



## KUESIONER

Persetujuan setelah Penjelasan (INFORMED CONSENT)

Assalamualaikum Wr. Wb.

Bapak/Ibu Yth, saya Ayuningtyas mahasiswi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul bermaksud mengadakan suatu penelitian tentang **Hubungan Lama Penggunaan Komputer dengan Keluhan Subjektif *Computer Vision Syndrome* (CVS) pada Pekerja Pengguna Komputer di PT Yusen Logistik Indonesia**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan menganalisis hubungan antara lama penggunaan komputer dengan kejadian keluhan subjektif *Computer Vision Syndrome* (CVS) pada pekerja pengguna komputer di PT Yusen Logistik Indonesia sehingga hasil penelitian ini diharapkan memberi informasi mengenai keluhan CVS dalam upaya penanganan dan pencegahan terhadap sindrome tersebut.

Saya sebagai peneliti mengharapkan kerjasama dari Bapak/Ibu untuk menjadi responden penelitian ini dan bersedia meluangkan waktu untuk diwawancara langsung menggunakan kuesioner. Saya memohon maaf sebelumnya jika penelitian ini dapat menyita waktu Bapak/Ibu dalam bekerja. Bapak/Ibu berhak untuk ikut serta dalam penelitian ini atau menolak untuk menjadi responden bila merasa keberatan. Kerahasiaan tetap terjaga karena identitas Bapak/Ibu hanya diketahui oleh peneliti saja dan tidak akan diketahui oleh orang lain.

Terimakasih atas kerjasama Bapak/Ibu.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya menyatakan **SETUJU / TIDAK SETUJU** Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian.

Jakarta, April 2015

Ayuningtyas

## KUESIONER PENELITIAN

Hubungan Lama Penggunaan Komputer dengan Keluhan Subjektif *Computer Vision Syndrome* (CVS) pada Pekerja Pengguna Komputer di PT.Yusen Logistik Indonesia

Petunjuk pengisian:

- Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang Anda pilih
- Isilah pertanyaan sesuai dengan kondisi Anda saat ini

Nama : Jenis kelamin :  
Usia /Tahun lahir : No responden :  
Masa kerja : (diisi oleh peneliti)

### A. Variabel lama penggunaan komputer

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Berapa jam Anda harus bekerja secara terus-menerus di depan komputer dalam sehari ( hanya memfokuskan penglihatan di depan monitor dan tidak melakukan aktivitas lain) ? ... jam	<input type="checkbox"/> 1 jam <input type="checkbox"/> 5 jam <input type="checkbox"/> 2 jam <input type="checkbox"/> 6 jam <input type="checkbox"/> 3 jam <input type="checkbox"/> 7 jam <input type="checkbox"/> 4 jam <input type="checkbox"/> 8 jam

### B. Variabel keluhan subjektif *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
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 terasa sakit di daerah mata?				
5.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata kering?				
6.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan nyeri kepala?				
7.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata seperti berair?				
8.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata seperti berpasir?				
9.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata seperti pedih atau perih ?				
10.	Apakah kata-kata dalam tulisan terasa bergerak-gerak bila anda membaca dikomputer dalam waktu yang lama?				
11.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda kabur atau blur?				
12.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda ganda atau kembar?				
13.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda mengalami kesulitan dalam memfokuskan penglihatan?				
14.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda mengalami kesilauan?				

15.	Apakah dalam penggunaan komputer anda merasa tidak jelas melihat benda pada jarak dekat maupun pada jarak yang jauh?				
16.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan nyeri disekitar bahu?				
17.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan nyeri disekitar leher?				
18.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda mengalami perubahan penglihatan atau persepsi terhadap warna ?				
19.	Apakah pandangan Anda menjadi gelap sesaat setelah menggunakan komputer dalam waktu yang lama?				
20.	Apakah anda suka sekali memegang mata anda (mengkucek) ketika menggunakan komputer?				
21.	Apakah Anda merasakan kelopak mata berkedut-kedut ketika menggunakan komputer ?				
22.	Apakah Anda mudah merasa mengantuk saat menggunakan komputer?				
23.	Apakah anda merasa sulit berkonsentrasi ketika bekerja dengan komputer?				
24.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda menyipitkan				

	mata?				
25.	Apakah anda mengalami banyak kesalahan dalam bekerja menggunakan komputer?				
26.	Apakah anda mengalami perasaan berat dikepala ketika menggunakan komputer dalam waktu yang lama?				
27.	Apakah anda mengalami kekakuan dibagian bahu setelah penggunaan komputer yang lama?				
28.	Apakah anda merasa tidak seimbang jika berdiri setelah penggunaan komputer yang lama?				
29.	Apakah anda merasa daya pikir anda menurun setelah penggunaan komputer yang lama?				
30.	Apakah anda suka lupa mengingat apa yang anda baca dikomputer setelah menggunakan komputer dalam waktu yang lama?				

Terimakasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini