**Lampiran 1.** *Informed consent*

**JUDUL PENELITIAN :**

Hubungan Kualitas Tidur, Jarak Pandang, dan *Screen Time* Terhadap Kejadian *Computer Vision Syndrome* Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Diponegoro

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN**

***(INFORMED CONSENT)***

Yth. Saudara/i

Perkenalkan nama saya Farhana Dhafira, mahasiswi Program Studi Strata-1 Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Salah satu syarat yang ditetapkan kepada saya guna mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran adalah menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul Hubungan Kualitas Tidur, Jarak Pandang, dan *Screen Time* Terhadap Kejadian *Computer Vision Syndrome* Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Diponegoro.

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan adanya hubungan Kualitas Tidur, Jarak Pandang, dan *Screen Time* terhadap kejadian *Computer Vision Syndrome* pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Diponegoro. Penelitian ini membutuhkan partisipasi Anda untuk mengisi kuesioner yang ada, kurang lebih dibutuhkan 10-15 menit. Anda berhak memilih untuk bersedia atau menolak menjadi responden penelitian ini. Jika Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, Anda akan diminta mengisi kuesioner yang telah dibagikan dengan dipandu oleh peneliti, kemudian mengumpulkan kembali kuesioner yang telah Anda isi kepada peneliti.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dengan memberikan sumbangan ilmu pengetahuan, wawasan dan informasi kepada masyarakat dan pendidikan, sebagai masukan bagi para klinisi untuk dapat mengedukasi terkait *Computer Vision Syndrome*, serta menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya. Selain itu, penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan informasi pada Anda mengenai *Computer Vision Syndrome*, perilaku selama penggunaan komputer/laptop dan kualitas tidur diri sendiri. Hal itu dapat menjadi bahan refleksi bagi Anda untuk deteksi dini *Computer Vision Syndrome* serta memperbaiki gaya hidup.

Penelitian yang saya lakukan bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Saudara/i berhak menolak atau bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi Anda dalam penelitian ini juga tidak akan digunakan untuk merugikan Anda dalam bentuk apapun. Data yang didapatkan dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, yaitu identitas subyek tidak akan dicantumkan dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan ilmu pengetahuan.

Apabila terdapat hal yang belum jelas, saudara/i dapat menghubungi peneliti selaku penanggung jawab penelitian. Mohon maaf apabila ada kata yang kurang berkenan. Terima kasih atas kerja sama saudara/i.

Penanggung jawab penelitian :

**Peneliti : Farhana Dhafira**

HP. 087881274533

**Pembimbing : 1. dr. Maharani, Sp.M(K)**

HP. 08122800061

1. **dr. Riski Prihatningtias, Sp.M(K)**

HP. 081325717568

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

No. HP :

Alamat :

dengan ini menyatakan **SETUJU / TIDAK SETUJU\*)** untuk ikut serta menjadi responden / subjek pada penelitian ini.

……………….., ……………………..2022

|  |  |
| --- | --- |
| **Peneliti,**(Farhana Dhafira) | **Menyetujui,**(..........................................) |
| **Saksi 1**(…………………..………) | **Saksi 2**(…………………..………) |

\*) Coret yang tidak perlu**Lampiran 2.** Kuesioner CVS

**JUDUL PENELITIAN :**

Hubungan Kualitas Tidur, Jarak Pandang, dan *Screen Time* Terhadap Kejadian *Computer Vision Syndrome* Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Diponegoro

**DATA RESPONDEN**

Nama :

NIM :

Usia :

No. HP :

**KUESIONER PENELITIAN**

***COMPUTER VISION SYNDROME-QUESTIONNAIRE* (CVS-Q)**

**PETUNJUK**

Berikut dilampirkan gejala dari *computer vision syndrome* yang pernah Anda rasakan selama pemakaian komputer/laptop dengan deskripsi jawaban sebagai berikut.

FREKUENSI (F)

* Tidak pernah : gejala tidak muncul sama sekali
* Kadang-kadang : sesekali terjadi atau 1x/minggu
* Sering atau selalu : 2-3x/minggu atau hampir setiap hari

INTENSITAS (I)

* Sedang : keluhan belum mengganggu pekerjaan
* Berat : keluhan mengganggu pekerjaan
* Tidak pernah : (tidak perlu menjawab)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Gejala CVS | Frekuensi (F) | Intensitas (I) |
| Tidak pernah | Kadang-kadang | Sering atau selalu | Sedang | Berat |
| 1 | Rasa terbakar |  |  |  |  |  |
| 2 | Gatal |  |  |  |  |  |
| 3 | Merasa seperti ada benda asing |  |  |  |  |  |
| 4 | Berair |  |  |  |  |  |
| 5 | Berkedip berlebihan |  |  |  |  |  |
| 6 | Mata merah |  |  |  |  |  |
| 7 | Nyeri mata |  |  |  |  |  |
| 8 | Kelopak mata terasa berat |  |  |  |  |  |
| 9 | Mata kering |  |  |  |  |  |
| 10 | Penglihatan kabur |  |  |  |  |  |
| 11 | Penglihatan ganda |  |  |  |  |  |
| 12 | Kesulitan untuk fokus pada penglihatan dekat |  |  |  |  |  |
| 13 | Peningkatan sensitivitas terhadap cahaya |  |  |  |  |  |
| 14 | Adanya *halo* di objek sekitar |  |  |  |  |  |
| 15 | Penglihatan memburuk |  |  |  |  |  |
| 16 | Sakit kepala |  |  |  |  |  |

**Lampiran 3.** Kuesioner Penggunaan Komputer

**KUESIONER PENELITIAN**

**PENGGUNAAN KOMPUTER**

**(Kuesioner ini adalah hasil modifikasi oleh Wendy Strouse Watt, Thomas H Murphy, Hospitality Eyecare Center, dan vsp.com)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Jawaban** |
| 1 | Jenis kelamin | * Laki-laki
* Perempuan
 |
| 2 | Berapa jam anda bekerja/belajar secara terus-menerus di depan komputer/laptop dalam sehari? ***(Tidak disertai aktivitas lain)*** | * < 4 jam
* ≥ 4 jam
 |
| 3 | Berapa jam anda bekerja/belajar di depan komputer/laptop dalam sehari?***(Jumlah rata-rata bekerja)*** | * < 6 jam
* ≥ 6 jam
 |
| 4 | Apakah di antara jam bekerja/belajar anda menggunakan komputer/laptop, anda menyempatkan diri untuk istirahat sejenak? ***(Contoh: mengalihkan pandangan dari komputer, mengistirahatkan mata)*** | * Ya
* Tidak ***(lanjut ke No.8)***
 |
| 5 | Setelah berapa jam penggunaan komputer/laptop anda menyempatkan diri untuk istirahat? | * < 2 jam penggunaan komputer/laptop
* ≥ 2 jam penggunaan komputer/laptop
 |
| 6 | Berapa lama anda menyempatkan diri untuk istirahat? | * < 10 menit
* ≥ 10 menit
 |
| 7 | Apakah anda memakai lensa kontak ketika bekerja/belajar di depan komputer/laptop? | * Ya, saya sudak memakai lensa kontak selama …
* Tidak
 |
| 8 | Apakah Anda memiliki kelainan refraksi seperti di bawah ini?***(Jawaban dapat lebih dari 1)*** | * Miopia
* Hipermetropia
* Tidak ada
* Lainnya …
 |
| 9 | Apakah Anda memakai kacamata ketika bekerja/belajar di depan komputer/laptop? | * Ya,
* Tidak
* Seharusnya saya memakai tapi tidak saya pakai.

*Alasan*: … |
| 10 | Berapa ukuran kacamata Anda? | * <3 dioptri
* >3 dioptri
* Lainnya …
 |
| 11 | Apakah Anda memiliki penyakit mata kronik seperti di bawah ini?***(Jawaban dapat lebih dari 1)*** | * Katarak
* Glaukoma
* Retinopati diabetikum
* Tidak ada
* Lainnya …
 |
| 12 | Berapa jarak antara mata Anda dengan pusat monitor?***(Diperkirakan 50 cm sama dengan panjang 1 lengan dewasa)*** | * < 50 cm
* ≥ 50 cm
 |
| 13 | Apakah Anda pernah didiagnosis dokter dengan penyakit ini?***(Jawaban dapat lebih dari 1)*** | * Hipertensi
* Diabetes
* Penyakit tiroid
* Gangguan tidur
* Gangguan psikologis
* Gangguan neurologis
* Alergi, *sebutkan* …
* Lainnya, *sebutkan* …
* Tidak ada
 |
| 14 | Apakah Anda saat ini sedang mengonsumsi obat-obatan tertentu? | * Ya ***(lanjut ke No. 15)***
* Tidak
 |
| 15 | Nama/jenis obat apa yang Anda pakai dan sudah berapa lama Anda mengonsumsi obat tersebut? | … |

**Lampiran 4.** Kuesioner kualitas tidur

**KUESIONER PENELITIAN**

***PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX* (PSQI)**

No. kuesioner : ..............

Tanggal : ..............

**PETUNJUK**

Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan kebiasaan tidur yang biasa Anda lakukan selama sebulan lalu. Jawaban dari Anda akan mengindikasikan tanggapan yang paling akurat pada mayoritas sehari-hari atau malam-malam yang Anda lalui sebulan lalu. Mohon Anda menjawab semua pertanyaan.

1. **Jawablah pertanyaan berikut ini! Selain pertanyaan no. 1 dan 3, berikan tanda (√) pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling sesuai!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Jam berapa biasanya Andatidur pada malam hari? |  |
|  | **≤15 menit** | **16-30 menit** | **31-60 menit** | **>60 menit** |
| 2. | Berapa lama (dalam menit) yang Anda perlukan untuk dapat mulai tertidur setiap malam?**Waktu Yang Dibutuhkan****Saat Mulai Berbaring Hingga Tertidur** |  |  |  |  |
| 3. | Jam berapa biasanya Anda bangun di pagi hari? |  |
|  | **>7 jam** | **6-7 jam** | **5-6 jam** | **<5 jam** |
| 4. | Berapa jam lama tidur Anda pada malam hari? (hal ini mungkin berbeda dengan jumlah jam yang Anda habiskan di tempat tidur) **Jumlah Jam Tidur Per Malam** |  |  |  |  |

1. **Berikan tanda (√) pada salah satu jawaban yang Anda anggap paling sesuai!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami hal di bawah ini: | **Tidak pernah** | **1x seminggu** | **2x seminggu** | **≥ 3x seminggu** |
| a. Tidak dapat tidur di malam hari dalam waktu30 menit |  |  |  |  |
| b. Bangun tengah malamatau dini hari |  |  |  |  |
| c. Harus bangun untuk kekamar mandi |  |  |  |  |
| d. Tidak dapat bernafasdengan nyaman |  |  |  |  |
| e. Batuk atau mendengkurkeras |  |  |  |  |
| f. Merasa kedinginan |  |  |  |  |
| g. Merasa kepanasan |  |  |  |  |
| h. Mimpi buruk |  |  |  |  |
| i. Merasakan nyeri |  |  |  |  |
| 1. Tolong jelaskan penyebab lain yang belum disebutkan di atas yang menyebabkan Anda terganggu di malam hari dan seberapa sering Anda mengalaminya?
	* Bermain HP
	* Hujan yang tiada henti
 |  |  |  |  |
| 6. | Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda mengkonsumsi obat tidur (diresepkan oleh dokter ataupun obat bebas) untuk membantu Anda tidur? |  |  |  |  |
| 7. | Selama sebulan terakhir seberapa sering Anda merasa terjaga atau mengantuk ketika melakukan aktifitas mengemudi, makan atauaktifitas sosial lainnya? |  |  |  |  |
|  | **Sangat****baik** | **Cukup****baik** | **Cukup****buruk** | **Sangat****buruk** |
| 8. | Selama sebulan terakhir, bagaimana Anda menilai kualitas tidur Anda secarakeseluruhan? |  |  |  |  |
|  | **Tidak Ada Masalah** | **Hanya Masalah Kecil** | **Masalah Sedang** | **Masalah Besar** |
| 9. | Selama sebulan terakhir, adakah masalah yang Anda hadapi untuk bisa berkonsentrasi atau menjaga rasa antusias untuk menyelesaikan suatu pekerjaan/ tugas? |  |  |  |  |