

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Unit hemodialisa merupakan salah satu pelayanan rawat jalan yang mampu melayani 66 pasien setiap hari. Unit hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki kapasitas pelayanan yang sangat memadai diantaranya terdapat 24 unit mesin *dialyzer* ditempatkan di unit hemodialisa dan 1 mesin di tempatkan di ruang ICU diperuntukkan bagi pasien yang menjalani perawatan intensif, untuk mencapai kebutuhan dalam melayani hemodialisis pasien dilakukan oleh 20 tenaga perawat, 2 dokter pelaksana harian dan 1 dokter spesialis penyakit dalam sebagai penanggung jawab. Pelayanan hemodialisis di unit hemodialisa RSUD Panembahan Senopati Bantul terbagi menjadi 3 shift dimulai dari pukul 07.00 WIB, untuk shift berikutnya pukul 11.00, dan untuk shift terakhir pukul 16.00 WIB. Dalam satu kali shift dapat melayani rata-rata 22 pasien. Ketika pasien datang langsung mengumpulkan administrasi untuk menunggu panggilan. Setelah perawat mempersiapkan peralatan dan *bed making* kemudian memanggil pasien untuk menawarkan *bed* tersebut karena ada beberapa yang menolak jika dibawah AC. Apabila menolak maka menunggu antrian kembali, jika bersedia selanjutnya dipersilahkan masuk. Sebelum dilakukan hemodialisis pasien diukur tanda-tanda vital dan penimbangan Berat Badan (BB) terlebih dahulu. Selanjutnya perawat menentukan program pasien, kemudian pasien menempati *bed* yang telah disediakan untuk dilakukan pemasangan alat hemodialisis. Setelah itu perawat memprogram mesin *dialyzer* sesuai dengan yang sudah ditentukan, selama proses hemodialisis berlangsung kegiatan pasien di ruang hemodialisa RSUD Panembahan Senopati Bantul

berbagai macam diantaranya menonton TV, ada yang berbicara dengan sesama pasien yang menjalani hemodialisis atau keluarga sendiri bahkan keluarga pasien lain, dan kebanyakan pasien tidur saat menjalani hemodialisis.

2. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Dalam penelitian ini peneliti menyajikan data menggunakan jenis data numerik dan kategorik. Untuk menyajikan data numerik diantaranya karakteristik responden (usia dan lama hemodialisis). Sedangkan untuk menyajikan jenis data kategorik dalam karakteristik responden (jenis kelamin, tingkat pendidikan), kemudian dalam penyajian *level fatigue*, dan kualitas tidur peneliti lebih memilih menyajikan dalam bentuk kategorik. Berikut penyajian data karakteristik responden terdapat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, dan tingkat pendidikan di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Juni-Juli 2018 (n=63).

Karakteristik	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	23	36,5
Perempuan	40	63,5
Tingkat Pendidikan		
SD	16	25,4
SMP	21	33,3
SMA	25	39,7
Akademi/Perguruan Tinggi	1	1,6

Hasil Tabel 4.1 menunjukkan bahwa pada karakteristik responden jenis kelamin perempuan sebesar 40 responden (63,5%) lebih banyak dari laki-laki. Pada tingkat pendidikan terakhir sebagian besar tamat SMA sebesar 25 responden (39%).

Tabel 4.2 Distribusi statistik karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Juni-Juli 2018 (n=63)

Variabel	Mean	Median	Std.Deviation	Minimal	Maksimal
Usia	46,25	46,00	10,963	27	70
Lama hemodialisis	46,10	36,00	26,800	8	108

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul yaitu 46,25 tahun. Untuk karakteristik responden rata-rata lama menjalani hemodialisis selama 46,10 bulan.

b. Gambaran *Level Fatigue*

Pada penelitian ini gambaran *level fatigue* pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Tabel 4.3 Distribusi *level fatigue* responden di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Juni-Juli 2018 (n=63).

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<i>Level fatigue</i>		
<i>Fatigue</i> ringan	26	41,3
<i>Fatigue</i> sedang	29	46,0
<i>Fatigue</i> berat	8	12,7

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa responden mengalami *level fatigue* sedang terbanyak yaitu sebesar 29 responden (46,0%).

c. Gambaran Kualitas Tidur

Pada penelitian ini gambaran kualitas tidur pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Tabel 4.4 Distribusi kualitas tidur responden di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Juni-Juli 2018 (n=63).

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kualitas tidur		
Baik	10	15,9
Buruk	53	84,1

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa responden yang memiliki kualitas tidur buruk terbesar yaitu sebesar 53 responden (84,1%).

3. Analisis Bivariat

Setelah dianalisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen (*level fatigue*) dengan variabel independen (kualitas tidur) pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul, peneliti menyajikan berupa data kategorik.

4.5 Hubungan *level fatigue* dengan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Juni-Juli 2018 (n=63).

	Kualitas tidur
<i>Level fatigue</i>	$r = 0,698$ $p < 0,000$ $n = 63$

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa hasil analisa bivariat ada hubungan *level fatigue* dengan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul diperoleh nilai korelasi sebesar 0,698 dengan nilai p-value sebesar $0,000 < 0,05$. Jadi dapat disimpulkan bahwa tingkat keeratan hubungan *level fatigue* dengan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki nilai korelasi Somers'd sebesar 0,698 yang menunjukkan bahwa korelasi positif dengan masuk dalam kategori kekuatan korelasi kuat (0,6-0,8).

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

a. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul diperoleh responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 23 responden (36,5%) sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 40 responden (63,5%). Berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak dibandingkan jumlah responden laki-laki yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hal ini mendukung penelitian Tjekyan (2014) bahwa penderita penyakit GGK berjenis kelamin perempuan lebih banyak sebesar 169 responden (53%) dan laki-laki 131 responden (47%) dengan uji statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara kejadian penyakit GGK dengan jenis kelamin.

Hal ini mendukung data dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bantul melaporkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Bantul tahun 2017 sebanyak 927.181 jiwa, dengan jumlah laki-laki sebanyak 462.449 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 464.732 jiwa (Profil Kesehatan, 2018). Berdasarkan teori menurut Logani (2017) bahwa jenis kelamin bukanlah merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit GGK karena hal ini juga berhubungan dengan faktor-faktor lainnya seperti usia dan pola hidup. Maka berdasarkan penelitian dan teori sudah berkesinambungan.

b. Tingkat pendidikan

Pada penelitian ini karakteristik responden pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa mayoritas memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 25 responden (39,7%). Hal tersebut terdapat data yang berbeda, menurut data demografi dari Badan Pusat Statistik (BPS) (2017) bahwa tingkat pendidikan penduduk di Kabupaten Bantul terbanyak adalah SD sebesar 183.672 orang.

Penelitian ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian Siallagan (2011) bahwa proporsi tingkat pendidikan tertinggi yaitu Akademi/PT sebanyak 102 responden (50,7%), beranggapan bahwa tingkat pendidikan dapat memengaruhi tingkat pengetahuan penderita tentang faktor risiko GGK, komplikasi, gejala klinis dan kesadaran untuk memeriksakan diri dan menjalani pengobatan sesuai dengan kondisi penyakit. Hasil penelitian ini mendukung teori Riskesdas (2010) menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan seseorang tersebut akan semakin tinggi. Namun, seseorang yang berpendidikan rendah belum tentu berpengetahuan rendah. Dalam penelitian ini juga memperlihatkan bahwa responden dengan rata-rata tingkat pendidikan SMA berulang kali menanyakan maksud pertanyaan dalam kuesioner. Hal ini menandakan bahwa berdasarkan penelitian dan secara teori sudah sejalan.

c. Usia

Berdasarkan pada penelitian ini karakteristik responden seperti usia menunjukkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan rata-rata usia 46,25 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Basir (2018) bahwa proporsi usia tertinggi pada kelompok usia 46-65 tahun dengan jumlah 24 responden (53,3%). Penelitian ini mendukung penelitian Siallagan (2011) menunjukkan bahwa proporsi penderita

pasien GGK tertinggi pada usia 49-55 tahun sebanyak 50 responden (24,8%), beranggapan bahwa semakin meningkatnya usia dan ditambah dengan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes maka ginjal cenderung akan menjadi rusak dan tidak dapat dipulihkan kembali.

Prevalensi penyakit GGK meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian hipertensi (KemenKes RI, 2017). Menurut data Profil Kesehatan (2015) bahwa jumlah lansia dengan kategori usia diatas 45 tahun sebesar 125.880 (30,95%). Penyakit degeneratif salah satunya yaitu GGK mulai banyak menyerang dari pra lansia, disamping hal tersebut kematian akibat penyakit degeneratif di Kota Yogyakarta merupakan penyebab kematian tertinggi dengan persentase 19,3%. Selain itu, menurut Logani (2017) bahwa riwayat penyerta dengan hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terkenanya panyakit GGK. Seseorang yang memiliki riwayat hipertensi yang berlangsung lama akan menyebabkan perubahan resistensi arteriol aferen dan terjadi penyempitan arteriol aferen akibat perubahan struktur mikrovaskuler. Kondisi ini akan menyebabkan iskemik glomerular dan mengaktifasi respon inflamasi. Hasilnya, akan terjadi pelepasan mediator inflamasi, endotelin dan aktivasi angiotensi II intrarenal. Kondisi ini akan menyebabkan terjadinya apoptosis, sehingga meningkatkan produksi matriks dan deposit pada mikrovaskuler glomerulus dan terjadi sklerosis glomerulus atau nefrosklerosis.

Menurut teori Jameson (2013) mekanisme penyebab terjadinya GGK yaitu disebabkan adanya penyakit tertentu dan penurunan jumlah nefron yang dapat mengakibatkan hiperfiltrasi dan hipertrofi. Hal ini didukung dengan teori Smeltzer & Bare, (2014) bahwa penurunan fungsi ginjal mengakibatkan retensi urea dan hasil akhir dari nitrogen lain dalam darah yang biasa disebut uremia, normalnya hasil akhir metabolisme protein tersebut

dieksresikan ke dalam urine. Terjadinya uremia dapat memengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat. Gangguan klierens renal, banyak masalah yang muncul pada pasien GGK sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, menyebabkan penurunan kliren pada darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal.

Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa fungsi renal akan berubah bersamaan dengan pertambahan usia. Sesudah usia 40 tahun akan terjadi penurunan GFR secara progresif hingga mencapai usia 70 tahun, kurang lebih 50% dari laju normal (Brunner & Suddart, 2013). Sedangkan menurut Logani (2017) bahwa pada usia >45 tahun lebih rentan terkena GGK karena kecepatan GFR dapat menurunkan sekitar 1% per tahun yang dimulai pada usia 40 tahun. Berdasarkan penelitian ini dan teori menunjukkan saling berkaitan bahwa responden dengan rata-rata usia 46,25 tahun cenderung terkena GGK. Maka penelitian ini dengan secara teori sudah berkesinambungan.

d. Lama hemodialisis

Berdasarkan pada penelitian ini karakteristik responden dengan lama hemodialisis pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senapati Bantul memiliki rata-rata 36,00 bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Mlati (2018) bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis >12 bulan lebih banyak yaitu sebesar 35 responden (72,9%).

Berdasarkan *Report Of Indonesian Renal Registry* melaporkan bahwa mayoritas pasien GGK menggunakan layanan dialisis berupa hemodialisis (KemenKes, 2017). Menurut teori Smeltzer & Bare (2014) hemodialisis merupakan salah satu penatalaksanaan pasien GGK untuk mempertahankan hidupnya. Menurut Williams (2015) hemodialisis adalah suatu proses tindakan

pengganti ginjal untuk membuang produk sisa metabolisme, kelebihan air, dan elektrolit. Proses ini menggunakan mesin dialyzer melalui membran semipermeabel yang menggantikan glomerulus serta tubulus renal dan bekerja sebagai filter.

e. Gambaran *level fatigue*

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul mayoritas memiliki *level fatigue* sedang dengan hasil 29 responden (46,0%). Sejalan dengan hasil penelitian Astuti (2017) bahwa pasien GGK mengalami *fatigue* dengan skala sedang sebanyak 37 responden (51,39%). Hal ini mendukung penelitian Suparti (2015) bahwa hasil penelitian sebagian besar responden mengalami tingkat *fatigue* sedang sebanyak 69 responden (67%). Menurut Sulaiman (2015) bahwa hemodialisis dilakukan umumnya 2-3 kali dalam seminggu dengan setiap hemodialisis selama 4-5 jam setiap kali tindakan. Menurut Smeltzer & Bare (2014) kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya.

Berdasarkan penelitian ini pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul mengalami kelelahan yang dirasakan dapat menyebabkan terganggu dalam menyelesaikan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari dalam rentang sedang. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian bahwa pada kuesioner PSF terdapat jumlah jawaban yang paling tinggi yaitu item nomor 2 dengan rata-rata pasien menjawab dengan (rentang skor 4-6).

Berdasarkan teori Suparti (2015) salah satu dampak dari *fatigue* adalah terganggu dalam kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut Ibrahim (2016) pasien GGK yang mengalami *fatigue* tidak segera diatasi akan merasa tidak berdaya, terjadi penurunan kemampuan fungsi fisik, keterbatasan dalam kemandirian dapat mengganggu partisipasi pasien dalam mengikuti

kegiatan sosial sehingga berdampak pada buruknya kualitas hidup pasien. Dalam penelitian ini juga memperlihatkan bahwa responden didampingi oleh salah satu keluarganya. Hal ini menunjukkan bahwa hasil penelitian dan secara teori saling berkesinambungan..

Menurut Sulistini (2012) faktor-faktor yang memengaruhi *fatigue* pada pasien yang menjalani hemodialisis faktor demografi (tingkat pendidikan) dan faktor situasional (lama menjalani hemodialisis) menunjukkan hubungan yang signifikan. Pada penelitian ini mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SMA dengan *level fatigue* sedang, menunjukkan bahwa penelitian dan secara teori berbeda ini menandakan bahwa lama menjalani hemodialisis dengan tingkat pendidikan pasien tidak memengaruhi *level fatigue*.

Hal ini dibuktikan sesuai dengan penelitian Sulaiman (2015) bahwa pendidikan terakhir responden terbanyak adalah berpendidikan SMA sebanyak 27 responden (47,3%). Hal ini menandakan bahwa klasifikasi pendidikan ini termasuk ke dalam pendidikan tinggi, pasien yang tingkat pendidikan tinggi memiliki kesadaran yang baik untuk memerikasakan kesehatannya sedangkan pendidikan yang rendah kemungkinan memiliki keterbatasan pengetahuan, sehingga mereka takut untuk dilakukan hemodialisis. Pasien dengan pendidikan rendah tidak mampu memperlihatkan coping adaptif dalam mengatasi *fatigue* sementara orang yang berpendidikan tinggi mampu mengelola *fatigue* yang dialami (Mollaoglu, 2009).

Menurut teori Sulistini (2012) pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah memiliki keterbatasan pengetahuan sehingga mereka takut untuk dilakukan hemodialisis. Selain itu, pasien tidak mampu memperlihatkan coping adaptif dalam mengatasi *fatigue*. Teori tersebut sejalan dengan penelitian Zyga, *et al.*, (2015) dari analisis statistik mengungkapkan bahwa tingkat

kelelahan pada pasien hemodialisis bervariasi menurut tingkat pendidikan, orang dengan tingkat pendidikan rendah memiliki skor yang lebih tinggi pada *fatigue*.

Pada penelitian ini mayoritas responden memiliki lama menjalani hemodialisis dengan *level fatigue* sedang. Berdasarkan teori yang dikemukakan Thomas (2003) bahwa pasien GGK yang sudah lama menjalani hemodialisis memiliki kadar ureum dan kreatinin yang tinggi. Ureum yang tinggi akan mengganggu produksi hormon eritropoietin. Hal ini akan mengakibatkan jumlah sel darah merah menurun. Akibatnya pasien akan mengalami lelah, letih, lesu yang merupakan gejala *fatigue* (Sullivan, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa penelitian ini dengan secara teori saling berkesinambungan.

f. Gambaran kualitas tidur

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki kualitas tidur buruk dengan hasil 53 responden (84,1%). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Rakhmawati (2016) bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisa di RSUD Wates memiliki kualitas tidur buruk 35 responden (59,3%).

Pada penelitian ini pasien GGK yang menjalani hemodialisis mengalami gangguan tidur. Hal ini ditunjukkan pada komponen pertanyaan nomor 5f. Responden selama satu minggu terakhir sering merasa kedinginan dengan rata-rata mengalami 1-2x/minggu. Menurut teori Potter & Perry (2011) bahwa lingkungan fisik merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kualitas tidur. Lingkungan fisik dimana seseorang tidur secara signifikan memengaruhi kemampuan untuk memulai dan tetap tidur. Jika seseorang biasanya tidur dengan individu lain, maka tidur sendiri akan sering menyebabkan terjaga. Di sisi lain, tidur dengan teman membuat gelisah atau mendengkur dapat mengganggu tidur.

Tingkat cahaya memengaruhi kemampuan seseorang untuk tidur. Beberapa orang memilih kamar yang gelap, sedangkan yang lain ada yang menyukai cahaya lembut selama tidur. Selain itu, ruangan yang terlalu hangat atau terlalu dingin sering menyebabkan seseorang gelisah. Dalam penelitian ini juga memperlihatkan bahwa responden menolak saat perawat menawarkan jika mendapatkan *bed* dibawah AC.

Pada penelitian ini pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul selama satu minggu terakhir, mengkonsumsi obat yang dapat membantu tidur pada pertanyaan nomor 6, dengan hasil jawaban yang paling sedikit dengan jumlah 13. Hal ini menunjukkan bahwa pasien mayoritas tidak menggunakan obat tambahan untuk membantu tidur. Penelitian ini mendukung teori Potter & Perry (2011) bahwa mengkonsumsi beberapa obat dapat mengubah pola tidur dan menurunkan kewaspadaan yang kemudian menjadi masalah bagi individu. Pada penelitian ini dan secara teori berkesinambungan. Akan tetapi, peneliti tidak dapat mengendalikannya.

- g. Hubungan *level fatigue* dengan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil analisis bivariat menggunakan Somer's tentang hubungan *level fatigue* dengan kualitas tidur pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul responden menghasilkan nilai *p value* <0,05 dengan koefisien korelasi 0,698 berarti mempunyai nilai hubungan korelasi positif yang berarti searah.

Berdasarkan teori menurut Thomas (2003) pasien GGK yang menjalani hemodialisis memiliki kadar ureum dan kreatinin tinggi. Ureum yang tinggi mengganggu hormon eritropoitein. Penurunan produksi eritrosit akan menyebabkan penurunan jumlah sel darah yang mengangkut oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Adanya

penurunan suplai oksigen sehingga kadar hemoglobin pasien mengalami penurunan dan nutrisi ke seluruh jaringan tubuh menyebabkan pasien mengalami *fatigue* (Septiwi, 2013).

Fatigue yang dialami pasien GGK mengakibatkan peningkatan sitokin dimana secara langsung mengaktifkan SSP, aksis hipofisis dan adrenal, hal ini dapat memicu multi sistem deregulasi karena peradangan kronis, misalnya Interferon (IFN) menghasilkan neurasthenia yang dapat menyebabkan kelelahan neurologis sugestif dari perubahan lobus frontalis yang bermanifestasi sebagai kurangnya motivasi. Hal ini sesuai dengan *peripheral and central fatigue theory*. Sedangkan sitokin seperti Interleukin (IL)-1, IL-6, dan Tumor Necrosis Factor (TNF)- α dapat menekan ketika terjadinya eritropoiesis. Sitokin juga memiliki kemiripan struktur kimia hormon pertumbuhan atau hormon pertumbuhan yang diproduksi oleh hipotalamus (Jham, 2008).

Menurut Potter & Perry (2011) pada saat seseorang tertidur diatur oleh aktivitas fisiologis yang berkesinambungan dengan SSP. Pada respon fisiologis akan menstimulus pola aktivitas otak. Sedangkan, pusat tidur yang utama di dalam tubuh terletak di hipotalamus. Hipotalamus menyekresikan hipokreatin (oreksin) yang menyebabkan seorang terjaga dan juga mengalami tidur *REM*.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah responden kurang tidak fokus dalam pengisian kuesioner karena pada saat menunggu antrian responden terburu-buru guna mempersiapkan giliran selanjutnya sesuai urutan yang dijadwalkan. Selain itu pada saat hemodialisis pasien yang sedang dipasang peralatan hemodialisis dan pasien yang sedang tidur tidak boleh diganggu.

Perpustakaan
Universitas Jenderal Achmad Yani
Yogyakarta