

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Muhammad Fahmi Rosyadi

NIM : 405140220

Adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Lama Pajanan Sinar Matahari Terhadap Kejadian Katarak Pada Petani Di Desa Sawah Luhur, Serang, Banten”

Penelitian ini tidak akan merugikan saudara. Saya menjamin bahwa informasi yang saudara berikan adalah rahasia.

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Alamat :

No telepon :

Tangerang,.....20..

Yang menyatakan

Peneliti

Responden penelitian

M. Fahmi Rosyadi

(.....)

Lampiran 2. Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONER

“Hubungan Paparan Sinar Matahari Pada Petani Terhadap Timbulnya Penyakit Katarak di Desa Sawah Luhur, Serang, Banten”

No. Kuesioner : _____ Tanggal : _____

A. Identitas Responden

Nama Lengkap : _____

Tempat, tanggal lahir : _____, _____

Usia : _____ Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Suku : _____

Agama : _____

Pendidikan : SD SMP SMA Tidak sekolah
 Lainnya (Sebutkan: _____)

Status pernikahan : Belum Menikah Janda / duda*

Tinggi badan : _____ cm

Berat badan : _____ kg

B. Pekerjaan Responden

Jenis pekerjaan : _____

Lama masa kerja : _____ bulan / tahun*

Jumlah jam kerja dalam sehari : _____ jam

Jumlah hari kerja dalam seminggu : _____ hari

Penghasilan perbulan (rata-rata) : _____

C. Riwayat Penyakit

1. Apakah penglihatan Bapak/Ibu/sdr/I mengalami gejala berikut:

a. Berkabut

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan : _____ bulan/tahun

Mata kanan

Mata kiri

Kedua mata

b. Kabur atau melihat samar-samar

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan : _____ bulan/tahun

Mata kanan

Mata kiri

Kedua mata

c. Penglihatan ganda

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan : _____ bulan/tahun

Mata kanan

Mata kiri

Kedua mata

d. Sensitif terhadap cahaya/sering silau

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan : _____ bulan/tahun

Mata kanan

Mata kiri

Kedua mata

e. Mata tegang

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan : _____ bulan/tahun

Mata kanan

Mata kiri

Kedua mata

f. Apakah menggunakan kacamata

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan _____

Ukuran kacamata: kanan _____ & kiri _____

2. Apakah Bapak/Ibu/Sdr/I pernah didiagnosa menderita katarak oleh tenaga medis

Ya Tidak

3. Sudah berapa lama Bapak/Ibu/Sdr/I menderita katarak?

4. Apakah Bapak/Ibu/Sdr/I selama 1 tahun terakhir pernah didagnosa menderita:

a. Kencing manis (diabetes mellitus)

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan _____

b. Tekanan darah tinggi (hipertensi)

Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan _____

5. Apakah keluhan yang sering Bapak/Ibu keluhkan selama bekerja:

<input type="checkbox"/> Pusing	<input type="checkbox"/> Lemas	<input type="checkbox"/> Gangguan tidur
<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Lelah	<input type="checkbox"/> Nyeri otot
<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Kejang	<input type="checkbox"/> Nyeri sendi
<input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/> Pengelihatan kabur	<input type="checkbox"/> Sulit BAB/BAK
<input type="checkbox"/> Mengantuk	<input type="checkbox"/> Sesak napas	<input type="checkbox"/> Gatal-gatal
<input type="checkbox"/> Kram perut	<input type="checkbox"/> Batuk	<input type="checkbox"/> Badan pegal

lain-lan (sebutkan: _____)

Sejak kapan timbul keluhan di atas?

Kapankah keluhan timbul? :

Di tempat kerja

Di rumah

Setiap saat

6. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I mempunyai asuransi kesehatan

Ya Tidak

Jika Ya, apakah jenis asuransinya

BPJS / KIS (Kartu Indonesia Sehat)

Asuransi swasta

Lainnya, _____

Jika tidak:

a. Apa yang dilakukan jika sakit:

berobat sendiri ke mantra / bidan

ke puskesmas ke dukun

ke praktik dokter

b. Bagaimana membayar biaya pengobatan:

Bayar sendiri

Pinjam ke teman / tetangga

hutang

D. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada diantara Ayah/Ibu dari Bapak/Ibu/Sdr/I yang menderita penyakit berikut:

a. Katarak

Ya Tidak

Jika Ya, siapa _____

b. Kencing manis (diabetes mellitus)

Ya Tidak

Jika Ya, siapa _____

c. Tekanan darah tinggi (hipertensi)

Ya Tidak

Jika Ya, siapa _____

E. Riwayat Paparan Sinar Matahari

1. Diamana Bapak/Ibu/Sdr/I bekerja
 - a. Didalam gedung
 - b. Diluar gedung
2. Apakah Bapak/Ibu/Sdr/I sering terpapar sinar matahari
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Berapa lama biasanya Bapak/Ibu/Sdr/I terpapar sinar matahari selama bekerja _____ jam
4. Apakah saat melakukan pekerjaan memakai alat untuk melindungi diri dari sinar matahari
 - a. Ya
 - b. Tidak

Jika Ya, apa yang Bapak/Ibu/Saudara/I pakai:

<input type="checkbox"/> Topi /caping	<input type="checkbox"/> Keduanya
<input type="checkbox"/> Kacamata hitam	<input type="checkbox"/> Lainnya _____
5. Apakah alat pelindung dirinya selalu dipakai saat bekerja
Ya Tidak

F. Merokok

- a. Apakah Bapak/Ibu/Sdr/I seorang perokok?
 Ya Tidak
- b. Berapa batang rokok yang anda gunakan dalam sehari? : _____ batang
- c. Jenis rokok
Filter Kretek Lainnya, sebutkan _____
- d. Sudah berapa lama anda merokok ? : _____ bulan / tahun*

G. Kebersihan diri

1. Apakah setelah bekerja Bapak/Ibu/Saudara/I segera mencuci tangan ?

Ya Tidak

2. Apakah sebelum makan Bapak/Ibu/Saudara/I mencuci tangan?

Ya Tidak

3. Apakah setelah buang air besar Bapak/Ibu/Saudara/I mencuci tangan?

Ya Tidak

4. Apakah setelah pulang kerja Bapak/Ibu/Saudara/I segera mandi

Ya Tidak

H. Lain – lain

Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I pernah mendapatkan pelatihan sebelum bekerja di tempat ini?

Ya Tidak

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. DATA PRIBADI

Nama : Muhammad Fahmi Rosyadi
NIM : 405140220
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat, tanggal lahir : Serang, 3 Juli 1996
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Pendidikan Terakhir : SMA
Alamat : Jl. Tanjung Duren Raya
Jakarta Barat 11470
No. Telepon : 085921777923
Email : fahmirosyadiiii@gmail.com

B. DATA PENDIDIKAN

1. 2002-2008 : SDN Sukadana II, Serang
2. 2008-2011 : SMP Daar el-Qolam, Tangerang
3. 2011-2014 : SMA Daar el-Qolam, Tangerang
4. 2014-sekarang : Fakultas Kedokteran UNTAR