

PROGRAM PSIKOEDUKASI TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK

Pujiani¹⁾, Masrurroh²⁾

¹⁾Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pesantren Tinggi Darul 'Ulum Jombang
e-mail: fik@unipdu.ac.id

²⁾Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pesantren Tinggi Darul 'Ulum Jombang
e-mail: fik@unipdu.ac.id

Abstract

Chronic renal failure or late stage renal disease (GGK) is a progressive and irreversible renal dysfunction in which the body's ability fails to maintain metabolism and fluid and electrolyte balance, which can lead to uremia (Smeltzer & Bare, 2002). One of the measures given to CKG patients is dialysis or hemodialysis. During hemodialysis therapy many of the problems experienced by patients, both biological and spiritual psychosocial problems such as worry about the condition of illness that can not be foreseen and disturbance in life. Patients also face financial problems, difficulty keeping jobs, disappearing sexual urges and impotence, depression resulting from chronic pain and fear of death. The condition of such CKG patients, desperately needs social support. The purpose of this study is to explore with FGD and develop psychoeducation programs to improve the quality of life of patients with CRF. The research type is descriptive. Research location in space hemodialisa RSUD Jombang. The sample of the study was GGK patients undergoing hemodialysis. The independent variable is the family psychoeducation program. The dependent variable is an improvement in the quality of life of patients with CRF. Research design with exploration of first and second FGD results with expert to prepare psychoeducation program including Preparing book (module) for patient and family Chronic renal failure, Conducting home visite, Forming peer group to strengthen support for patients with CRF.

Keywords: Family psychosis, quality of life, CRC

1. LATAR BELAKANG

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (GGK) merupakan gangguan fungsi renal yang berlangsung secara progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang dapat menyebabkan terjadinya uremia (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut *The United States Renal data system* tahun 2011 menunjukkan *prevalens rate* penderita *end stage renal disease* pada tahun 2009 di Amerika Serikat sebesar 1.811/1.000.000

penduduk. Di Taiwan sebesar 2.447/1.000.000 penduduk. Di Jepang sebesar 2.205/1.000.000 penduduk (USRDS, 2011). Di Indonesia, berdasarkan data survey Pernefri penderita gagal ginjal kronik saat ini yang menjalani pengobatan yaitu dengan prevalensi 433 perjumlah penduduk (health kompas.com, 2013). Di Kabupaten Jombang tahun 2013 terdapat sekitar 12-18 pasien baru setiap bulan yang menjalani hemodialisa dengan rata-rata jumlah pasien setiap bulan adalah 89 pasien.

Dalam beberapa kasus yang serius, pasien GGK disarankan atau diberikan

tindakan cuci darah yang kita kenal dengan istilah hemodialisa (Admin, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2002), hemodialisa merupakan tindakan untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebih. Selama proses menjalani terapi hemodialisa banyak masalah yang dialami oleh pasien, baik masalah biologis maupun masalah psikososial yang muncul dalam kehidupan pasien. Individu dengan hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya. Bila individu tidak menjalani hemodialisa, hal ini dapat membahayakan tubuhnya bahkan dapat mengakibatkan kematian.

Keadaan ketergantungan ini dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien GGK (Lubis, 2006). Perubahan yang dimaksud adalah perubahan biopsikososial spiritualnya. Tidak jarang pula pasien juga menghadapi masalah finansial, kesulitan mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang dan impotensi, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan terhadap kematian.

Pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa sangat memerlukan dukungan sosial. Dukungan sosial dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada individu, hal tersebut dapat diketahui dari bagaimana dukungan sosial dapat mempengaruhi kejadian dan efek dari keadaan

stress atau bahkan depresi. Stress yang tinggi dan berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama dapat memperburuk kondisi kesehatan pasien. Tetapi dengan adanya dukungan sosial yang diterima oleh individu yang sedang mengalami atau menghadapi stress atau bahkan depresi akan dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan dapat meningkatkan kesehatan individu tersebut (Baron & Byne, 2000). Menurut Rambod dan Raffi (2010) dukungan sosial dapat meningkatkan kualitas hidup (*quality of life*) pasien hemodialisa, karena terjadi peningkatan ketahanan fisik serta dapat merasakan kepuasan dalam hidupnya.

Salah satu bentuk advokasi yang sedang berkembang saat ini adalah psikoedukasi. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk dari intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial. Pelaksanaan psikoedukasi keluarga terdapat kolaborasi dari klinisi dengan anggota keluarga pasien yang menderita penyakit. Tujuan dari program psikoedukasi adalah menambah pengetahuan tentang penyakit anggota keluarga sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kambuh, dan meningkatkan fungsi keluarga (Stuart & Laraia, 1998). Keluarga mempunyai peran yang sangat besar dalam memberikan bantuan pada pasien GGK yang mengalami banyak perubahan secara fisik, psikis, sosial dan spiritual.

Program psikoedukasi keluarga pada pasien GJK merupakan strategi yang dapat dilakukan agar pasien dengan gagal ginjal tidak memburuk kondisinya atau dapat memberikan motivasi pada pasien GJK sehingga meningkatkan daya tahan tubuh serta meningkatkan kualitas hidupnya. Program ini memberdayakan pasien agar terhindar dari resiko jangka pendek dan jangka panjang komplikasi yang berhubungan dengan penyakit GJK.

2. KAJIAN LITERATUR

Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005). Terapi keluarga ini dapat memberikan support kepada anggota keluarga.

Kualitas Hidup

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya (Larasati, 2009).

Menurut WHO (2004), ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu:

- a. Domain kesehatan fisik, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut: a). Kegiatan kehidupan sehari-hari, b). Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, c). Energi dan kelelahan, d). Mobilitas, e). Rasa sakit dan ketidaknyamanan, f). Tidur dan istirahat, g). Kapasitas kerja
- b. Domain psikologis, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut
- c. Bentuk dan tampilan tubuh, b). Perasaan negatif, c). Perasaan positif, d). Penghargaan diri, e). Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi, e). Berpikir, belajar, f). memori dan konsentrasi
- d. Domain hubungan sosial, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut : a). Hubungan pribadi, b). Dukungan sosial c). Aktifitas seksual
- e. Domain lingkungan, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut a). Sumber daya keuangan , b). Kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik c). Kesehatan dan kepedulian sosial : aksesibilitas dan kualitas, d). Lingkungan rumah, f). Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, g). Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru, h). Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan

atau lalu lintas atau iklim), i).
Transportasi

3. METODE PENELITIAN

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah eksplorasi FGD dan menyusun program psikoedukasi keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan GGK .

Jenis dan Desain Peneliti

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif*.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi Penelitian di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang penelitian

Rancangan prosedur pelaksanaan penelitian

Eksplorasi Focus Group Discussion Menetapkan peserta FGD. Peserta FGD tahap pertama adalah 30 pasien GGK yang sedang menjalani hemodialisa bersama 1 anggota keluarga. Selanjutnya FGD tahap kedua dokter yang menangani pasien GGK , paramedis yang terlibat dalam perawatan pasien GGK dan hemodialisa, manajerial RSUD, psikolog dan perawat keluarga.

Instrumen FGD

Instrumen dalam penelitian ini adalah untuk menggali aspek afektif, kognitif, dan psikomotor terkait perawatan pasien GGK baik di RS maupun di rumah. Instrumen yang digunakan pada FGD tahap pertama berisi pertanyaan tentang: (1) perasaan ketika pertama kali didiagnosis GGK, (2) perasaan

saat harus menjalani pengelolaan penyakit, (3) Pengetahuan tentang GGK dan penatalaksanaannya, (4) Fungsi keluarga dalam perawatan.

FGD tahap kedua mendiskusikan hasil FGD tahap pertama dengan pakar yang terkait untuk mendapatkan saran dan rencana tindakan yang akan dilakukan, sesuai dengan format FGD. Pada FGD tahap kedua ini bila memungkinkan dapat mengundang 1 pasien dan keluarga sebagai perwakilan dari seluruh pasien GGK yang menjalani hemodialisa. Hasil pada FGD tahap kedua ini diharapkan akan disepakati penyusunan program psikoedukasi keluarga dalam bentuk modul terkait dengan kebutuhan pasien dalam perawatan pasien GGK yang menjalani hemodialisa

Sampel dan metode pengambilan sampel.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien GGK yang menjalani hemodialisa berjumlah 30 pasien yang memenuhi kriteria penelitian. Teknik pengambilan menggunakan *consecutive sampling*.

Variabel penelitian

Variabel independen adalah program psikoedukasi keluarga pasien GGK. *Variabel dependen* adalah peningkatan kualitas hidup

Metode Penyajian dan analisa data

Setelah data terkumpul kemudian ditabulasi dan diberi penilaian dengan menggunakan skala likert. Data diolah dengan cara tabulasi. Penilaian kualitas hidup dilakukan uji statistik deskripsi dengan

menggunakan SPSS. Uji statistik yang digunakan menggunakan nilai median =50 .jika nilai < 50 kualitas hidup negatif dan jika nilai median > 50 kualitas hidup positif.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Jenis kelamin

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Jenis kelamin	Jumlah	Prosentase
Laki laki	19	63
perempuan	11	37
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 63 persen berjenis kelamin laki laki. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin responden mayoritas adalah laki laki. Hal ini seperti diungkapkan Ganong (2003) dalam Satyaningrum (2011), bahwa laki-laki jauh lebih beresiko terkena penyakit gagal ginjal kronik daripada perempuan, dikarenakan perempuan mempunyai hormon esterogen lebih banyak. Hormon esterogen berfungsi untuk menghambat pembentukan *cytokin* tertentu untuk menghambat osteoklas agar tidak berlebihan menyerap tulang, sehingga kadar kalsium seimbang. Kalsium memiliki efek protektik dengan mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentuk batu ginjal sebagai salah satu penyebab terjadinya gagal ginjal kronik.

Umur

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan umur

Umur	Jumlah	Prosentase
20-40 tahun	9	30
41-60 tahun	18	60
Lebih dari 60 tahun	3	10

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 60 persen berusia 41-60 tahun. Menurut Smeltzer & Bare (2002) seseorang dengan usia sesudah 40 tahun akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga usia 70 tahun sebanyak kurang lebih 50% dari normalnya. Dengan adanya penuaan, ginjal menjadi berkurang kemampuannya dalam berespon terhadap perubahan cairan dan elektrolit yang acut. Hal ini selaras dengan hasil penelitian, Jika dilihat dari usia pada umumnya dengan meningkatnya umur kualitas hidup akan menurun. Usia juga erat hubungannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup. Mereka yang berusia di atas 55 tahun memiliki kecenderungan sangat besar terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal dibanding dengan yang usia di bawah 40 tahun (Indonesia nursing, 2008).

Pendidikan

Tabel 3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
Tidak sekolah		
SD	10	33
SMP	7	23
SMA	8	27
PT	5	17
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 33 persen responden berpendidikan SD, 23 persen SMP, 27 persen SMA dan 17 persen PT. Peneliti mengasumsikan tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, begitu juga yang berpendidikan tinggi . semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin baik dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit Gagal Ginjal.

Hal ini diungkapkan oleh Yuliaw (2009) dalam Sufiana (2015) menyatakan bahwa pada penderita yang memiliki pendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas sehingga memungkinkan pasien dapat mengontrol diri dalam mengatasi masalah, mempunyai percaya diri tinggi, berpengalaman dan mempunyai perkiraan yang tepat, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan serta dapat mengurangi kecemasan sehingga membantu individu tersebut dalam membuat keputusan.

Pekerjaan

Tabel 4. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
Tidak bekerja	11	37
Pensiunan		
Ibu Rumah Tangga	6	20
Buruh	4	13
wiraswasta	4	13
PNS	5	17
Karyawan swasta		
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 37 persen pekerjaan klien adalah tidak bekerja . Hal ini diungkapkan oleh Supriyadi (2010) dalam sufiana (2015), bahwa responden dianggap tidak mempunyai kemampuan untuk beraktifitas dan juga dalam hal berpendapat. Individu yang harus menjalani HD seringkali merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya, biasanya pasien akan mengalami masalah keuangan dan kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan (Smeltzer & Bare, 2002).

Status Pernikahan

Tabel 5. Karakteristik responden berdasarkan Status pernikahan

Status Pernikahan	Jumlah	Prosentase
Belum menikah	4	13
menikah	23	77
Janda/duda	3	10
Jumlah		

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 77 persen responden sudah menikah. Penelitian oleh Martono (2006) menyebutkan bahwa keluarga memiliki tuntutan lebih kuat dibanding tenaga medis karena hubungan kekerabatannya. Tenaga medis mempunyai banyak keterbatasan. Secara etika profesi tenaga medis tidak memungkinkan untuk ikut terlibat jauh dalam urusan pribadi pasien kecuali yang berkaitan dengan penyakitnya. Hal inilah yang membuat dukungan sosial dan partisipasi aktif dari keluarga sangatlah

penting untuk membantu meningkatkan kualitas hidup pasien.

Lama menjalani hemodialisa

Tabel 7. Karakteristik responden berdasarkan lama menjalani hemodialisa

Lamanya hemodialisa	Jumlah	Prosentase
Baru	8	27
Sedang	12	40
lama	10	33
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa 40 persen responden lama menjalani hemodialisa dalam kategori sedang yaitu 12 – 24 bulan. Hal ini sesuai dengan penelitian Nurchayati (2011) yang dikutip dari sufiana (2015) yang mengungkapkan bahwa Hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal. Seseorang yang telah divonis menderita gagal ginjal harus menjalani terapi pengganti ginjal seumur hidup, dan salah satu pilihannya adalah hemodialisa.

Tabel 8 : Kualitas Hidup Pasien GGK

No	QOL GGK	Kualitas hidup							
		X1		X2		X3		X4	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1.	Positif	1	3	6	20	9	30	12	40
2.	Negatif	29	97	24	80	21	70	18	60
TOTAL		30	100	30	100	30	100	30	100

Keterangan:

- X1 : Domain 1 (Fisik)
- X2 : Domain 2 (Psikologi)
- X3 : Domain 3 (Sosial)
- X4 : Domain 4 (Lingkungan)

FGD (Focus Group Discussion) dilakukan setelah melakukan pengukuran pengetahuan dan kualitas hidup pasien GGK dengan memberikan kuesioner kepada pasien yang menjalani hemodialisa. Sebanyak 30 orang.

Peserta FGD terdiri dari perawat ruang hemodialisa, dokter spesialis Jiwa (psikiater), Dokter spesialis untuk penanganan hemodialisa, kasi keperawatan, kasi bidang pelayanan medik , pasien yang menjalani hemodialisa , psikolog dan perawat keluarga. Kegiatan dilaksanakan di Ruang Pertemuan Pav. Cempaka RSUD Jombang tanggal 3 okt 2016.

Dari hasil FGD bersama pakar didapatkan beberapa solusi untuk meningkatkan kualitas hidup penderita GGK yang menjalani hemodialisa adalah perlu penyusunan buku pedoman bagi penderita dan keluarga untuk meningkatkan pengetahuan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan perawatan, pencegahan, diet, aktivitas dan peran keluarga dalam perawatan penderita Gagal ginjal. Modul 1 berjudul “ **Buku Pintar keluarga seputar Gagal Ginjal** “ Buku ini disusun berdasarkan data data yang didapatkan selama pengkajian bersama keluarga.

Solusi lain dari hasil FGD adalah adanya kunjungan keluarga (home visite) untuk memberikan dukungan kepada penderita dan keluarga selama menjalani terapi perawatan. Upaya lain yang disarankan oleh psikiater

adalah meningkatkan forum silahturohmi bagi penderita gagal ginjal kronis dengan membentuk peergroup / perkumpulan bagi penderita keluarga GGK sehingga bisa menjadi sarana dalam proses pemberian informasi dan sharing yang asertif antar sesama penderita GGK untuk berbagi pengalaman.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan , maka dapat disimpulkan bahwa Hasil *Focus grup discussion* yang dilakukan bersama pihak managerial, dokter dan perawat hemodialisa, perawat keluarga, dokter spesialis jiwa yang dilaksanakan di RSUD Jombang dihasilkan solusi untuk

1. Menyusun buku (modul) untuk penderita dan keluarga Gagal ginjal kronik
2. Mengadakan home visite (program psikoedukasi keluarga),
3. Membentuk peer group untuk menguatkan dukungan bagi penderita GGK untuk berbagi dan sharing yang asertif terhadap permasalahan yang dialami.
- 4.

DAFTAR PUSTAKA

Anggorowati, R.P., & Purwadi. (2007). Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kecemasan Menghadapi Pensiun. *Jurnal Humanitas*. Vol. 4 No. 1. Hal: 45-53.

Bailon, S.G., & Maglaya, A.S. (1978). *Family Health Nursing. The Process*. UP

College of Nursing. Diliman Quezon City Philippines.

- Baradero, M. et al. (2008). *Klien gangguan Ginjal (Seri Asuhan keperawatan)*. Jakarta: EGC.
- Baron, R.A., & Byrne, D. (2000). *Psikologi Sosial*. Jakarta. Penerbit Erlangga.
- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcome*. 7th edition Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Bungin, B. (2008). *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial*. Jakarta : Kencana
- Carpenito, L.J. (2000). *Diagnosa Keperawatan; Aplikasi pada praktik klinis*. Ed. 6. Jakarta: EGC.
- Chen, S. e. (2009). Comparison of Ankle-Brachial Index and Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity between Patients with Chronic Kidney Disease and Hemodialysis. *Am J Nephrol* , 29:374-380.
- Creswell, J.W. (1998). *Quality Inquiry and Research Design; Choosing Among five Traditions*. New Delhi : Sage Publication.
- Creswell, J.W. (2012). *Research Design; Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach*, Sage, Los Angeles.
- Daugirdas, J.T., Blake, P.B., & Ing, T.S. (2007). *Handbook of Dyalisis*. 4th Edition. Philadelphia: Lipincot William & Wilkins.
- Effendy. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi Ketidakpatuhan Perawatan Hemodialisis*. Diperoleh dari <http://Indonesiannursing.com> tanggal 30 Juli 2008.
- Eleanor, D., Schlenker, et al. (2012). *Williams'Essentials of Nutrition and Diet Therapy*. 10th edition. Mosby: Elsevier. <http://evolve.elsevier.com>. Diakses tanggal 10 September 2012.
- Era, D.P. (2008). *Pengaruh edukasi terhadap penambahan Berat badan diantara 2 waktu dialysis pada pasien Hemodialisis di RS Islam Jakarta Cempaka Putih*, Tesis FIK-Universitas Indonesia. www.lontar.ui.ac.id/file?file=digital/125543. Diakses tanggal 4 Januari 2013.

- Eraker, et al. (1984). In Levanthal & cameron. (1987). Cameron, Catherine. Patient Compliance : *Recognition Of Factors Involved And Suggestions For Promoting Compliance With Therapeutic Regimens*. Journal of advanced nursing 24, 244-250. 1996 .www.ebsco.com. Diakses tanggal 6 Januari 2013.
- Everett, Brantley, Sletten, Johns, & McKnight. (2010). *The Relation of Stess And Deppression to Interdialytic Weight Gain to Hemodialysis Patient*, JAMA.303(19): 1946–1953. Diakses tanggal 14 Februaari 2013.
- Fitriani. (2008). *Pengalaman Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Perawatan Hemodialisa di Rumah Sakit Telogorejo Semarang*. Diperoleh dari <http://eprints.undip.ac.id/10495/1/Artikel.pdf> tanggal 20 Januari 2011.
- Fitri mailani (2015) kualitas hidup pasien gagal Ginjal kronik yang menjalani hemodialisis systematic review” Volume II, No1 Maret 2015 1-8 ISSN 1907-686X, Padang
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2010). *Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan Praktek*. (Hamid, AY., Utama.,A., Subekti, NB., Yulianti, D dan Herdina, N; alihbahasa) Jakarta : EGC
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Halth Promotion Planning. An education and Environmental Approach*, 2nd. Ed. Mountain View: Mayfield Publising Co.
- Hudak & Gallo. (1996). *Keperawatan kritis: pendekatan holistic*. Jakarta: EGC.
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing: critical thinking for collaborative care*. 5th edition. St Louis : Elsevier Saunders.
- Kamaluddin, R. (2009). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Soedirman* , 4:20-25.
- Kopple, J.D., & Massry, S.G. (2004). *Nutritional Management of Renal Disease*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.R. (2000). *Medical surgical nursing assesment and management of clinical problem*. 5th edition. St. Louis : Mosby Company.
- Mitchell, S. (2000). *Estimated Dry Weight (EDW): Aiming for Accuracy*. *Nephrology Nursing Journal*. October 2009 Medical Care. 34(3):220-233.
- Moleong, L.J. (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. Edisi revisi. Bandung : PT Remaja Rosda Karya.
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- National Kidney Foundation. (2002). *Guidelines for Vascular Acces: NKF-KDOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Acces Update 2000*. Oktober 4, 2010. <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/>
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan*. Edisi II. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Notoadmodjo, S. (2005). *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesi.
- Nugraha, J.N. (2011). *Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Kota Bandung; Studi Fenomenologi*. Diperoleh dari <http://lontar.ui.ac.id/> tanggal 5 Juli 2011.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursuryawati. (2002). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Klien Hemodialisis Secara Reguler dalam melakukan Pembatasan Intake Cairan*. Riset Keperawatan FIK-Universitas Indonesia.
- Pace, R.C. (2007). *Fluid Management in Patient Hemodialysis*. *Nephrology Nursing Journal*. September – Oktober.

- Volume 34, *Nephrology Nursing Journal* 2007: 29(5): 421-428.
- Parmar, S.M. (2002). *Chronic renal disease (CKD)*.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender=1123635>. Diunduh tanggal 25 Januari 2010.
- Pieter, H. & Lubis, N.L. (2010). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Kencana Jakarta.
- Pollit, D.F., & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research: Principles and methods*. 6th edition. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Price, S.A., & Wilson, L.M.C. (2005). *Patofisiologi : Konsep klinis proses-proses penyakit*. Edisi 6, vol 2. Alih bahasa oleh Brahm U. Pendit. Jakarta : EGC.
- Robbins, Stanley. L. (2007). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Ed. 7, Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Russel, M. e. (2011). Work Climate in Mexican Haemodialysis Units: A Cross-Sectional Study. *Nefrologia* , 31:76-83.
- Sarafiano, P. E. (2006). *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction Fifth Edition*. New York. John Wiley and Sons, Inc.
- Sarlito, S.W. (2000). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Smeltzer, J.M., & Bare, B.G. (2004). *Textbooks of Medical Surgical Nursing*, 10th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins Publisher.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing third edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Steubert Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot William Wilkins.
- Sudoyo, W.A. (2009). *Buku ajar penyakit dalam jilid II edisi V*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Sunarni. (2009). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Hemodialisa pada Penderita Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Retrieved Januari 2011, from <http://etd.eprints.ums.ac.id>.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Satyaningrum, M. (2011) *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronis dengan Terapi Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi tidak dipublikasikan. STIKES „Aisyiyah Yogyakarta