperatures. Nocturnal pruritus can cause restlessness of the patient and sometimes wake them up, resulting in poor sleep quality and may affect their concentration during daily activity. And further affect their learning achievement. This study aimed to analyze the relationship between nocturnal pruritus intensity and sleep quality in scabies patients at the pesantren Nurul Islam male dormitory, Jember regency.*

This was an observational analytic study with a cross sectional design. The study was conducted in March-June 2019 at the male dormitory of pesantren Nurul Islam Jember regency. The population was all students at the male dormitory of pesantren Nurul Islam Jember Regency, as many as 302 students. As many as 22 students were selected based on the inclusion and exclusion criteria. Primary data was collected by history taking and physical examination using Visual Analog Scale (VAS) sheets and the Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI) questionnaire. Data analysis used the Spearman correlation test with a p value <0.05.

The number of santri suffering from scabies was 160 santri (53%). Most students were 13 years old, was sitting in the 7th grade of school, had a normal Body Mass Index (BMI), had an onset of scabies ≤ 3 months, not in the scabies treatment period in the last 1 month, did not smoke and coffee as well as milk consumption in the last 1 month. The measurement of nocturnal pruritus intensity using the VAS score found that students who had mild nocturnal pruritus intensity

were 5 students (22.7%), 10 students (45.5%) had moderate and 7 students (31.8%) had severe nocturnal pruritus intensity. The results of sleep quality measurements using the PSQI questionnaire found that students who had good sleep quality were 3 students (13.6%) and those who had poor sleep quality were 19 students (86.4%). Data analysis with the correlation test showed the value of $p = 0.650$, indicated that the correlation was not significant.

In conclusion, there was no significant relationship between nocturnal pruritus intensity and sleep quality in scabies patients at the Pesantren Nurul Islam male dormitory Jember regency.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Santri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr.rer.biol.hum. dr. Erma Sulistyarningsih, M.Si selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Heni Fatmawati, M. Kes., Sp. Rad selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah berkenanan meluangkan waktu, pikiran dan perhatian disela kesibukannya demi membimbing penulisan skripsi ini;
2. Ibu Khodaifah selaku Kepala Sekolah MTs Nurul Islam Jember, Ustadz Hidayatullah selaku Ketua Asrama Putra Dalam Belakang Ponpes Nurul Islam Jember dan dr. Iqbal Fathoni selaku Dokter Poskestren serta pengurus ponpes Nurul Islam Jember lainnya yang telah memberi izin, membantu dan mendampingi penelitian hingga akhir;
3. Dr. dr. Yunita Armiyanti, M. Kes selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Adelia Handoko, M. Si selaku Dosen Penguji Anggota, yang telah meluangkan waktu, memberikan saran dan arahan untuk skripsi ini;
4. dr. Cholis Abrori, M.Kes., M.Pd.Ked selaku Dosen Pembimbing Akademik, yang telah memberikan bimbingan selama penulis menjadi mahasiswa;
5. Alm. ayahanda Arif Setyawan dan Almh. Ibunda Siti Nurrohimah, yang telah senantiasa mendoakan dan sekaligus menjadi motivasi utama untuk segera menyelesaikan skripsi ini;
6. Adik-adik saya, Wildan Labib El-Majid dan Fariqsyahrizal, yang telah mendoakan dan membuat motivasi bertambah dalam menyelesaikan skripsi;

7. Semua paman dan bibi saya, yang telah memberi semangat, mendoakan dan mencukupi kebutuhan moril maupun materiil untuk segera menyelesaikan skripsi dan kuliahnya;
8. M. Syahrul Rahmansyah, M. Fikriudin, M. Rosyid Ridho, Rangga Okta Sadewa, Waskito Setiaji, yang telah senantiasa membantu dalam penelitian skripsi saya;
9. Rekan-rekan Pagah Squad, M. Rizal Hadi Pratama, Habib Musthofa, Zain Irfan Rafi'i, M. Ahda Alfarizi yang telah memberikan semangat untuk segera menyelesaikan skripsi saya;
10. Saudara-saudara Angkatan XIII TBM Vertex, yang menjadi rumah kedua saya dan menginspirasi saya akan pentingnya persaudaraan, manajemen waktu dan meraih mimpi dalam hidup;
11. Teman-teman sejawat Coccyx Angkatan 2015 FK UNEJ, yang selalu solid dan memotivasi satu sama lain untuk lulus bersama;
12. Seluruh civitas akademika Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
13. Semua pihak yang tidak saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas segala bantuan dan kerjasamanya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Jember, 2 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN/ SUMMARY	viii
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.1 Manfaat Penelitian	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Skabies	6
2.1.1 Definisi dan Etiologi	6
2.1.2 Epidemiologi	6
2.1.3 Taksonomi	7
2.1.4 Morfologi	7
2.1.5 Daur Hidup	8

2.1.6	Patogenesis	9
2.1.7	Gejala Klinis	11
2.1.8	Diagnosis	13
2.1.9	Klasifikasi Skabies	13
2.1.10	Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.11	Tatalaksana	14
2.1.12	Prognosis	15
2.1.13	Pencegahan	15
2.2	Tidur	16
2.2.1	Definisi Tidur	16
2.2.2	Fisiologi Tidur	16
2.2.3	Fungsi Tidur	18
2.2.4	Tahap-Tahap Tidur	19
2.2.5	Siklus Tidur	20
2.2.6	Kualitas Tidur	21
2.2.7	Instrumen Pengukur Kualitas Tidur	23
2.2.8	Faktor yang Mempengaruhi Tidur	28
2.2.9	Gangguan Tidur	30
2.3	Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur	31
2.4	Kerangka Konsep Penelitian	33
2.5	Hipotesis Penelitian	34
BAB 3.	METODE PENELITIAN	35
3.1	Jenis Penelitian	35
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	35
3.2.1	Tempat Penelitian	35
3.2.2	Waktu Penelitian	35
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	35
3.3.1	Populasi	35
3.3.2	Sampel	35
3.4	Variabel Penelitian	36

3.4.1 Variabel Bebas	36
3.4.2 Variabel Terikat	36
3.5 Definisi Operasional	37
3.6 Instrumen Penelitian	39
3.6.1 Lembar <i>Informed Consent</i>	39
3.6.2 Lembar Penjelasan Penelitian	39
3.6.3 Lembar Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik	40
3.6.4 Kuisisioner <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS)	40
3.6.5 Kuisisioner Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS).....	40
3.6.6 Kuisisioner Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS).....	41
3.6.7 Kuisisioner <i>Pittsburgh Severity Quality Index</i> (PSQI)	41
3.6.8 Lembar <i>Visual Analog Scale</i> (VAS)	42
3.6.9 Alat Pemeriksaan	42
3.7 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data	42
3.8 Prosedur Penelitian	43
3.8.1 <i>Ethical Clearance</i>	43
3.8.2 Persiapan dan Perizinan	43
3.8.3 Sosialisasi dan Penyuluhan	43
3.8.4 <i>Informed Consent</i>	43
3.8.5 Diagnosis Skabies	44
3.8.6 Penentuan Sampel	44
3.8.7 Pengisian Lembar VAS dan Kuisisioner PSQI	44
3.9 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	44
3.9.1 Teknik Pengolahan Data	44
3.9.2 Analisis Data	45
3.10 Alur Penelitian	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Hasil Penelitian	47
4.1.1 Prevalensi Skabies	47
4.1.2 Karakteristik Penderita Skabies	47

4.1.3 Data Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur Responden	49
4.1.4 Analisis Data	53
4.2 Pembahasan	53
4.2.1 Prevalensi Skabies	53
4.2.2 Karakteristik Penderita Skabies	55
4.2.3 Data Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur Responden	56
4.2.4 Hubungan Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur	61
4.3 Keterbatasan Penelitian	63
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	64
5.1 Kesimpulan	64
5.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	75

DAFTAR TABEL

2.1 Penilaian Skor VAS	12
2.2 Penilaian Skor PSQI	26
3.1 Definisi Operasional	37
4.1 Prevalensi Skabies	47
4.2 Karakteristik Penderita Skabies	48
4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Intensitas Pruritus Nokturna	49
4.4 Distribusi Komponen Kualitas Tidur Sesuai dengan Kuisisioner PSQI	50
4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Tidur	52

DAFTAR GAMBAR

2.1 Telur dan Tungau <i>Sarcoptes scabiei</i>	8
2.2 Daur Hidup <i>Sarcoptes scabiei</i>	9
2.3 <i>Visual Analog Scale</i>	11
2.4 <i>Numerical Rating Scale</i>	12
2.5 <i>Verbal Rating Scale</i>	13
2.6 Siklus Tidur	21
2.7 Kerangka Konsep Penelitian	33
3.1 Alur Penelitian	46
4.1 Komponen Gangguan Tidur PSQI	52

DAFTAR LAMPIRAN

3.1 <i>Informed Consent</i>	75
3.2 Lembar Penjelasan Penelitian	76
3.3 Lembar Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik	78
3.4 Kuisisioner <i>Perceived Stress Scale</i>	80
3.5 Kuisisioner <i>Zung Self-rating Anxiety Scale</i>	82
3.6 Kuisisioner <i>Zung Self-rating Depression Scale</i>	84
3.5 Kuisisioner <i>Pittsburgh Severity Quality Index</i>	86
3.6 Lembar <i>Visual Analog Scale</i>	89
4.1 Karakteristik Penderita Skabies	90
4.2 Data Intensitas Pruritus Nokturna	97
4.3 Data Kuisisioner <i>Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)</i>	98
4.4 Data Skor <i>Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)</i>	99
4.5 Data Komponen Gangguan Tidur pada Kuisisioner PSQI	101
4.6 Data Komponen Disfungsi Aktivitas Siang Hari pada Kuisisioner PSQI	103
4.7 Data Intensitas Pruritus Nokturna dan Kualitas Tidur	104
4.8 Analisis Data	105
4.9 <i>Ethical Clearance</i>	107
4.10 Bebas Plagiasi	110
4.11 <i>Comitte of Duty</i>	111
4.11 Dokumentasi Kegiatan	112

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skabies merupakan salah satu penyakit kulit yang mudah menular akibat dari infestasi dan sensitasi terhadap tungau yang bernama *Sarcoptes scabiei varians hominis* dan produknya (Anwar, 2014; Boediardja & Handoko, 2016). Menurut WHO, skabies termasuk enam penyakit parasit epidermal kulit yang angka prevalensinya terbesar di dunia (Arifuddin *et al*, 2016). Pada tahun 2014, WHO menyatakan bahwa prevalensi skabies di dunia mencapai 130 juta orang. Skabies dapat menyerang semua ras dan kelompok umur tetapi cenderung meningkat pada usia anak dan remaja (Ridwan *et al*, 2017). Departemen Kesehatan RI tahun 2013 melaporkan prevalensi skabies di Indonesia sebesar 3,9 – 6 % dan skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit lainnya serta menempati urutan ketujuh dari sepuluh besar penyakit di puskesmas (Anwar, 2014; Arifuddin *et al*, 2016).

Faktor yang berperan terhadap tingginya prevalensi skabies di negara berkembang meliputi higine yang buruk, sulitnya akses air dan kepadatan hunian (Ali, 2016). Beberapa tempat dengan kepadatan hunian yang tinggi antara lain rumah, asrama, panti asuhan, penjara dan pondok pesantren (Anwar, 2014; Ali, 2016). Pondok pesantren merupakan sekolah Islam dengan sistem asrama dan siswanya disebut sebagai santri (Haningsih, 2008). Jumlah pondok pesantren di indonesia saat ini kurang lebih 14.798 pondok pesantren dengan prevalensi skabies yang cukup tinggi (Ratnasari & Sungkar, 2014). Data Kemenag Kabupaten Jember pada tahun 2015 menunjukkan bahwa jumlah pondok pesantren sebanyak 557 dengan total santri sebanyak 208.280 (Kemenag Jember, 2015). Dinkes Jember pada tahun 2018 mencatat terdapat setidaknya 1.199 kasus skabies (Dinkes Jember, 2018).

Pruritus atau gatal merupakan manifestasi klinis utama pada skabies. Gatal yang terjadi terutama di bagian sela-sela jari, di bawah ketiak, sekitar alat kelamin, sekeliling siku, sekitar puting susu dan daerah pergelangan (Azizah,

2012). Gatal dirasakan terutama pada malam hari atau disebut pruritus nokturna karena aktivitas tungau yang meningkat pada suhu yang lembab dan panas (Kustantie *et al*, 2016). Selain gatal biasanya juga timbul lesi berupa papul eritematous, *burrow* (garis pendek bergelombang seperti terowongan), dan ekskoriiasi akibat garukan pada daerah yang gatal (Paramita & Sawitri, 2015; Gani *et al*, 2015). Dampak yang ditimbulkan oleh garukan tersebut ialah meningkatnya penyebaran tungau melalui migrasi akibat garukan yang menyebabkan rasa gatal meluas sehingga predileksi lesi semakin banyak di tubuh (Failasufi *et al*, 2015). Intensitas gatal dapat diukur menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS) dengan membagi 5 kategori, yaitu tidak gatal, ringan, sedang, berat dan sangat berat (Reich *et al*, 2012). Akibat yang dapat ditimbulkan gatal bermacam-macam diantaranya gangguan tidur, gangguan psikologi seperti depresi, agitasi, merubah kebiasaan makan serta sulit untuk berkonsentrasi (Patel *et al*, 2007).

Tidur merupakan kebutuhan manusia untuk memulihkan tubuh yang letih atau kelelahan serta menjaga kesehatan mental yang baik. Tidur yang kurang dan tidak benar akan menyebabkan gangguan tidur. Gangguan tidur ini dapat menimbulkan banyak masalah dalam kehidupan sehari-hari (Heo *et al*, 2013). Gangguan tidur yang disebabkan oleh pruritus nokturna selain akibat dari peningkatan aktivitas skabies, juga terjadi akibat perubahan mekanisme fungsi utama kulit pada saat tidur seperti *thermoregulation*, menjaga keseimbangan cairan dan fungsi *barrier*. Terdapat 2 tahap elektrofisiologi utama tidur, yaitu REM (*Rapid Eye Movement*) dan NREM (*Non Rapid Eye Movement*). Pada fase tidur NREM, mekanisme *thermoregulation* mengalami perubahan diantaranya penurunan *set point* hipotalamus, menghasilkan disipasi panas melalui vasodilatasi perifer dan peningkatan aliran darah kulit. Peningkatan suhu kulit inilah yang dikaitkan dengan peningkatan intensitas pruritus (Lavery *et al*, 2016).

Kualitas tidur merupakan kepuasan seseorang terhadap tidurnya, sehingga seseorang biasanya tidak terlihat merasa kelelahan atau lesu, mudah gelisah dan terangsang, apatis, kelopak mata bengkak, kehitaman di sekitar mata, konjungtiva berwarna merah, mata terasa perih, perhatiannya kurang fokus, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk. Seseorang dikatakan kualitas tidurnya baik

apabila tidak menunjukkan beberapa tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya (Hidayat, 2006). Kualitas tidur dapat diukur menggunakan kuisioner *Pittsburgh Severity Quality Index* yang membagi kualitas tidur menjadi 2 yaitu, kualitas tidur baik dan kualitas tidur buruk (Buysse *et al*, 1989).

Efek samping dari gangguan tidur ialah kualitas tidur yang buruk, sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan konsentrasi. Dampak dari gangguan konsentrasi inilah yang mempengaruhi prestasi belajar. Hal ini sesuai dengan penelitian Merti (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan skabies dengan prestasi belajar pada santri pondok pesantren di Bandar Lampung. Penelitian lain yang dilakukan Sudarsono *et al* (2012) di sebuah pondok pesantren Kota Medan mengungkapkan bahwa kelompok santri dengan intensitas gatal ringan, sedang dan tinggi memiliki prestasi belajar lebih tinggi sebelum menderita skabies daripada setelah terkena skabies.

Berdasarkan latar belakang diatas dan belum adanya penelitian di wilayah Kabupaten Jember mengenai hubungan intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur penderita skabies pada santri, penulis tertarik mengidentifikasi adanya hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah yang dapat diambil adalah “Adakah hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini sebagai berikut.

- a. Mengidentifikasi prevalensi skabies pada santri di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi karakteristik (usia, kelas, IMT, onset skabies, masa pengobatan skabies, merokok, konsumsi kopi atau susu) pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.
- c. Mengetahui intensitas pruritus nokturna pada santri penderita skabies di asrama putra pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.
- d. Mengetahui kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember..
- e. Menganalisis hubungan antara pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra pondok pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada beberapa pihak

- a. Bagi peneliti, menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai derajat pruritus skabies dan dampaknya pada kualitas tidur.
- b. Bagi instansi pendidikan, menambah referensi penelitian dan sebagai bahan acuan penelitian selanjutnya.
- c. Bagi santri, memberikan informasi mengenai permasalahan kesehatan penyakit skabies dan dampaknya pada santri sehingga dapat memperbaiki *hygiene* di lingkungan pondok pesantren.

- d. Bagi pondok pesantren, menjadi referensi guna menentukan kebijakan dalam hal pencegahan penyakit skabies dengan cara meningkatkan *hygiene* santri dan sanitasi lingkungan pondok pesantren.
- e. Bagi masyarakat, memberikan informasi mengenai permasalahan kesehatan penyakit skabies dan dampaknya pada santri di lingkungan pondok pesantren.
- f. Bagi pemerintah, membuat keputusan dalam hal kebijakan mengenai upaya pengendalian penyakit skabies di lingkungan pondok pesantren.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skabies

2.1.1 Definisi dan Etiologi

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitasi terhadap *Sarcoptes scabiei* var, *hominis* dan produknya. Skabies berasal dari bahasa latin *scabere* yang berarti menggaruk. Ada beberapa nama lain skabies diantaranya yaitu *the itch*, *sky-bees*, gudik, buduan, gatal agogo (Boediardja & Handoko, 2016).

Selain menyerang manusia, skabies dapat juga menyerang binatang terutama kucing, anjing dan babi. *Sarcoptes scabiei* yang menyerang manusia disebut *Sarcoptes scabiei* varian *hominis* sedangkan *Sarcoptes scabiei* yang menyerang binatang disebut *Sarcoptes scabiei* varian *animalis* (Anwar, 2014).

2.1.2 Epidemiologi

Menurut WHO pada tahun 2014 terdapat 130 juta angka kejadian skabies. Sedangkan *Global Burden of Disease* pada tahun 2015 menyatakan 204 juta lebih penderita skabies di seluruh dunia (Karimkhani *et al*, 2017). Prevalensi skabies tersebar di seluruh dunia khususnya di wilayah iklim tropis dan subtropis seperti Karibia, Amerika Selatan, Afrika, Australia Tengah dan Selatan serta Asia menjadi endemis dari penyakit ini (Ratnasari & Sungkar, 2014; Anwar, 2014). Skabies menduduki peringkat ketujuh dari sepuluh besar penyakit utama di puskesmas dan urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering di Indonesia (Anwar, 2014). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan penyakit ini, antara lain sosial ekonomi ekonomi rendah, higiene yang buruk, hubungan seksual bersifat promiskuitas, kesalahan diagnosis dan perkembangan demografik serta ekologi (Boediardja & Handoko, 2016). Skabies banyak berjangkit di lingkungan tempat tinggal yang jelek, penduduk padat serta pada tempat-tempat yang hidupnya berkelompok seperti asrama, pondok pesantren dan panti asuhan (Anwar, 2014).

Cara penularan skabies dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Kontak langsung (kontak kulit dengan kulit), misalnya berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual.
2. Kontak tak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, spreng, bantal dan lain-lain.

Penularan biasanya oleh *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau terkadang dalam bentuk larva (Boediardja & Handoko, 2016).

2.1.3 Taksonomi

Taksonomi dari tungau skabies sebagai berikut.

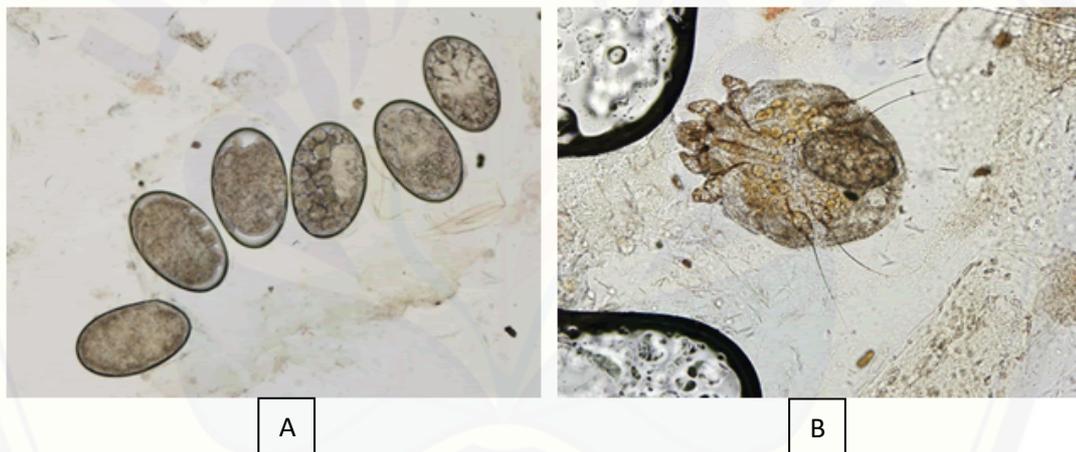
Kingdom	:	Animalia
Filum	:	Artropoda
Kelaa	:	Arachnida
Ordo	:	Acarina
Famili	:	Sarcoptidae
Genus	:	<i>Sarcoptes</i>
Species	:	<i>Sarcoptes scabiei</i>

(Prayogi & Kurniawan, 2016)

2.1.4 Morfologi

Telur dari *Sarcoptes scabiei* berbentuk oval dengan ukuran 0,10 – 0,15 mm. Larva *Sarcoptes scabiei* mempunyai 3 pasang kaki. Pada fase nimfa, jantan maupun betina mempunyai 4 pasang kaki. Nimfa betina mengalami 2 tahap perkembangan, tahap nimfa pertama panjangnya 160 mikron sedangkan tahap nimfa kedua memiliki panjang 220-250 mikron. Nimfa kedua hampir mirip dengan tungau dewasa, yang membedakan ialah alat genitalnya yang belum sempurna (Nandira, 2018). Tungau dewasa *Sarcoptes scabiei* mempunyai tubuh yang terdiri dari kepala dan badan yang berbentuk bulat. Ukuran tungau betina 330-450 x 250-350 mikron sedangkan tungau jantan berukuran 200-240 x 150-200 mikron. Badan skabies terdapat 2 bagian yaitu notothorax dan notogaster. Bagian notothoraks sebagai tempat melekatnya 4 pasang kaki yang terdiri atas 2

pasang mengarah anterior dan 2 pasang mengarah posterior. Pada ujung kaki terdapat bulu panjang dan diakhiri dengan *pulvilli* yang berbentuk seperti lonceng (*bell shaped*). Selain ukuran, yang membedakan antara betina dengan jantan ialah *pulvilli* dan bulu rambutnya. Pada betina *pulvilli* terdapat pada kaki I dan II, sedangkan ujung kaki III dan IV terdapat bulu panjang. Pada jantan *pulvilli* terdapat pada ujung kaki I, II, IV sedangkan pada kaki III terdapat bulu panjang. Bagian dari notogaster meliputi anus, genital aproin, epiandrium, sel telur pada betina. (Pusarawati *et al*, 2013; Natadisastra & Agoes, 2009). Alat genital betina terletak pada bagian ventral berupa celah di bagian anterior posterior dari sternum, sedangkan alat genital jantan terletak diantara pasangan kaki keempat berbentuk huruf Y (Anwar, 2014). Telur dan tungau dapat dilihat pada Gambar 2.1

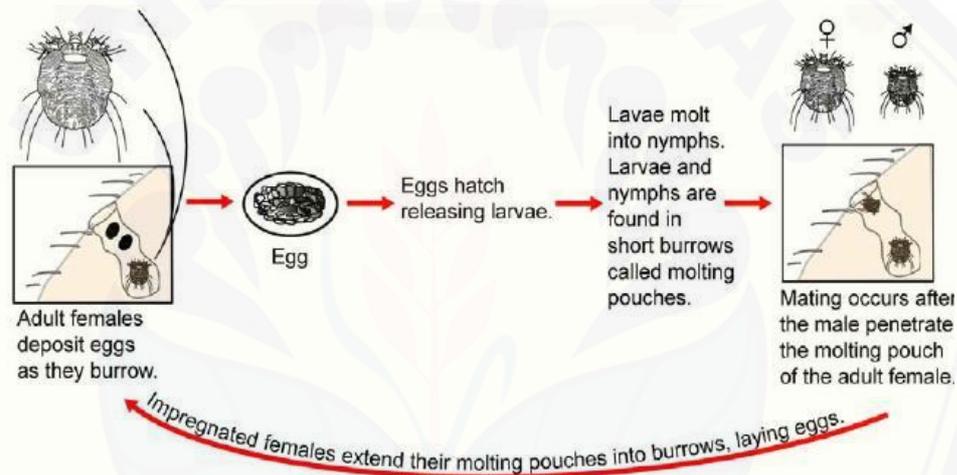


Gambar 2.1 (A) Telur *Sarcoptes scabiei* (B) Tungau *Sarcoptes scabie*
(Sumber: <https://health.mo.gov/lab/scabies.php>)

2.1.5 Daur Hidup

Sarcoptes scabiei mengalami 4 tahap dalam siklus hidupnya, yaitu fase telur, larva, nimfa dan dewasa (CDC, 2018). Pada saat kopulasi (perkawinan) terjadi diatas kulit atau di terowongan yang digali oleh tungau betina, tungau jantan akan mati. Terkadang juga dapat hidup beberapa hari di terowongan (Nandira, 2018). Terowongan ini dibuat menggunakan pulvilli tungau betina yang berfungsi sebagai penghisap. Tungau betina menyimpan 2-3 telur per hari pada saat bersembunyi di terowongan bawah kulit yang berada di perbatasan stratum korneum dan stratum granulosum. Tungau betina akan bertelur selama sisa

hidupnya yaitu 1-2 bulan. Kemudian telur menetas dalam 3-4 hari dan akan menjadi larva. Larva bermigrasi ke permukaan kulit untuk menggali kantung kecil di stratum korneum. Dalam kantung kecil tersebut, larva mendapat makanan dan mengalami perkembangan. Waktu yang dibutuhkan larva untuk keluar dari kantung dan menjadi nimfa yaitu 2-3 hari. Nimfa jantan hanya mengalami 1 perkembangan sedangkan nimfa betina mengalami 2 perkembangan (CDC, 2018; Anwar, 2014). Nimfa akan berkembang menjadi tungau dewasa betina atau jantan dengan jangka waktu 3-5 hari (Sutanto *et al*, 2008). Total waktu yang diperlukan dari telur sampai dewasa ialah 10-14 hari (Anwar, 2014). Daur hidup dapat dilihat pada Gambar 2.2



Gambar 2.2 Daur hidup *Sarcoptes scabiei* (Sumber: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/biology.html#>)

2.1.6 Patogenesis

Infestasi dimulai dari tungau betina skabies yang telah dibuahi menempel di permukaan kulit. Kemudian tungau betina menggali terowongan sampai lapisan stratum korneum dan menyimpan telur-telurnya tersebut. Selain telur, skibala (feses) dapat juga ditemukan di dalam terowongan tersebut (Anwar, 2014). Tungau, telur dan feses inilah sebagai iritan yang merangsang sistem imun tubuh untuk mengeluarkan komponen-komponennya. Selama 3-4 minggu pertama pasca infestasi pertama biasanya bersifat asimtomatik. Tetapi infestasi yang berulang menyebabkan gejala klinis muncul lebih cepat sekitar 1-2 hari. Perlawanan tubuh pertama kali diperankan oleh sistem imun non spesifik yang ditandai dengan

proses inflamasi. Inflamasi yang dihasilkan berupa kemerahan pada kulit, rasa panas, nyeri, bengkak dan *functio laesa* (Qonita, 2015). Hal ini diakibatkan oleh mediator inflamasi seperti histamin, TNF- α , *tryptase*, prostaglandin dan kinin yang diaktivasi oleh sel mast. Prostaglandin dan kinin meningkatkan permeabilitas endotel sehingga fagosit seperti neutrophil dan monosit akan menghasnurkan antigen. Sedangkan histamin mengaktivasi H1 & H4 *prurireceptor* serta *tryptase* mengaktivasi *protease-activated prurireceptor*. Mediator yang diaktivasi histamin dan *tryptase* inilah yang menyebabkan rasa gatal atau pruritus pada tubuh penderita (Jannic *et al*, 2018).

Mekanisme kedua jika proses inflamasi tidak mengatasi, tubuh akan merangsang sistem imun spesifik. Mekanisme imun spesifik diperankan oleh sel limfosit dengan atau tanpa bantuan sel makrofag dan komplemen lain. Dimulai dari antigen berikatan dengan imunoglobulin permukaan sel B yang dibantu oleh sel Th, kemudian terjadi aktivasi enzim sel B yang mengakibatkan transformasi, proliferasi dan diferensiasi menjadi sel plasma yang nantinya akan mensekresi antibodi dan membentuk sel B memori. Antibodi yang disekresi cepat menetralkan antigen sehingga infektivitasnya hilang atau berikatan dengan antigen sehingga lebih mudah difagosit oleh makrofag dalam proses yang disebut opsonisasi. Selain itu fagosit dapat dibantu oleh komplemen yang akan berikatan dengan Fc antibodi sehingga adhesi antigen-antibodi lebih erat yang mengakibatkan terjadinya endositosis dan penghancuran antigen oleh makrofag. Tujuan pembentukan sel B memori agar kelak jika terpapar kembali antigen serupa akan cepat berproliferasi dan berdiferensiasi (Anwar, 2014). Mekanisme imun spesifik ini juga mengaktifkan limfosit T-Helper 2 (Th2) sehingga akan melepaskan beberapa sitokin pruritus termasuk IL-31 yang menginduksi gatal (Lavery *et al*, 2016). Reaksi hipersensifitas diduga juga terlibat dalam proses patogenesis. Ini dibuktikan pada hipersensifitas tipe I menyebabkan degranulasi sel mast yang menyebabkan peningkatan antibodi IgE. Sedangkan tipe IV berperan dalam timbulnya nodul dan papul inflamasi yang dapat terlihat jelas pada perubahan histopatologi dan jumlah sel limfosit T (Anwar, 2014).

2.1.7 Gejala klinis

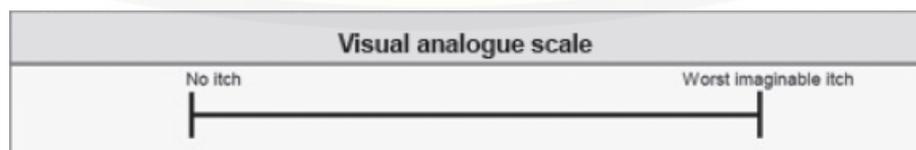
Manifestasi klinis utama skabies ialah rasa gatal atau pruritus. Gatal semakin hebat pada malam hari atau yang dikenal dengan pruritus nokturna akibat aktivitas tungau yang meningkat pada suhu lembab dan panas (Kustantie *et al*, 2016). Tungau menyerang bagian tubuh yang khas seperti celah interdigital, muka fleksor dari pergelangan tangan, sisi ekstensor dari siku lengan, lipatan kulit anterior ketiak, lipatan bawah buah dada wanita, sekitar umbilikus, penis, skrotum dan pantat (Natadisastra & Agoes, 2009).

Selain gatal, ditemukan juga lesi kulit primer berupa vesikula, terowongan bawah kulit dan nodula. Garukan akibat gatal dan infeksi sekunder dapat menimbulkan lesi sekunder berupa papul, pustul dan kadang bula. Jika semakin parah akan berakibat timbulnya lesi tersier berupa ekskoriasi, eksematisasi dan pioderma (Sutanto *et al*, 2008; Natadisastra & Agoes, 2009).

Menurut *International Forum for the Study of Itch* (IFSI) intensitas pruritus dapat dinilai menggunakan 3 skala pengukuran, antara lain yaitu:

1. *Visual Analog Scale* (VAS)

VAS merupakan sebuah gambar garis horizontal dengan panjang 100 mm/ 10 cm dengan ujung kiri ditandai kata yang berarti *no symptom* (tidak gatal) dan ujung kanan ditandai dengan kata yang berarti gatal paling berat. Pasien diminta menggambar garis vertikal pada satu titik lokasi di garis horizontal tersebut berdasarkan intensitas gatal yang dirasakan (Phan *et al*, 2012). Berdasarkan tes reproduibilitas, VAS memiliki koefisien korelasi intra-kelas sebesar 0,88. Nilai inilah yang tertinggi daripada skala lainnya (Reich *et al*, 2012). VAS dapat dilihat pada Gambar 2.3 dan penilaian skor dapat dilihat pada Tabel 2.1



Gambar 2.3 *Visual Analog Scale* (Sumber: Phan *et al*, 2012)

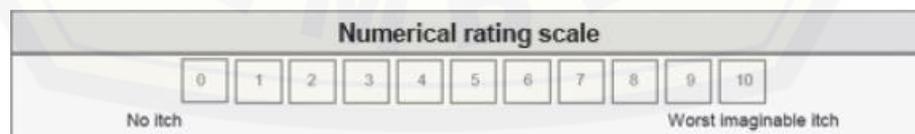
Skor VAS	Ukuran Panjang
0	0 – 0,5 cm
1	0,6 – 1,5 cm
2	1,6 – 2,5 cm
3	2,6 – 3,5 cm
4	3,6 – 4,5 cm
5	4,6 – 5,5 cm
6	5,6 – 6,5 cm
7	6,6 – 7,5 cm
8	7,6 – 8,5 cm
9	8,6 – 9,5 cm
10	9,6 – 10 cm

Tabel 2.1 Penilaian skor VAS (Sumber: Reich *et al*, 2012)

Penilaian skornya ialah skor 0 berarti tidak gatal, skor >0 tetapi <4 berarti gatal ringan, skor ≥ 4 tetapi <7 berarti gatal sedang, skor ≥ 7 tetapi <9 berarti gatal berat dan ≥ 9 berarti gatal sangat berat (Reich *et al*, 2012).

2. Numerical Rating Scale (NRS)

NRS merupakan urutan skor 0 sampai dengan 10 yang mempunyai makna angka 0 berarti *no symptom* (tidak gatal) dan angka 10 berarti gatal paling berat. Pasien diminta untuk menentukan skor numerik berdasarkan intensitas gatal mereka (Phan *et al*, 2012). Pada tes reproduibilitas menunjukkan bahwa NRS memiliki koefisien korelasi intra-kelas sebesar 0,83 (Reich *et al*, 2012). NRS dapat dilihat pada Gambar 2.4

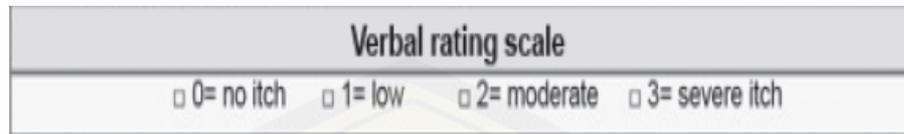


Gambar 2.4 Numerical Rating Scale (Sumber: Phan *et al*: 2012)

3. Verbal Rating Scale (VRS)

VRS terdiri atas beberapa angka yang menunjukkan kata sifat yang menggambarkan perbedaan tingkat intensitas gatal, antara lain angka 0 = tidak gatal, angka 1 = gatal ringan, angka 2 = gatal sedang dan angka 3 =

gatal berat (Phan *et al*, 2012). Pada tes reproduibilitas menunjukkan bahwa VRS memiliki koefisien korelasi intra-kelas sebesar 0,85 (Reich *et al*, 2012). VRS dapat dilihat di Gambar 2.5



Gambar 2.5 *Verbal Rating Scale* (Sumber: Phan *et al*, 2012)

2.1.8 Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila menemukan 2 dari 4 tanda kardinal sebagai berikut.

1. Pruritus nokturna atau gatal pada malam hari.
2. Penyakit ini menyerang sekelompok manusia, dalam sebuah keluarga atau asrama maupun pondok pesantren terkena infeksi.
3. Adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, memiliki bentuk garis lurus atau berkelok dengan panjang rata-rata sekitar 1 cm dan pada ujungnya ditemukan papul atau vesikel. Jika terkena infeksi sekunder ruam kulit berupa ekskoriasi, pustul dll. Akibat garukan, kunikulus dapat rusak sehingga sukar terlihat.
4. Menemukan tungau dalam bentuk stadium apapun merupakan hal yang paling menunjang diagnosis (Boediardja & Handoko, 2016)

2.1.9 Klasifikasi Skabies

Penyakit skabies mempunyai jenis khusus, antara lain:

1. Skabies usia khusus, pada masa infantile lesi dan nodul-nodul di daerah palmoplantar merupakan lesi khas yang ditemukan pada bayi dan anak kecil, Pada orang dewasa jarang terkena wajah/ mukanya, terserang jika menderita gangguan sistem imun. Sedangkan pada manula tidak mempunyai lesi khas tetapi rasa gatal semakin memberat.
2. Skabies Krusta Norwegia (SKN), bentuknya ditandai kuku distrofik, dermatosis berkrusta pada tangan dan kaki serta skuama yang bersifat

generalisata. Sifatnya sangat menular tetapi rasa gatal hanya sedikit. Biasanya terdapat pada pasien dengan lemah fisik, retardasi mental, gangguan imun dan psikosis.

3. Skabies berat (*Augmented scabies*), pasien dengan memakai kortikostroid topikal yang berlebihan untuk mengurangi gatal. Akibatnya pasien tidak menggaruk, padahal dengan menggaruk dapat membunuh tungau tersebut. Selain itu, pasien dalam pengobatan immunosupresi juga dapat terkena (Natadisastra, 2009; Boediardja & Handoko, 2016).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis skabies dapat dilakukan dengan beberapa cara pemeriksaan penunjang antara lain:

1. Mencongkel/ mengeluarkan tungau dari kulit, caranya carilah terowongan terlebih dahulu. Bagian ujung yang terlihat papul atau vesikel dicongkel menggunakan jarum dan diletakan diatas objek, lalu ditutup dengan kaca penutup dan dilihat dengan mikroskop cahaya.
2. Kerokan kulit, caranya pilihlah papul yang baik untuk dikerok yaitu papul yang baru dibentuk, kerokan kulit harus superfisial dan tidak boleh berdarah, kerokan dilakukan dibeberapa lesi, teteskan mineral pada skapel dan pada lesi yang akan dikerok.
3. Menyikat dengan sikat, kemudian ditampung di atas selembur kertas dan dilihat dengan kaca pembesar.

2.1.11 Tata laksana

Ada beberapa pengobatan skabies antara lain:

a) Permetrin

Merupakan obat pilihan pertama skabies dikarenakan efek toksik rendah dan efektif untuk semua stadium tungau. Dosis untuk anak dibawah usia 1 tahun 4 gr, anak usia 1-4 tahun 8 gr, anak usia 5-11 tahun 15 gr, anak usia diatas 12 tahun sampai dewasa 30 gr. Pemakaian dilakukan selama 8-12 jam.

b) Emulsi benzil-benzoat (20-25 %)

Tidak direkomendasikan untuk anak usia dibawah 12 tahun karena mempunyai efek iritasi dan rasa terbakar setelah pemakaian. Dosis anak diatas 12 tahun sampai dewasa 200 ml setiap pemakaian. Digunakan 3 kali dalam 24 jam tanpa mandi.

c) Lindane

Adalah bentuk krim atau lotion gama benzena heksa klorida (gemeksan), salah satu golongan insektisida. Sebagai alternatif dari permetrin tetapi mempunyai efek toksik pada sistem saraf pusat. Dosis anak usia diatas 12 tahun 200 ml setiap, digunakan selama 12-24 jam .

d) Krotamiton 10 %

Sedian krim/ lotion dengan pemakaian 2 kali sehari selama 5-7 hari setelah mandi. Tidak direkomendasikan karena punya efek toksik dan kurang efektif, tetapi cocok sebagai antipruritus.

e) Belerang endap (sulfur presipitatum)

Belerang endap yang digunakan memiliki kadar 4-20 % dalam bentuk salep atau krim. Dosis anak usia kurang dari 1 tahun 8 gr, 1-4 tahun 12 gr, 5-11 tahun 25 gr, usia diatas 12 tahun sampai dewasa 50 gr, digunakan minimal selama 3 hari. Direkomendasikan dipakai untuk bayi dan ibu hamil. Efek samping kulit kering dan iritasi. Efektif untuk semua stadium kecuali telur (Peter, 2007).

2.1.12 Prognosis

Prognosis baik apabila dalam hal pemilihan dan penggunaan obatnya sesuai serta menyingkirkan faktor prediposisinya (Boediardja & Handoko, 2016)

2.1.13 Pencegahan

- Memberikan edukasi pada pasien mengenai penyakit skabies, mulai dari perjalanan penyakit, penularan serta cara eradikasi tungau skabies (Boediardja & Handoko, 2016).

- Menjaga higiene pribadi seperti mandi menggunakan sabun.
- Tidak saling bertukar pakaian dan handuk dengan orang lain.
- Menjemur kasur dan bantal minimal 2 minggu sekali.
- Menghindari kontak dengan orang atau pakaian yang dicurigai terinfeksi skabies (Sriwinarti, 2015).
- Merendam pakaian, sprei maupun selimut menggunakan air panas dengan suhu 60° C atau lebih (Diaz, 2015).

2.2 Tidur

2.2.1 Definisi Tidur

Tidur adalah suatu keadaan tak sadar yang dapat dibangunkan dengan pemberian rangsang (Guyton & Hall, 2014). Tidur merupakan suatu proses aktif, bukan sekedar hilangnya keadaan terjaga. Tingkat aktivitas otak keseluruhan tidak berkurang selama tidur. Ini dibuktikan bahwa pada tahap-tahap tertentu saat tidur, terjadi peningkatan penyerapan O² oleh otak bahkan sampai melebihi tingkat normal pada saat keadaan terjaga (Sherwood, 2014).

2.2.2 Fisiologi Tidur

Tidur merupakan proses fisiologis yang memiliki siklus secara bergantian dengan periode yang lebih lama dari keadaan terjaga. Tidur memiliki irama biologis yang kompleks. Irama ini disebut irama sirkadian/ irama diurnal, yaitu irama yang terjadi selama 24 jam (Potter & Perry, 2005 dalam Flowerenty, 2015). Pengatur irama sirkadian diyakini terletak di bagian hipotalamus yaitu *suprachiasmatic nucleus*. Irama sirkadian dipengaruhi oleh suhu, cahaya, stress dan aktivitas sosial (Tortora & Derrickson, 2009 dalam Al-halaj, 2014). Irama inilah yang mempengaruhi fungsi biologis dan fungsi perilaku seseorang seperti naik-turunnya suhu tubuh, tekanan darah, denyut jantung, sekresi hormon, kemampuan sensorik dan suasana hati. Hal ini tergantung pada pemeliharaan irama sirkadian 24 jam (Saryono & Widiarti, 2010 dalam Silvanasari, 2012).

Siklus tidur-bangun melibatkan hubungan siklik tiga sistem saraf, yaitu (1) sistem kewaspadaan yang merupakan bagian dari *Reticular Activating System*

(RAS) yang berasal dari batang otak, (2) pusat tidur gelombang lambat di hipotalamus, dan (3) pusat tidur paradoks di batang otak yang memiliki REM *sleep-on neuron*. Interaksi dari ketiga regio sistem saraf menghasilkan rangkaian siklik yang dapat diperkirakan antara keadaan terjaga dan kedua jenis tidur (Sherwood, 2014).

Tidur dan terjaga merupakan proses yang berbeda. Kedua proses ini diatur dengan dua mekanisme serebral yang bergantian untuk menekan dan mengaktifasi pusat pengaturan tidur dan keadaan terjaga. RAS merupakan bagian *reticular formation* yang berfungsi untuk mempertahankan keadaan terjaga, sedangkan saraf di parasimpatis sebagai pusat pengontrol dalam mempertahankan keadaan tidur, karena selama tidur terjadi peningkatan aktivitas saraf parasimpatis dan penurunan aktivitas saraf simpatis. (Tortora & Derrickson 2009; Potter & Perry, 2011).

RAS pada saat aktif akan membantu meneruskan impuls saraf ke sebagian besar daerah korteks serebral secara langsung maupun melalui thalamus, sehingga korteks serebral menjadi aktif. Kondisi ini yang dinamakan sebagai keadaan terjaga atau sadar. Aktivitas RAS yang menurun dapat menyebabkan tidur karena tidak terdapat impuls yang diteruskan menuju korteks serebral. RAS menerima impuls dari retina, yaitu berasal dari cahaya yang melalui *suprachiasmatic nuclei*; auditori dari suara; *nociceptor* dari nyeri; sentuhan atau tekanan dari kulit; *proprioceptor* dan vestibular dari pergerakan dan keseimbangan tubuh. Saraf olfaktori (penghidu) tidak termasuk didalamnya. Impuls-impuls tersebutlah yang dapat mengaktifasi RAS. Sebaliknya jika impuls tersebut berkurang, aktivitas RAS akan menurun (Tortora & Derrickson, 2009).

Pada saat mata mulai menutup mencoba untuk tidur, stimulus cahaya ke retina akan menurun sehingga penurunan stimulus cahaya ini akan dilanjutkan ke *suprachiasmatic nuclei*, yang nantinya akan menstimulasi kelenjar pineal untuk meningkatkan sekresi melatonin. Fungsi dari melatonin ini adalah membantu irama sirkadian siklus tidur-bangun dalam hal peralihan dari keadaan terjaga ke keadaan tertidur secara perlahan. Aktivitas RAS yang menurun mengakibatkan penurunan aktivitas korteks serebral dan terjadilah peningkatan kadar melatonin

yang membuat orang mengantuk dan tertidur. Melatonin merupakan senyawa turunan serotonin. Melatonin disekresi saat tingkat cahaya berkurang. Serotonin sendiri berfungsi sebagai neurotransmitter yang berperan dalam timbulnya keadaan tidur. Selain itu, terdapat zat yang disebut neurotransmitter norepinephrin yang berperan dalam proses terbangun dari tidur (Wold, 2008; Tortora & Derrickson, 2009).

Selain RAS, ada yang disebut *sleep-on neuron* pada pusat tidur gelombang lambat yang bertugas dalam menginduksi tidur, mekanisme kerjanya menghambat neuron yang mencetuskan kesadaran dengan melepaskan neurotransmitter inhibitorik GABA. *Sleep-on neuron* aktif ketika fase tidur gelombang lambat dan inaktif pada saat terbangun. Yang terakhir ialah *sleep-on neuron* REM pada pusat tidur paradoks. Sangat aktif pada fase tidur REM dan dapat mengubah pola tidur dari gelombang lambat menjadi REM (Sherwood, 2014).

2.2.3 Fungsi Tidur

Fungsi dari tidur sebenarnya belum diketahui secara pasti. Tetapi ada beberapa teori postulat yang menerangkan mengenai fungsi tidur, antara lain

a) Penyimpanan energi

Pada saat tidur otot skelet berelaksasi secara progresif dan tidak adanya kontraksi otot menyimpan energi kimia untuk proses seluler serta terjadinya penurunan laju metabolik basal tubuh membuat tubuh menyimpan persediaan energi. Tidur pada fase REM dapat memulihkan kognitif dan membantu penyimpanan memori dan pembelajaran (Yaqin, 2016). Selain itu, dapat memulihkan jalur-jalur saraf neurotransmitter norepinefrin dan serotonin dengan mengembalikan sensitivitas reseptornya agar dapat berfungsi optimal selama periode keadaan terjaga berikutnya (Guyton & Hall, 2014).

b) Pembaruan sel

Pada fase tidur NREM tahap 4, tubuh melepaskan hormon pertumbuhan manusia untuk memperbaiki sel epitel dan sel otak.

c) Memelihara jantung

Denyut jantung pada saat keadaan terjaga 70-80 kali per menit. Tetapi saat tidur terjadi penurunan sampai 60 kali per menit. Oleh karena itu, tidur dapat memelihara fungsi jantung (Yaqin, 2016).

2.2.4 Tahap-Tahap Tidur

Tidur memiliki 2 fase tidur, yaitu tidur gelombang lambat/ *Non Rapid Eye Movement* (NREM) dan tidur paradoksial *Rapid Eye Movement* (REM) yang ditandai dengan pola *Elektroencephalogram* (EEG) yang berbeda dan perilaku yang berlainan (Berman *et al*, 2008; Guyton & Hall, 2014; Sherwood, 2014).

a) Tidur gelombang lambat/ *Non Rapid Eye Movement* (NREM)

Terjadi ketika aktivitas pada RAS terhambat dan ditandai dengan penurunan aktivitas fisiologi tubuh. Diantara tandanya ialah penurunan otot pembuluh darah perifer, penurunan tekanan darah, frekuensi pernafasan serta berkurangnya aktivitas metabolisme 10-30 %. Terjadi 70-80 % pada waktu tidur. Pada fase ini terdapat 4 stadium, yaitu.

1. Stadium 1

Fase tidur yang dangkal yang berlangsung selama 5-10 menit, dimana orang akan terasa mengantuk dan rileks, diikuti bola mata yang berputar, frekuensi nafas dan denyut jantung menurun. Stadium ini sangat rentan terbangun oleh rangsangan suara atau gangguan orang lain.

2. Stadium 2

Fase saat frekuensi pernafasan, denyut jantung dan suhu semakin menurun serta gerakan bola mata berhenti. Hanya berlangsung selama 10-20 menit. Relaksi mulai meningkat namun masih relatif masih bisa terbangun. Tetapi membutuhkan stimulus yang lebih intens dari stadium 1 untuk membangunkannya.

3. Stadium 3

Merupakan fase awal tidur yang dalam ditandai dengan otot-otot skeletal relaksasi, frekuensi pernafasan, denyut jantung dan suhu semakin menurun tetapi tetap stabil. Pada fase ini sulit untuk terbangun dan tidak dapat dibangunkan melalui stimulus sensori. Fase berlangsung selama 15-30 menit.

4. Stadium 4

Merupakan fase tidur terdalam yang ditandai dengan tidak ada aktivitas otot skeletal dan pergerakan bola mata, frekuensi pernafasan, denyut jantung serta suhu tubuh menurun 20-30% dibandingkan pada saat keadaan terjaga. Sulit untuk membangunkan sekalipun melalui stimulus sensori. Biasanya orang akan snoring (mendengkur) atau tidur sambil berjalan dan bisa juga enuresis (mengompol). Fase ini berlangsung selama 15-30 menit. Stadium ini penting untuk mengembalikan energi dan melepaskan hormon-hormon pertumbuhan.

Fase NREM stadium 3 dan 4 bersifat *restorative* yang berarti keadaan yang diperlukan cukup untuk istirahat dan energi saat terbangun serta sebagai pemulihan memori dan pemulihan psikologis. Fase NREM total berlangsung selama 70-90 menit.

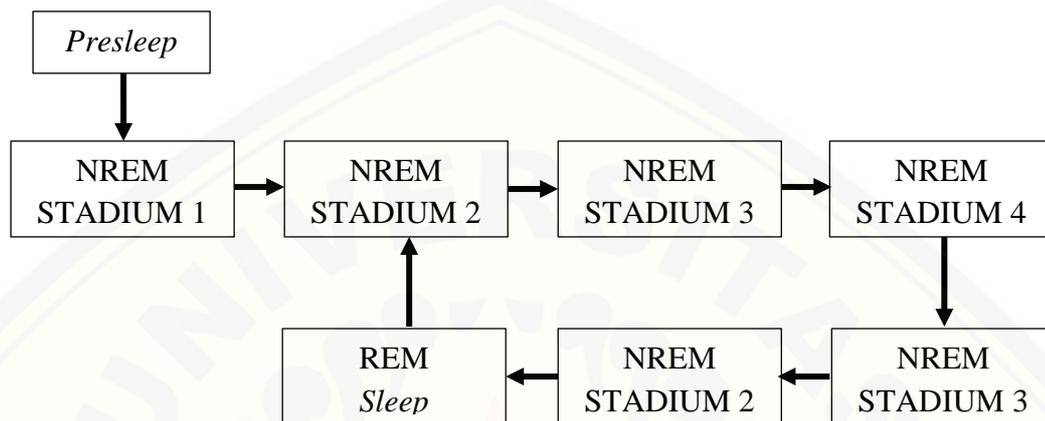
b) Tidur paradoksal/ *Rapid Eye Movement* (REM)

Meupakan fase tidur yang mempunyai tingkat relaksasi tubuh terdalam yang hanya terjadi 20% dari waktu tidur total. Fase ini bersifat paradoks yang berarti keadaan yang membuat orang tetap tertidur walaupun terjadi peningkatan aktivitas otak dan metabolisme tubuh sebanyak 20%. Ditandai dengan pergerakan mata cepat meskipun kelopak mata tertutup, nafas menjadi cepat, tidak teratur dan dangkal. Denyut jantung dan tekanan darah terjadi fluktuasi yang meningkat. Tidur REM biasanya disertai dengan mimpi dan pergerakan otot yang aktif. Karena melibatkan otot, mimpi tersebut terlihat hidup dan dapat diingat daripada mimpi fase NREM. Fase REM muncul setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit (Berman *et al*, 2008; Guyton & Hall, 2014; Sherwood, 2014).

2.2.5 Siklus tidur

Siklus dimulai dari *presleep* yaitu keadaan dari keadaan sadar menjadi mengantuk yang berlangsung 10-30 menit. Siklus pertama berawal dari NREM stadium 1 sampai 3 yang berlangsung selama 20-30 menit. Kemudian stadium 4 berlangsung selama 30 menit. Setelah itu, kembali melewati stadium 3 dan 2 lagi yang berlangsung 20 menit. Pada akhirnya muncul stadium REM yang berlangsung selama 10 menit. *National Sleep Foundation* menyatakan bahwa

setiap siklus berlangsung 90-110 menit. Selama tidur malam 7-8 jam, seseorang akan mengalami siklus NREM dan REM sebanyak 4-6 kali. Apabila seseorang terbangun pada fase apapun, maka orang tersebut akan mengulang dari stadium 1 NREM (Berman *et al*, 2008). Siklus tidur dapat dilihat pada Gambar 2.6



Gambar 2.6 Siklus tidur (Sumber: Potter & Perry, 2011 dalam Al-Halaj, 2014)

2.2.6 Kualitas tidur

Kualitas tidur merupakan kemampuan seseorang untuk memperoleh jumlah tidur yang cukup dan dapat mempertahankan tidurnya baik tidur NREM maupun tidur REM (Kozier *et al*, 1998). Kualitas tidur meliputi aspek kuantitas seperti durasi tidur, latensi tidur, frekuensi terbangun dan aspek subjektif seperti ketenangan dalam tidur. Ada tujuh komponen yang dapat dilihat dari kualitas tidur, antara lain (Buysse *et al*, 1989).

- Kualitas tidur subjektif, yaitu penilaian kualitas tidur yang dinilai dari sudut pandang diri sendiri. Faktor adanya perasaan tidak nyaman dan terganggu terhadap diri sendiri berperan dalam penilaian kualitas tidur tersebut.
- Latensi tidur yaitu waktu yang dibutuhkan seseorang untuk mencapai tahap tertidur. Hal ini berhubungan dengan gelombang tidur seseorang.
- Efisiensi tidur, didapatkan dari persentase kebutuhan tidur manusia dengan menilai jam tidur dan durasi tidur seseorang sehingga dapat disimpulkan apakah sudah tercukupi atau tidak.

- d) Penggunaan obat tidur, dapat diartikan bahwa seseorang yang menggunakan obat tidur untuk membantu tidurnya menandakan seberapa berat gangguan tidur yang dialami.
- e) Gangguan tidur seperti sulit mengawali tidur, bangun tidur di tengah malam atau bangun terlalu pagi, bangun untuk pergi ke kamar mandi, sulit bernafas secara nyaman, batuk atau mendengkur, merasa kedinginan, merasa kepanasan, nyeri/ sakit pada tubuh, mimpi buruk dan gatal-gatal yang dapat mempengaruhi tidur seseorang.
- f) Durasi tidur, dinilai dari waktu mulai tidur sampai waktu terbangun. Kualitas tidur menjadi buruk jika waktu tidur kurang atau tidak terpenuhi.
- g) *Daytime disfunction* yaitu gangguan berupa perasaan mengantuk dan merasa sulit untuk bersemangat pada saat melakukan aktivitas sehari-hari

Selain itu, kualitas tidur juga dapat dilihat dari tidak adanya tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak ditemukan masalah pada tidurnya. Tanda kekurangan tidur dibagi menjadi dua aspek yaitu tanda fisik dan tanda psikologis. Tanda fisik meliputi ekspresi wajah (sekitar mata berwarna gelap, kelopak mata bengakak, konjungtiva kemerahan, dan mata cekung), kantuk yang berlebihan ditandai dengan sering kali menguap, dan adanya tanda-tanda kelelahan seperti penglihatan kabur, merasa mual dan pusing. Sedangkan tanda psikologis meliputi menarik diri, apatis, respon menurun, merasa bingung, disorientasi, gangguan *mood*, daya ingat berkurang, tidak mampu untuk berkonsentrasi, halusinasi, ilusi penglihatan maupun pendengaran serta kemampuan dalam memberikan pertimbangan atau keputusan menurun (Hidayat, 2006). Tidur dikatakan kualitas tidurnya baik jika siklus NREM dan REM saling bergantian empat sampai enam kali. Penurunan kualitas tidur terjadi bila komponen-komponen penentu kualitas tidur tersebut mengalami masalah (Silvanansari, 2012).

2.2.7 Instrumen Pengukur Kualitas Tidur

Instrumen yang digunakan mengukur kualitas tidur, antara lain:

a) *Electroencephalogramm* (EEG)

EEG merupakan alat perekaman listrik dari permukaan otak atau dari permukaan luar kepala yang dapat menunjukkan adanya aktivitas listrik yang timbul berkelanjutan dalam otak. Intensitas dan pola aktivitas otak yang disebabkan oleh tidur, keadaan siaga, dan penyakit otak seperti epilepsi atau bahkan psikosis. Tipe gelombang EEG diklasifikasikan sebagai gelombang *alfa*, *beta*, *teta* dan *delta* (Guyton & Hall, 2014)

b) *Kuisisioner Pittsburgh Severity Quality Index* (PSQI)

Instrumen PSQI merupakan instrumen yang efektif dalam mengukur kualitas dan pola tidur. Alat ukur ini dibakukan oleh Departemen Psikiatri Universitas Pittsburgh di Amerika Serikat. PSQI dikembangkan memiliki tujuan yaitu (1) memberikan ukuran yang valid, *reliable* dan standarisasi kualitas tidur; (2) membedakan tidur yang baik dan buruk; (3) memberikan indeks yang mudah digunakan oleh subyek dan mudah diinterpretasikan oleh peneliti dan klinis; (4) memberikan penilaian singkat secara klinisi terhadap berbagai gangguan tidur yang mempengaruhi kualitas tidur. PSQI digunakan untuk mengukur kualitas tidur selama sebulan terakhir (Buysse, 1988).

Kuisisioner PSQI terdiri atas 18 item pertanyaan yang dinilai oleh individu dan 5 item tambahan yang dinilai teman sekamar. Sebanyak 18 item pertanyaan meliputi 7 komponen, yaitu subjektifitas, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi aktivitas siang hari (Flowerenty, 2015). Item tambahan yang berjumlah 5 tersebut hanya digunakan untuk informasi klinis dan tidak ditabulasikan dalam penilaian dari instrumen ini (Eser *et al*, 2007). Item pertanyaan 5-18 memakai skala Likert, yaitu skor 0 = tidak pernah selama sebulan terakhir, skor 1 = kurang dari sekali seminggu, skor 2 = sekali atau dua kali seminggu, skor 3 = tiga kali atau lebih dalam seminggu. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuisisioner PSQI hanya 5-10 menit, sedangkan dalam hal penilaian dibutuhkan waktu 5 menit. Penilaian dilakukan menggunakan skor 0-3 pada setiap komponen. Skor 0 merupakan nilai tertinggi

pada masing-masing komponen. Setelah itu, ketujuh komponen tersebut dijumlahkan skornya untuk mengetahui skor keseluruhan yang memiliki rentang skor 0-21. Skor keseluruhan PSQI yang menunjukkan skor ≤ 5 berarti responden memiliki kualitas tidur yang baik dan apabila menunjukkan skor > 5 berarti responden memiliki kualitas tidur yang buruk (Buysse, 1989)

Berikut merupakan penjelasan rincian skor dari masing-masing komponen kuisioner PSQI (Flowerenty, 2015).

a) Komponen kualitas tidur subjektif

Penilaian terhadap kualitas tidur meliputi pertanyaan bagaimana seseorang menilai rata-rata kualitas tidurnya menurut sudut pandang diri-sendiri. Pertanyaan terletak pada item nomer 6. Kriteria skor dibagi menjadi 4 kriteria yaitu sangat baik, baik, buruk dan sangat buruk. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 0 untuk sangat baik dan 3 untuk sangat buruk.

b) Komponen latensi tidur

Penilaian terhadap latensi tidur memiliki 2 pertanyaan, yaitu (1) berapa menit seseorang berada di tempat tidur sebelum akhirnya dapat tertidur dan (2) apakah orang tersebut tidak dapat tidur dalam waktu 30 menit. Pertanyaan terletak pada item nomer 2 dan 5a. Masing-masing pertanyaan tersebut memiliki skor 0-3. Pertanyaan pertama, seseorang yang menjawab ≤ 15 menit memiliki skor 0, 16-30 menit skornya 1, 31-60 menit skornya 2 dan > 60 menit skornya 3. Pertanyaan kedua sesuai dengan skala Likert. Kedua pertanyaan skornya ditotal untuk memperoleh skor latensi tidur. Kriteria skor dibagi menjadi 4 kriteria yaitu skor latensi tidur 0, skor latensi tidur 1-2, skor latensi tidur 3-4 dan skor latensi tidur 5-6. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan rentang skor 0 untuk latensi tidur 0 dan skor 3 untuk latensi tidur 5-6.

c) Komponen durasi tidur

Penilaian lama waktu tidur yang sebenar-benarnya dialami seseorang pada malam hari. Pertanyaan yang ditanyakan ialah berapa jam lamanya seseorang tertidur di malam hari. Kriteria skor dibagi menjadi 4 kriteria yaitu durasi tidur >7 jam, durasi tidur 6-7 jam, durasi tidur 5-6 jam dan durasi tidur <5 jam. Penilaian

dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan rentang skor 0 untuk durasi tidur >7 jam dan skor 3 untuk durasi tidur <5 jam.

d) Komponen efisiensi tidur

Penilaian efisiensi tidur meliputi waktu seseorang biasanya mulai tidur pada malam hari, waktu seseorang biasanya bangun pada pagi hari dan durasi tidur. Rumus penghitungan efisiensi tidur sebagai berikut.

$$\frac{\text{durasi tidur (jam)}}{\{\text{waktu bangun (jam)} + (\text{waktu berangkat ke tempat tidur (jam)})\}} \times 100 \%$$

Kriteria skor dibagi menjadi 4 kriteria yaitu efisiensi tidur >85 %, efisiensi tidur 75-84 %, efisiensi tidur 65-74 % dan efisiensi tidur <65 %. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan rentang skor 0 untuk efisiensi tidur >85 % dan skor 3 untuk efisiensi tidur <65 %.

e) Komponen gangguan tidur

Penilaian mulai dari pertanyaan yang meliputi apakah seseorang kesulitan dalam mengawali tidur (latensi tidur), bangun tidur di tengah malam atau bangun pagi terlalu cepat, bangun untuk pergi ke kamar mandi, sulit bernafas dengan nyaman, batuk atau mendengkur, merasa kedinginan, merasa kepanasan, mengalami mimpi buruk, nyeri/ sakit pada tubuh, dan masalah lain yang mengganggu tidur seperti gatal-gatal karena skabies atau digigit nyamuk. Masing-masing pertanyaan memiliki skor 0-3. Lalu skor ditotal setiap pertanyaan untuk memperoleh skor gangguan tidur. Terdapat 4 kriteria penilaian yaitu skor gangguan tidur 0, skor gangguan tidur 1-9, skor gangguan tidur 10-18 dan skor gangguan tidur 19-27. Penilaian skor dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan rentang skor 0 untuk gangguan tidur 0 dan skor 3 untuk gangguan tidur 19-27.

f) Komponen penggunaan obat tidur

Pertanyaan meliputi seberapa sering seseorang mengonsumsi obat tidur. Terdapat 4 kriteria penilaian yaitu tidak pernah sama sekali, kurang dari sekali dalam seminggu, sekali atau dua kali dalam seminggu dan tiga kali atau lebih dalam seminggu. Penilaian skor dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan

rentang skor 0 untuk tidak pernah sama sekali dan skor 3 untuk tiga kali atau lebih dalam seminggu.

g) Komponen disfungsi aktivitas siang hari (*daytime dysfunction*)

Pertanyaan meliputi apakah seseorang merasa mengantuk pada saat melakukan aktivitas dan apakah merasa kesulitan bersemangat dalam melakukan aktivitas. Masing-masing pertanyaan memiliki skor 0-3. Lalu skor ditotal setiap pertanyaan untuk memperoleh skor disfungsi aktivitas siang hari. Terdapat 4 kriteria penilaian yaitu skor disfungsi aktivitas siang hari 0, skor disfungsi aktivitas siang hari 1-2, skor disfungsi aktivitas siang hari 3-4 dan skor disfungsi aktivitas siang hari 5-6. Penilaian skor dilakukan dengan memberikan skor 0-3 dengan rentang skor 0 untuk disfungsi aktivitas siang hari 0 dan skor 3 untuk disfungsi aktivitas siang hari 5-6 (Buysse, 1988). Penilaian skor PSQI dapat dilihat pada Tabel 2.2

Komponen	No Item	Penilaian	
		Jawaban	Skor
Kualitas tidur subjektif	6	Sangat Baik	0
		Cukup Baik	1
		Buruk	2
		Sangat Buruk	3
Latensi Tidur	2	≤ 15 menit	0
		16-30 menit	1
		31-60 menit	2
		> 60 menit	3
Durasi Tidur	4	0	0
		1-2	1
		3-4	2
		5-6	3
Durasi Tidur	4	> 7 jam	0
		6-7 jam	1

		5-6 jam	2
		< 5 jam	3
<hr/>			
Efisiensi Tidur	1 + 3	> 85 %	0
		75-85 %	1
		65-74 %	2
		< 65 %	3
		0	0
<hr/>			
Gangguan Tidur	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	1-9	1
		10-18	2
		19-27	3
<hr/>			
Penggunaan Obat Tidur	7	0	0
		< 1	1
		1-2	2
		> 3	3
<hr/>			
Disfungsi aktivitas siang hari	8 + 9	0	0
		1-2	1
		3-4	2
		5-6	3
<hr/>			

Tabel 2.2 Penilaian Skor PSQI (Sumber: Curcio *et al*, 2012)

Selain kuisioner PSQI, ada beberapa kuisioner yang terkait dengan tidur seperti kuisioner *Eppworth Sleepiness Scale* (ESS) dan *Stanford Sleepiness Scale* (SSS) yang mengkaji rasa kantuk atau kelelahan pada waktu tertentu (Gani, 2018). Kemudian *Owl Lark Self-Test* untuk mengkaji irama sirkadian seseorang. Ada juga kuisioner yang mengkaji gangguan tidur seperti kasus insomnia menggunakan *Athens Insomnia Scale* atau kasus *sleep apnea* menggunakan kuisioner *STOP Bang* (Shahid *et al*, 2012).

2.2.8 Faktor yang Mempengaruhi Tidur

Faktor yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur antara lain:

a) Penyakit

Penyakit yang menyebabkan nyeri atau stress fisik dapat menyebabkan gangguan tidur. Gangguan pernafasan seperti kongesti nasal dan drainase sinus dapat mengganggu nafas sehingga dapat menyebabkan kesulitan tidur. Hipertiroidisme dapat memperpanjang waktu menuju tidur sehingga kesulitan untuk jatuh tidur. Sedangkan pada hipotiroidisme dapat menurunkan stadium IV NREM. Penyakit yang menyebabkan sering buang air kecil (BAK) di tengah malam juga dapat mempengaruhi tidur, karena biasanya orang yang BAK malam hari akan kesulitan kembali untuk tidur (Berman *et al*, 2008).

b) Obat-obatan dan zat tertentu

Obat-obatan hipnotik dapat mengganggu stadium IV NREM dan menekan tidur REM. Obat diuretik dan beta-blocker diduga dapat menyebabkan insomnia (Berman *et al*, 2008). Obat anti-aritmia, kortikostereoid, teofilin, anti konvulsan dan dekonjestan juga mempengaruhi gangguan tidur (Dopp & Philips, 2008; *Harvard Health Publication*, 2010). Narkotika seperti meperidine *hydrochloride* (demerol) dan morfin, diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan sering terbangun serta mengantuk. Obat antidepresan dan tranquilizer juga dapat mengganggu/ menekan tidur REM (Berman *et al*, 2008).

c) Lingkungan

Lingkungan seseorang berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk tertidur atau mempertahankan tidurnya. Contoh faktor lingkungan ventilasi, suhu, kebisingan, cahaya, tempat tidur dan teman tidur (Berman *et al*, 2008).

d) Stress emosional

Rasa cemas mempunyai hubungan dengan sulitnya seseorang untuk tidur dan dapat membuat tidurnya terputus-putus (Wold, 2008). Kecemasan dapat meningkatkan kadar norepinefrin dalam darah melalui sistem saraf simpatik. Perubahan kimiawi ini menyebabkan berkurangnya stadium IV NREM dan tidur REM. Selain cemas, depresi juga memiliki hubungan dengan mudahnya

seseorang terbangun lebih awal, akan tetapi juga dapat berhubungan dengan hipersomnia (Berman *et al*, 2008).

e) Latihan fisik dan kelelahan

Individu yang mengalami tingkat kelelahan menengah biasanya mendapatkan tidur yang nyenyak, apalagi jika kelelahan yang didapat berasal dari latihan fisik atau menikmati pekerjaannya (Potter & Perry, 2011). Latihan fisik akut dapat menjadikan tidur lebih nyenyak, meningkatkan durasi tidur dan sering terbangun saat tidur dapat dikurangi (Wang *et al*, 2012).

f) Gaya hidup

Orang-orang yang minum minuman yang mengandung kafein di siang atau malam hari dan minuman beralkohol dapat menyebabkan gangguan tidur. Minuman berkafein bekerja sebagai stimulan sistem saraf pusat, sedangkan alkohol dapat mengacaukan tidur REM dan mempercepat onset tidur serta sering mengalami mimpi buruk (Berman *et al*, 2008). Selain kafein dan alkohol, stimulan lain seperti nikotin pada rokok telah terbukti meningkatkan latensi tidur dan fragmentasi tidur serta menurunkan total waktu tidur (Erfrandau, 2016).

g) Diet

Penurunan berat badan berkaitan dengan meningkatnya total waktu tidur. Sebaliknya, peningkatan berat badan berkaitan dengan menurunnya total waktu tidur. Mengonsumsi *L-tryptophan* yang ditemukan pada keju dan susu, dapat menginduksi tidur (Berman *et al*, 2008).

h) Usia

Pada kebanyakan lansia terjadi penurunan kualitas tidur. Terdapat penjelasan adanya penurunan efisiensi tidur mulai dari umur 40 tahun. Efisiensi tidur mengalami penurunan sebesar 30% setiap dekadenya (Galea, 2008).

i) Jenis kelamin

Secara psikologis, mekanisme koping pada wanita lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki dalam mengatasi suatu masalah. Dengan demikian wanita akan lebih mudah merasa cemas. Rasa cemas ini membuat wanita lebih sering mengalami gangguan tidur dibandingkan laki-laki (Erfrandau, 2016).

j) Motivasi

Seseorang yang sudah mengalami kelelahan tetapi masih terus terjaga dikarenakan salah satunya mempunyai motivasi tinggi. Seperti melihat film atau nonton konser tengah malam. Namun motivasi saja tidak cukup untuk mengubah irama sirkadian untuk tidur atau rasa kantuk akibat kurang tidur. Rasa bosan pun juga tidak cukup untuk menyebabkan kantuk. Tetapi apabila kondisi kurang tidur dikombinasikan dengan rasa bosan, ini akan cenderung lebih mudah membuat kita tidur (Berman *et al*, 2008).

2.2.9 Gangguan tidur

Terdapat beberapa jenis gangguan tidur, antara lain:

a) Insomnia

Insomnia merupakan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas. Insomnia yang terjadi hanya pada satu malam atau lebih dan biasanya disebabkan oleh rasa cemas atau stress disebut insomnia akut, sedangkan apabila terjadi selama satu bulan atau lebih disebut insomnia kronis (Berman *et al*, 2008). Insomnia terdapat 3 jenis, yaitu insomnia inisial (tidak dapat memulai tidur), insomnia intermitten (tidak bisa mempertahankan tidur atau sering terjaga), insomnia terminal (bangun secara dini dan tidak dapat tidur kembali (Potter & Perry, 2005).

b) Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang tidak diinginkan atau fenomena eksperimental yang terjadi saat tidur atau masa transisi menuju tidur dan dari tidur (Matwiyoff & Chiong, 2008). Ada beberapa macam parasomnia antara lain (1) gangguan arosal seperti gangguan tidur berjalan dan gangguan tidur teror (2) gangguan bangun tidur seperti gerak tiba-tiba, tidur berbicara, kram kaki, gangguan gerak berirama, (3) gangguan yang berhubungan dengan REM seperti mimpi buruk, gangguan tingkah laku, gangguan *sinus arrest*. (Muftiani, 2012)

c) **Dissomnia**

Mempunyai 3 jenis gangguan, yaitu:

1. Gangguan tidur intrinsik meliputi idiopatik, narkolepsi (disebabkan karena kurangnya hipokretin di sistem saraf pusat yang mengatur tidur sehingga seseorang akan merasakan kantuk berlebihan di siang hari), hipersomnia (kondisi dimana seseorang tidur cukup malam hari namun tetap tidak bisa terjaga pada siang harinya), gerakan anggota gerak periodik, sindroma kaki gelisah, obstruksi saluran nafas seperti *sleep apnea*, hipoventilasi, post traumatik kepala (Berman *et al*, 2008; Muftiani, 2012).
2. Gangguan tidur ekstrinsik meliputi tidur yang tidak sehat, lingkungan, posisi tidur yang sering berubah, toksik, sering minum alkohol, obat hipnotik atau stimulan.
3. Gangguan tidur irama sirkadian meliputi *jet lag* sindrom, jadwal kerja yang berubah, sindrom fase terlambat tidur, sindrom tidur belum waktunya, bangun tidur tidak teratur dan tidak tidur selama 24 jam (Muftiani, 2012).

2.3 Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur

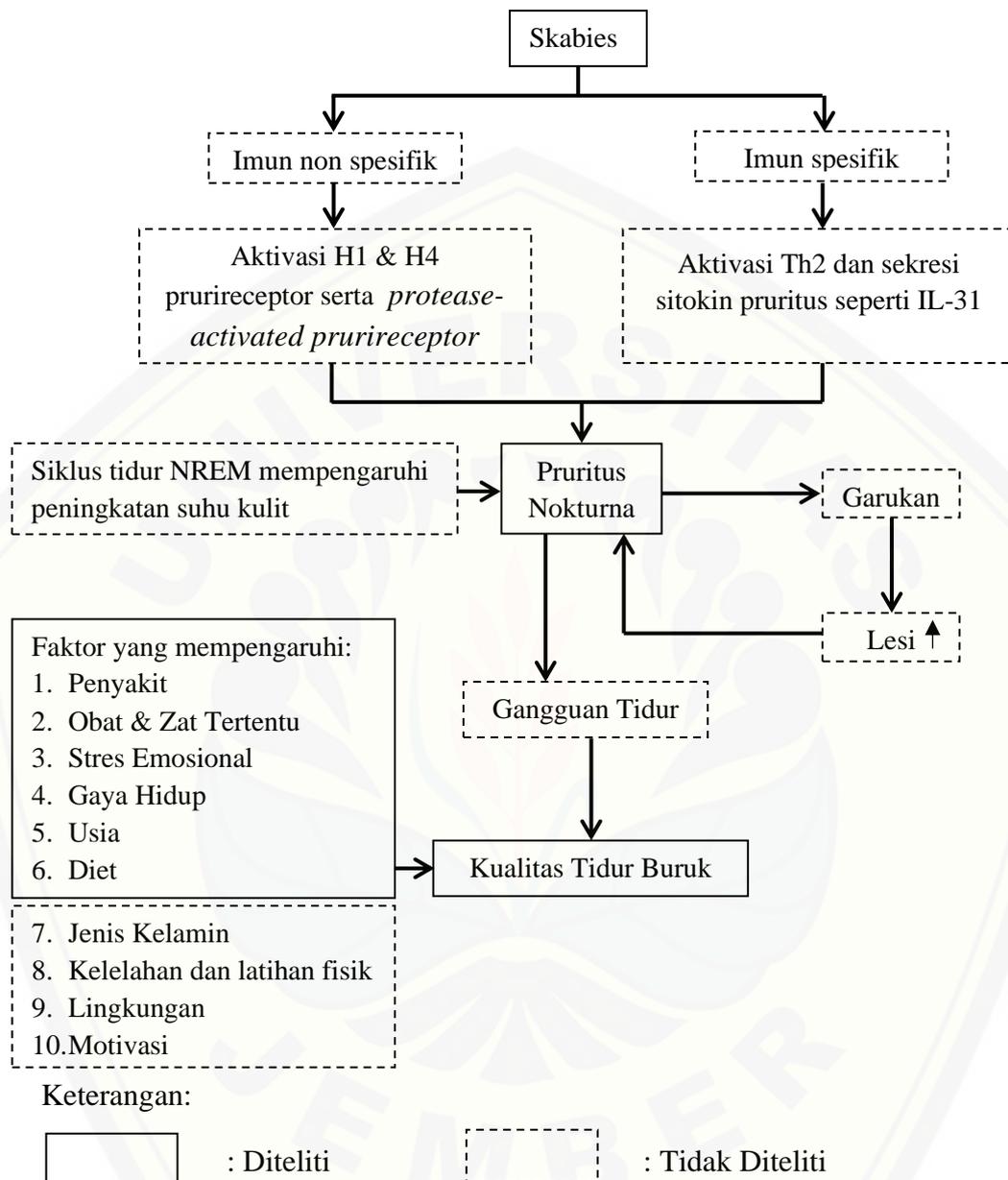
Gatal merupakan gejala utama pada penderita skabies. Gatal semakin hebat pada malam hari akibat aktivitas tungau yang meningkat pada suhu lembab dan panas, gatal ini disebut sebagai pruritus nokturna (Kustantie *et al*, 2016). Aktivitas tungau antara lain membuat terowongan, bertelur dan mengeluarkan feses. Aktivitas inilah yang menyebabkan keluarnya mediator gatal seperti histamin H1 & H4 serta aktivasi *protease-activated prurireceptor*. Selanjutnya terjadi respon imun spesifik dengan cara aktivasi limfosit T-Helper 2 (Th2) yang mengeluarkan salah satunya sitokin pruritus IL-31 yang berfungsi menginduksi gatal (Lavery *et al*, 2016). Adanya aktivitas menggaruk pada daerah gatal mengakibatkan rasa gatal meluas karena meningkatnya penyebaran tungau melalui migrasi sehingga luas predileksi lesi bertambah (Failasufi *et al*, 2015). Lesi yang terbentuk berupa papul eritematous, *burrow* (garis pendek

bergelombang seperti terowongan), dan ekskoriiasi (Paramita & Sawitri, 2015; Gani, 2016).

Disisi lain pada saat siklus tidur NREM telah terjadi perubahan mekanisme *thermoregulation*, diantaranya penurunan *set point* hipotalamus, menghasilkan disipasi panas melalui vasodilatasi perifer dan peningkatan aliran darah kulit. Peningkatan suhu kulit inilah yang meningkatkan intensitas pruritus pada penderita skabies (Lavery *et al*, 2016).

Rasa gatal yang ditimbulkan menyebabkan penderita tidak dapat beristirahat dengan tenang dan kadang membuat penderita terbangun dari tidurnya (Zaelany, 2017). Seseorang yang mengalami gangguan pada siklus tidurnya, mengakibatkan terjadinya perubahan fungsi fisiologis tubuh yang lain. Kegagalan dalam mempertahankan siklus tidur-bangun individu yang normal akan mempengaruhi kesehatan seseorang dan mempengaruhi kualitas tidur itu sendiri. Kualitas yang buruk pada seseorang merupakan faktor resiko terjadinya masalah fisik dan psikologis (Pitaloka *et al*, 2015). Salah satu masalah psikologisnya ialah gangguan berkonsentrasi (Hidayat, 2006). Gangguan konsentrasi akan mempengaruhi prestasi belajar pada seorang santri.

2.4 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.7 Kerangka Konsep Penelitian

Tungau skabies yang menyerang kulit manusia akan menyebabkan dua mekanisme respon imun tubuh, yaitu respon imun spesifik dan respon imun non spesifik. Respon imun nonspesifik akan mengaktifasi H1 & H4 prurireceptor serta *protease-activated prurireceptor*, sedangkan respon imun spesifik akan mengaktifasi Th2 dan selanjutnya akan mensekresi beberapa sitokin salah satunya

sitokin pruritus IL-31. Kedua mekanisme respon imun tubuh ini yang menyebabkan rasa gatal. Gatal meningkat pada saat malam hari yang disebut pruritus nokturna. Timbulnya pruritus ini membuat respon tubuh untuk menggaruk gatal tersebut. Garukan menimbulkan lesi berupa eritematous, ekskoriiasi dan *burrow*. Lesi akan semakin meningkat dikarenakan garukan tersebut menyebabkan migrasi tungau ke predileksi tubuh yang lain sehingga membuat predileksi lesi meluas. Selain itu, peningkatan suhu kulit pada saat tidur fase NREM diduga juga meningkatkan intensitas gatal. Dampak dari meluasnya lesi dan meningkatnya suhu kulit mengakibatkan peningkatan intensitas pruritus nokturna. Efeknya akan membuat tidur terganggu sehingga kualitas tidur menjadi buruk. Kualitas tidur buruk dipengaruhi oleh penyakit (gangguan pernafasan, nyeri dll), obat (diuretik, kortikosteroid dll), zat tertentu (psikotropika), stres emosional (depresi, cemas, stress), gaya hidup (merokok, minum alkohol), usia, diet (Indeks Massa Tubuh), jenis kelamin, kelelahan, latihan fisik, lingkungan (cahaya, teman sekamar dll) dan motivasi.

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik observasional dengan desain *cross sectional* karena peneliti ingin mencari hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya dengan pengamatan atau observasi sekaligus pengumpulan data tanpa intervensi apapun yang dilakukan pada satu waktu tertentu.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di asrama putra dalam belakang Pondok Pesantren Nurul Islam Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama bulan Maret-Juni 2019.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri yang tinggal di asrama putra dalam belakang Pondok Pesantren Nurul Islam Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember yang berjumlah 302 santri.

3.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling*. Sampel yang akan diambil dalam penelitian didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Santri MTs
- 2) Terdiagnosis skabies saat pemeriksaan fisik oleh peneliti dengan didampingi dokter pesantren

- 3) Menderita skabies \leq 3 bulan
- 4) Terdapat keluhan gatal pada malam hari (pruritus nokturna) selama 1 bulan terakhir
- 5) Bersedia menjadi responden dengan mengisi *informed consent*

b. Kriteria eksklusi

- 1) Santri yang tidak hadir saat pemeriksaan
- 2) Mengalami stress, cemas dan depresi yang dibuktikan melalui tes *Perceived Stress Scale*, *Zung Self-rating Anxiety Scale* dan *Zung Self-rating Depression Scale*
- 3) Sedang menderita penyakit kulit lain seperti dermatitis atopik, psoriasis, urtikaria dan jamur
- 4) Sedang masa pengobatan skabies 1 bulan terakhir
- 5) Mengonsumsi kopi atau susu selama 1 bulan terakhir
- 6) Merokok selama 1 bulan terakhir
- 7) Mengundurkan diri selama penelitian berlangsung

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (variabel independen) dalam penelitian ini adalah intensitas pruritus nokturna pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat (variabel dependen) dalam penelitian ini adalah kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian dapat dijelaskan melalui Tabel 3.1 berikut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Klasifikasi	Alat Ukur	Skala Data
1.	Intensitas Pruritus Nokturna	Berat ringannya dari gatal malam hari pada santri penderita skabies di asrama putra dalam belakang Ponpes Nurul Islam Jember	<ul style="list-style-type: none"> • Gatal ringan → skor >0 sampai <4 • Gatal sedang → skor ≥4 sampai <7 • Gatal berat → skor ≥7 sampai <9 • Gatal sangat berat → skor ≥9 	<i>Visual Analog Scale (VAS)</i>	Ordinal
2.	Kualitas Tidur	Baik buruknya tidur yang dinilai dari kualitas tidur subyektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi aktivitas siang hari.	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas tidur baik → skor ≤5 • Kualitas tidur buruk → skor >5 	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	Ordinal

3.	Prevalensi Skabies	Jumlah pendeita skabies yang dihitung setelah melakukan pemeriksaan fisik berdasarkan kriteria diagnosis Boediarja & Handoko	<ul style="list-style-type: none"> •Positif → ditemukan minimal 2 dari 4 tanda kardinal •Negatif → ditemukan 1 tanda/ tidak ditemukan tanda kardinal sama sekali 	Nominal
4.	Kelas	Jenjang pendidikan responden pada saat penelitian dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> •Kelas 7 •Kelas 8 •Kelas 9 	Ordinal
5.	Indeks Massa Tubuh	Indikator untuk mengukur status gizi berdasar usia 5-18 tahun dengan menggunakan rumus <i>Z-score</i> yaitu nilai IMT yang diukur dikurangi median nilai IMT (referensi WHO 2007) dibagi standar deviasi dari standar/ referensi	<ul style="list-style-type: none"> •Sangat kurus → $z\text{-score} > -3$ •Kurus → $-3 \leq z\text{-score} < -2$ •Normal → $-2 \leq z\text{-score} < +1$ •Gemuk → $+1 \leq z\text{-score} < +2$ •Obesitas → $z\text{-score} \geq$ 	<i>Anthr opom etric calcul ator</i> Ordinal

			+2	
6.	Onset Skabies	Waktu yang menunjukkan sejak kapan mengalami keluhan karena penyakit skabies	1. > 3 bulan 2. ≤ 3 bulan	Nominal
7.	Masa Pengobatan Skabies	Penggunaan obat skabies dalam waktu 1 bulan terakhir	• Iya → positif • Tidak → negatif	Nominal
8.	Merokok	Responden merokok dalam 1 bulan terakhir pemeriksaan fisik	• Iya → positif • Tidak → negatif	Nominal
9.	Konsumsi kopi atau susu	Responden mengkonsumsi kopi atau susu dalam 1 bulan terakhir sejak pemeriksaan fisik	• Iya → positif • Tidak → negatif	Nominal

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Lembar *Informed Consent*

Lembar yang berisi pernyataan kesediaan untuk menjadi responden dalam penelitian. Lembar *informed consent* dapat dilihat pada lampiran 3.1.

3.6.2 Lembar Penjelasan Penelitian

Lembar yang berisi penjelasan responden mengenai tujuan penelitian, prosedur penelitian, manfaat penelitian dan kesediaan responden untuk mengikuti atau menolak penelitian. Lembar penjelasan dapat dilihat pada lampran 3.2

3.6.3 Lembar Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Lembar yang digunakan peneliti dalam proses anamnesis dan pemeriksaan fisik yang berisi data diri responden (nama, jenis kelamin, usia, kamar, kelas, alamat), riwayat penyakit sekarang (onset, durasi, frekuensi), riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat pengobatan, riwayat kebiasaan (merokok, minum kopi dan susu), hasil pemeriksaan fisik (berat badan, tinggi badan, IMT, didapatkan 4 tanda kardinal skabies). Lembar anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat dilihat pada lampiran 3.3.

3.6.4 Kuisiener *Perceived Stress Scale - 10 (PSS-10)*

Kuisiener untuk mengukur tingkat stress seseorang selama satu bulan terakhir. Penggunaan kuisiener pada sampel setidaknya berpendidikan sekolah menengah pertama. Kuisiener terdiri atas 10 item pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki rentang skor 0-4. Skor 0 = tidak pernah, skor 1 = hampir tidak pernah, skor 2 = kadang-kadang, skor 3 = agak sering dan skor 4 = sangat sering. Penilaian kuisiener dengan cara mengakumulasikan skor tersebut. Penilaian dibagi dalam 3 kategori, (1) skor 0-13 = stress ringan, (2) skor 14-26 – stress sedang, (3) skor 27-40. Kuisiener PSS-10 yang diterjemahkan dalam bahasa indonesia dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai koefisien *cronbach alpha* sebesar 0,80 (Cohen *et al*, 1983). Kuisiener dapat dilihat pada lampiran 3.4.

3.6.5 Kuisiener *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Kuisiener untuk mengukur tingkat kecemasan yang dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-II)*. Kuisiener berisi 20 item pertanyaan terdiri atas 15 pertanyaan berupa gejala somatis dan 5 pertanyaan tentang gejala sikap. Setiap pertanyaan memiliki rentang skor 1-4. Item pertanyaan nomer 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20 masing-masing memiliki skor 1 = tidak pernah, skor 2 = kadang-kadang, skor 3 = cukup sering, skor 4 = selalu. Sedangkan item pertanyaan nomer 5, 9, 13, 17, 19 masing-masing memiliki skor 1 = selalu, skor 2 = cukup sering, skor 3 = kadang-kadang, skor 4 = tidak pernah. Penilaian

kuisisioner dengan cara mengakumulasikan skor tersebut. Penilaian dibagi dalam 4 kategori, (1) skor 20-44 = normal (2) skor 45-59 = cemas ringan (3) skor 60-74 = cemas sedang (4) 75-80 = cemas berat (Zung, 1971). Kuisisioner yang diterjemahkan kedalam bahasa indonesia memiliki tingkat validitas dengan nilai koefisien *cronbach alpha* sebesar 0,965 dan tingkat realibilitas sebesar 0,932 (Heryana, 2012). Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 3.5.

3.6.6 Kuisisioner *Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS)*

Kuisisioner untuk mengukur tingkat depresi pada semua usia. Kuisisioner berisi 20 item pertanyaan terdiri atas 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif yang meliputi aspek afektif, kognitif, perilaku dan fisiologis. Setiap pertanyaan memiliki rentang skor 1-4. Item pertanyaan nomer 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19 masing-masing memiliki skor 1 = tidak pernah, skor 2 = kadang-kadang, skor 3 = cukup sering dan skor 4 = selalu. Sedangkan item pertanyaan nomer 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 masing-masing memiliki skor 1 = selalu, skor 2 = cukup sering, skor 3 = kadang-kadang dan skor 4 = tidak pernah. Penilaian kuisisioner dengan cara mengakumulasikan skor tersebut. Penilaian dibagi dalam 4 kategori, (1) skor 20-49 = normal (2) skor 50-59 = depresi ringan (3) 60-69 = depresi sedang (4) >70 = depresi berat. (Zung, 1965). Kuisisioner memiliki tingkat validitas dengan nilai koefisien *cronbach alpha* 0,832 (Arias, 2006). Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 3.6.

3.6.7 Kuisisioner *Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)*

Kuisisioner yang berisi 19 item pertanyaan yang meliputi 7 komponen yaitu kualitas tidur subjektif, durasi tidur, latensi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi aktivitas siang hari. Setiap pertanyaan memiliki rentang skor 0-3. Total skor keseluruhan berkisar 0-21. Dinilai kualitas tidur baik jika total skor <5 dan jika >5 dikatakan kualitas tidur buruk. Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 3.7.

3.6.8 Lembar *Visual Analog Scale* (VAS)

Lembar ini berfungsi dalam penentuan intensitas pruritus nokturna. Lembar berisi garis horizontal sepanjang 10 cm, terdapat garis kecil vertikal di sebelah paling kiri yang mempunyai arti tidak gatal dan sebelah paling kanan mempunyai arti paling gatal. Responden menentukan intensitas pruritus nokturna dengan menandai satu titik lokasi pada garis horizontal tersebut. Penilaian dilakukan dengan menghitung panjang titik lokasi yang ditandai responden dari garis kecil vertikal disebelah paling kiri. Skor intensitas dapat dilihat dalam tinjauan pustaka pada halaman 20. Lembar VAS dapat dilihat pada lampiran 3.8.

3.6.9 Alat Pemeriksaan

1. Handscoon
2. Masker
3. Timbangan Berat Badan

Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan yaitu timbangan digital yang sudah dikalibrasi. Satuan berat badan yang digunakan yaitu kilogram (kg).

4. *Microtoise Stature Meter*

Alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan yang dipasang diatas setinggi 200 cm dari atas tanah. Satuan tinggi badan yang digunakan yaitu sentimeter (cm).

5. Penggaris

Alat yang mempunyai panjang 30 cm yang digunakan membantu responden dalam membuat garis vertikal pada lembar *Visual Analog Scale* dan untuk mengukur panjang *Visual Analog Scale* (VAS).

3.7 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primernya yaitu data yang dikumpulkan peneliti dan tim yang terdiri dari 6 orang yang telah memiliki persepsi yang sama mengenai keseluruhan prosedur penelitian. Data primer meliputi data karakteristik responden yang

diperoleh dari lembar anamnesis, data penetapan diagnosis dari pemeriksaan fisik, data tes *Perceived Stress Scale*, tes *Zung Self-rating Anxiety Scale*, tes *Zung Self-rating Depression Scale* yang diperoleh dari responden setelah penetapan diagnosis, data intensitas pruritus nokturna yang diperoleh dari lembar VAS responden dan data kualitas tidur yang diperoleh dari kuisioner PSQI responden. Sedangkan data sekundernya yaitu jumlah santri yang tinggal di asrama putra dalam belakang Nurul Islam Kabupaten Jember.

3.8 Prosedur Penelitian

3.8.1 Ethical Clearance

Sampel pada penelitian ini menggunakan manusia sehingga perlu uji kelayakan etik oleh komisi etik kedokteran. Peneliti mengirim berkas permohonan *ethical clearance* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Penelitian boleh dilaksanakan setelah *ethical clearance* disetujui.

3.8.2 Persiapan dan Perizinan

Peneliti mengajukan surat studi pendahuluan dan surat pengantar penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) untuk ditujukan kepada Dinas Kesehatan Jember dan Kantor Kementerian Agama Jember serta peneliti memohon dibuatkan surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang ditujukan kepada Ketua Asrama Nurul Islam Jember.

3.8.3 Sosialisasi dan Penyuluhan

Melakukan sosialisasi dan penyuluhan kepada seluruh santri yang tinggal di asrama putra dalam belakang Pondok Pesantren Nurul Islam Jember sebagai generalisasi, sehingga populasi menjadi homogen dalam tingkat pengetahuan skabies.

3.8.4 Informed consent

Peneliti meminta persetujuan ketua asrama dengan menandatangani lembar *informed consent* sebagai pengganti wali/orang tua santri sekaligus menjadi saksi penelitian. Setelah itu, calon responden menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden dalam penelitian.

3.8.5 Diagnosis Skabies

Kemudian setelah *informed consent*, peneliti menganamnesis dan melakukan pemeriksaan fisik guna mencari penderita skabies. Diagnosis ditegakan setelah menemukan 2 dari 4 tanda kardinal skabies. Tanda kardinal meliputi gatal malam hari, tinggal di sekelompok orang yang terkena skabies, ditemukan terowongan dan ditemukan tungau skabies dalam bentuk apapun. Penegakan diagnosis dilakukan oleh peneliti dan tim dengan didampingi oleh dokter pondok pesantren.

3.8.6 Penentuan Sampel

Peneliti menentukan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya.

3.8.7 Pengisian lembar VAS dan kuisisioner PSQI

Peneliti meminta responden yang telah menjadi sampel untuk mengisi lembar VAS dan kuisisioner PSQI.

3.9 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan prosedur sebagai berikut.

a) *Cleaning*

Memeriksa kembali kelengkapan data seperti lembar dan kuisisioner yang telah diisi responden maupun peneliti, apakah terdapat jawaban yang tidak jelas tulisanya/ yang keliru/ jawaban ganda ataukah belum terjawab.

b) *Editing*

Mengecek dan memperbaiki kelengkapan data seperti lembar kuisisioner agar relevan.

c) *Coding*

Menetapkan kode berupa angka untuk scoring jawaban responden serta mempermudah dalam hal mengolah data dan pengarsipan data.

d) *Entering*

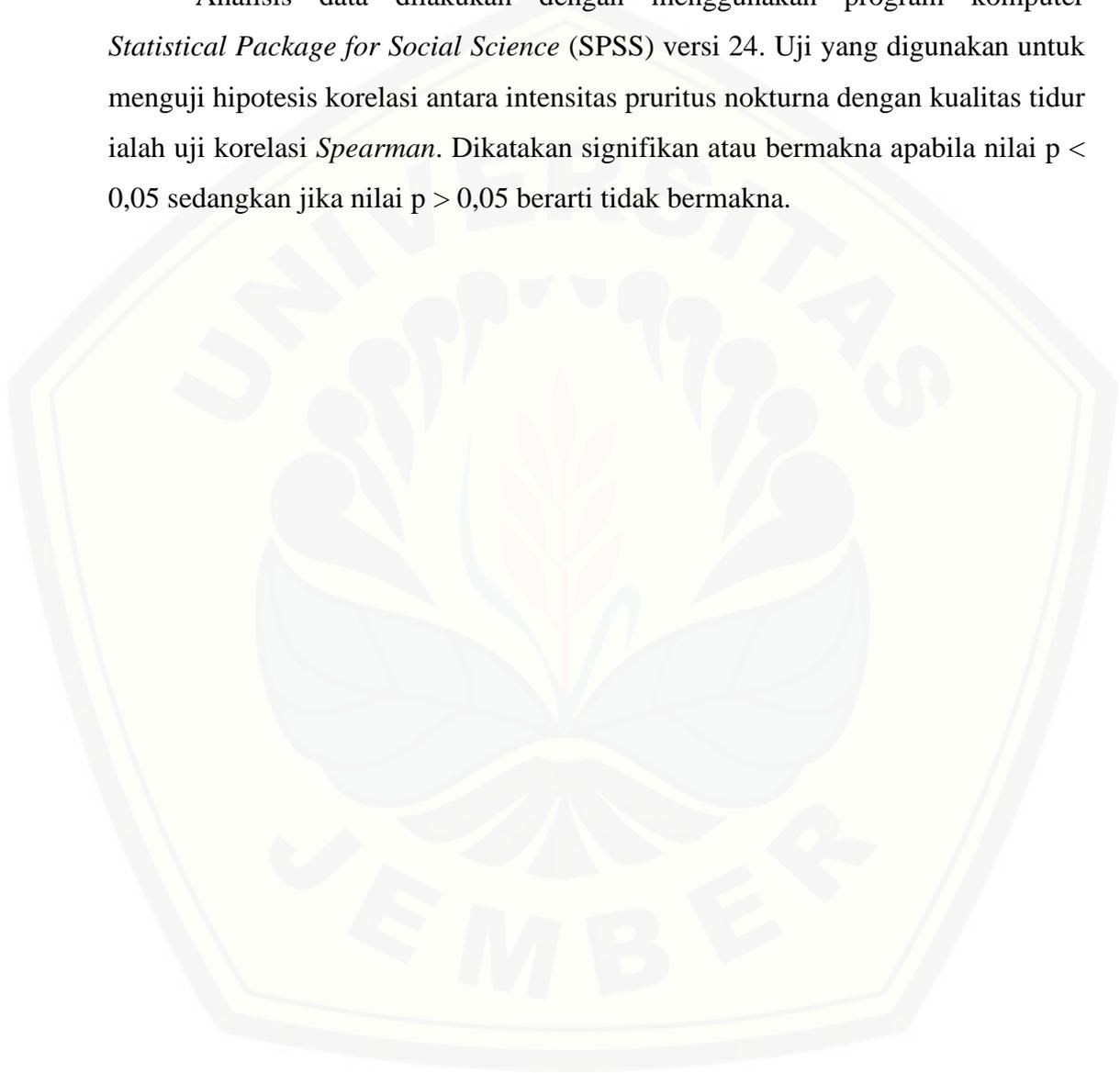
Memasukan data kedalam program komputer untuk dilakukan analisis data.

e) *Tabulating*

Memasukan data kedalam tabel berdasarkan tujuan penelitian.

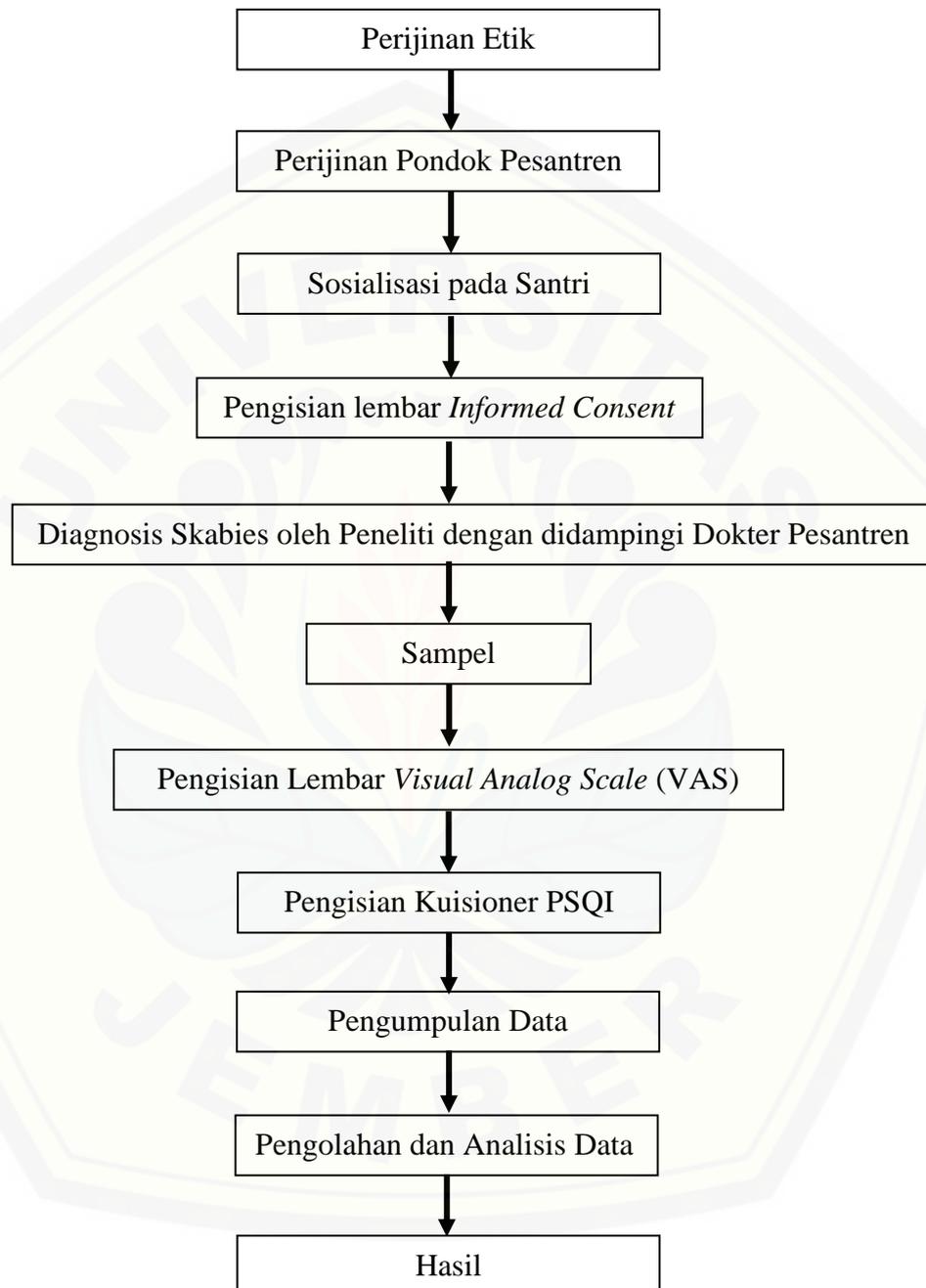
3.9.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versi 24. Uji yang digunakan untuk menguji hipotesis korelasi antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur ialah uji korelasi *Spearman*. Dikatakan signifikan atau bermakna apabila nilai $p < 0,05$ sedangkan jika nilai $p > 0,05$ berarti tidak bermakna.



3.10 Alur Penelitian

Alur penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 3.1



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa kesimpulan diantaranya yaitu:

1. Prevalensi skabies santri putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember berjumlah 160 santri (53%).
2. Intensitas pruritus nokturna pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember diklasifikasikan menjadi 3 jenis, dengan rincian gatal ringan berjumlah 5 santri (22,7%), gatal sedang berjumlah 5 santri (45,5%) dan gatal berat berjumlah 7 santri (31,8%).
3. Santri putra penderita skabies di Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember hampir seluruhnya mengalami kualitas tidur buruk (86,4%) dengan jumlah 19 santri dan sedikit yang mengalami kualitas tidur baik (13,6%) dengan jumlah 3 santri.
4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara intensitas pruritus nokturna dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat diberikan sebagai berikut;

1. Pondok Pesantren
Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar santri di asrama putra menderita skabies maka diharapkan pihak pondok pesantren menata ulang kembali barang dan lemari pada kamar santri agar ruangan tidak lembab. Ponpes juga dapat melakukan penyuluhan PHBS dan cara mencegah serta mengobati skabies kepada santri baru guna untuk meningkatkan pengetahuan dan diharapkan muncul kesadaran untuk berperilaku bersih dan sehat.
2. Santri
Diharapkan santri yang menderita skabies segera berobat ke dokter yang terdapat di pondok pesantren. Santri yang tidak menderita skabies harus tetap

menjaga *hygiene* pribadi dan lingkungan pondok pesantren. Serta santri diharapkan untuk tidur tepat waktu sesuai dengan ketentuan di pondok pesantren

3. Peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya mencari skala pengukuran intensitas pruritus nokturna yang lebih objektif dan juga menambah sampel perempuan agar lebih variatif. Kalau perlu ditambahkan kelompok kontrol untuk membandingkan dengan santri yang tidak menderita skabies.



DAFTAR PUSTAKA

- Al-Halaj, Q. M. 2014. Pengaruh Dzikir Menjelang Tidur terhadap Kualitas Tidur Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Jakarta Timur. *Skripsi*. Jakrta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Ali, K. 2016. Karakteristik Individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies pada Santri. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Anwar, A. I. 2014. *Penyakit Skabies*. Makassar: Dua Satu Press.
- Arias, A. C., L. A. D. Martinez, G. E. R. Jaimes, L. D. P. Caldena, dan N. L. Hernandez. 2006. Validation of zung self-rating depression scale among the colombian general population. *Social Behavior and Personality*. 34(1): 87-94.
- Arifuddin, A., H. Kurniawan, dan Fitriani. 2016. Faktor Resiko Kejadian *Scabies* di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*. 3(2) : 40-59.
- Azizah, N. N. 2013. Hubungan antara Kebersihan Diri dan Lama Tinggal dengan Kejadian Penyakit Skabies di Pon-pes Al-Hamdulillah Rembang. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Azizah, U. 2012. Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Baso, M. C., F. L. F. G. Langi, dan S. A. S. Sekeon. 2018. Hubungan antara Aktivitas Fisik dengan Kualitas Tidur pada Remaja di SMA Negeri 9 Manado. *Jurnal Kesmas*. 7(5): 1-6.
- Berman, A., S. J. Synder, B. Kozier, dan G. Erb. 2008. *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 8th Ed. New Jersey: Pearson Education Inc.

- Boediardja, S. A., dan R. P. Handoko. 2016. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ketujuh, cetakan ketiga. Jakarta: FKUI.
- Buyse, D. J., C. F. Reynolds, T. H. Monk, S. R. Berman, dan D. J. Kupfer. 1989. The pittsburgh quality index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatric Research*. 28(2): 193-213.
- CDC. 2018. Scabies. <https://www.cdc.gov/dpdx/scabies/index.html>. [Diakses pada 17 Februari 2019].
- Cohen, S., T. Kamarck, dan R. Mermelstein. 1983. A Global Measure of Perceived Stress. *American Sociological Association*. 24(4): 385-396.
- Curcio, G., D. Tempesta, S. Scarlata, C. Marzano, F. Moroni, P. M. Rossini, M. Ferrera, dan L. D. Gennaro. 2012. Validity of the italian version of the pittsburgh severity quality index (PSQI). *Neurol Sci*. 34: 511-519.
- Diaz, J. H. 2015. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principle and Practice of Infectious Disease*. 8th Ed. Philadelphia: Elsevier Inc.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Jumlah Kasus Skabies pada Setiap Kecamatan di Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Erfrandau, A. 2016. Pengaruh Terapi Tawa Terhadap Kualitas Tidur Lansia di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Failasufi, K., Y. Hapsari, dan W. S. Affarah. 2016. Hubungan Tingkat Pruritus dengan Tingkat Keparahan Lesi Skabies pada Santi di Pondok Pesantren Al-Aziziyah Gunungsari Nusa Tenggara Barat Tahun 2015. *Jurnal Kedokteran Unram*. 6(1): 1-7.
- Flowerenty, D. D. 2015. Pengaruh *Therapeutic Exercise Walking* terhadap Kualitas Tidur Klien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

- Galea, M. 2008. Subjective Sleep Quality in The Elderly: Relationship to Anxiety, Depressed Mood, Sleep Beliefs, Quality of Life, and Hypnotic Use. *Tesis*. Australia: Victoria University.
- Gani, L. R. 2018. Hubungan antara Kebisingan di Tempat Kerja dengan Kualitas Tidur pada Pekerja Pabrik Pengolahan Kayu P.T Muroco Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Gani, M. R. P. 2016. Hubungan riwayat atopi dengan Tingkat Keparahan Lesi Skabies pada Santri yang Tinggal di Asrama Pondok Pesantren Al-Aziziyah Kapek Gunungsari Lombok Barat Nusa Tenggara Barat Tahun 2015. <http://eprints.unram.ac.id/9035/>. [Diakses 17 Februari 2019].
- Guyton, A. C., dan J. E. Hall. 2011. *Textbook of Medical Physiology*. Twelfth Edition. Singapore: Elsevier Inc. Terjemahan oleh E. I. I. Ilyas. 2014. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 12. Singapore: Elsevier Pte. Ltd.
- Haningsih, S. 2008. Peran Strategis Pesantren, Madrasah dan Sekolah Islam. *Jurnal Pendidikan Islam El-Tarbawi*. 1(1): 27-39.
- Hapsari, N. I. W. 2014. Hubungan Karakteristik, Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Scabies Di Pondok Pesantren Darul Amanah Desa Kabunan Kecamatan Sukorejo Kabupaten Kendal. *Skripsi*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Heo, Y. S., S. J. Chang, S. G. Park, J. H. Leem, S. H. Jeon, B. J. Lee, K. Y. Rhee, dan H. C. Kim. 2013. Association workplace risk factor exposure and sleep disturbance: analysis of the 2nd korean working conditions survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 25(41); 1-11.
- Heryana, D. 2012. Hubungan antara Tingkat Kecemasan dan Kepercayaan Diri dengan Kinerja Wasit Bulutangkis Dalam Memimpin Suatu Pertandingan. *Skripsi*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Heukelbach, J., T. Wilcke, B. Winter, dan H. Feldmeier. 2005. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis in resource-poor communities in brazil. *British Journal of Dermatology*. 153: 150-156.
- Hidayat, A. A. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hirshkowitz, M., K. Whiton, S. M. Albert, C. Alessi, O. Bruni, L. DonCarlos, N. Hazen, J. Herman, E. S. Katz, L. K. Gozal, D. N. Neubauer, A. E. O'Donnell, M. Ohayon, J. Peever, R. Rawding, R. C. Sachdeva, B. Setters, M. V. Vitiello, J. C. Ware, dan P. J. A. Hillard. 2014. National sleep foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Elsevier*. (1): 40-43.
- Holt, D. C., K. Fischer, G. E. Allen, D. Wilson, P. Wilson, R. Slade, B. J. Currie, S. F. Walton, dan D. J. Kemp. 2003. Mechanism for a novel immune evasion strategy in the scabies mite *Sarcoptes scabiei*: a multigene family of inactive serine protease. *The Journal of Investigative Dermatology*. 121: 1419-1424.
- Ibadurrahmi, H., S. Veronica, dan N. Nugrohowati. 2016. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian penyakit skabies pada santri pondok pesantren qotrun nada cipayung depok feburuari tahun 2016. *Jurnal Profesi Medika*. 10(1): 33-45.
- Jackson, A., J. Heukelbach, A. F. D. S. Filho, E. D. B. C. Junior, dan H. Feldmeier. 2007. Clinical features and associated morbidity of scabies in a rural community in alagoas brazil. *Tropical Medicine and International Health*. 12(4): 493-502.
- Jannic, A., C. Bernigaude, E. Brenaut, dan O. Chosidow. 2018. Scabies itch. *Dermatol Clin*. 36(3): 301-308.
- Karimkhani, C., D. V. Colombara, A. M. Drucker, S. A. Norton, R. Hay, D. Engelman, A. Steer, M, Whitfeld, M. Naghavi, dan R. P. Dellavalle. 2017. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet Infect Dis*. 17(12): 1247-1254.
- Kementrian Agama Kabupaten Jember. 2015. *Jumlah dan Alamat Pondok Pesantren di Kabupaten Jember*. Jember: Kementrian Agama Kabupaten Jember.
- Kurniati, I. Zulkarnain, dan M. Y. Listiawan. 2014. Kesesuaian gambaran klinis patognomonis infestasi skabies dengan kepositifan pemeriksaan dermoskop dan kerokan kulit. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan kelamin*. 26(1): 14-21.

- Kusumastuti, R. A. 2016. Hubungan antara Skabies dengan Kualitas Tidur di Pondok Pesantren Miftakhurrosyidin. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Kozier, B. E. 1998. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 5th Ed. California: Addison Wesley Longman Inc.
- Kustantie, A. M., K. Rachmawati, dan Musafaah. 2016. Perilaku pencegahan penyakit terhadap kejadian skabies pada santri di pondok pesantren al-falah putera banjarbaru. *Dunia Keperawatan*. 4(1): 1-7.
- Lathifa, M. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Suspect Skabies pada Santriwati Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia Kec. Ampek Angkek Kab. Agam Sumatera Barat Tahun 2014. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Leone, P. A. 2007. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. *Clinical Infectious Diseases*. 44: 153-159.
- Lavery, M. J., C. Stull, M. O. Kinney, dan G. Yosipovitch. 2016. Nocturnal pruritus: the battle for a peaceful night's sleep. *International Journal of Molecular Science*. 17(3): 425.
- Ma'rufi, I., S. Keman., dan H. B. Notobroto. 2005. Faktor sanitasi lingkungan yang berperan terhadap prevalensi penyakit scabies. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2(1): 11-18.
- Masdar, H., P. A. Saputri, D. Rosdiana, F. Chandra, dan Darmawi. 2016. Depresi, anxiety, dan stress serta hubungannya dengan obesitas pada remaja. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 12(4): 138-143.
- Mattwyoff, G., dan T. L. Chiong. 2010. Parasomnia: an overview. *Indian Journal of Medical Research*. 131: 333-337.
- Merti, L. G. I. A. 2017. Hubungan Skabies dengan Prestasi Belajar pada Santri Pondok Pesantren di Bandar Lampung. *Skripsi*. Lampung: Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Missouri Departement of Health and Senior Services. 2011. Scabies. <https://health.mo.gov/lab/scabies.php>. [Diakses pada 17 Februari 2019].

- Muftiani, I. 2012. Perbedaan Kualitas Tidur antara Pasien Asma dan Pasien TB Paru. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Nandira, A. A. 2018. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Natadisastra, D., dan R. Agoes. 2009. *Parasitologi Kedokteran Ditinjau dari Organ Tubuh yang Diserang*. Jakarta: EGC.
- Nuraini, N., dan R. A. Wijayanti. 2016. Hubungan jenis kelamin dan tingkat pengetahuan dengan kejadian skabies di pondok pesantren nurul islam jember. *Jurnal Inovasi*. 42-47.
- Phan, N. Q., C. Blome, F. Fritz, J. Gerss, A. Reich, T. Ebata, M. Augustin, J. C. Szepietowski, dan S. Stander. 2012. Assessment of pruritus intensity: prospective study and validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol*. 92: 502-507.
- Paramita, K., dan Sawitri. 2015. Profil skabies pada anak. *Periodical of Dermatology and Venereology*. 27(1): 41-47.
- Patel, T., Y. Ishiujji, dan G. Yosipovitch. 2007. Nocturnal itch: why do we itch at night. *Acta Derm Venereol*. 87: 295-298.
- Pitaloka, R. D., G. T. Utami, dan R. Novayelinda. 2015. Hubungan kualitas tidur dengan tekanan darah dan kemampuan konsentrasi belajar mahasiswa program studi ilmu keperawatan universitas riauw. *Jurnal Online Mahasiswa*. 2(2): 1435-1443.
- Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A., dan A. G. Perry. 2011. *Basic Nursing*. 7th Ed. Canada: Mosby.
- Prayogi, S., dan B. Kurniawan. 2016. Pengaruh personal hygiene dalam pencegahan penyakit skabies. *Majority*. 5(5): 140-143.

- Purwanto, N. F. 2016. Hubungan antara Penyakit Skabies dengan Tingkat Kualitas Hidup Santri di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Pusarawati, S., B. Ideham, Kusmartinawati, I. S. Tantular dan S. Basuki. 2013. *Atlas Parasitologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Putri, B. S. S. A. 2011. Hubungan Higiene Perseorangan, Sanitasi Lingkungan dan Status Gizi terhadap Kejadian Skabies pada Anak. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Qonita, H. 2015. Perbandingan Efektivitas Terapi Kombinasi Salep 3-6 dan Sabun Sulfur 10% dengan 3-6 Tunggal pada Pengobatan Skabies di Pondok Pesantren Ummul Qura. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Ratnasari, A. F., dan S. Sungkar. 2014. Prevalensi skabies dan faktor-faktor yang berhubungan di pesantren X jakarta timur. *eJurnal Kedokteran Indonesia*. 2(1): 7-12.
- Reich, A., Heisig, M, N. Q. Phan, K. Taneda, K. Takamori, S. Takeuchi, M. Furue, C. Blome, M. Augustin, S. Stander, dan J. C. Szepietowski. 2012. Visual analogue scale: evaluation of the instrumen for the assessment of pruritus. *Acta Derm Venereol*. 92: 497-501.
- Ridwan, A. R., Sahrudin, dan K. Ibrahim. 2017. Hubungan pengetahuan, personal hygiene dan kepadatan hunian dengan gejala penyakit skabies pada santri di pondok pesantren darul muklisin di kota kendari 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2(6): 1-8.
- Rohmawati, R. N. 2010. Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Saryono., dan A. T. Widiанти. 2010. *Catatan Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sherwood, L. 2013. *Introduction to Human Physiology*. 8th Ed. Singapore: Cengage Learning. Terjemahan oleh B. U. Pendit. 2014. *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Silvanasari, I. A. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah

- Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Sriwinarti, I. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Higienitas Pasien Skabies di Puskesmas Panti Tahun 2014. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Shahid, H., K. Wilkinson, S. Marcu, dan C. M. Shapiro. 2012. *Stop, that and one hundred other sleep scales*. USA: Springer Science.
- Sudarsono., C. Tanjung, S. Lakswinar, dan E. A. Yusuf. 2012. Pengaruh skabies terhadap prestasi belajar santri di sebuah pesantren kota medan. *MDVI*. 39(3): 108-112.
- Sungkar, S. 2016. *Skabies*. Jakarta: FKUI.
- Sutanto, I., I. S. Ismid, P. K. Sjarifuddin, dan S. Sungkar. 2008. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi keempat, cetakan kelima. Jakarta: FKUI.
- Tortorra, G. J., dan B. Derrickson. 2009. *Principle of Anatomy and Physiology*. 12th Ed. USA: Jhon Wiley & Sons.
- Trihono, P. P., M. M. Djer, H. A. Sjakti, T. W. Hendrarto, dan T. Prawitasari. 2013. *Best Practices in Pediatrics*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia cabang DKI Jakarta.
- Trisnanta, A. 2011. Perbedaan Angka Kejadian Skabies Berdasarkan Status Gizi pada Santri Pondok Pesantren. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Yaqin, U. F. N. 2016. Hubungan Kualitas Tidur dengan Tekanan Darah pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Wold, G. H. 2008. *Basic Geriatric Nursing*. Canada: Mosby Elsevier.
- Zaelany, A. I. 2017. Perbandingan Efektivitas Sabun Sulfur 10% dengan Salep 2-4 sebagai Pengobatan Tunggal dan Kombinasi pada Penyakit Skabies. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Zung, W.W.K. 1971. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*. 12(6): 371-379.

Zung, W.W.K., dan Durham. 1965. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 12: 63-70.



Lampiran 3.1 Informed Consent

LEMBAR INFORMED CONCENT

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Kelas :

Kamar :

telah memahami segala informasi yang didapatkan melalui penjelasan penelitian yang dilakukan oleh Ghani Silahuddin (NIM 152010101047) dengan judul penelitian “Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Santri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember”. Manfaat yang didapatkan responden meliputi: (1) informasi mengenai penyakit skabies dan dampaknya (2) Edukasi dalam hal cara pencegahan penyakit skabies dan pengobatannya (3) Mendapat sabun sulfur untuk mengurangi gatal dari penyakit skabies.

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi responden penelitian dengan catatan sebagai berikut.

1. Penelitian ini tidak beresiko mambahayakan diri saya.
2. Data atau catatan pribadi tentang penelitian ini akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.
3. Saya berhak mengundurkan diri dari penelitian tanpa ada sanksi apapun.

Demikian pernyataan ini saya buat secara sukarela dengan sebenar-benarnya serta tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jember,.....2019

Peneliti

Responden Penelitian

(.....)

(.....)

Saksi dari Ketua Asrama MTs

(.....)

Lampiran 3.2 Lembar Penjelasan Penelitian

No. Sampel:

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Perkenalkan nama saya Ghani Silahuddin, selaku mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember sedang melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan antara Intensitas Pruritus Nokturna dengan Kualitas Tidur pada Santri Penderita Skabies di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Kabupaten Jember”. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan mengetahui hubungan antara intensitas pruritus nokturna (gatal pada malam hari) dengan kualitas tidur pada santri penderita skabies di asrama putra Pondok Pesantren Nurul Islam Jember. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan informasi mengenai permasalahan kesehatan penyakit skabies dan dampaknya bagi anda.

Anda berhak secara bebas memilih tanpa paksaan pihak manapun untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak ikut. Apabila anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, anda akan diminta menandatangani lembar *informed consent* (persetujuan), mengikuti pemeriksaan fisik, mengisi kuisioner *Perceived Stress Scale – 10* (PSS-10), *Zung Self-rating Anxiety Scale* (ZSAS) dan *Zung Self-rating Depression Scale* (ZSDS) untuk mengetahui apakah terdapat gangguan depresi, kecemasan dan stress pada diri anda, Setelah itu, anda diminta untuk mengisi lembar *Visual Analog Scale* (VAS) untuk mengetahui intensitas pruritus nokturna (gatal pada malam hari) dan mengisi kuisioner PSQI untuk mengetahui kualitas tidur anda. Selama penelitian berlangsung, anda juga berhak mengundurkan diri setiap saat tanpa dikenai sanksi apapun.

Manfaat yang anda dapatkan dari penelitian ini ialah diberikan edukasi mengenai cara mencegah skabies dan pengobatannya. Selain itu, anda akan diberikan sabun sulfur untuk mengurangi gatal dari penyakit skabies tersebut. Dalam penelitian ini tidak mengandung resiko bahaya apapun, apabila didalam penelitian ini terjadi resiko maka akan menjadi tanggung jawab saya sebagai peneliti. Semua data anda akan dirahasiakan dan dokumen yang berkaitan dengan identitas anda hanya akan digunakan untuk pengolahan data. Saya selaku peneliti

memohon kesediaan anda menjadi sukarelawan dalam penelitian ini. Apabila anda menyetujui menjadi sukarelawan penelitian ini, saya mohon untuk mengisi lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas kerjasama Anda, saya mengucapkan terimakasih.



Lampiran 3.3 Lembar Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Nama Peneliti :

Tanggal :

LEMBAR ANAMNESIS & PEMERIKSAAN FISIK**A. Identitas Diri**

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Tempat, tanggal lahir :
4. Usia :
5. Kelas :
6. Kamar :
7. Berat / tinggi badan : Kg / cm
8. IMT :

B. Riwayat Penyakit Sekarang

- Keluhan Utama : Gatal-gatal/ lainnya
- Onset : ≤ 3 bulan > 3 bulan /
- Faktor yang memperberat :
- Faktor yang meringankan :
- Ditemukan 2 atau lebih tanda kardinal
 - Gatal malam hari
 - Teman sekelas/sekamar punya keluhan sama
 - Ditemukan terowongan pada tempat predileksi
 - Ditemukan tungau dalam stadium apapun
- Keluhan lain:
 - Dermatitis Atopik Psoriasis Urtikaria Jamur

C. Riwayat Penyakit Dahulu

- Apakah Anda dulu pernah mengalami keluhan yang sama?
Jawab: Iya Tidak
- Jika iya, terakhir kapan?
Jawab:

- Penyakit apa saja yang pernah Anda alami?

Jawab:

Dermatitis Atopik Psoriasis Urtikaria Jamur

- Kapan terakhir mengalami penyakit tersebut/ terakhir kambuh?

Jawab:

D. Riwayat Penyakit Keluarga

- Apakah anggota keluarga dan teman pondok sekamar pernah punya penyakit/ keluhan seperti ini?

Jawab: Iya Tidak

E. Riwayat Pengobatan

- Apakah Anda pernah menggunakan obat skabies sebelumnya? ,

Jawab: Iya Tidak

- Jika iya, terakhir menggunakan kapan?

Jawab: < 1 bulan 1 bulan

- Obat apa saja yang anda konsumsi selama satu bulan terakhir?

Jawab:

F. Riwayat Kebiasaan

- Selama satu bulan terakhir, apakah Anda merokok?

Jawab: Iya Tidak

- Selama satu bulan terakhir, apakah Anda minum minuman beralkohol?

Jawab: Iya Tidak

- Selama satu bulan terakhir, apakah Anda mengkonsumsi kopi?

Jawab: Iya Tidak

- Selama satu bulan terakhir, apakah Anda mengkonsumsi susu?

Jawab: Iya Tidak

- Selama satu bulan terakhir, kegiatan apa saja yang Anda lakukan selain yang tercantum di jadwal sekolah dan jadwal pondok?

Jawab: Ekstrakurikuler :

Lainnya.....

Lampiran 3.4 Kuisisioner *Perceived Stress Scale*

Nama Peneliti :

Tanggal :

KUISISIONER PERCEIVED STRESS SCALE

Nama Lengkap :

Kamar :

Petunjuk Pengisian

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan mengenai perasaan dan pikiran Saudara selama satu bulan terakhir. Terdapat lima pilihan jawaban yang telah disediakan sebagai berikut.

0 = Tidak Pernah**1 = Hampir Tidak Pernah (1-2 kali)****2 = Kadang-Kadang (3-4 kali)****3 = Agak Sering (5-6 kali)****4 = Sangat Sering (>6 kali)**

Jawablah pertanyaan dibawah dengan cara **melingkari (O)** pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan perasaan dan pikiran Saudara **selama satu bulan terakhir**.

No	Pertanyaan	Jawaban				
		0	1	2	3	4
1	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa kesal karena terjadi sesuatu yang tidak diharapkan?	0	1	2	3	4
2	Selama sebulan terakhir, seberapa sering bahwa Anda tidak dapat mengontrol hal-hal penting dalam hidup Anda?	0	1	2	3	4
3	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasagrogri dan tertekan?	0	1	2	3	4
4	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa yakin akan kemampuan Anda untuk menghadapi	0	1	2	3	4

	masalah personal Anda?					
5	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda hal-hal terjadi sesuai rencana Anda?	0	1	2	3	4
6	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa tidak dapat mengatasi hal-hal yang harus Anda lakukan?	0	1	2	3	4
7	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda dapat mengatasi gangguan yang terjadi dalam hidup Anda?	0	1	2	3	4
8	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa bahwa Anda dapat mengontrol segala hal dengan baik?	0	1	2	3	4
9	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa marah karena hal-hal yang terjadi diluar kontrol Anda?	0	1	2	3	4
10	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa berada dalam kesulitan yang berat sehingga Anda tidak dapat mengatasinya?	0	1	2	3	4

Lembar 3.5 Kuisiener Zung Self-rating Anxiety Scale

Nama Peneliti :

Tanggal :

KUISIONER ZUNG SELF-RATING ANXIETY SCALE**Petunjuk Pengisian**

Untuk setiap item dibawah ini, berilah tanda **centang (V)** pada kolom yang menggambarkan seberapa sering Saudara merasa atau berperilaku seperti ini selama satu bulan terakhir.

No	Item	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Selalu
1	Saya merasa gugup dan gelisah lebih dari biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3	Saya mudah merasa marah atau mudah merasa panik				
4	Saya merasa seperti hancur dan berantakan				
5	Saya merasa segalanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang terjadi				
6	Lengan dan kaki saya getar dan gemetar				
7	Saya terganggu dengan sakit kepala dan leher serta sakit punggung				
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah				

9	Saya merasa tenang dan dapat duduk santai dengan mudah				
10	Saya bisa merasakan jantung saya berdetak cepat				
11	Saya terganggu dengan datangnya rasa pusing				
12	Saya kesulitan berbicara atau merasa susah berbicara				
13	Saya bisa bernafas dengan mudah				
14	Saya merasakan mati rasa dan kesemutan di jari-jari dan kaki saya				
15	Saya terganggu dengan sakit perut/ masalah penenaan				
16	Saya sering buang air kecil				
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat				
18	Wajah saya mudah menjadi panas dan memerah				
19	Saya dapat tidur dengan mudah dan beristirahat di malam hari dengan baik				
20	Saya mengalami banyak mimpi buruk				

Lembar 3.6 Kuisiuner Zung Self-rating Depression Scale

Nama Peneliti :

Tanggal

KUISIONER ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE**Petunjuk Pengisian**

Untuk setiap item dibawah ini, berilah tanda **centang (V)** pada kolom yang menggambarkan seberapa sering Saudara merasa atau berperilaku seperti ini selama satu bulan terakhir.

No	Item	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Selalu
1	Saya merasa tidak bersemangat dan sedih				
2	Saya merasa paling bersemangat di pagi hari				
3	Saya menangis atau merasa seperti ingin menangis				
4	Saya mengalami kesulitan tidur pada malam hari				
5	Saya makan sebanyak yang biasa saya makan				
6	Saya merasa dicintai				
7	Saya merasa berat badan saya turun				
8	Saya mengalami masalah konstipasi (BAB)				
9	Jantung saya berdetak lebih cepat dari normal				
10	Saya merasa lelah tanpa alasan				

	tertentu				
11	Pikiran saya jernih seperti biasanya				
12	Saya merasa mudah melakukan hal-hal yang biasa saya lakukan				
13	Saya merasa gelisah dan tidak dapat tenang				
14	Saya merasa penuh harapan akan masa depan				
15	Saya lebih mudah tersinggung dari biasanya				
16	Saya merasa mudah membuat keputusan				
17	Saya merasa beruna dan dibutuhkan				
18	Hidup saya cukup bermakna				
19	Saya merasa orang lain akan lebih baik jika saya mati				
20	Saya masih menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan				

Lembar 3.7 Kuisisioner *Pittsburgh Severity Quality Index*

Nama Peneliti :

Tanggal :

KUISISIONER *PITTSBURGH SEVERITY QUALITY INDEX* (PSQI)**TENTANG KUALITAS TIDUR**

Nama Lengkap :

Kelas :

Petunjuk

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berhubungan dengan kualitas tidur Anda selama satu bulan (30 hari) terakhir saja. Jawaban Anda harus benar-benar menggambarkan kebiasaan tidur Anda pada malam hari selama satu bulan terakhir. Jawablah semua pertanyaan yang ada.

1. Selama satu bulan terakhir, pukul berapa biasanya Anda beranjak ke tempat tidur di malam hari?

WAKTU KE TEMPAT TIDUR

2. Selama satu bulan terakhir, berapa menit waktu yang Anda biasanya butuhkan mulai dari berbaring hingga benar-benar tertidur setiap malamnya?

WAKTU (DALAM MENIT)

3. Selama satu bulan terakhir, pukul berapa Anda biasanya bangun dari tempat tidur di pagi hari?

WAKTU BANGUN DARI TEMPAT TIDUR

4. Selama satu bulan terakhir, berapa jam Anda benar-benar tidur setiap malamnya? (Lamanya waktu ini bisa berbeda dengan lamanya waktu yang Anda habiskan di tempat tidur.)

LAMA TIDUR SETIAP MALAM (DALAM JAM)

Jawablah setiap pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda silang [X] pada kolom yang telah disediakan. Jawablah semua pertanyaan yang ada.

5. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami gangguan tidur karena?

a) Tidak dapat tidur walaupun sudah berbaring selama 30 menit atau lebih

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

b) Terbangun di tengah malam atau terlalu pagi

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

c) Terpaksa bangun untuk ke kamar mandi

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

d) Tidak bisa bernafas dengan nyaman

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

e) Batuk atau mendengkur (mengorok) dengan keras

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

f) Merasa kedinginan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

g) Merasa kepanasan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

h) Mengalami mimpi buruk

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

i) Merasa nyeri/kesakitan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

j) Satu atau beberapa alasan lainnya, mohon jelaskan (contoh: merasa gatal-gatal)

Karena satu atau beberapa alasan tersebut, selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami gangguan tidur

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

6. Selama satu bulan terakhir, bagaimana kualitas tidur Anda secara keseluruhan
- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangat baik | <input type="checkbox"/> Kurang baik |
| <input type="checkbox"/> Cukup baik | <input type="checkbox"/> Sangat buruk |
7. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda minum obat untuk membantu Anda tidur (baik obat resep dokter atau membeli sendiri)?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |
8. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda merasa mengantuk ketika mengendarai kendaraan, makan, atau melakukan kegiatan dengan orang lain?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |
9. Selama satu bulan terakhir, apakah Anda mendapat kesulitan untuk tetap bersemangat menyelesaikan pekerjaan/kegiatan?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak pernah selama sebulan terakhir | <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali seminggu |
| <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali seminggu | <input type="checkbox"/> Tiga kali atau lebih seminggu |

Lampiran 3.8 Lembar *Visual Analog Scale***LEMBAR VISUAL ANALOG SCALE**

Petunjuk:

- Perhatikan gambar garis horizontal berukuran 10 cm dibawah ini.
- Ujung kiri terdapat garis vertikal yang menunjukkan makna tidak gatal sedangkan ujung kanan terdapat garis vertikal yang menunjukkan makna paling gatal.
- Gambarlah garis vertikal pada satu titik lokasi di garis horizontal tersebut berdasarkan intensitas (berat ringanya) gatal yang Anda rasakan.

Tidak Gatal

Paling Gatal



Lampiran 4.1 Karakteristik Penderita Skabies

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
1	ANA	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	30	140	-1,99	Normal
2	BDA	7	13	> 3 bulan	+	-	+	-	40,6	147,5	-0,06	Normal
3	DRI	7	13	< 3 bulan	+	-	-	-	33	144	-1,55	Normal
4	MI	7	13	< 3 bulan	+	+	+	-	42,8	150,5	0,07	Normal
5	RWA	7	13	< 3 bulan	+	-	+	+	45	156	-0,11	Normal
6	RFS	7	13	< 3 bulan	+	-	+	+	50,5	161	0,31	Normal
7	BFP	7	12	< 3 bulan	+	-	-	-	39	145	0,2	Normal
8	ABA	7	12	< 3 bulan	+	-	+	-	38,7	142,5	0,41	Normal
9	AAA	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	35	146	-1,22	Normal
10	AKD	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	41,4	152,5	-0,44	Normal
11	MAF	7	13	< 3 bulan	-	-	+	+	38,6	137,5	0,66	Normal
12	MAS	7	14	> 3 bulan	-	-	+	+	40	150	0,98	Normal
13	MF	7	13	< 3 bulan	+	-	+	+	50	146	-0,05	Normal
14	MHA	7	12	> 3 bulan	+	-	+	-	28,5	130	-0,64	Normal
15	MIA	7	12	< 3 bulan	-	-	+	-	39	147	-0,03	Normal
16	N	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	44,6	148	0,64	Normal
17	AW	7	14	< 3 bulan	-	+	+	+	35	146	-1,57	Normal
18	ABA	7	13	> 3 bulan	-	-	+	+	33	142,4	-1,31	Normal
19	MYH	7	13	< 3 bulan	+	+	+	-	61,1	161,5	1,54	Gemuk
20	RBA	7	13	< 3 bulan	+	-	-	+	35,2	138	-0,11	Normal
21	ADY	7	13	< 3 bulan	+	-	+	+	45	149	0,61	Normal
22	FA	7	14	< 3 bulan	-	+	+	+	43,5	150	-0,13	Normal
23	HMR	7	14	< 3 bulan	-	-	+	+	45	151	0,12	Normal

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
24	JUA	7	12	< 3 bulan	-	-	+	+	38	149,5	-0,56	Normal
25	MI	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	37,9	150	-0,96	Normal
26	MAN	7	12	< 3 bulan	-	-	+	+	36,5	148	-0,75	Normal
27	AZW	7	13	> 3 bulan	-	-	+	-	37,5	149	-0,94	Normal
28	MFA	7	14	< 3 bulan	-	-	-	-	52,9	145	1,72	Gemuk
29	MRA	7	13	< 3 bulan	+	-	-	-	50,8	151	1,24	Gemuk
30	MSM	7	13	< 3 bulan	-	+	+	-	49,7	174,5	-1,28	Normal
31	MAA	7	13	< 3 bulan	-	+	+	+	45	143,5	1,12	Gemuk
32	MDR	7	13	> 3 bulan	-	-	-	+	36,1	141	-0,27	Normal
33	AP	7	12	< 3 bulan	-	-	-	-	31,9	141,5	-1,21	Normal
34	MF	7	13	< 3 bulan	+	-	+	+	51,3	145	1,77	Gemuk
35	MRA	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	28,1	134	-1,73	Normal
36	MAS	7	12	< 3 bulan	-	-	+	-	26,5	133,5	-1,98	Normal
37	AAH	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	39,3	148	-0,54	Normal
38	AIN	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	56,3	172	0,13	Normal
39	ANZ	7	13	< 3 bulan	-	-	+	+	38,9	146,5	-0,28	Normal
40	FMA	7	13	< 3 bulan	+	-	-	-	52,5	153,5	1,24	Gemuk
41	HAN	7	12	< 3 bulan	+	-	-	+	37,4	145	-0,15	Normal
42	LHA	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	37,5	136,5	0,56	Normal
43	MIH	7	13	> 3 bulan	+	+	+	-	35	130	0,76	Normal
44	MAP	7	13	< 3 bulan	+	-	+	-	41,5	154,5	-0,66	Normal
45	MAS	7	13	> 3 bulan	+	+	+	+	43	158,5	-0,81	Normal
46	RAR	7	13	> 3 bulan	+	-	+	-	48,6	147	-0,19	Normal
47	RAY	7	14	> 3 bulan	+	-	-	-	38,1	144,5	-0,54	Normal
48	AM	7	12	> 3 bulan	+	-	+	-	33	154	-2,82	Kurus

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
49	FIR	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	40,8	155	-0,88	Normal
50	IAR	7	12	> 3 bulan	-	-	-	-	42	152	0,03	Normal
51	MAS	7	13	> 3 bulan	+	-	-	-	38,8	142,5	0,16	Normal
52	MRS	7	13	> 3 bulan	-	-	-	-	53,4	158	0,98	Normal
53	MRD	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	35	151	-1,95	Normal
54	MVE	7	13	> 3 bulan	+	+	+	+	51,9	145	1,83	Gemuk
55	MKH	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	40,4	152	-0,6	Normal
56	MSA	7	14	> 3 bulan	+	-	-	-	41,5	151	-0,57	Normal
57	AI	7	13	< 3 bulan	-	-	+	+	44,9	160,5	-0,63	Normal
58	ARH	7	12	< 3 bulan	-	-	-	-	35,7	144,5	-0,51	Normal
59	ABB	7	14	< 3 bulan	+	-	+	-	40,8	152	-0,85	Normal
60	ARP	7	12	< 3 bulan	+	-	+	+	32,1	139,5	-0,85	Normal
61	ANP	7	13	< 3 bulan	+	-	-	-	31	144	-2,26	Kurus
62	AR	7	13	> 3 bulan	+	-	+	+	53,2	146,5	1,85	Normal
63	AWF	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	34,8	148,5	-1,64	Normal
64	BA	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	38	164	-2,94	Normal
65	BBI	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	25,7	128	-1,71	Normal
66	ENM	7	12	< 3 bulan	-	-	+	+	40,5	143	0,7	Normal
67	FMU	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	81	168	2,43	Gemuk
68	GMR	7	13	> 3 bulan	-	-	-	+	35,6	139	-0,14	Normal
69	IZU	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	56	153	1,66	Gemuk
70	IMP	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	39,2	146	-0,16	Normal
71	MAM	7	13	> 3 bulan	+	-	+	-	44,1	151	0,26	Normal
72	MAH	7	12	< 3 bulan	-	-	-	-	35,5	139,5	0,06	Normal
73	MAA	7	13	< 3 bulan	+	-	+	-	49,3	157	0,51	Normal

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
74	MHA	7	13	> 3 bulan	-	-	-	+	43	147,5	0,42	Normal
75	MJA	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	49,1	165,4	-0,37	Normal
76	MN	7	15	< 3 bulan	-	-	-	-	45,7	151,5	-0,12	Normal
77	MRF	7	14	> 3 bulan	+	+	+	-	51,5	168,5	-0,6	Normal
78	MZI	7	14	< 3 bulan	+	-	-	-	41,5	161	-0,99	Normal
79	MZM	7	13	< 3 bulan	-	-	+	-	39,9	142,5	0,38	Normal
80	MHS	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	40,7	148,5	-0,1	Normal
81	MRR	7	13	< 3 bulan	+	-	-	+	47,9	159	0,09	Normal
82	MNA	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	37,1	143,5	-0,33	Normal
83	MRR	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	68,9	167,5	1,8	Normal
84	RAR	7	13	< 3 bulan	-	-	-	-	42,4	152	-0,15	Normal
85	SR	7	13	> 3 bulan	+	-	-	+	49,1	154	0,76	Normal
86	SA	7	12	> 3 bulan	-	-	+	-	43,8	154	0,17	Normal
87	YYA	7	12	> 3 bulan	+	-	-	+	35,2	145	-0,71	Normal
88	BM	8	14	> 3 bulan	+	-	+	+	45,1	164	-1,35	Normal
89	MLA	8	14	< 3 bulan	+	+	+	-	60,4	170	0,55	Normal
90	AMM	8	14	> 3 bulan	-	+	+	+	57	164	0,65	Normal
91	ATA	8	14	< 3 bulan	-	+	+	+	46	159	-0,57	Normal
92	AA	8	15	< 3 bulan	+	-	-	-	55,7	165	0,1	Normal
93	ASH	8	13	> 3 bulan	-	+	+	+	43,4	157	-0,54	Normal
94	HAA	8	14	< 3 bulan	-	-	-	-	36,8	154,5	-2,27	Kurus
95	MJ	8	14	< 3 bulan	-	+	+	-	37,9	153	-1,72	Normal
96	RNF	8	14	< 3 bulan	+	-	+	-	63,9	169	1,02	Gemuk
97	ANM	8	13	< 3 bulan	-	+	+	-	32,9	139,5	-0,93	Normal
98	HK	8	14	< 3 bulan	-	+	+	-	46,5	155	-0,04	Normal

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
99	IF	8	13	< 3 bulan	-	-	-	-	49,9	158	0,51	Normal
100	MRM	8	14	< 3 bulan	-	+	+	+	47,3	154	0,2	Normal
101	AAN	8	14	< 3 bulan	-	-	+	+	37,3	145,5	-0,87	Normal
102	ADB	8	14	< 3 bulan	+	+	+	+	41	152,5	-0,86	Normal
103	DAP	8	14	< 3 bulan	-	+	+	+	49,5	159,5	0	Normal
104	MBD	8	14	> 3 bulan	-	+	+	+	42,9	145	0,37	Normal
105	MIR	8	13	> 3 bulan	-	-	-	+	51,9	151,5	1,34	Gemuk
106	MM	8	14	> 3 bulan	-	+	+	-	58,8	160	-0,17	Normal
107	SA	8	14	< 3 bulan	-	+	+	+	47,6	153	0,35	Normal
108	MA	8	14	< 3 bulan	-	-	-	-	44,4	152	-0,1	Normal
109	MU	8	14	< 3 bulan	+	+	-	-	38,6	148	-0,87	Normal
110	ADG	8	14	< 3 bulan	-	-	-	-	49,1	147	1,12	Gemuk
111	FRR	8	14	< 3 bulan	-	-	+	+	51,5	147	1,41	Gemuk
112	HAA	8	14	< 3 bulan	+	-	+	+	37,1	153,5	-2,03	Kurus
113	MID	8	15	< 3 bulan	+	-	+	+	46,7	154,5	-0,26	Normal
114	AZ	8	14	> 3 bulan	-	-	+	+	63,3	163,5	1,27	Gemuk
115	AG	9	15	< 3 bulan	+	-	+	-	42,6	153	-0,9	Normal
116	FW	9	17	< 3 bulan	-	+	+	-	65,8	170	0,52	Normal
117	MSA	9	15	> 3 bulan	+	+	+	+	49,8	163,5	-0,68	Normal
118	MSZ	9	16	< 3 bulan	+	+	+	-	46,4	164	-1,7	Normal
119	MZF	9	16	< 3 bulan	-	-	-	-	49,2	165	-1,25	Normal
120	MD	9	15	< 3 bulan	+	+	+	-	41,7	155	-1,35	Normal
121	RH	9	15	< 3 bulan	-	-	+	-	51,3	156	-1,58	Normal
122	DSA	9	15	< 3 bulan	+	+	+	-	43,3	156	-1,11	Normal
123	AZA	9	14	> 3 bulan	-	-	+	-	42,3	151,5	-0,46	Normal

No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
124	HRH	9	15	< 3 bulan	-	-	-	-	44,3	163	-1,76	Normal
125	MAB	9	15	< 3 bulan	-	+	+	-	57,3	152	1,42	Gemuk
126	U	9	16	< 3 bulan	-	-	-	-	53,3	155	0,46	Normal
127	AA	9	15	< 3 bulan	-	-	+	+	45,5	163	-1,49	Normal
128	DB	9	15	< 3 bulan	-	+	+	+	49	156	-0,02	Normal
129	DAS	9	15	< 3 bulan	-	+	+	+	49,2	153,5	0,26	Normal
130	MDN	9	15	> 3 bulan	-	-	+	-	38	149	-1,49	Normal
131	RR	9	15	> 3 bulan	+	+	+	-	51,8	153	0,68	Normal
132	RM	9	15	> 3 bulan	-	-	+	-	47,6	158	-0,48	Normal
133	MAC	9	16	> 3 bulan	-	-	+	-	42,5	149	-0,72	Normal
134	MDR	9	14	< 3 bulan	-	-	+	+	59,5	173	0,17	Normal
135	RSH	9	15	> 3 bulan	-	+	+	+	44,8	159	-1,15	Normal
136	SHB	9	16	< 3 bulan	-	+	+	-	42,5	165,5	-2,84	Kurus
137	AHH	9	14	< 3 bulan	+	-	+	+	55	165	0,3	Normal
138	ACB	9	15	> 3 bulan	-	-	+	+	46,8	158	-0,68	Normal
139	APV	9	15	> 3 bulan	-	+	+	+	46,5	150	0,18	Normal
140	BBA	9	15	< 3 bulan	-	-	+	+	43	162	-1,95	Normal
141	FI	9	15	> 3 bulan	-	+	+	-	46	161	-1,13	Normal
142	MMR	9	15	< 3 bulan	+	+	+	+	45,3	158	-0,92	Normal
143	MRS	9	14	> 3 bulan	-	-	+	-	55,9	153,5	1,39	Gemuk
144	MMN	9	16	> 3 bulan	-	+	+	+	53,5	169	-0,92	Normal
145	PW	9	16	> 3 bulan	-	-	+	+	50,6	163	-0,77	Normal
146	RJ	9	15	< 3 bulan	-	-	+	+	52,4	162	-0,09	Normal
147	RS	9	14	< 3 bulan	-	+	+	-	41,2	156	-1,6	Normal
148	SAA	9	15	> 3 bulan	-	-	+	+	62,8	169	0,64	Normal

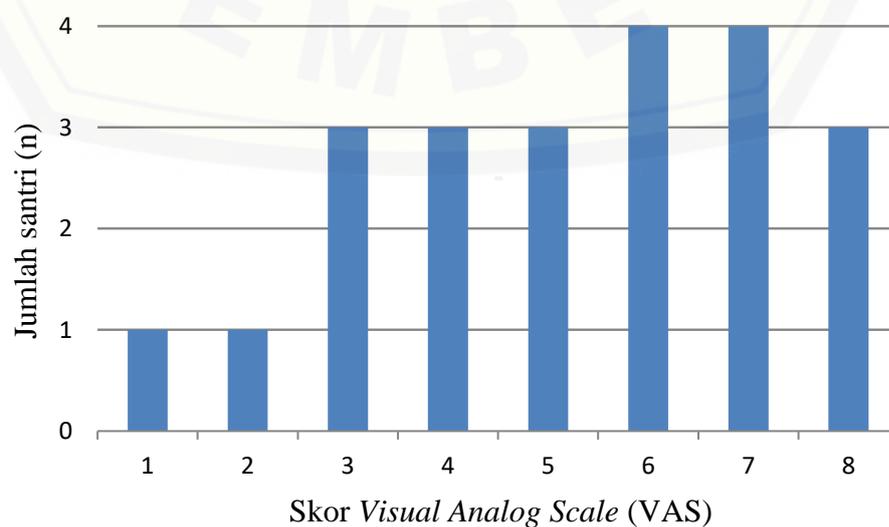
No Sampel	Inisial Nama	Kelas	Usia	Onset Skabies	Masa Pengobatan	Merokok	Kopi	Susu	Berat Badan	Tinggi Badan	Nilai IMT	IMT
149	TR	9	15	< 3 bulan	-	-	+	+	49,5	160,5	-0,41	Normal
150	AKR	9	15	> 3 bulan	-	-	+	+	50	175	-1,98	Normal
151	BRA	9	16	> 3 bulan	+	-	+	+	41,2	147	0,76	Normal
152	DRM	9	15	< 3 bulan	-	-	+	-	51,8	167	-0,71	Normal
153	DAF	9	15	< 3 bulan	-	-	+	-	43,9	160	-1,47	Normal
154	IFS	9	14	> 3 bulan	-	-	+	+	57	164	0,65	Normal
155	LCS	9	14	> 3 bulan	+	-	+	-	31	140	-1,98	Normal
156	MJF	9	16	< 3 bulan	-	-	+	+	53,6	163	0,29	Normal
157	MHF	9	16	> 3 bulan	-	-	+	-	55,1	156	0,61	Normal
158	MH	9	16	< 3 bulan	-	-	+	+	49,2	159	-0,58	Normal
159	MNS	9	15	> 3 bulan	+	-	+	+	59,2	170	0,23	Normal
160	MN	9	15	< 3 bulan	-	-	+	+	46,4	161	-0,92	Normal

Lampiran 4.2 Data Intensitas Pruritus Nokturna

1. Data Intensitas Pruritus Nokturna

No Sampel	Inisial Nama	Panjang (cm)	Skor VAS	Intensitas
10	AKD	3,65	4	Sedang
28	MFA	6,4	6	Sedang
33	AP	7,65	8	Berat
37	AAH	5,4	5	Sedang
42	LHA	7,2	7	Berat
50	IAR	2,7	3	Ringan
52	MRS	4,25	4	Sedang
58	ARH	6,55	7	Berat
67	FMU	3,2	3	Ringan
70	IMP	7,65	8	Berat
72	MAH	6,8	7	Berat
76	MN	2,9	3	Ringan
80	MHS	7,05	7	Berat
82	MNA	5,55	6	Sedang
84	RAR	3,8	4	Sedang
94	HAA	5,5	5	Sedang
99	IF	6,5	6	Sedang
108	MA	0,75	1	Ringan
110	ADG	5,6	6	Sedang
119	MZF	2,1	2	Ringan
124	HRH	4,55	5	Sedang
126	U	8,3	8	Berat

2. Distribusi Data Intensitas Pruritus Nokturna



Lampiran 4.3 Data Kuisiner *Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)*

No	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5A	Q5B	Q5C	Q5D	Q5E	Q5F	Q5G	Q5H	Q5I	Q5J	Q6	Q7	Q8	Q9
10	22.45	30	03.30	4 jam	3	2	1	1	0	2	0	1	0	2	1	0	3	2
28	22.00	20	03.30	5 jam	0	2	3	0	0	1	0	1	0	2	0	0	3	0
33	21.40	20	03.30	5 jam	0	2	1	1	0	3	1	1	0	3	2	0	2	1
37	22.30	30	03.30	4 jam	3	1	2	0	0	3	3	0	0	3	2	0	3	0
42	22.00	15	03.30	5 jam	0	2	1	0	0	0	3	0	0	1	2	0	3	0
50	21.30	5	03.10	5 jam	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	3	1
52	22.15	25	03.30	5 jam	1	1	0	0	0	0	0	2	0	3	1	0	3	0
58	21.30	15	03.30	6 jam	1	0	2	0	0	3	1	0	2	2	1	0	2	1
67	22.15	10	03.25	5,5 jam	0	3	3	2	0	2	3	3	1	3	2	1	2	1
70	21.30	20	03.30	6 jam	1	1	1	0	2	1	0	0	1	2	1	2	3	1
72	22.30	5	03.15	5 jam	1	2	2	0	0	2	0	0	0	2	1	0	1	0
76	23.00	15	03.30	4,5 jam	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	2	0
80	22.10	10	03.30	6 jam	0	0	1	0	0	0	3	0	0	3	1	0	3	0
82	10.30	20	03.30	5 jam	0	3	2	2	0	3	1	0	2	3	1	0	3	1
84	22.00	5	03.30	5 jam	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0
94	22.00	10	02.00	5,5 jam	0	2	0	0	0	0	3	0	0	2	2	0	3	0
99	22.00	7	04.00	5 jam	0	2	0	0	3	2	0	0	0	2	1	0	3	1
108	22.00	5	03.30	5 jam	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	3	1
110	23.00	15	03.30	4,5 jam	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	2	0
119	21.30	10	04.00	5 jam	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	1	0	3	0
124	21.30	12	03.30	4 jam	2	0	0	0	0	2	1	0	0	3	1	0	2	1
126	00.15	12	03.30	3,5 jam	3	1	0	0	0	3	3	1	3	2	1	0	3	1

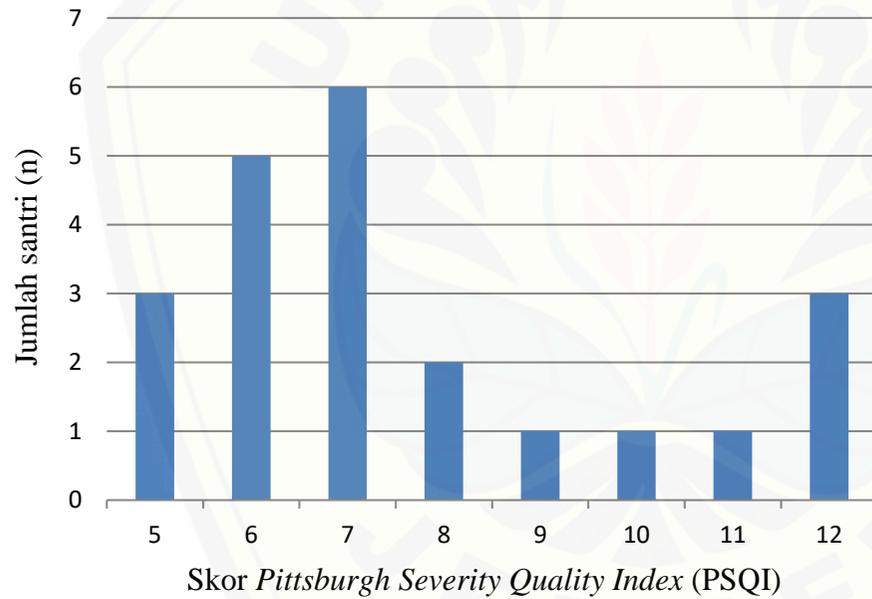
Lampiran 4.4 Data Skor Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)

1. Data Skor Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)

No Sampel	Subjektif Tidur	Latensi Tidur	Durasi Tidur	Efisiensi Tidur	Gangguan Tidur	Obat Tidur	Disfungsi Aktivitas	Total	Interpretasi
10	1	2	3	1	2	0	3	12	Buruk
28	0	1	2	0	1	0	2	6	Buruk
33	2	1	2	0	2	0	2	9	Buruk
37	2	2	3	1	2	0	2	12	Buruk
42	2	0	2	0	1	0	2	7	Buruk
50	1	0	2	0	1	0	2	6	Buruk
52	1	1	2	0	1	0	2	7	Buruk
58	1	1	1	0	2	0	2	7	Buruk
67	2	0	2	0	3	1	2	10	Buruk
70	1	1	1	0	1	2	2	8	Buruk
72	1	1	2	0	1	0	1	6	Buruk
76	1	0	3	0	1	0	1	6	Buruk
80	1	0	1	0	1	0	2	5	Baik
82	1	1	2	0	2	0	2	8	Buruk
84	1	0	2	0	1	0	1	5	Baik
94	2	0	2	0	1	0	2	7	Buruk
99	1	0	2	1	1	0	2	7	Buruk
108	0	0	2	0	1	0	2	5	Baik
110	1	0	3	0	1	0	1	6	Buruk
119	1	0	2	1	1	0	2	7	Buruk

No Sampel	Subjektif Tidur	Latensi Tidur	Durasi Tidur	Efisiensi Tidur	Gangguan Tidur	Obat Tidur	Disfungsi Aktivitas	Total	Interpretasi
124	1	3	3	2	1	0	2	12	Buruk
126	1	3	3	0	2	0	2	11	Buruk

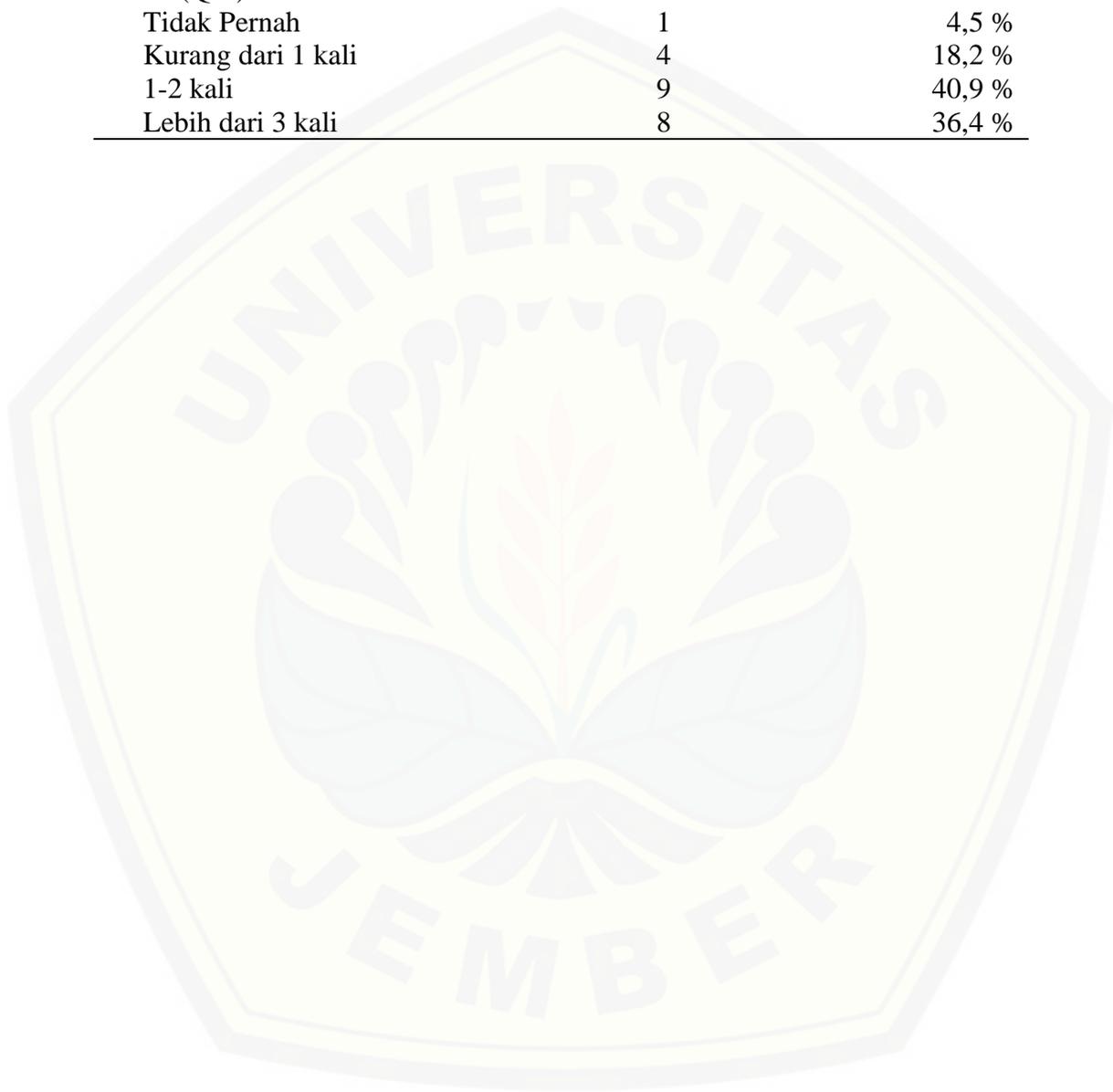
2. Distribusi Data Skor *Pittsburgh Severity Quality Index* (PSQI)



Lampiran 4.5 Data Komponen Gangguan Tidur pada Kuisisioner PSQI

Gangguan Tidur	Jumlah (n)	Persentase (%)
Latensi (Q5A)		
Tidak Pernah	14	63,7 %
Kurang dari 1 kali	4	18,2 %
1-2 kali	1	4,5 %
Lebih dari 3 kali	3	13,6 %
Terbangun tengah malam (Q5B)		
Tidak Pernah	6	27,3 %
Kurang dari 1 kali	5	22,7 %
1-2 kali	9	40,9 %
Lebih dari 3 kali	2	9,1 %
Pergi ke kamar mandi (Q5C)		
Tidak Pernah	11	50,0 %
Kurang dari 1 kali	5	22,7 %
1-2 kali	4	18,2 %
Lebih dari 3 kali	2	9,1 %
Tidak bisa bernafas nyaman (Q5D)		
Tidak Pernah	18	81,8 %
Kurang dari 1 kali	2	9,1 %
1-2 kali	2	9,1 %
Lebih dari 3 kali	0	0 %
Batuk/ mendengkur (Q5E)		
Tidak Pernah	19	86,4 %
Kurang dari 1 kali	0	0 %
1-2 kali	2	9,1 %
Lebih dari 3 kali	1	4,5 %
Kedinginan (Q5F)		
Tidak Pernah	5	22,7 %
Kurang dari 1 kali	4	18,2 %
1-2 kali	8	36,4 %
Lebih dari 3 kali	5	22,7 %
Kepanasan (Q5G)		
Tidak Pernah	10	45,5 %
Kurang dari 1 kali	4	18,2 %
1-2 kali	2	9,1 %
Lebih dari 3 kali	6	27,3 %
Mimpi buruk (Q5H)		
Tidak Pernah	16	72,8 %
Kurang dari 1 kali	4	18,2 %
1-2 kali	1	4,5 %
Lebih dari 3 kali	1	4,5 %

Nyeri (Q5I)		
Tidak Pernah	16	72,8 %
Kurang dari 1 kali	3	13,6 %
1-2 kali	2	9,1 %
Lebih dari 3 kali	1	4,5 %
Gatal (Q5J)		
Tidak Pernah	1	4,5 %
Kurang dari 1 kali	4	18,2 %
1-2 kali	9	40,9 %
Lebih dari 3 kali	8	36,4 %



Lampiran 4.6 Data Komponen Disfungsi Aktivitas Siang Hari pada Kuisioner PSQI

Disfungsi Aktivitas	Jumlah (n)	Persentase (%)
Mengantuk		
Tidak Pernah	0	0 %
Kurang dari 1 kali	1	4,5 %
1-2 kali	7	31,8 %
Lebih dari 3 kali	14	63,6 %
Kesulitan Bersemangat		
Tidak Pernah	11	50,0 %
Kurang dari 1 kali	10	45,5 %
1-2 kali	1	4,5 %
Lebih dari 3 kali	0	0 %

Lampiran 4.7 Data Intensitas Pruritus Nokturna dan Kualitas Tidur

No Sampel	Intensitas Pruritus Nokturna	Kualitas Tidur
10	Sedang	Buruk
28	Sedang	Buruk
33	Berat	Buruk
37	Sedang	Buruk
42	Berat	Buruk
50	Ringan	Buruk
52	Sedang	Buruk
58	Berat	Buruk
67	Ringan	Buruk
70	Berat	Buruk
72	Berat	Buruk
76	Ringan	Buruk
80	Berat	Baik
82	Sedang	Buruk
84	Sedang	Baik
94	Sedang	Buruk
99	Sedang	Buruk
108	Ringan	Baik
110	Sedang	Buruk
119	Ringan	Buruk
124	Sedang	Buruk
126	Berat	Buruk

Lampiran 4.8 Analisis Data

1. Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Intensitas Pruritus	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%
Kualitas Tidur	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Intensitas Pruritus	Mean	5,23	,431	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,33	
		Upper Bound	6,12	
	5% Trimmed Mean	5,30		
	Median	5,50		
	Variance	4,089		
	Std. Deviation	2,022		
	Minimum	1		
	Maximum	8		
	Range	7		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	-,379	,491	
	Kurtosis	-,725	,953	
Kualitas Tidur	Mean	7,68	,494	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6,65	
		Upper Bound	8,71	
	5% Trimmed Mean	7,59		
	Median	7,00		
	Variance	5,370		
	Std. Deviation	2,317		
	Minimum	5		
	Maximum	12		
	Range	7		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	,881	,491	
	Kurtosis	-,419	,953	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Intensitas Pruritus	,149	22	,200*	,946	22	,260
Kualitas Tidur	,252	22	,001	,856	22	,004

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. Uji Korelasi Spearman

Correlations

		Intensitas Gatal	Kualitas Tidur
Spearman's rho	Intensitas Gatal	Correlation Coefficient	,103
		Sig. (2-tailed)	,650
		N	22
	Kualitas Tidur	Correlation Coefficient	,103
		Sig. (2-tailed)	,650
		N	22

Lampiran 4.9 *Ethical Clearance*

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

KOMISI ETIK PENELITIAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember
68121 – Email : fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK

ETHICAL APPROVA

Nomor : 1.296/H25.1.11/KE/2019

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

HUBUNGAN ANTARA INTENSITAS PRURITUS NOKTURNA DENGAN KUALITAS TIDUR PADA SANTRI PENDERITA SKABIES DI ASRAMA PUTRA PONDOK PESANTREN NURUL ISLAM KABUPATEN JEMBER

Nama Peneliti Utama : Ghani Silahuddin
Name of the principal investigator

NIM : 1520101011047

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 4 Juli 2019
Ketua Komisi Etik Penelitian

Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Review Proposal :

Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan memperhatikan :

- Subyek pada penelitian ini adalah anak dibawah umur harap diperhatikan *informed consentnya*.
- Penelitian ini bersifat sukarela tidak boleh ada bujukan.
- Mohon diperjelas kompensasi yang diberikan ke subyek penelitian, kompensasi bukan dalam bentuk bujukan.

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Jember, 17 Juni 2019
Reviewer


dr. Kristianningrum Dian Sofiana, M.Biomed

Jember, 10 Juni 2019

Tanggapan Anggota Komisi Etik untuk protokol penelitian:

Nama : Ghani Silahudin

NIM : 1520101011047

Judul : Hubungan Antara Intensitas Pruritus Dengan Kualitas Tidur Pada Santri Penderita Skabies Di Asrama Putra Pondok Pesantren Nurul Islam Jember

Komentar Reviewer Etik:

Berdasarkan pertimbangan 3 prinsip etika, 7 standar, dan 25 butir pedoman etik penelitian pada manusia oleh CIOMS-WHO. Maka pertimbangan etik untuk penelitian dengan judul tersebut diatas adalah:

1. Peneliti sebaiknya meminta pendampingan dokter dan memastikan penyakit responden benar skabies bukan penyakit lain yang dapat menjadi diferensial diagnosis melalui pemeriksaan penunjang. Bila tidak memungkinkan maka sebaiknya dijelaskan sebagai kelemahan penelitian.
2. Peneliti harus menjaga kerahasiaan subyek yang menjadi responden karena subyek penelitian adalah termasuk kelompok rentan.
3. Informed consent penelitian harap dijelaskan se jelas dan selengkap mungkin.
4. Harap diperhatikan keamanan terhadap peneliti selama melakukan penelitian pada lingkungan berisiko.

Kesimpulan: Penelitian dapat dilanjutkan dengan syarat mematuhi pertimbangan etik tersebut diatas.

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian



dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Reviewer Etik

dr. Angga Mardro Raharjo, Sp.P
NIP. 198003052008121002

Lampiran 4.10 Bebas Plagiasi

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jl. Kalimantan I/37 Kampus Tegal Boto. Telp. (0331) 337877, Fax (0331) 324446
Jember 68121.

REKOMENDASI BEBAS PLAGIASI

Nomor : 109 /H25.1.11/KBSI/2019

Komisi bimbingan Skripsi dan Ilmiah, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA INTENSITAS PRURITUS NOKTURNA DENGAN
KUALITAS TIDUR PADA SANTRI PENDERITA SKABIES DI ASRAMA PUTRA
PONDOK PESANTREN NURUL ISLAM KABUPATEN JEMBER**

Nama Penulis : Ghani Silahuddin
NIM. : 152010101047
Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Telah menyetujui dan dinyatakan **"BEBAS PLAGIASI"**

Surat Rekomendasi ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 26 Juli 2019

Ketua Komisi Bimbingan Skripsi & Ilmiah



[Signature]
Drs. Yunita Armiyanti, M.Kes
NIP. 19740604 200112 2 002

Lampiran 4.11 *Comitte of Duty*

Nama	Tugas
M. Rosyid Ridho	Anamnesis dan pemeriksaan fisik
M. Syahrucz Rahmansyah	Anamnesis dan pemeriksaan fisik
M. Fikriudin	Mengawasi pengisian kuisioner PSS, ZSAS, ZSDS
Rangga Okta Sadewa	Mengukur tinggi badan dan berat badan
Waskito Setiaji	Mengukur tinggi badan dan berat badan



Lampiran 4.11 Dokumentasi Kegiatan

1. Sosialisasi dan penyuluhan



2. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik



3. Wawancara kuisiner *Perceived Stress Scale*, *Zung Self-rating Anxiety Scale* dan *Zung Self-rating Depression Scale*



4. Wawancara kuisiner Pittsburgh Severity Quality Index (PSQI)



5. Pengisian Lembar Visual Analog Scale (VAS)

