LAMPIRAN

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian

Hubungan Postur Kerja terhadap Alignment dan Perubahan Degeneratif Servikal Berdasarkan Pemeriksaan Radiografi pada Petugas Lapangan di Jakarta Barat

Ketua Peneliti
Nama : dr. Mulia Rahmansyah, SpRad
No. HP: +62 821-2298-5556
Email : mulia.rahmansyah@trisakti.ac.id

Penjelasan Penelitian

Bapak/Ibu diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara postur kerja dengan perubahan pada tulang belakang leher (servikal) berdasarkan pemeriksaan radiografi serta hubungannya dengan disabilitas leher.

Tujuan Penelitian

Menganalisis hubungan antara postur kerja dengan alignment sagital servikal, perubahan degeneratif servikal berdasarkan radiografi, serta disabilitas leher.

Prosedur Penelitian

1. Pengisian kuesioner karakteristik responden.
2. Observasi postur kerja menggunakan REBA.
3. Pengisian Neck Disability Index (NDI).
4. Pemeriksaan radiografi servikal pada proyeksi AP dan lateral.

Total waktu sekitar 15–20 menit.

Risiko

Risiko minimal berupa paparan radiasi dosis rendah sesuai dengan standar pelayanan radiologi. Pemeriksaan dilakukan oleh tenaga kompeten dengan menerapkan prinsip ALARA.

Manfaat

Peserta memperoleh informasi mengenai kondisi tulang belakang servikal dan penelitian diharapkan mendukung pencegahan gangguan muskuloskeletal akibat kerja.

Kerahasiaan

Identitas peserta akan dirahasiakan menggunakan kode dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Keikutsertaan

Keikutsertaan bersifat sukarela. Peserta dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi apa pun.

LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah memperoleh penjelasan mengenai penelitian ini, memahami tujuan, prosedur, manfaat, risiko, serta hak saya sebagai peserta penelitian. Saya diberi kesempatan untuk bertanya dan seluruh pertanyaan telah dijawab dengan memuaskan. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya bersifat sukarela dan saya dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa memengaruhi pekerjaan maupun pelayanan kesehatan yang saya terima.

Nama: _____

Umur: _____

Jenis Kelamin: _____

Alamat: _____

Nomor Telepon: _____

Dengan ini saya menyatakan BERSEDIA menjadi peserta penelitian.

Peserta Penelitian	Peneliti
(_____) Tanggal: _____	(_____) Tanggal: _____