

# STUDI DESKRIPTIF KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Nurul Hidayah<sup>1</sup>

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang<sup>1</sup>

**Kutipan:** Hidayah, N. (2016). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisa Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1 (1): 50-57.

## INFORMASI

**Korespodensi:**  
[nurulhidayah.fikes@gmail.com](mailto:nurulhidayah.fikes@gmail.com)

**Keywords:**  
*Quality of life, Chronic Kidney Disease Patients, Haemodialysis, KDQOL-36™*

## ABSTRACT

**Objective:** The research purpose was described quality of life in chronic kidney disease patients at haemodialysis unit PKU Muhammadiyah hospital in Yogyakarta.

**Methods:** This research was a descriptive study with cross sectional design using survey technique.

**Results:** Researcher collected the research data at haemodialysis unit PKU Muhammadiyah hospital in Yogyakarta. Total of 185 chronic kidney disease patients recruited using convenience sampling. Mean age for the sample was 51.1 years (SD = 12.6). Most were 50-79 years old (n = 104, 56.2%), male (n = 113, 61.1%), low education status (n = 132, 71.4%), married (n = 172, 93.0%), living with family (n = 181, 97.8%), no employment status (n = 107, 57.8%), and patients who had haemodialysis frequency two times per week (n = 116, 62.7%). Researcher used KDQOL-36™ to describe quality of life in chronic kidney disease patients. This instrument had subscales, such as: S/P (Symptom/Problem list), EKD (Effects of Kidney Disease), BKD (Burden of Kidney Disease), PCS (Physical Component Summary), MCS (Mental Component Summary). The result of S/P was 77.00 (SD = 14.15), EKD was 74.51 (SD = 13.48), BKD was 41.62 (SD = 19.98), PCS was 31.57 (SD = 5.60), and MCS was 43.91 (SD = 6.51).

**Conclusion:** Chronic kidney disease patients' demographic data and KDQOL-36™ subscales had contribution to determine the quality of life. Age, gender, educational status, marital status, living conditions, employment status, and frequency of haemodialysis were related aspects.

## PENDAHULUAN

Gagal ginjal kronis adalah masalah utama di seluruh dunia dan menjadi masalah dalam kondisi medis. Penyakit ini menyebabkan 850.000 kematian setiap tahunnya (Widiana, 2007). Gagal ginjal kronis berkembang pesat, terutama di negara-negara berkembang. Kondisi ini menjadi

masalah dalam segi ekonomi. Biaya pengobatan penyakit ini adalah beban ekonomi yang besar (Prodjosudjadi et al., 2009).

Jumlah pasien gagal ginjal kronis meningkat di setiap tahun. Tingkat kejadian penyakit ini di Indonesia adalah 23,4 per juta penduduk dan memiliki prevalensi 30,7

per juta penduduk (Suharjono, 2008). Pasien dengan gagal ginjal kronis membutuhkan terapi yang tepat untuk mengoptimalkan fungsi ginjalnya. Terapi ini bukan sebagai obat, tetapi sebagai pengganti fungsi ginjal (Widiana, 2007).

Terapi pengganti fungsi ginjal, seperti hemodialisis adalah perawatan medis rutin untuk penyakit ginjal kronis. Pasien melakukan terapi hemodialisis selama 4-5 jam dalam setiap sesi. Pasien juga harus mengontrol gejala dan komplikasi dari penyakitnya. Hal ini berfungsi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Legiarti, Asiandi, & Endiyono, 2009).

Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk mengevaluasi hasil hemodialisis pada pasien gagal ginjal kronis (Griva et al., 2011). Hasil studi internasional (Mapes et al., 2003) menunjukkan bahwa kualitas hidup merupakan prediktor mortalitas pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis.

Beban biaya terapi hemodialisis di Indonesia ditutupi oleh asuransi kesehatan pemerintah. Cakupan untuk setiap pasien penyakit gagal ginjal kronis yang membutuhkan terapi hemodialisis sejumlah US \$ 4.900 ke \$ 6.500 per kapita/per tahun, sedangkan pendapatan nasional adalah US \$ 865 per kapita/per tahun. Pemerintah mempunyai beban keuangan sebesar US \$ 7.691.046 per tahun (Projosudjadi et al., 2009).

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain cross sectional dengan menggunakan teknik survei. Penelitian ini adalah deskripsi dari kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis di unit hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di Indonesia. Pengambilan sampel berdasarkan sampel yang tersedia pada saat pengumpulan data dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi di penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronis minimal berusia 20 tahun, saat ini menjalani terapi hemodialisis; pasien bisa membaca dan berbicara dengan bahasa Indonesia. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis kurang dari tiga bulan, pasien yang sedang mempersiapkan untuk transplantasi ginjal, pasien gagal ginjal kronis yang memiliki penyakit mental.

Estimasi sampel pada penelitian ini adalah perkalian antara 36 item dari KDQOL-36<sup>TM</sup> dan 5 sub skala dari instrumen KDQOL-36<sup>TM</sup> (seperti: S/P, EKD, BKD, PCS, dan MCS) menurut Riyanto (2014). Penelitian ini menggunakan 185 sampel.

Penelitian ini menggunakan instrumen KDQOL-36<sup>TM</sup>. Instrumen tersebut digunakan untuk mengetahui kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis. KDQOL-36<sup>TM</sup> digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis yang melakukan terapi hemodialisis (Hays, Kallich, Mapes, Coons, & Carter, 1994).

Penelitian ini menggunakan versi SPSS 17 untuk statistik deskriptif (SPSS, 2007). Peneliti melakukan validitas isi instrumen KDQOL-36<sup>TM</sup> dan reliabilitas dengan menggunakan tes konsistensi internal (koefisien alpha Cronbach). Setiap item dari kualitas hidup di instrumen ini menggunakan skala Likert (sangat baik sekali = 1, sangat baik = 2, baik = 3, cukup = 4, kurang = 5).

Peneliti menggunakan t-test untuk karakteristik demografi pasien gagal ginjal kronis. Uji t-statistik yang digunakan untuk membandingkan antara karakteristik demografi dan sub skala KDQOL-36™ (seperti: S/P, EKD, BKD, PCS, dan MCS).

## **HASIL**

Responden dalam penelitian ini adalah pasien dengan gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan karakteristik responden dilihat oleh usia, jenis kelamin, status pendidikan, status perkawinan, kondisi hidup, status pekerjaan, dan frekuensi hemodialisis per minggu.

Hasil penelitian berdasarkan data demografi, yaitu: sebagian besar pasien gagal ginjal kronis berusia 50-79 tahun ( $n = 104$ , 56%), berusia rata-rata ( $51,1 \pm 12,6$ ); laki-laki ( $n = 113$ , 61%); status pendidikan rendah ( $n = 132$ , 71%); menikah ( $n = 172$ , 93%); hidup dengan keluarga ( $n = 181$ , 98%); tidak ada status pekerjaan ( $n = 107$ , 58%); pasien yang memiliki frekuensi hemodialisis dua kali per minggu ( $n = 116$ , 63%).

Hasil mean dan standar deviasi di data demografi, yaitu: pasien berusia 50-79 tahun memiliki skor S/P: 77,08 (14,11), EKD: 75,27 (11,58), BKD: 42,55 (19,77), dan MCS: 44,38 (6,83). Pasien berusia 20-49 tahun memiliki skor di PCS: 31,93 (5,79). Pasien laki-laki, rata-rata lebih tinggi skor yang ditemukan di BKD 42,04 (21,48), PCS 32,42 (5,93), dan MCS 44,02 (6,69). Skor S/P pada perempuan: 77,40 (15,25), EKD: 75,40 (15,25).

Status pendidikan rendah memiliki skor rata-rata lebih tinggi di MCS 43,94 (6,44). Pasien yang memiliki pendidikan tinggi

menunjukkan mean tinggi di S/P, EKD, BKD, dan PCS. Skor masing-masing 79,05 (14,46), 77,24 (13,56), 44,34 (20,63), dan 32,72 (5,32). Pasien yang telah menikah, semakin tinggi skor rata-ratanya. Hal ini ditunjukkan di S/P: 77,06 (14,13). Sub skala seperti: EKD, BKD, PCS, dan MCS memiliki skor lebih tinggi pada pasien yang tidak menikah, masing-masing 79,57 (15,60), 42,31 (16,95), 32,62 (6,84), dan 44,17 (6,54).

Hasil dari kondisi hidup menunjukkan bahwa tidak ada skor tinggi untuk pasien gagal ginjal kronis yang tinggal bersama keluarga. Semua skor sub skala di KDQOL-36™ (S/P, EKD, BKD, dan MCS) memiliki skor yang lebih tinggi untuk pasien gagal ginjal kronis yang tinggal sendirian, masing-masing 80,73 (7,09), 87,50 (7,66), 53,13 (3,61), 35,14 (6,83), dan 44,81 (3,56).

Sebagian besar sub skala memiliki skor lebih tinggi pada pasien yang memiliki pekerjaan atau pasien yang masih melakukan pekerjaan selama memperoleh terapi hemodialisis, masing-masing 78,47 (12,85), 76,69 (12,84), 41,75 (20,78), 32,99 (6,29), dan 44,34 (6,49) untuk S/P, EKD, BKD, dan MCS.

Hasil frekuensi hemodialisis (per minggu) menunjukkan bahwa pasien yang memiliki terapi hemodialisis tiga kali per minggu memiliki skor yang lebih tinggi di S/P, BKD, dan MCS. Skor tersebut masing-masing 78,96 (13,42), 44,29 (19,46), dan 44,49 (7,15). Sub skala lain, seperti: EKD dan PCS memiliki skor lebih tinggi pada pasien dengan terapi hemodialisis dua kali per minggu 76,62 (12,95), dan 31,61 (5,28).

Nilai p dalam Uji Levene untuk kesetaraan varians = 0,009 (lebih rendah dari  $\alpha$ -level 0,05). Hasil ini ditentukan dari varians kedua kelompok berbeda secara signifikan dan ada

heterogenitas variance. Nilai dari independen t-statistik: 2,755, dengan df: 172,956, dan nilai p: 0,006. Hal ini disimpulkan bahwa pasien perempuan memiliki signifikan berbeda dalam subskala PCS daripada pasien laki-laki.

Nilai p dalam Uji Levene untuk kesetaraan varians = 0,011 (lebih rendah dari  $\alpha$ -level 0,05). Varians dari kedua kelompok berbeda secara signifikan dan bahwa ada heterogenitas variance. Nilai independen t-statistik: 5,022, dengan df: 8,440 dan nilai p: 0,001, maka dapat disimpulkan bahwa pasien yang tinggal dengan keluarga memiliki perbedaan secara signifikan di subskala BKD daripada pasien yang tinggal sendirian.

Nilai p dalam Uji Levene untuk kesetaraan varians = 0,001 (lebih rendah dari  $\alpha$ -level 0,05), dapat ditentukan bahwa varians dari kedua kelompok berbeda secara signifikan dan bahwa ada heterogenitas variance. Nilai independen t-statistik: 2,908, dengan df: 138,159, dan nilai p: 0,004, maka dapat disimpulkan bahwa pasien pengangguran berbeda secara signifikan pada subskala PCS.

Nilai p dalam Uji Levene untuk kesetaraan varians = 0,530 (lebih besar dari  $\alpha$ -level 0,05), dapat ditentukan bahwa varians dari kedua kelompok tidak berbeda secara signifikan dan bahwa ada homogenitas varians. Nilai independen t-statistik: 2,807, dengan df: 183, dan nilai p: 0,006, maka dapat disimpulkan bahwa pasien yang memiliki dialisis dua kali/minggu memiliki perbedaan signifikan pada sub skala EKD daripada pasien yang memiliki dialisis tiga kali/minggu.

## **PEMBAHASAN**

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada yang peredaan secara signifikan antara usia dan kualitas hidup. Pasien yang

melakukan olahraga secara teratur memiliki stamina yang baik. Hasil penelitian ini memiliki pernyataan yang sama dari Morsch, Goncalves, & Barros (2006).

Hasil lain dari penelitian ini adalah tidak ada perbedaan secara signifikan antara status pendidikan rendah dan tinggi. Pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kondisi yang sama ketika mereka didiagnosis gagal ginjal kronis. Di sisi lain, sebuah studi yang dilakukan oleh Al-Jumaih et al. (2011) menemukan bahwa skor kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal kronis yang sedang melakukan terapi hemodialisis secara signifikan tidak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan.

Laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada perempuan, karena perempuan memiliki banyak tugas dan tanggung jawab rumah tangga di keluarga mereka daripada pria. Perempuan tidak bisa lepas dari tanggung jawab (Seica et al., 2009). Ekspresi ketakutan dan kesedihan adalah suatu kondisi yang lebih umum pada perempuan dibandingkan pria. Perempuan dalam menghadapi masalah cenderung mengalami stres emosional, perempuan menanggung jauh lebih mudah daripada laki-laki (Peng et al., 2013). Prevalensi gangguan psikologis seperti depresi dan kecemasan secara signifikan lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki (Zender & Olshansky, 2009).

Kualitas hidup pada perempuan cenderung lebih buruk, sebuah temuan dikonfirmasi dalam penelitian ini. Perempuan yang melakukan terapi hemodialisis umumnya memiliki kualitas hidup yang rendah dibandingkan laki-laki yang melakukan terapi hemodialisis (Lopes et al., 2007). Hal ini berkaitan dengan kesulitan untuk mengatasi penyakit ginjal, perempuan lebih rentan terhadap anemia karena siklus menstruasi, cemas

dan depresi (Guerrero, Alvarado, & Espina, 2012).

Hasil penelitian ini tidak ada perbedaan yang signifikan antara orang-orang yang menikah dan single. Status pernikahan tidak berpengaruh secara signifikan pada statistik total skor. Kualitas hubungan suami istri bukanlah prediktor kuat dari hasil kesehatan, terutama apabila pasien menghadapi tantangan besar dalam hidup sebagai akibat dari komplikasi dari penyakit dan stres yang berhubungan dengan fisik dan psikologis (Al-Jumaih et al., 2011). Pasien cenderung tidak ingin mengganggu orang-orang di sekitar mereka, termasuk pasangan mereka (Ayoub & Hijjazi, 2013).

Pasien yang tinggal bersama keluarga memiliki dukungan sosial yang lebih tinggi dibandingkan pasien yang tinggal sendirian. Dukungan sosial yang buruk dan faktor psikososial yang buruk memiliki hubungan dengan risiko kematian yang lebih tinggi (Untas et al., 2011). Dukungan keluarga dan faktor psikososial lainnya dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi dari non-kepatuhan dengan pengobatan medis (Kara, Caglar, & Kilic, 2007).

Pasien yang bekerja secara signifikan lebih tinggi dalam mendukung keuangan yang baik. Hal ini berpartisipasi dalam membantu pasien menghadapi penurunan tekanan hidup dan kesulitan (Al-Jumaih et al., 2011). Status sosial ekonomi rendah pada faktor demografi dikaitkan dengan kualitas yang lebih rendah dari nilai kehidupan (Seica et al., 2009). Pekerjaan pada pasien hemodialisis sangat penting, terlepas dari berapa jumlah pendapatan yang mereka terima (Bohlke, Nunes, Marini, Kitamura, Andrade, & Von-Gysel, 2008).

Pasien yang memiliki pekerjaan akan menerima dukungan keuangan. pekerjaan yang baik membantu mereka dalam menangani kesulitan hidup dan menurunkan tekanan hidup.

Pengangguran dan tingkat pendapatan yang lebih rendah secara independen dan secara signifikan dikaitkan dengan skor yang lebih rendah dari kualitas hidup (Al-Jumaih et al., 2011). Pasien gagal ginjal kronis yang berada di pekerjaan, umumnya memiliki koneksi jaringan sosial dan dukungan lebih kuat. Pekerjaan merupakan faktor penting yang meningkatkan kualitas hidup pasien (Niu & Li, 2005).

Lamanya pengobatan hemodialisis memainkan peran penting bagi pasien gagal ginjal kronis. Pasien yang melakukan cuci darah dua kali/minggu memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan pasien yang melakukan dialisis tiga kali/minggu (Bohlke, Nunes, Marini, Kitamura, Andrade, & Von-Gysel, 2008). Hemodialisa dua kali seminggu membantu pasien meningkatkan kualitas hidup mereka, karena kurangnya komplikasi, tingkat uremia menurun dari waktu ke waktu, dan kurangnya diuresis residual (Guerrero, Alvarado, & Espina, 2012).

Kualitas hidup pasien gagal ginjal dipengaruhi oleh durasi pengobatan hemodialisis. Lamanya pengobatan ini memainkan peran penting bagi pasien. Hemodialisa dua kali seminggu efektif dari tiga kali seminggu. Pasien yang telah di dialisis untuk jangka waktu yang lebih pendek memiliki skor lebih tinggi pada kualitas hidup mereka (Bohlke, Nunes, Marini, Kitamura, Andrade, & Von-Gysel, 2008). Kualitas hidup yang lebih baik dikaitkan dengan peningkatan kelangsungan hidup dan kepatuhan pasien gagal ginjal terhadap terapi hemodialisis (Al-Jumaih et al., 2011).

Jarak dari pusat hemodialisis memiliki hubungan dengan kepatuhan pengobatan juga. Pasien gagal ginjal kronis yang memiliki perawatan tiga kali seminggu dibutuhkan untuk perjalanan dari tempat mereka ke pusat-pusat hemodialisis lebih sering. Hal ini

tidak efektif, karena berkaitan dengan transportasi dan kondisi dalam beberapa situasi yang dibutuhkan untuk menentukan kualitas hidup (Guerrero, Alvarado, & Espina, 2012).

### **KESIMPULAN**

Demografi data pasien gagal ginjal kronis dengan sub skala KDQOL-36™ mempunyai kontribusi untuk menentukan kualitas hidup. Usia, jenis kelamin, status pendidikan, status perkawinan, kondisi hidup, status pekerjaan, dan frekuensi hemodialisis adalah aspek yang terkait dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Al-Jumaih, A., Al-Onazi, K., Binsalih, S., Hejaili, F., & Al-Sayyari, A. (2011). A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. *Arab Journal of Nephrology and Transplantation*, 4, 125-130.
- Ayoub, A. M., & Hijjazi, K. H. (2013). Quality of life in dialysis patients from the United Arab Emirates. *Journal Family Community Medicine*, 20, 106-112. doi: 10.4103/2230-8229.114772.
- Bohlke, M., Nunes, D. L., Marini, S. S., Kitamura, C., Andrade, M., & Von-Gysel, M. P. O. (2008). Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil. *Sao Paulo Medical Journal*, 126, 252-256.
- Griva, K., Mooppil, N., Seet, P., Krishnan, D. S. P., James, H., & Newman, S. P. (2011). The NKF-NUS hemodialysis trial protocol-a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self-management intervention for hemodialysis patients. *BioMed Central Nephrology*, 12, 1-11. doi:10.1186/1471-2369-12-4.
- Guerrero, G. V., Alvarado, O. S., & Espina, M. C. (2012). Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 838-846.
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J. & Carter, W. B. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) instrument. *Quality of Life Research*, 3, 329-338.
- Kara, B., Caglar, K., & Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 243-248. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00175.x.
- Legiarti, Asiandi, & Endiyono. (2009). The effect of fluid intake pocket book distribution to the fluid balance in hemodialysis patients with chronic renal failure using hemodialysis at hemodialysis ward Prof. Dr. Margono Soekarjo Hospital Purwokerto.
- Lopes, G. B., Martins, M. T. S., Matos, C. M., Amorim, J. L., Leite, E. B., Miranda, E. A., & Lopes, A. A. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Artigo Original*, 53, 506-509. doi:10.1590/S0104-42302007000600017.

- Mapes, D. L., Lopes, A. A., Satayathum, S., Mccullough, K.P., Goodkin, D. A., Locatelli, F.,...Port, F. K. (2003). Health-related Quality of Life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 64, 339-349. doi:10.1046/j.1523-1755.2003.00072.x.
- Morsch, C. M., Goncalves, L. F., & Barros, E. (2006). Health Related Quality of Life among haemodialysis patients relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 498-504. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01349.x.
- Niu, S. F. & Li, I. C. (2005). Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 15–21.
- Peng, Y. S., Huang, J. W., Hung, K. Y., Lin, B. S., Lin, C. Y., Yang, C. S.,...Chen, W. Y. (2013). Women on hemodialysis have lower self-reported Health-related Quality of Life scores but better survival than men. *Journal of Nephrology*, 26, 366-374. doi: 10.5301/jn.5000153.
- Prodjosudjadi, W., Suhardjono, K. S., Pranawa, Widiana, I. G., Loekman, J. S., Nainggolan, G.,...Pugsley, D. J. (2009). Detection and prevention of chronic kidney disease in Indonesia: Initial community screening. Working group of the Indonesian society of nephrology. *Nephrology (Carlton)*, 14, 669–674.
- Riyanto. (2014). Cara menentukan besarnya sampel (Sample Size). Retrieved from: <http://blog.re.or.id/cara-menentukan-besarnya-sampel-sample-size.htm> on January 10th 2014.
- Seica, A., Segall, L. Verzan C., Vaduva, N., Madincea, M., Rusoiu, S.,...Covic, A. (2009). Factors affecting the quality of life of hemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrology, Dialysis, Transplant*, 24, 626-629. doi: 10.1093/ndt/gfn505.
- SPSS. (2007). SPSS statistics base 17.0 user's guide. Retrieved from <http://id.scribd.com/doc/13346525/SPSS-Statistics-Base-Users-Guide-170> on December 21st, 2012.
- Suharjono. (2008). Anemia pada gagal ginjal (Anaemia in renal failure). Retrieved from <http://pusdiknakes.or.id/persinew/?show=detailnews&kode+484=cakrawala> on May 26th, 2012.
- Untas, A., Thumma, J., Rascole, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A.,...Combe, C. (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 142-152. doi: 10.2215/CJN.02340310.
- Widiana. (2007). Pengobatan hipertensi dengan penghambat ACE dan penyekat reseptor A2 pada pasien gagal ginjal kronik memberikan pencegahan dan hambatan penurunan fungsi ginjal (hypertension treatment with Ace inhibitors and A2 receptor blockers in patients

with chronic renal failure prevention and barriers to giving kidney function decline). Simposium of Jakarta Nephrology and Hypertension Course (JNHC); Retrieved from <http://www.majalah-farmacia.com/rubric/one-news.asp?IDNewa-559> Farmacia-Artikel on November 3rd, 2012.

Zender, R., & Olshansky, E. (2009). Women's mental health: depression and anxiety. *Nursing Clinics of North America*, 44, 355-364. doi: 10.1016/j.cnur.2009.06.002.

#### **ACKNOWLEDGEMENT**

Kami ucapkan terimakasih kepada Allah azza wa jalla, keluarga besar peneliti, dosen dan staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, dan Tim perawat di unit hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.