FORMULIR PERSETUJUAN PARTISIPASI PENELITIAN

(*Informed Consent*)

Judul Penelitian : Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda

Peneliti : Alzikha Khalisha Roza

NIM : 030002200019

Fakultas : Kedokteran Universitas Trisakti

Anda diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian mengenai hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda. Penelitian ini bertujuan untuk memahami bagaimana kondisi kesehatan mental, khususnya gangguan bipolar, memengaruhi kualitas hidup individu.

Jika Anda setuju untuk berpartisipasi, Anda akan diminta:

- Memberikan informasi demografi dasar (usia, jenis kelamin, status pendidikan, pekerjaan).
- Mengisi kuesioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan mengenai kualitas hidup Anda dalam dua minggu terakhir.

Durasi pengisian kuesioner diperkirakan sekitar **15–30 menit**. Seluruh data akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Identitas Anda tidak akan dicantumkan dalam publikasi atau laporan penelitian.

Tidak ada risiko langsung yang diharapkan dari partisipasi ini. Anda tidak akan menerima keuntungan finansial, tetapi partisipasi Anda dapat membantu meningkatkan pemahaman mengenai dampak gangguan bipolar terhadap kualitas hidup.

Partisipasi Anda bersifat sukarela. Anda bebas untuk tidak menjawab pertanyaan tertentu atau menghentikan partisipasi kapan saja tanpa ada konsekuensi apapun.

Pernyataan Persetujuan

Saya telah membaca dan/atau memperoleh penjelasan informasi penelitian. Saya sepenuhnya memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan memperoleh jawaban, sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut-sertaan, maka saya **setuju/tidak setuju**[*)] menjadi responden penelitian ini dengan berjudul: Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda

Saya menyatakan kesukarelaan menjadi responden dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju: **Ya / Tidak** [*)]

*coret yang tidak perlu

	Tanggal	Tanda Tangan
Nama Responden: Usia: Alamat:		
Nama Peneliti:		