

PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL YANG BEKERJA DAN TIDAK BEKERJA YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI YAYASAN GINJAL DIATRANS INDONESIA

Dwita Priyanti
dwita.priyanti@gmail.com

Nurfitria Farhana
norfitria@gmail.com

Program Studi Psikologi, Universitas Paramadina

Abstrak Penyakit gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan fungsi ginjal yang progresif, yang akhirnya dapat berakibat fatal pada uremis (kelebihan urea dan sampah nitrogen di dalam darah). Salah satu metode pengobatan GGK adalah menjalani hemodialisa atau cuci darah. Penyakit GGK maupun pengobatannya menimbulkan perubahan dalam berbagai aspek kehidupan penderitanya, diantaranya adalah kehilangan pekerjaan. Dari 4123 orang yang menjalani hemodialisis di USA, Eropa dan Jepang, hanya terdapat 21% di Amerika, 30% di Eropa dan 55% di Jepang pasien yang masih bekerja dari total keseluruhan. Kualitas hidup adalah konsep multidimensional yang terkait dengan persepsi dan evaluasi subjek mengenai kehidupannya. Banyak hal yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang salah satunya adalah pekerjaan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat perbedaan kualitas hidup pasien GGK yang bekerja dan tidak bekerja. Penelitian ini bersifat kuantitatif. Populasi adalah seluruh pasien GGK yang menjalani hemodialisa di Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia. Sampel diperoleh dengan cara *purposive sampling*. Jumlah subyek dalam penelitian adalah 149 orang. Data kualitas hidup diperoleh dengan menggunakan kuesioner *KDQOL-SF 36* dan data status pekerjaan diperoleh dari data demografis. Pada hasil penelitian ditemukan bahwa proporsi pasien GGK yang bekerja sebanyak 39,4% dan yang tidak bekerja sebanyak 60,4%. Rata-rata skor *KDQOL-SF 36* pasien adalah 58.07 (SD=19.52). Hasil uji *independent sample t-test* menunjukkan adanya perbedaan skor kualitas hidup antara pasien yang bekerja dengan pasien tidak bekerja ($p < 0.05$). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara kualitas hidup pasien GGK yang bekerja dan tidak bekerja. Pasien GGK yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding yang tidak bekerja. Terdapat pengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan persepsi umum pasien mengenai kesehatannya secara fisik dan mental. Pada pasien GGK yang bekerja cenderung tidak terbebani hidupnya seperti pasien yang tidak bekerja.

Kata kunci : *Gagal Ginjal Kronis, Kualitas Hidup*

Abstract: *Disease chronic renal failure (CRF) is a progressive deterioration in kidney function, which can eventually be fatal in uremis (excess nitrogen urea and garbage in the blood). One method of treatment of CRF is undergoing hemodialysis or dialysis. GGK and treatment of disease causing changes in various aspects of life of patients, including the loss of a job. Of the 4123 people who undergo hemodialysis in the USA, Europe and Japan, there are only 21% in America, 30% in Europe and 55% in Japanese patients who are still working from the overall total. Quality of life is a multidimensional concept that is associated with the perception and evaluation of the subject about his life. Many things affect the quality of one's life one is jobs. The purpose of this study was to look at the difference in quality of life of patients with CRF who works and does not work. This research is quantitative. The population of CRF patients undergoing hemodialysis in Indonesia Diatrans Kidney*

Foundation. Samples were obtained by purposive sampling. Number of subjects in the study was 149 people. Data obtained using a quality of life questionnaire SF-36 KDQOL and employment status data obtained from demographic data. In the research found that the proportion of patients with CRF who worked as many as 39.4% and that did not work as much as 60.4%. The average score KDQOL-SF 36 patients was 58.07 (SD = 19:52). The test results independent sample t-test showed the difference in quality of life scores among patients who work with patients does not work ($p < 0.05$). From the results of this study concluded that there is a difference between the quality of life of patients with CRF who works and does not work. CRF patients who work have a better quality of life than those who do not work. There is a significant relationship between work with the patient's general perception about his health physically and mentally. In patients with CRF who work tend to be unencumbered life as patients who did not work.

Keyword : *Kidney Disease, Quality of Life*

PENDAHULUAN

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) telah menjadi permasalahan serius bagi masyarakat di dunia. WHO (Saragih, 2010) menjelaskan bahwa sebanyak 850.000 orang di setiap tahunnya meninggal akibat penyakit ginjal. Penyakit ini telah menduduki peringkat ke 12 tertinggi angka kematian atau peringkat 17 angka kecacatan. Saat ini, telah terdapat satu juta penduduk dunia yang menjalani terapi dialisis dan angka ini diperkirakan akan terus bertambah. Hingga tahun 2010 terdapat perkiraan lebih dari dua juta orang yang menjalani dialisis. Di Indonesia sendiri, penderita GGK mencapai 150 ribu orang dan yang membutuhkan terapi pengganti sebesar tiga ribu orang. Firmansyah (2010) menyatakan bahwa diperkirakan pasien yang mengalami GGK berkisar 100 - 150 per satu juta penduduk dan prevalensi mencapai 200 - 250 kasus per juta penduduk.

Penyakit gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan fungsi ginjal yang progresif, yang akhirnya dapat berakibat fatal pada uremis (kelebihan urea dan sampah nitrogen di dalam darah). GGK merupakan gangguan fungsi ginjal yang *irreversible*, yaitu kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. GGK menyebabkan penderitanya tidak dapat membuang cairan tubuh dan

hasil dari sisa metabolisme tubuh. Jika GGK yang dialami terlalu parah, maka pasien harus menjalani hemodialisa (cuci darah) sekurang - kurangnya dua kali dalam seminggu (Suhardjono, dkk., 2001).

Terapi hemodialisis tidak hanya memberikan dampak bagi kondisi fisik pasien juga dampak secara psikologis, ekonomi dan sosial. Keadaan ketergantungan untuk menjalani hemodialisis, meminum obat seumur hidup serta menjalani diet makanan dan pembatasan cairan serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien (Niven, 2002). Pasien harus menyesuaikan diri dengan kondisi perubahan pada fisiknya, seperti rasa mual, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri punggung, hipotensi, gatal - gatal, dll. Kondisi fisik pasien yang terbatas dapat mengakibatkan produktifitas dan aktifitas pasien menjadi terhambat, seperti hambatan melakukan aktifitas sosial. Tidak jarang, pasien harus berhenti bekerja ketika dirinya dinyatakan memiliki penyakit GGK (Jansen, dkk, 2012). Selain menyesuaikan diri dengan kondisi fisik, penyesuaian diri secara psikologis juga menjadi masalah utama bagi pasien GGK. Pasien GGK seringkali dihadapkan dengan konflik batin seperti kesulitan menerima kondisi diri, perasaan merasa bersalah karena merasa membebani orang lain, *stress*,

cemas, frustrasi, depresi, bosan, jenuh (Sood, dkk., 2011). Pasien juga akan menjadi lebih pasif, ketergantungan pada orang lain, merasa tidak aman, bingung dan menderita (Sarafino, 2008). Tidak hanya itu, pasien yang menderita GJK seringkali dilanda perasaan takut dan bersalah pada orang lain, terutama orang terdekatnya. Perasaan takut ditinggal oleh orang yang disayanginya serta merasa bersalah karena tidak dapat lagi melakukan fungsi peran dirinya dengan seharusnya (Kim & Evangelista, 2010).

Bagaimanapun, kesehatan adalah hal komponen yang penting dalam kesejahteraan individu. Kesehatan memainkan peranan yang sangat penting dalam produktifitas seseorang. Ketika seseorang harus berjuang untuk melawan penyakit kronis yang dideritanya, maka seringkali berujung pada hasil berupa berkurangnya produktifitas diri seseorang. Seseorang yang harus bekerja dalam keadaan sakit seringkali tidak dapat memperlihatkan kinerjanya dengan maksimal, seperti kehadiran yang tidak optimal. Kondisi tubuh dalam keadaan sakit bagi para pekerja tentunya memiliki dampak yang tidak dapat dihitng. Sebagai contohnya, kondisi sakit dapat membawa kepada perubahan pekerjaan yang tidak diinginkan, memiliki dampak pada kesempatan promosi dan keputusan dalam penentuan pelatihan pegawai pra jabatan, dan lain – lain.

Penelitian yang dilakukan di Amerika mempelajari mengenai bagaimana pengaruh penyakit GJK terhadap kondisi status pekerjaan bagi pasien, terutama bagi pasien yang baru menjalani dialisis selama satu tahun pertama. Dalam penelitian terbut dinyatakan bahwa lebih dari jumlah total pasien yang diteliti memutuskan untuk berhenti bekerja setelah divonis memiliki penyakit GJK (Naim, dkk., 2010). Namun, pasien yang masih mempertahankan status pekerjaannya dapat

menjaga keseimbangan antara bekerja dan berobat atau melakukan terapi. Akibat yang paling berpengaruh terhadap kehilangan pekerjaan adalah berkurangnya kekuatan kondisi tubuh dan fungsi psikososial akibat dampak penyesuaian dengan GJK.

Dari 4123 orang yang menjalani hemodialisis di USA, Eropa dan Jepang, hanya terdapat 21% di Amerika, 30% di Eropa dan 55% di Jepang pasien yang masih bekerja dari total keseluruhan. Tidak bekerja atau status pengangguran merupakan salah satu dari prediktor rendahnya kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan selain umur, jenis kelamin (terutama perempuan), pendidikan yang rendah, pemasukan yang sedikit dan kurangnya berolah raga. Tidak bekerjanya seseorang yang mengalami GJK seringkali mendapati masalah terutama masaah ekonomi. Hal ini terletak terutama untuk biaya rumah sakit, menjalani terapi dan berobat (van Manen, dkk., 2001).

Naim, dkk., (2010) menyatakan bahwa integrasi seseorang dari keterbatasan, keluhan dan ciri – ciri psikologis yang menunjukkan kemampuannya dalam peran dan merasakan kepuasan dalam melakukan sesuatu merupakan salah satu pengertian dari kualitas hidup seseorang. WHO (dalam Saragih, 2010) menambahkan pula bahwa kualitas hidup seseorang secara subjektif dapat dipandang dari penilaian kualitas hidup dari aspek kesehatan fisik, kesehatan mental, fungsi sosial, fungsi peran dan perasaan sejahtera.

Hodson (2001) menyatakan bahwa pasien yang memilih untuk tetap bekerja memiliki dampak yang sangat penting, yaitu : pekerjaan dapat menjadi salah satu dukungan sosial yang besar serta memiliki status bekerja akan menambah kontribusi terhadap kualitas dan kepercayaan diri yang lebih tinggi. Bagaimanapun, pasien yang masih

bekerja memiliki kondisi finansial yang lebih stabil. Lebih lanjut, seseorang yang masih bekerja juga dapat menjaga kondisi sosial dan menjaga produktifitas dirinya.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti ingin melihat bagaimana pengaruh status pekerjaan terhadap kualitas hidup bagi pasien GJK. Penelitian ini juga bermaksud untuk melihat bagaimana status pekerjaan dapat memiliki peranan terhadap kualitas hidup pasien GJK.

Gagal Ginjal Tahap Terminal

Gagal ginjal tahap terminal atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) adalah gangguan progresif dan irreversible (tidak dapat kembali seperti semula). Gagal ginjal tahap terminal terjadi ketika ginjal hanya mampu bekerja dibawah 15% dari total kerja seharusnya. Dalam kondisi ginjal yang parah, kemampuan tubuh akan gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang dapat menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lainnya dalam darah) (Fransisca, 2011).

Dalam mempertahankan hidup dan menjaga kualitas hidup, penderita yang mengalami gagal ginjal tahap terminal harus melakukan terapi untuk menggantikan fungsi ginjal yang telah rusak (Witarko, 2007). Selain melakukan terapi pengganti ginjal, pasien juga harus meminum obat rutin yang berguna untuk mempertahankan fungsi ginjal serta melakukan pembatasan makanan dan cairan yang mencegah kerusakan ginjal lebih parah (Fransiska, 2011).

Kualitas Hidup

Kualitas hidup dalam bidang kesehatan secara global dapat didefinisikan sebagai derajat kepuasan hati sebagai akibat dari terpenuhinya kebutuhan secara sternal dan pemenuhan persepsi (Hays, dkk., 1997). Hays,

(1997) memberikan pandangan bahwa kualitas hidup sebagai hal multidimensional yang mencakup persepsi baik aspek positif maupun aspek negatif dari fungsi fisik, emosional, sosial dan mental. Kualitas hidup ditetapkan sebagai persepsi seseorang dari posisinya di dalam kehidupan yang mempunyai budaya dan sistem nilai dimana orang itu tinggal, berkaitan dengan tujuan, harapan dan hubungan sosial. Fallowfield (2009) menambahkan bahwa kualitas hidup dapat diartikan sebagai paduan multidimensional yang terdiri dari empat bidang kebutuhan utama yaitu kesehatan dan fungsi fisik, sosial dan ekonomi dan psikologikal. Oleh karena itu, persepsi seseorang mengenai kualitas hidupnya meliputi kesehatan fisik, psikologis, tingkat produktifitas dan kebebasan, hubungan sosial dan ketenangan dengan hubungan mereka dengan lingkungannya.

METODE PENELITIAN

Variabel Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif. Berdasarkan perumusan hipotesis dalam penelitian ini, ada dua variabel yang digunakan yaitu kualitas hidup pasien sebagai variabel dependen dan status pekerjaan sebagai variabel *indeopendent*.

Jumlah subyek dalam penelitian ini adalah 149 orang pasien gagal ginjal tahap terminal yang menjalani hemodialisa di Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia yang berada di daerah Jatiwaringin dan Rawalumbu. Pemilihan subyek dilakukan dengan mengacu pada kriteria sebagai berikut yaitu didiagnosis gagal ginjal dan menjalani pengobatan dengan hemodialisis atau cuci darah.

Penelitian ini akan menggunakan beberapa alat ukur kualitas hidup yaitu KDQOL SF 36. Dalam penelitian ini menggunakan *system try out* terpakai, yaitu

data yang diperoleh dengan sekali *try out* dalam penyebaran skala sekaligus juga digunakan sebagai data dalam penelitian. Skala yang digunakan adalah skala KDQOL – SF 36. Skala ini merupakan *self – report* bagi individu yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan melakukan hemodialisis (cuci darah). KDQOL – SF 36 dikembangkan oleh RAND pada tahun 1995. Survey KDQOL – SF 36 terdiri dari survey MOS SF yang melihat komponen fisik dan mental pasien serta KDQOL – 36 yang melihat beban pasien akibat penyakit GJK, masalah yang pasien rasakan akibat penyakit GJK, dan efek dari penyakit GJK dalam kehidupan sehari – hari. Item 1 – 12 merupakan item untuk SF – 12, item 13 – 16 yaitu untuk mengetahui bagaimana beban yang pasien rasakan, item 17 – 28 melihat problem yang pasien rasakan, item 29 – 36 melihat efek dari penyakit GG dalam kehidupan sehari - hari pasien.

Dalam kuesioner MOS SF melihat komponen dari fisik pasien yang terdiri dari fungsi fisik, kemampuan peran fisik, nyeri dan kesehatan secara menyeluruh. Selain itu juga melihat komponen mental pasien yang terdiri dari vitalitas, fungsi sosial, peran emosional dan kesehatan mental secara keseluruhan. Item – item KDQOL – 36 yang ditujukan untuk melihat beban yang pasien rasakan akibat penyakit GJK yang dideritanya, menunjukkan pengaruh penyakit terhadap kehidupan sehari – hari, waktu yang dibutuhkan untuk menerima penyakit yang diderita, frustrasi dan perasaan beban dan menyusahkan orang lain. Item – item KDQOL – 36 yang ditunjukkan untuk melihat masalah yang dialami pasien akibat GJK menunjukkan kesehatan pasien secara menyeluruh, keterbatasan aktifitas sehari – hari, kemampuan untuk memenuhi tugas, depresi/kecemasan, level energi yang dimiliki dan aktifitas sosial. Item- item KDQOL – 36 yang ditunjukkan untuk melihat

efek yang ditimbulkan akibat penyakit GJK dalam kehidupan sehari – hari seperti pengaruh terhadap diet makanan dan cairan, kemampuan untuk bekerja di ruangan terbuka, perasaan ketergantungan kepada petugas kesehatan, stress dan kekhawatiran, kehidupan seksual dan penampilan fisik.

Kuesioner KDQOL – SF yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai *alpha cronbach* sebesar 0,75. Nilai *alpha cronbach* melihat bagaimana korelasi antar item dalam kuesioner. Dalam penelitian ini, nilai alpha cronbach yang didapat sudah melebihi 0,7 yang berarti kuesioner yang digunakan sudah layak untuk mengambil data dalam penelitian (Cresswell, 2009).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data demografis yang didapat dari pasien, maka diperoleh informasi mengenai jenis kelamin, usia, status pernikahan dan status pekerjaan. Jumlah pasien gagal ginjal kronik yang dijadikan subjek dalam penelitian ini 67,3% berjenis kelamin laki – laki dan 32 % berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan usia, maka terdapat penyebaran data dengan range 58. Usia minimum pasien gagal ginjal kronik yang menjadi subjek adalah 22 tahun dan usia maksimum adalah 80 tahun. Rata – rata dari jumlah penyebaran usia pasien adalah 47 tahun dan usia jumlah pasien yang terbanyak adalah 53 tahun. Berdasarkan data yang didapat dari status pernikahan, maka sebanyak 13,4 % subjek belum menikah. 78,6% pasien sudah menikah, 1,3% pasien berstatus duda dan 4 % pasien berstatus janda. Dari data mengenai status pekerjaan yang didapat dari penelitian menunjukkan bahwa 39,3% pasien masih bekerja dan 60,6% pasien tidak bekerja. Untuk durasi menjalani hemodialisis diketahui bahwa 28 orang (18.7%) menjalani hemodialisis

selama 1 tahun, 92 orang (61.3%) menjalani hemodialysis 1-5 tahun, 27 orang (18%) menjalani hemodialysis 5-10 tahun dan diatas 10 tahun sebbanyak 2 orang (1.3%). Berdasarkan hasil Uji Homogenitas skala KDQOL SF-36 diketahui bahwa nilai $F=0,072$ dengan $p = 0,78$ maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan varians data kualitas hidup pasien yang bekerja dan tidak bekerja.

Berdasarkan hasil analisis data yang dilakukan dengan menggunakan uji *independent sample t-test* diperoleh nilai koefisien $t=2,867$ dengan $p=0.005$ ($p<0.05$) maka diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kualitas hidup pasien yang bekerja dan tidak bekerja. Dari hasil mean diketahui bahwa pasien yang bekerja memiliki nilai rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi ($M=63.76$) dibanding pasien yang tidak bekerja ($M =54.58$).

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis yang bekerja dan tidak bekerja. Dimana pasien yang bekerja rata-rata memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Hasil dari penelitian ini. Hodson (2001) menyatakan bahwa pasien yang memilih untuk tetap bekerja memiliki dampak yang sangat penting, yaitu : pekerjaan dapat menjadi salah satu dukungan sosial yang besar serta memiliki status bekerja akan menambah kontribusi terhadap kualitas dan kepercayaan diri yang lebih tinggi. Bagaimanapun, pasien yang masih bekerja memiliki kondisi finansial yang lebih stabil. Lebih lanjut, seseorang yang masih bekerja juga dapat menjaga kondisi sosial dan menjaga produktifitas dirinya. Kondisi ini tentunya akan memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup dari pasien gagal ginjal itu sendiri. Selain itu Naim, dkk., (2010) mengatakan pasien yang masih mempertahankan status pekerjaannya dapat

menjaga keseimbangan antara bekerja dan berobat atau melakukan terapi. Akibat yang paling berpengaruh terhadap kehilangan pekerjaan adalah berkurangnya kekuatan kondisi tubuh dan fungsi psikososial akibat dampak penyesuaian dengan GJK. Hasil penelitian ini juga memperkuat penelitian yang dilakukan oleh Jeanette (2001) bahwa kondisi tidak bekerja atau status pengangguran merupakan salah satu dari prediktor rendahnya kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan selain umur, jenis kelamin (terutama perempuan), pendidikan yang rendah, pemasukan yang sedikit dan kurangnya berolah raga.

PENUTUP

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis yang bekerja dan tidak bekerja. Penelitian ini melihat bagaimana perbedaan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal kronik yang bekerja dan tidak bekerja. Penelitian ini memiliki cukup banyak sampel untuk dijadikan representasi dari penelitian yang dilakukan secara kuantitatif. Namun, pada penelitian ini tidak memperhatikan homogenitas dari faktor demografis seperti : jumlah subyek dari segi usia yang tidak seimbang, durasi menjalani hemodialisis, diharapkan pada penelitian selanjutnya lebih memperhatikan homogenitas dari faktor demografis. Oleh karena itu, dalam penelitian selanjutnya hendaknya dapat mempertimbangkan dari durasi menjalani hemodialisis maupun jenis kelamin yang mungkin memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup. Penelitian selanjutnya juga dapat dilakukan secara kualitatif sehingga mampu melengkapi data penelitian secara lebih dalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Fallowfield, L. (2009). *What is quality of life?*. Diunduh pada <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf> tanggal 2 november 2011.
- Firmansyah, A. (2010). *Usaha memperlambat perburukan penyakit ginjal kronik ke penyakit ginjal stadium akhir*. Jakarta: PPDS Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fransisca, K. 2011. *Waspadalah 24 Penyebab Ginjal Rusak*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Jansen, L. D., Rijken, M., Heijmans, M. J. W. M., Kaptein, Ad. A., & Groenewegen. P. P. (2011). *Psychological and Social Aspects of Living with Chronic Kidney Disease*. Diunduh dalam http://cdn.intechopen.com/pdfs/28037/InTech-Psychological_and_social_aspects_of_living_with_chronic_kidney_disease.pdf tanggal 2 Oktober 2011.
- Hays, R. D., Amin, N., Alonso, J., Kallich, J., Coons, S. J., Carter, W. B., Mapes, D.L., & Kamberg, C. J. (1997). *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.2: A Manual for Use and Scoring (Spanish Questionnaire, Spain) P-7928/1*. Diunduh pada <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2008/P7928.1.pdf> tanggal 2 Oktober 2011.
- Hodson, R. (2001). *Dignity At Work*. USA: Cambridge University Press.
- Kim, Y., & Lorraine, E. (2010). Relationship between Illness Perception, Treatment Adherence and Cliical Outcomes in Patient on Maintenance Hemodialysis. *National Institutes of Health journal*, 37 (3), 271-281.
- Naim, A. B., DiBonaventura, M., Wagner S, & Piech, C. T. (2010). *Assessing work Productivity loss and disability among chronic kidney disease sufferes in the United States*. Diunduh dari http://www.kantarhealth.com/docs/publications-citations/aohc_10_kidney_disease-work tanggal 2 Oktober 2011.
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Sarafino. L. (2008). *Health Psychology*. New York: Mc Graw Hill.
- Saragih, A, Desita (2010). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Peningkatan Kualitas. Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUP. *Skripsi* (tidak dipublikasikan). Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sood, V., Braun, L. A., Hogue, S., Davis, K., Copley-Merriman, C., & Lieberman, B. (2011). *Chronic kidney disease burden patients, health care systems and employer*. Diunduh dari <http://mt-pharma-development-america.com/media/poster.pdf> tanggal 2 Oktober 2011.
- Suhardjono., Lydia, A., Kapojos, E. J., Sidabutar, R. P. (2001). *Gagal ginjal kronik: buku ajar penyakit dalam jilid II edisi ketiga*. Jakarta: FK UI.
- Van Manen, J. G., Korevaar, J. C., Dekker, F. W., Reuselaars, M. C., Boeschoten, E. W., Krediet, R. T., & NECOSAD Study Group. (2001). Changes in Employements status in end-stage renal disease patients during their first year of dialysis. *Peritoneal dialysis international journal*, 21, 595-601.
- Witarko, D. (2007). *Perjuanganku untuk hidup normal dengan ginjal 5%: Studi dalam pasien gagal ginjal kronik*. Jakarta: Puspa Swara.