INFORMED CONSENT

Penelitian mengenai hubungan *alexithymia* dengan gejala somatisasi pada remaja dapat memberikan pengetahuan apakah gejala somatisasi dapat disebabkan oleh *alexithymia*. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan petunjuk kepada para remaja sehingga dapat mengambil tindakan selanjutnya untuk mencegah perjalanan penyakit sampai ke tahap lebih lanjut.

Oleh karena itu kami mengharapkan saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Bila bersedia maka peneliti akan meminta saudara untuk mengisi kuesioner yang telah disediakan. Dalam penelitian ini, Saudara akan diminta untuk mengisi beberapa kuesioner secara offline. Kuesioner yang digunakan meliputi *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Somatic Symptom Scale* (SSS-8), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Selain itu, Saudara akan diminta untuk mengisi data demografis dasar, seperti usia dan jenis kelamin. Tidak ada tes fisik yang akan dilakukan selama proses penelitian. Seluruh proses dilaksanan dengan menjaga kenyamanan dan kerahasiaan identitas Saudara.

Bila ada pertanyaan, bapak/ibu/saudara dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 081312468071

Bapak/ibu/saudara bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Bila bapak/ibu/saudara bersedia ikut dalam penelitian ini kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan bawah ini.

Jakarta, ... 20....

( )

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU SECARA SUKARELA untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Tanda tangan :

Tanggal :