

Lampiran 1. Lembar Penjelasan dan Persetujuan Penelitian

LEMBAR PENJELASAN DAN PERSETUJUAN PENELITIAN

Yang terhormat Bapak/Ibu, saya mahasiswa kedokteran Universitas Tarumanagara angkatan 2016:

Nama : Angelica Isabella Monica Chandra

Nim : 405160186

Sedang melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Gangguan Tidur dengan Gangguan Mental Emosional Pada Siswa Kelas I-III di SMP Pembangunan Jaya Tangerang Selatan Januari 2019” , yaitu salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara.

Untuk terlaksananya penelitian ini, saya memohon Bapak/Ibu bersedia untuk menjadi responden penelitian saya dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner dengan keadaan sebenarnya. Kuesioner ini dapat membantu Bapak/Ibu untuk mengetahui pola tidur anak lebih baik. Selain itu, dapat diketahui juga apakah anak Bapak/Ibu memiliki gangguan tidur atau tidak.

Identitas dan informasi Bapak/Ibu beserta anak Bapak/Ibu akan saya rahasiakan. Data yang didapat hanya akan digunakan untuk penelitian ini.

Dengan ini, saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas ketersediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian saya ini.

Tangerang Selatan, Januari 2019

Responden,

Peneliti,

()

()

Angelica Isabella M.C.
NIM : 405160186

LEMBAR PENJELASAN DAN PERSETUJUAN PENELITIAN

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Angelica Isabella Monica Chandra
NIM : 405160186

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, bermaksud melakukan penelitian yang berjudul “HUBUNGAN GANGGUAN TIDUR DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA SISWA KELAS I-III DI SMP PEMBANGUNAN JAYA TANGERANG SELATAN JANUARI 2019”.

Saya berharap siswa/i bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Peneliti akan menjamin kerahasiaan segala identitas dan informasi yang diperoleh dari responden baik dalam pengumpulan, penyajian dan analisis data. Informasi yang diperoleh dari responden dalam penelitian ini merupakan bahan atau data yang akan bermanfaat bagi pengembangan penelitian dan akan dipublikasikan dalam bentuk skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut maka peneliti meminta kesediaan siswa/i untuk berpartisipasi dalam menjawab pertanyaan kuesioner yang telah disediakan.

Atas kesediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Tangerang Selatan, Januari 2019
Peneliti,

Angelica Isabella M.C
NIM : 405160186

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya,

Nama :
Alamat Rumah :
Umur :
Kelas :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan judul :

HUBUNGAN GANGGUAN TIDUR DENGAN GANGGUAN MENTAL
EMOSIONAL PADA SISWA KELAS I-III DI SMP PEMBANGUNAN JAYA
TANGERANG SELATAN JANUARI 2019

Yang dibuat oleh

Nama : Angelica Isabella Monica Chandra
NIM : 405160186

Dengan ini saya menyatakan kesediaan untuk berperan serta menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Yang membuat pernyataan,
Tangerang Selatan, Januari 2019

Lampiran 2. Kuesioner *Sleep Disturbances Scale for Children*

KUESIONER SDSC (*Sleep Disturbance Scale for Children*)

Informasi Anak

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
Kelas :

Informasi Orang Tua

BAPAK

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Pendidikan Terakhir : *Lingkari salah satu
(Tidak sekolah / SD / SMP / SMA / Diploma / Sarjana)

IBU

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Pendidikan Terakhir : *Lingkari salah satu
(Tidak sekolah / SD / SMP / SMA / Diploma / Sarjana)

Jawablah semua pertanyaan dengan mempertimbangkan kebiasaan anak Bapak/Ibu, saat dalam keadaan sehat. Perubahan tidur saat keadaan sakit tidak termasuk. Jawablah dengan **melingkari ataupun memberi tanda silang (X)** pada salah satu nomor dari 1-5 yang sesuai dengan kebiasaan anak Bapak/Ibu.

1. Berapa lamakah anak Bapak/Ibu tidur pada malam hari?	(1) 9-11 jam	(2) 8-9 jam	(3) 7-8 jam	(4) 5-7 jam	(5) Kurang dari 5 jam
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan anak Bapak/Ibu untuk tertidur sejak dia pergi ke tempat tidur?	(1) Kurang dari 15 menit	(2) 15-30 menit	(3) 30-45 menit	(4) 45-60 menit	(5) Lebih dari 60 menit

Pilihlah pernyataan berikut dengan **melingkari atau memberi tanda silang (X)** yang sesuai dengan kebiasaan tidur anak pada jam/waktu tidurnya.

No.	Pernyataan	(1) Tidak pernah	(2) Jarang (1-2 kali per bulan/ kurang)	(3) Kadang-kadang (1-2 kali per minggu)	(4) Sering (3-5 kali per minggu)	(5) Selalu /setiap hari
3.	Anak Bapak/Ibu enggan atau menolak untuk tidur	1	2	3	4	5
4.	Anak Bapak/Ibu sulit untuk tidur malam hari	1	2	3	4	5
5.	Ada rasa takut pada anak Bapak/Ibu ketika mau tertidur	1	2	3	4	5

6.	Bagian tubuh anak tampak tersentak ketika jatuh tertidur	1	2	3	4	5
7.	Anak melakukan gerakan berulang-ulang ketika jatuh tertidur (seperti menggerakkan atau menggelengkan kepala)	1	2	3	4	5
8.	Anak merasa mimpi seperti nyata ketika jatuh tertidur	1	2	3	4	5
9.	Anak banyak berkeringat selama tertidur	1	2	3	4	5
10.	Anak terbangun dari tidur lebih dari 2 kali tiap malam	1	2	3	4	5
11.	Setelah terbangun pada malam hari, anak susah untuk tidur kembali	1	2	3	4	5
12.	Kaki anak sering tersentak ketika tertidur atau sering berubah posisi ketika malam atau sering menendang seprei tempat tidur	1	2	3	4	5
13.	Anak mengalami kesulitan bernapas	1	2	3	4	5

	pada malam hari					
14.	Anak sering sulit bernapas ketika tidur	1	2	3	4	5
15.	Anak mendengkur atau mengorok ketika tidur	1	2	3	4	5
16.	Anak berkeringat banyak pada malam hari	1	2	3	4	5
17.	Bapak/Ibu pernah melihat anak berjalan dalam tidur	1	2	3	4	5
18.	Bapak/Ibu pernah melihat anak mengigau ketika sedang tertidur	1	2	3	4	5
19.	Bapak/Ibu pernah mendengar gigi anak gemeretak atau berbunyi ketika tidur	1	2	3	4	5
20.	Sewaktu bangun tidur, anak tidak mengingat mengigau di malam hari	1	2	3	4	5
21.	Anak mengalami mimpi buruk dan tidak bisa kembali ingat keesokan harinya	1	2	3	4	5
22.	Anak sangat sulit untuk dibangun dari	1	2	3	4	5

	tidur					
23.	Anak bangun pada pagi hari dan merasa lelah	1	2	3	4	5
24.	Anak merasa tidak bisa bergerak ketika bangun pagi (ketindihan)	1	2	3	4	5
25.	Anak merasa mengantuk pada siang hari	1	2	3	4	5
26.	Anak tiba-tiba jatuh tertidur pada situasi yang tidak seharusnya (misalnya ketika makan, berada dalam toilet, dll)	1	2	3	4	5

Lampiran 3. Kuesioner *Strength and Difficulties Questionnaires*

KUESIONER KEKUATAN DAN KESULITAN PADA ANAK

Untuk setiap pertanyaan, beri tanda (✓) pada kotak **Tidak Benar, Agak Benar atau Benar**. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pertanyaan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu menurut bagaimana segala sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama :
Tanggal Lahir :
Kelas :
Jenis Kelamin : **Laki-laki/Perempuan**

No	PERNYATAAN	TIDAK BENAR	AGAK BENAR	BENAR
1	Saya berusaha bersikap baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka			
2	Saya gelisah, saya tidak dapat diam untuk waktu lama			
3	Saya sering sakit kepala, sakit perut, atau macam-macam sakit lainnya			
4	Kalau saya memiliki mainan atau makanan, saya biasanya berbagi dengan orang lain			
5	Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya			
6	Saya lebih suka sendirian daripada bersama dengan orang-orang yang seumur saya			
7	Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain			
8	Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apapun			

9	Saya selalu siap menolong jika ada yang terluka, kecewa, atau merasa sakit			
10	Bila sedang gelisah atau cemas, badan saya sering bergerak-gerak tanpa saya sadari			
11	Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih			
12	Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan			
13	Saya sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis			
14	Orang lain seumur saya pada umumnya menyukai saya			
15	Perhatian saya mudah teralihkan, saya sulit memusatkan perhatian pada apapun			
16	Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya mudah kehilangan rasa percaya diri			
17	Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya			
18	Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang			
19	Saya sering diganggu atau dipermainkan oleh anak-anak atau remaja lainnya			
20	Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak)			
21	Sebelum melakukan sesuatu saya berpikir dahulu tentang akibatnya			
22	Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah, atau dari mana saja			
23	Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang-orang yang seumur saya			

24	Banyak yang saya takuti, saya mudah menjadi takut			
25	Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun.			

Lampiran 4. Dokumentasi Pengambilan Data





Lampiran 5. Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

Nama lengkap : Angelica Isabella Monica Chandra
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, tanggal lahir : Bogor, 5 Juni 1998
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Belum menikah
Agama : Islam
Alamat : Jl. Anggrek Mawar blok D/62 BSD Serpong
Nomor telepon : 082213245173
E-mail : bella.chandra74@yahoo.com
Bahasa : Indonesia dan Inggris

LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

2016 – saat ini : Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
2013 – 2016 : SMAN 2 Tangerang Selatan
2010 – 2013 : SMPN 11 Tangerang Selatan
2004 – 2010 : SDN Cilenggang 5 Tangerang Selatan
2002 – 2004 : TK Mutiara Indonesia BSD

PENGALAMAN BERORGANISASI

2016 – saat ini : Anggota ICU FK UNTAR