



**PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
DINAS KESEHATAN
UPTD RSUD CILACAP
CILACAP**

Jalan Jenderal Gatot Subroto No. 28 Telepon: (0282) 533010 Faximile: (0282) 520755
Website : <http://www.rsud.cilacapkab.go.id> e-mail: bludrsudcilacap@gmail.com



RSUD CILACAP

Kode Pos 533223

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/25792/16.8

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :
 - a Nama : dr. Moch. Ichlas Riyanto, MM
 - b Jabatan : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah CilacapMenindaklanjuti Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Universitas Al-Irsyad Cilacap Nomor: 3455/280/03.3.1.3 Tanggal : 9 November 2023 sebagai berikut:
Nama : Edwin Kurnianto
NIM : 108222012
Program Studi : S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan
Asal Institusi : Universitas Al-Irsyad Cilacap
Pendidikan
Judul Penelitian : Gambaran Karakteristik Pasien Congestive / Survai Heart Failure (CHF) di Ruang IGD RSUD Cilacap Tahun 2023
2. Kami menyetujui Program Survey Pendahuluan Penelitian Mahasiswa diatas dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Mengikuti tata tertib yang berlaku
 - Tidak mengganggu pelayanan
 - Menyerahkan softfile dan hardfile penelitian ke RSUD Cilacap
3. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 20 November 2023

DIREKTUR RSUD CILACAP



dr. MOCH. ICHLAS RIYANTO, MM

Pembina Utama Muda

NIP. 19680102 200212 1 007

Lampiran-2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : EDWIN KURNIANTO
NIM : 108222012
Alamat : Jl. Wates Timur RT. 02 RW 04 Kecamatan Maos
Kabupaten Cilacap
No. HP : 0813 3337 3383
Judul Penelitian : Gambaran Karakteristik Pasien *Congestive Heart Failure*
(CHF) di Ruang IGD RSUD Cilacap Tahun 2023

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program S-1 Keperawatan di Universitas Al-Irsyad Cilacap. Dalam penelitian ini, peneliti tidak bekerja sendiri melainkan dibantu oleh asisten penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien *congestive heart failure*.

Peneliti mohon kesediaan Bpk/Ibu/Sdr/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya atas pernyataan yang kami berikan. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan Ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Peneliti

EDWIN KURNIANTO
NIM. 108222012

Lampiran-3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : EDWIN KURNIANTO

NIM : 108222012

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Studi S-I Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap,

2023

Responden

LEMBAR ISIAN DEMOGRAFI

Petunjuk pengisian: Bpk/Ibu/Sdr/i untuk menetapkan penilaian sesuai dengan keadaan Bpk/Ibu/Sdr/i terhadap pernyataan mengenai karakteristik:

No. Resp. :

Inisial Responden :

Umur Responden : tahun

Pendapatan keluarga per bulan : ☐ < Rp. 2.383.000
☐ Rp. 2.383.000 s/d Rp. 3.500.000,-
☐ > Rp. 3.500.000,-

Pendidikan : ☐ SD-SMP
☐ SMA
☐ D3, S1 atau S2

Pekerjaan : ☐ PNS/POLRI/TNI
☐ Pegawai Honorer
☐ Wiraswasta / Pedagang
☐ Petani
☐ Nelayan
☐ Buruh
☐ Tidak bekerja/IRT
☐ Lainnya

Kebiasaan merokok

- : ☐ Tidak merokok
☐ 1-4 batang rokok / hari
☐ 5-14 batang rokok / hari
☐ > 14 rokok / hari

Jika sudah berhenti, berapa lama Anda berhenti merokoktahun

Penyakit penyerta

- : ☐ Tidak ada
☐ Hipertensi,
☐ Jantung koroner
☐ Diabetes mellitus
☐ Dislipidemia,

