

## **Lampiran 1 Lembar Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden**

### **PERNYATAAN KESEDIAN MENJADI RESPONDEN**

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini**

**Nama :**

**Usia :**

**Alamat :**

**No.telp :**

**Menyatakan bersedia untuk mengikuti penelitian berjudul “HUBUNGAN LAMANYA PENGGUNAAN KOMPUTER DENGAN COMPUTER VISION SYNDROME (CVS)” dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.**

**Jakarta, 2018**

**Responden**

( )

## Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

### KUESIONER PENELITIAN

#### Hubungan Lamanya Waktu Penggunaan Komputer dengan *Computer Vision Syndrome* (CVS)

##### Petunjuk Pengisian

1. Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (**X**) pada jawaban yang anda pilih
2. Isilah pertanyaan sesuai dengan kondisi yang anda rasakan

Nama : Agama :

Usia : Suku :

Jenis kelamin :

Berat badan :

Tinggi badan :

##### A. Variabel penggunaan komputer

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Berapa jam Anda secara terus-menerus menggunakan komputer dalam sehari? ...jam	.... jam
2.	Sudah berapa lama Anda menggunakan komputer?	... tahun .... Bulan
3.	Apakah Anda memakai lensa kontak ketika menggunakan komputer dan berapa visus nya?	<input type="checkbox"/> Ya, saya sudah memakai lensa kontak selama .... Visus kanan ... Visus kiri ... <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Apakah Anda memakai kacamata ketika menggunakan komputer?	<input type="checkbox"/> Ya, saya sudah memakai kacamata selama .... Visus kanan ... Visus kiri ... <input type="checkbox"/> Tidak

5.	Berapakah jarak antara mata Anda dengan pusat monitor?	... cm
6.	Pada saat menggunakan komputer bagaimana posisi Anda?	 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
7.	Apakah Anda punya riwayat penyakit terdahulu ?	<input type="checkbox"/> Ya, Saya sakit ... <input type="checkbox"/> Tidak

#### B. Variabel keluhan objektif Computer Vision Syndrome (CVS)

Apakah Anda memiliki keluhan penglihatan seperti dibawah ini dalam penggunaan komputer dengan jangka waktu yang lama ?

No	Pertanyaan	Sangat sering	Sering	Kadang -kadang	Tidak pernah	Sudah berapa lama
1.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata lelah ?					
2.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata terasa berat ?					

3.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata terasa pegal ?				
4.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata kering ?				
5.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan nyeri kepala ?				
6.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata berair ?				
7.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata anda pedih atau perih ?				
8.	Apakah kata-kata dalam tulisan terasa bergerak-gerak bila anda membaca dikomputer dalam waktu yang lama ?				
9.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda kabur atau blur?				
10.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda ganda atau kembar ?				
11.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda mengalami kesilauan?				

12.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasa tidak jelas melihat benda pada jarak dekat maupun pada jarak yang jauh?				
13.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan nyeri disekitar punggung?				
14.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda nyeri disekitar leher?				
15.	Apakah pandangan Anda menjadi gelap sesaat setelah menggunakan komputer dalam waktu yang lama?				
16.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda menyipitkan mata?				
17.	Apakah Anda mengalami perasaan berat dikepala ketika menggunakan komputer dalam waktu yang lama?				
18.	Apakah Anda mengalami kekakuan dibagian bahu setelah penggunaan komputer yang lama?				

Terimakasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam Penelitian ini

### Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian



19 November 2018

Nomor : 155 -Adm/FK- Untar/XI/2018  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
Koord. Blok Etika Kedokteran  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Tarumanagara  
Jakarta

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa untuk skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, maka dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut dapat diijinkan untuk melakukan penelitian dengan metode penelitian pengisian kuesioner terhadap 103 responden selama 3 bulan pada Etika Kedokteran.

Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Werry  
N I M : 405150112  
Judul Skripsi : Hubungan lamanya penggunaan komputer dengan gangguan kesehatan Computer Vision Syndrome ( CVS )

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n. D E K A N,  
Wakil Dekan,

dr. Errawati, SE, MS, FISPH, FISCM, Sp.DLP

Tembusan :

- Ketua Unit Penelitian FK UNTAR

Penelitianmhs1&jm

---

Jl. Letjen. S. Parman No. 1  
Jakarta Barat 11440, INDONESIA  
T : (021) 5671781, 5670815

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **A. DATA PRIBADI**

Nama Lengkap : Werry  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Tempat, tanggal lahir : Bengkayang, 21 November 1997  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Status : Belum nikah  
Agama : Katolik  
Alamat : Jl. Tawakal Ujung Raya no.26 Grogol, Jakarta Barat  
Nomor Telepon : 085654647671  
E-mail : werryoke@gmail.com

### **B. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN**

2003 – 2009 : SD Amkur Bengkayang  
2009 – 2012 : SMP Negeri 1 Bengkayang  
2012 – 2015 : SMA Negeri 1 Bengkayang  
2015 – sekarang : Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara