

INFORMED CONSENT

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Perkenalkan saya Khalisha Ramdhani Santoso, peneliti dari program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta, dengan ini meminta Anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul **"Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan *Computer Vision Syndrome* Pada Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta"** dengan beberapa penjelasan sebagai berikut:

1. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *Computer Vision Syndrome* (CVS) pada mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Responden diminta untuk mengisi kuesioner penelitian ini karena memenuhi kriteria penelitian yaitu:
 - a. Menggunakan *laptop* sehari-hari dan selama 1 bulan terakhir
 - b. Mahasiswa aktif program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta Angkatan 2022, 2023, dan 2024
 - c. Tidak memiliki riwayat penyakit mata dalam 1 bulan terakhir (seperti: strabismus, disfungsi kelenjar meibom, trichiasis, konjungtivitis, blepharitis, blepharochalasis, katarak, pterygium, ptosis, glaukoma, retinopati diabetikum, dan masalah pada kelopak mata seperti ektropion dan entropion)
 - d. Sedang tidak mengonsumsi obat-obatan yang memiliki efek samping seperti *Computer Vision Syndrome* (diantaranya: antihistamin, anticemas, antidepresan, steroid oral, dan antibiotik seperti penisilin, tetrasiklin, dan sulfonamid).
3. Keterlibatan Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa adanya paksaan. Responden dapat memilih untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian dan memiliki hak untuk mengundurkan diri apabila merasa tidak nyaman selama penelitian dilakukan.
4. Penelitian ini memerlukan waktu sekitar 10 – 15 menit untuk responden menjawab seluruh item pertanyaan yang tersedia.
5. Setiap responden akan diberikan kompensasi berupa saldo *E-Wallet* sejumlah Rp 5.000,00 dan terdapat tambahan *reward* untuk beberapa responden yang beruntung atas kesediaan untuk meluangkan waktu mengikuti penelitian.
6. Peneliti akan menjaga kerahasiaan data dan informasi pribadi responden sesuai dengan Kode Etik Penelitian dan hanya dapat diakses oleh peneliti dan pihak berkepentingan, serta digunakan hanya untuk tujuan penelitian.
7. Apabila terdapat hal yang kurang jelas atau mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner, responden dapat menghubungi peneliti melalui nomor HP: 0822-2426-8630 (*WhatsApp*).

Saya berharap Anda bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dimana Anda akan melakukan pengisian kuesioner yang terkait dengan penelitian. Setelah Anda membaca maksud dan tujuan penelitian di atas, maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan di bawah ini.

Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : _____

Tanda tangan : _____

Terimakasih atas kesediaan Anda untuk ikut serta di dalam penelitian ini.

Dengan hormat,
Peneliti



Khalisha Ramdhani Santoso

INSTRUMEN PENELITIAN

“Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Computer Vision Syndrome Pada Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta”

IDENTITAS RESPONDEN

Nama	:
NIM	:
Angkatan	:
Usia	:
Jenis Kelamin	:
No HP dan E-Wallet	:

*) Contoh : 082224268630 – ShopeePay

*) Pilihan E-wallet : Gopay, ShopeePay, Dana

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

- Bacalah setiap pertanyaan yang telah tersedia di bawah ini.
- Jawablah setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi yang Anda alami.

No	Pertanyaan
1.	Berapa jam Anda bekerja/belajar secara terus menerus di depan <i>laptop</i> dalam sehari? (<i>Tanpa jeda dan tidak disertai dengan aktivitas lain</i>) a. < 2 jam b. ≥ 2 jam
2.	Berapa jam total Anda bekerja/belajar di depan <i>laptop</i> dalam sehari? (<i>Jumlah total rata-rata bekerja/belajar</i>) a. < 4 jam b. ≥ 4 jam

3.	Berapa jarak pandang rata-rata antara mata Anda dengan layar saat menggunakan <i>laptop</i> ? (<i>Ukur jarak antara mata Anda dengan layar laptop menggunakan penggaris sesuai dengan kondisi sehari-hari saat menggunakan laptop, diperkirakan 50 cm sama dengan panjang 1 lengan orang dewasa</i>) a. < 50 cm b. ≥ 50 cm
4.	Apakah Anda memiliki kelainan refraksi seperti di bawah ini? (Jika YA , Anda bisa memilih lebih dari 1 jawaban) *) Definisi kelainan refraksi : Gangguan yang menyebabkan menurunnya kemampuan pada mata sehingga objek yang terlihat menjadi tidak tajam atau buram. a. Tidak b. Miopi (Rabun Jauh/Mata Minus) c. Hipermetropi (Rabun Dekat/Mata Plus) d. Astigmatisme (Mata Silinder)
5.	Apakah Anda menggunakan kacamata ketika mengoperasikan <i>laptop</i> ? a. Ya, saya menggunakan (Lanjut ke pertanyaan nomor 6) b. Tidak, saya tidak menggunakan (Langsung lanjut ke pertanyaan nomor 8)
6.	Jika YA , apakah kacamata yang Anda gunakan ketika mengoperasikan <i>laptop</i> bertujuan untuk mengoreksi kelainan refraksi tersebut? a. Ya, kacamata yang saya gunakan untuk mengoreksi kelainan refraksi b. Tidak, kacamata yang saya gunakan bukan untuk mengoreksi kelainan refraksi atau lensa normal
7.	Apakah kacamata yang Anda gunakan untuk menatap layar <i>laptop</i> merupakan kacamata anti radiasi? a. Ya b. Tidak

8.	Apakah Anda sering menggunakan lensa kontak (<i>softlens</i>) ketika mengoperasikan <i>laptop</i> ? a. Ya, saya sering menggunakan b. Tidak, saya jarang atau tidak pernah menggunakan
9.	Jika YA , apakah lensa kontak (<i>softlens</i>) yang Anda gunakan ketika mengoperasikan <i>laptop</i> bertujuan untuk mengoreksi kelainan refraksi tersebut? a. Ya, lensa kontak (<i>softlens</i>) yang saya gunakan untuk mengoreksi kelainan refraksi b. Tidak, lensa kontak (<i>softlens</i>) yang saya gunakan bukan untuk mengoreksi kelainan refraksi atau <i>softlens</i> mata normal

KELUHAN COMPUTER VISION SYNDROME

Petunjuk Pengisian:

Bacalah 16 butir pertanyaan yang telah tersedia dengan seksama, apakah Anda mengalami gejala-gejala tersebut selama Anda menggunakan *laptop*.

Untuk setiap gejala, Anda bisa memilih jawaban yang paling sesuai dengan kondisi yang Anda alami.

A. Frekuensi, yaitu seberapa sering gejala muncul, dimana:

- TIDAK PERNAH → Gejala tidak muncul sama sekali.
- KADANG-KADANG → Gejala muncul seminggu sekali.
- SERING/SELALU → Gejala muncul 2 atau 3 kali dalam seminggu
ATAU hampir setiap hari.

B. Intensitas, yaitu kekuatan gejala yang muncul.

- SEDANG → Gejala yang dirasakan tidak terlalu mengganggu aktivitas.
- BERAT → Gejala yang dirasakan mengganggu aktivitas.

No	Pertanyaan
1.	Apakah Anda mengalami gejala sensasi terbakar (<i>sensasi menyengat atau panas pada mata</i>) selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
2.	Apakah Anda mengalami gejala mata gatal selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
3.	Apakah Anda mengalami gejala sensasi benda asing (<i>sensasi ada sesuatu yang mengganjal atau kelilipan pada mata</i>) selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
4.	Apakah Anda mengalami gejala mata berair selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat

5.	Apakah Anda mengalami gejala berkedip berlebihan selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
6.	Apakah Anda mengalami gejala mata merah selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
7.	Apakah Anda mengalami gejala mata nyeri selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
8.	Apakah Anda mengalami gejala kelopak mata berat selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat

9.	Apakah Anda mengalami gejala mata kering (<i>mata terasa perih dan lelah</i>) selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
10.	Apakah Anda mengalami gejala penglihatan kabur selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
11.	Apakah Anda mengalami gejala penglihatan ganda (<i>melihat dua gambar dari objek yang sama</i>) selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
12.	Apakah Anda mengalami gejala sulit fokus untuk penglihatan dekat (<i>tidak dapat melihat dengan jelas objek pada jarak dekat</i>) selama menggunakan <i>laptop</i> ? a. Tidak pernah b. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang c. Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat d. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang e. Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat

13.	Apakah Anda mengalami gejala peningkatan kepekaan terhadap cahaya selama menggunakan <i>laptop</i>? - Tidak pernah - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
14.	Apakah Anda mengalami gejala lingkaran cahaya berwarna di sekitar objek selama menggunakan <i>laptop</i>? - Tidak pernah - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
15.	Apakah Anda mengalami gejala merasa bahwa penglihatan memburuk selama menggunakan <i>laptop</i>? - Tidak pernah - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat
16.	Apakah Anda mengalami gejala sakit kepala selama menggunakan <i>laptop</i>? - Tidak pernah - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas sedang - Ya, frekuensi kadang-kadang & intensitas berat - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas sedang - Ya, frekuensi sering/selalu & intensitas berat