

LAMPIRAN I

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yuliana Agustina

NIM : 105070100111101

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

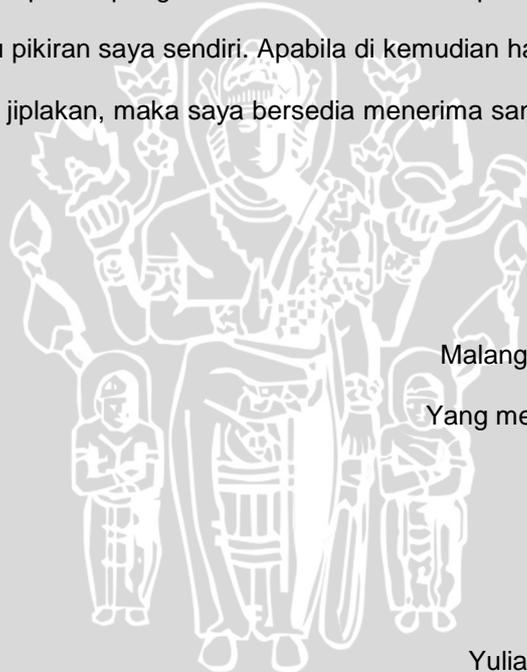
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 4 Februari 2015

Yang membuat pernyataan,

Yuliana Agustina

NIM. 105070100111101



LAMPIRAN 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Yuliana agustina mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Jurusan Pendidikan Dokter dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "PROFIL KUALITAS HIDUP (QUALITY OF LIFE) PASIEN MYOPIA DI POLI MATA RUMAH SAKIT SAIFUL ANWAR MALANG"
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh Myopia terhadap kualitas hidup pasien. Penelitian ini akan berlangsung selama 10-20 menit yang akan diambil dengan cara memberikan kuisioner kepada responden.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan memberikan kuisioner, cara ini mungkin menyebabkan waktu anda terbuang tetapi anda tidak perlu kuatir karena ini tidak mengambil waktu terlalu lama.
4. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun.
5. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan



Peneliti

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela (bersedia / tidak bersedia*) untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul PROFIL KUALITAS HIDUP(*QUALITY OF LIFE*) PADA PASIEN MYOPIA DI POLI MATA RUMAH SAKIT SAIFUL ANWAR MALANG

Malang, , 2014

Peneliti

Saksi,

Yang membuat pernyataan

(.....)
NIM. 10507010010011101

(.....) (.....)



LAMPIRAN 3

KUISIONER MYOPIA

INSTRUMENT KUALITAS HIDUP PASIEN MATA

NAMA :

USIA :

PEKERJAAN :

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling benar.

1. Jika anda memiliki penglihatan yang sempurna tanpa kacamata, lensa kontak atau alat bantu penglihatan yang lain, seberapa berbeda kah hidup anda?
 - a. Tidak ada bedanya berbeda sekarang
 - b. Sedikit lebih baik dan berbeda
 - c. Lebih baik dan berbeda
 - d. saya sudah merasakan bahwa hidup saya
2. Seberapakah tingkat kesulitan anda dalam melakukan pekerjaan atau hobi yang membutuhkan penglihatan anda untuk melihat lebih dekat seperti pada saat memasak, membetulkan sesuatu di sekitar rumah, menjahit, menggunakan alat kecil atau bekerja dengan computer?
 - a. Tidak kesulitan sama sekali
 - b. Agak kesulitan diatas karena
 - c. Sulit
 - d. sangat sulit
 - e. tidak pernah mencoba melakukan aktifitas tersebut
 - f. tidak pernah mencoba melakukan aktifitas tersebut diatas karena masalah masalah dgn penglihatan
3. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda karena adanya perubahan tingkat kejelasan pada penglihatan anda selama sehari?
 - a. Tidak mengalami perubahan pada tingkat kejelasan penglihatan saya sulit
 - b. Tidak sulit sama sekali sangat sulit
 - c. Agak sulit
 - d.
 - e.
4. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika berhubungan dengan penentuan jarak, seperti berjalan menuruni tangga atau ketika memarkir mobil?
 - a. Tidak sulit sama sekali
 - b. Agak sulit
 - c. Sulit
 - d. sangat sulit
5. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika berhubungan dengan jarak pandang dari samping, seperti melihat mobil/kendaraan yang datang menuju/meninggalkan arah kita?
 - a. Tidak sulit sama sekali
 - b. Agak sulit
 - c. Sulit
 - d. sangat suliut
6. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika berhubungan dengan situasi yang gelap, seperti ketika bergerak dari tempat yang terang menuju gelap, misalnya ketika masuk gedung bioskop?
 - a. Tidak sulit sama sekali
 - b. Agak sulit
 - c. sulit
 - d. sangat sulit
7. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika membaca surat kabar (dengan font huruf asli pada Koran)?
 - a. Tidak sulit sama sekali
 - b. Agak sulit
 - c. sulit
 - d. sangat sulit
 - e. tidak pernah mencoba karena masalah dengam penglihatan

- c. Sulit
8. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika membaca huruf yang tercetak kecil pada buku telepon, botol obat-obatan?
- Tidak sulit sama sekali
 - Agak sulit dengan penglihatan
 - Sulit
 - sangat sulit
 - tidak pernah mencoba karena masalah
9. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika mengendarai di malam hari?
- Tidak sulit sama sekali
 - Agak sulit dengan penglihatan
 - Sulit
 - Sangat sulit
 - Tidak pernah mencoba karena masalah
 - Tidak pernah mencoba karena masalah lain
10. Seberapakah tingkat kesulitan yang anda alami pada penglihatan anda ketika mengendarai pada kondisi yang sulit seperti pada saat cuaca buruk, saat lalu lintas sangat padat, saat mengendarai di jalan tol?
- Tidak sulit sama sekali masalah dengan penglihatan
 - Agak sulit
 - Sulit
 - Tidak pernah mencoba karena
 - Tidak pernah mencoba karena alasan lain
11. Karena masalah pada penglihatan anda, seberapa sulitkah anda melakukan kegiatan sehari-hari?
- Tidak sulit sama sekali
 - Agak sulit
 - Sulit
 - Sangat sulit
12. Karena masalah pada penglihatan anda, seberapa sulitkah anda ketika melakukan aktifitas di luar ruangan (mendaki gunung, renang, aerobic, atau jogging)?
- Tidak sulit sama sekali
 - Agak sulit dengan penglihatan
 - Sulit lain
 - sangat sulit
 - tidak pernah mencoba karena masalah
 - tidak pernah mencoba karena alasan

PERTANYAAN SEPUTAR PENGLIHATAN ANDA

13. Apakah anda membutuhkan kacamata atau lensa bi-focal atau kaca pembesar ketika anda membaca sesuatu yang pendek seperti pada arah petunjuk, menu, atau resep?
- Ya, sepanjang waktu
 - Ya, kadang-kadang
 - Tidak
14. Apakah anda membutuhkan kacamata atau lensa bi-focal atau kaca pembesar ketika anda membaca sesuatu yang panjang seperti buku, artikel majalah atau Koran?
- Ya, sepanjang waktu
 - Ya, kadang-kadang
 - Tidak
15. Ketika mengendarai di malam hari, apakah anda membutuhkan kacamata atau lensa kontak?
- Ya, sepanjang waktu dengan penglihatan
 - Ya, kadang-kadang lain
 - Tidak
 - Tidak mengendarai di malam hari karena masalah
 - Tidak mengendarai di malam hari karena masalah

16. Pada keadaan berdebu/kabut, seperti saat hari mulai gelap, apakah anda membutuhkan kacamata atau lensa kontak ketika mengendarai?
- Ya, sepanjang waktu dengan penglihatan
 - Ya, kadang-kadang
 - Tidak
 - Tidak mengendarai di saat kabut karena masalah

KETIKA MENJAWAB PERTANYAAN DI BAWAH INI, COBA ANDA PIKIRKAN JUGA TENTANG ALAT BANTU PENGLIHATAN YANG ANDA BIASA PAKAI SEPERTI KACAMATA, LENS KONTAK, KACA PEMBESAR, ATAU TIDAK SAMA SEKALI

17. Seberapa sering ketika anda berada pada tempat yang terang di malam hari ketika anda melihat bintang atau cahaya bulan mengganggu penglihatan anda?
- Sepanjang waktu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Agak terganggu
 - Tidak terganggu sama sekali
18. Seberapa sering anda mengalami rasa sakit atau tidak nyaman di sekitar mata anda (misalnya perasaan panas, gatal, atau pedih)
- Sepanjang waktu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Agak terganggu
 - Tidak terganggu sama sekali
19. Seberapa mengganggu kah perasaan kering pada penglihatan anda?
- Tidak mengalami kering
 - Tidak sama sekali
 - Agak mengganggu
 - Sangat mengganggu
20. Seberapa sering anda terganggu dengan adanya perubahan pada tingkat kejelasan penglihatan anda saat mengikuti pelajaran selama sehari?
- Tidak pernah
 - Jarang
 - Kadang-kadang
 - sering
 - sangat sering
21. Seberapa sering kah anda terganggu dengan penglihatan atau pandangan anda?
- Tidak pernah
 - Jarang
 - Kadang-kadang
 - sering
 - sangat sering
22. Seberapa sering kah anda memperhatikan atau memikirkan penglihatan atau pandangan anda?
- Tidak pernah
 - Jarang
 - Kadang-kadang
 - Sering
 - Sangat sering

ALAT BANTU PENGLIHATAN ANDA

23. Pada saat ini, seberapa terang/jelaskah penglihatan anda dengan menggunakan alat bantu penglihatan yang biasa anda pakai, meliputi kacamata, lensa kontak, kaca pembesar, operasi atau tidak sama sekali?
- Sangat jelas
 - Jelas
 - Agak jelas
 - Tidak jelas sama sekali
24. Seberapa sakitkah atau tidak nyaman kah anda dengan keadaan di penglihatan anda (misalnya panas, gatal, pedih)?
- Tidak sakit
 - Sangat sakit

- b. Agak sakit
c. Cukup sakit
- e. Amat sangat sakit
25. Seberapa sering kah anda mengalami/merasakan sakit kepala yang menurut anda, keadaan itu berhubungan dengan penglihatan atau karena alat bantu penglihatan yang anda pakai?
- a. Tidak pernah
b. Jarang
c. Kadang-kadang
- d. hampir setiap saat
26. Seberapa puaskah anda dengan kacamata, lensa kontak, pembesar, atau jenis alat bantu penglihatan yang lain (termasuk operasi)?
- a. Amat sangat memuaskan
b. Sangat memuaskan
c. Memuaskan
- d. Agak memuaskan
e. Tidak memuaskan
f. Tidak memuaskan sama sekali
27. Dalam hal penampilan, seberapa puaskah anda dengan kacamata, lensa kontak, pembesar, atau jenis alat bantu penglihatan yang lain (termasuk operasi)?
- a. Amat sangat memuaskan
b. Sangat memuaskan
c. Memuaskan
- d. Agak memuaskan
e. Tidak memuaskan
f. Tidak memuaskan sama sekali
28. Jika anda memiliki penglihatan yang sempurna tanpa kacamata, lensa kontak, pembesar atau alat bantu penglihatan yang lain, bagaimanakah menurut anda bahwa hidup anda akan berubah?
- a. Tidak berubah
b. Agak berubah namun lebih baik
c. Sangat berubah dan lebih baik
- d. Saya sudah mengalaminya sekarang
29. Dalam hal penampilan, apakah jenis alat bantu penglihatan yang anda pakai sekarang adalah yang terbaik yang pernah anda miliki?
- a. Ya
b. Tidak
30. Dalam hal penampilan, apakah menurut anda ada jenis alat bantu penglihatan yang lebih baik dari apa yang anda pakai sekarang?
- a. Ya
b. Tidak
31. Seberapa sering anda mengenakan alat bantu penglihatan atau pengobatan yang sebenarnya tidak nyaman, dalam 4 minggu terakhir tetapi anda pakai karena anda hanya terlihat lebih baik?
- a. Sepanjang waktu dalam 4 minggu terakhir
b. Sering
c. Kadang-kadang
- d. Agak jarang
e. Tidak sama sekali
32. Seberapa sering anda mengenakan alat bantu penglihatan atau pengobatan yang sebenarnya tidak membantu penglihatan anda sama sekali, dalam 4 minggu terakhir tetapi anda pakai karena anda hanya terlihat lebih baik?
- a. Sepanjang waktu dalam 4 minggu terakhir
b. Sering
c. Kadang-kadang
- d. Agak jarang
e. Tidak sama sekali
33. Karena masalah dengan penglihatan anda, apakah anda mengurangi frekuensi untuk melakukan kegiatan olahraga atau kegiatan lain di luar ruangan (seperti mendaki, berenang, aerobic, atau jogging)?
- a. Ya
b. Tidak

34. Apakah ada kegiatan olahraga atau rekreasi yang tidak anda lakukan karena masalah dengan penglihatan anda atau karena alat bantu penglihatan yang anda pakai?
- Ya, banyak
 - Ya, sedikit
 - Tidak
35. Apakah ada kegiatan sehari-hari yang anda ingin lakukan, tetapi tidak anda lakukan karena masalah dengan penglihatan anda atau karena alat bantu penglihatan yang anda pakai?
- Ya, banyak
 - Ya, sedikit
 - Tidak

