

Peran Resiliensi, *Positive Social Relationships*, dan *Health Belief* Terhadap Kesejahteraan Emosi Pasien Hemodialisis

Nur Istiqomah¹, M. Noor Rochman Hadjam², Kwartarini Wahyu Yuniarti³,
Ira Paramastri⁴, Mochammad Thaha⁵

¹Universitas Trunojoyo Madura

²Universitas Gadjah Mada

³Universitas Gadjah Mada

⁴Universitas Gadjah Mada

⁵Universitas Airlangga

nur.istiqomah@trunojoyo.ac.id

ABSTRACT

Diagnosed to have end-stage renal disease and to be treated with maintenance hemodialysis implies being dependent on lifelong treatment. Several studies have reported that hemodialysis patients suffer symptom burden and impaired well-being due to both disease and treatment. This study aimed to examine the role resilience, positive social relationships, and health belief to emotional well-being in hemodialysis patients. The subjects were patient with end-stage renal disease undergoing regularly hemodialysis at the hemodialysis unit within Dr. Soetomo Hospital, Surabaya. The subjects were selected by purposive sampling, and were selected based on the consideration of particular criteria and willingness to participate. This study involved a number of 55 hemodialysis patients including 34 men and 21 women, aged 26 – 60 years. This study used quantitative method by conducting survey, data collection was conducted using five scales, namely: Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) (SPANE-P 6 items, $\alpha = 0,717$, SPANE-N 6 items, $\alpha = 0,745$) and satisfaction with Life Scale (SWLS) (5 items, $\alpha = 0,741$), 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) (9 items, $\alpha = 0,816$), Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) (19 items, $\alpha = 0,877$), and Health Belief Scale (11 items, $\alpha = 0,734$). Data analysis was performed using statistical analysis through multiple regression. Result of the multiple regression suggest that the hypothesis is rejected, it means that resilience, positive social relationships, and health belief unable to predict emotional well-being simultaneously ($F = 2,363$, $p > 0,05$). Partially, based on t value, only resilience has significant contribution to emotional well-being ($t = 2,342$, $p < 0,05$), while positive social relationships and health belief respectively has insignificant contribution to emotional well-being. The results showed that resilience was significantly contribute to emotional well-being, means that ability to adapt and bounce back from adversity especially related to experience of chronic kidney disease and hemodialysis is beneficial for emotional recovery and life satisfaction.

Keywords: *resilience, positive social relationships, health belief, emotional well-being, hemodialysis patients*

ABSTRAK

Individu didiagnosis dengan penyakit ginjal stadium akhir dan harus menjalani perawatan hemodialisis memiliki implikasi bahwa menjadi tergantung pada pengobatan seumur hidup. Sejumlah studi melaporkan pasien hemodialisis mengalami beban simptom dan terganggunya *well-being* akibat penyakit maupun perawatan hemodialisis. Penelitian ini bertujuan untuk menguji peran resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* terhadap kesejahteraan emosi pasien hemodialisis. Subjek penelitian yaitu pasien penyakit ginjal stadium akhir yang menjalani hemodialisis secara rutin di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo, Surabaya yang dipilih melalui *purposive sampling*, artinya dipilih berdasarkan pertimbangan kriteria tertentu dan kesediaan berpartisipasi. Penelitian ini melibatkan pasien hemodialisis sejumlah 55 orang terdiri dari 34 laki-laki dan 21 perempuan, berusia 26 – 60 tahun. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kuantitatif. Pengumpulan data menggunakan lima Skala yakni *Scale of Positive and Negative Experience* (SPANE) (SPANE-P 6 item, $\alpha = 0,717$, SPANE-N 6 item, $\alpha = 0,745$) dan *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (5 item, $\alpha = 0,741$), *10-Item Connor-Davidson Resilience Scale* (10-Item CD-RISC) (9 item, $\alpha = 0,816$), *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) (19 item, $\alpha = 0,877$), dan Skala *Health Belief* (11 item, $\alpha = 0,734$). Analisis data dilakukan dengan analisis statistik uji regresi ganda. Hasil uji regresi ganda menunjukkan bahwa hipotesis ditolak, artinya resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* secara simultan tidak dapat memprediksi kesejahteraan emosi pasien hemodialisis ($F = 2,363$, $p > 0,05$). Secara parsial, berdasarkan nilai t diketahui hanya resiliensi memberi kontribusi signifikan terhadap kesejahteraan emosi ($t = 2,342$, $p < 0,05$), sementara *positive social relationships* dan *health belief* masing-masing memberi kontribusi tidak signifikan terhadap kesejahteraan emosi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa resiliensi memberi kontribusi signifikan terhadap kesejahteraan emosi, artinya kemampuan untuk beradaptasi, pulih dari kesulitan hidup terutama terkait pengalaman penyakit ginjal kronis dan menjalani hemodialisis bermanfaat bagi pemulihan emosi dan kepuasan hidup.

Kata kunci: resiliensi, *positive social relationships*, *health belief*, kesejahteraan emosi, pasien hemodialisis

ARTICLE INFO

Article history

Received 04-03-2022

Revised 30-05-2022

Accepted 30-05-2022

Pendahuluan

Setiap individu, baik anak, remaja, dewasa, maupun usia lanjut mengharapkan kebahagiaan dalam hidupnya. Perasaan bahagia atau tidak bahagia merupakan hasil proses afektif dan kognitif dengan memaknai suatu keadaan ke dalam perasaan. Istilah *happiness* bersinonim dengan *subjective emotional well-being* yang merujuk pada evaluasi subjektif individu terhadap kehidupannya. Oishi, Diener, dan Lucas (2009) menyebutkan komponen kebahagiaan meliputi emosi menyenangkan, emosi tidak menyenangkan, dan kepuasan hidup. Masing-masing komponen dapat dibagi menjadi aspek spesifik dari pengalaman hidup, seperti cinta, perkawinan, pekerjaan, dan kesehatan. Sebuah studi melaporkan salah satu prediktor berpengaruh terhadap *well-being*, kebahagiaan, kepuasan hidup, serta kondisi mental kognitif dan afektif positif adalah status kesehatan (Larson; Okun & George, dalam Angner, Gandhi, Purvis, Amante, & Allison 2013).

Individu dengan penyakit serius cenderung melaporkan dirinya tidak bahagia, salah satu penyakit serius yang dapat dialami sebagai peristiwa hidup penuh stres adalah penyakit ginjal kronis. *Chronic Kidney Disease/CKD* merupakan suatu kondisi ditandai oleh menurunnya fungsi ginjal secara bertahap dari waktu ke waktu, suatu kondisi yang merusak ginjal dan menurunkan kemampuan ginjal untuk menjaga individu tetap sehat melakukan aktivitas sehari-hari. Apabila penyakit ginjal mengalami progres dapat mengakibatkan *kidney failure* atau *End-Stage Renal Disease/ESRD* yang membutuhkan dialisis atau transplantasi ginjal untuk bertahan hidup (National Kidney Foundation: About Chronic Kidney Disease, 2013). Dialisis berfungsi untuk menggantikan kerja ginjal. Dialisis diperlukan ketika individu mengalami ESRD, yaitu ketika individu kehilangan sekitar 85% – 90% fungsi ginjal dan memiliki *Glomerular Filtration Rate (GFR)* < 15. GFR adalah tes terbaik untuk mengukur fungsi ginjal dan menentukan stadium penyakit ginjal (National Kidney Foundation: Glomerular Filtration Rate, 2013).

Bagi pasien ESRD, hemodialisis merupakan perawatan untuk bertahan hidup, memungkinkan bertahan hidup dengan dialisis dan penyakit kronis. Studi oleh Son, Choi, Park, Bae, dan Lee (2008) melaporkan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis dianggap rentan terhadap masalah emosi karena stres kronis berkaitan

dengan batasan diet dan waktu terkait penyakit ginjal dan efek samping pengobatan. Hemodialisis berlangsung dua kali seminggu, masalah metabolisme, serta masalah ekonomi dan pekerjaan sebagai dampak dari ketergantungan terhadap dialisis dapat mengancam integritas psikologis dan menimbulkan berbagai masalah emosi seperti penolakan, marah, rasa bersalah, sedih, perasaan takut mati dan sebagainya, hal ini memberikan kontribusi terhadap menurunnya kesejahteraan emosi.

Pasien ESRD mengalami penyesuaian jangka panjang terhadap kronisitas penyakit dan perawatan hemodialisis. Pasien dan keluarga mengalami tantangan karena menjalani hidup dengan penyakit kronis. Pasien dihadapkan dengan tuntutan serta stres dari diri sendiri maupun keluarga, seperti perubahan dalam peran dan hubungan dalam keluarga, ancaman terhadap pekerjaan atau pendidikan, perasaan bersalah dan tidak berharga, tergantung pada staf medis, kehilangan kebebasan, dan pemahaman bahwa tanpa hemodialisis maka dampak yang dapat diprediksi adalah kematian. Masalah fisik dan distress emosi yang dialami pasien hemodialisis berpotensi menurunkan level afeksi positif dan kepuasan hidup, serta cenderung meningkatkan level afeksi negatif, dan pada akhirnya berdampak terhadap terganggunya fungsi kesejahteraan emosi. Headey dan Wearing (dalam Lent, 2007) menemukan terjadinya peristiwa hidup penuh stres seperti penyakit kronis merupakan kondisi berkontribusi terhadap menurunnya level kesejahteraan emosi.

Multidimensional model mendefinisikan kesejahteraan emosi sebagai persepsi pengakuan terhadap kebahagiaan dan kepuasan hidup dengan adanya afeksi positif dan tidak ada atau rendahnya afeksi negatif terhadap suatu peristiwa tertentu dalam kehidupan. (Bryant & Veroff; Lucas, Diener, & Suh; Shmotkin, dalam Snyder & Lopez 2007; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2012). Kesejahteraan emosi pasien penyakit kronis dapat kembali ke level pre-diagnosis secara bertahap, proses pemulihan emosi ditentukan oleh berbagai faktor, meliputi masalah waktu, faktor internal (seperti karakteristik, kepribadian), serta faktor eksternal (seperti kualitas hubungan interpersonal, dukungan sosial). Secara eksplisit, berbagai studi melaporkan prediktor berkontribusi terhadap *subjective emotional well-being* meliputi resiliensi (Windle, Woods, & Markland, 2008),

interaksi sosial dan dukungan sosial (Pinquart & Sorensen, 2000), dan status kesehatan (Mroczek & Spiro, 2005; Bishop, Martin, & Poon, 2006).

Pasien ESRD telah mengalami kesehatan fisik berkurang, kesejahteraan emosi dapat bermanfaat karena merefleksikan emosi positif dapat mengarah kepada pemahaman lebih positif mengenai penyakit ginjal dan merasakan manfaat dari hemodialisis. Sejumlah studi melaporkan pentingnya kesejahteraan emosi bagi pasien penyakit kronis, seperti pasien yang menjalani hemodialisis. Studi meta-analisis oleh Chida dan Steptoe (2008) melaporkan efek protektif dari *well-being* terhadap bertahan hidup pada pasien gagal ginjal, dan *well-being* berelasi dengan kesehatan fisik lebih baik pada pasien penyakit kronis. Kesejahteraan emosi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis tidak serta merta dirasakan, namun ditentukan oleh berbagai faktor. Penelitian ini dilakukan untuk mencari faktor berkontribusi terhadap kesejahteraan emosi pasien hemodialisis. Peneliti berfokus pada tiga faktor yaitu resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief*.

Faktor pertama adalah resiliensi, pada konteks diagnosis medis, resiliensi didefinisikan sebagai kemampuan untuk mempertahankan level *well-being*, segera kembali ke level pre-diagnosis (Moskowitz, 2010). Level normatif dari *well-being* bukan hanya menghindari level klinis depresi dan kecemasan, namun kapasitas untuk mengalami kondisi afeksi positif. Individu yang memiliki respon resilien terhadap peristiwa hidup penuh stres dapat mengalami dampak psikologis negatif, namun *well-being* cenderung kembali ke level sebelum peristiwa dengan lebih cepat dibanding individu yang tidak memiliki respon resilien. Schaumberg (2012) melaporkan pasien hemodialisis yang memiliki kualitas hidup lebih baik mendeskripsikan karena dirinya resilien menjalani hidup dengan hemodialisis.

Faktor kedua adalah *positive social relationships* yang menunjukkan adanya kualitas hubungan positif antara individu dengan keluarga maupun sosial. Menjalani hubungan dengan individu lain memiliki peran dalam kehidupan sehari-hari, umumnya memberikan kepuasan emosi, dan *well-being* merupakan konsekuensi yang diinginkan dari suatu interaksi maupun dukungan sosial. Individu yang memperoleh dukungan sosial mampu meningkatkan efek terhadap *subjective well-being*, yakni harga diri positif dan optimis, intimasi, hubungan dengan pasangan,

keluarga, teman dengan kualitas yang baik merupakan prediktor kuat dari kepuasan hidup (Aspinwall & Taylor; Cummins, dalam Compton 2005). Beragam studi melaporkan hubungan positif dengan keluarga dan dukungan keluarga dapat membantu penyesuaian positif pada pasien selama tahap kronis saat menjalani hemodialisis (Gutch, Stoner, & Corea, 1993; Schaumberg, 2012).

Faktor ketiga adalah *health belief* merupakan keyakinan atau persepsi individu mengenai ancaman penyakit meliputi kerentanan dan keparahan dari suatu penyakit, manfaat dan beban/hambatan dari suatu tindakan, kemampuan dalam bertindak yang dipengaruhi oleh petunjuk berperilaku (Ayers & de Visser, 2011). Studi penyakit kronis melaporkan *well-being* dan kesehatan mental berelasi dengan representasi kognitif dari penyakit dan perawatan medis. Ketika dihadapkan pada suatu penyakit kronis, individu menciptakan model dan representasi penyakit untuk memahami dan merespon permasalahan yang dihadapi (Hagger & Orbell, 2003). Adanya layanan kesehatan memadai, informasi mengenai penyakit, dan perawatan medis dapat meningkatkan *belief* dan pemahaman lebih positif mengenai penyakit ginjal kronis dan hemodialisis sehingga dapat berdampak terhadap *well-being*.

Merujuk pada uraian di atas bahwa kesejahteraan emosi bermanfaat bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Mengacu pada kajian literatur dan hasil studi bahwa kesejahteraan emosi dapat diprediksi melalui respon resilien terhadap pengalaman penyakit ginjal kronis dan perawatan hemodialisis, *positive social relationships* dengan keluarga maupun sosial, serta *health belief* mengenai penyakit ginjal kronis dan perawatan hemodialisis. Oleh karena itu, peneliti bermaksud menguji peran resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* terhadap kesejahteraan emosi pasien hemodialisis.

Metode

Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Kesejahteraan emosi didefinisikan oleh Diener dan Lucas (2000) dan Diener, Oishi, dan Lucas (2003) sebagai evaluasi afektif individu meliputi afeksi positif dan tidak ada atau rendahnya afeksi negatif terhadap suatu peristiwa tertentu dalam kehidupan. Konstruk multidimensional model mendeskripsikan kesejahteraan

emosi terdiri dari komponen afektif yaitu afeksi positif dan tidak ada atau rendahnya afeksi negatif, serta komponen kognitif yaitu kepuasan hidup, maka kesejahteraan emosi didefinisikan sebagai persepsi pengakuan terhadap kebahagiaan dan kepuasan hidup melalui adanya afeksi positif dan tidak ada atau rendahnya afeksi negatif (Bryant & Veroff; Lucas, Diener, & Suh; Shmotkin, dalam Snyder & Lopez 2007).

Resiliensi didefinisikan oleh Zautra, Hall, dan Murray (2010) sebagai kemampuan individu untuk berhasil beradaptasi dalam menghadapi stres atau kesulitan hidup, mempertahankan atau cepat kembali pada *well-being* dan homeostasis. Komponen resiliensi terdiri dari *recovery* merujuk pada seberapa baik individu bangkit dan pulih dari tantangan hidup, dan *sustainability* merujuk pada kapasitas untuk terus maju dalam menghadapi kesulitan hidup, dan seberapa baik individu mempertahankan kesehatan (Masten & Rutter, dalam Zautra, Hall, & Murray 2010) dan *psychological well-being* dalam lingkungan dinamis dan menantang (Bonanno, dalam Zautra, Hall, & Murray 2010).

Positive social relationships didefinisikan oleh Compton (2005) sebagai interaksi antara individu satu dengan individu lain pada konteks sosial dengan saling menyediakan dukungan emosi, kehangatan, kepedulian, perhatian, empati, nasihat, informasi serta perawatan sehingga dapat memuaskan kebutuhan afektif individu. Compton (2005) menyebutkan dua komponen *positive social relationships* meliputi *emotional intimacy* merujuk pada ikatan positif secara afektif dengan berbagi pengetahuan pribadi dan dukungan sosial (Reis & Patrick, dalam Marshall 2005) dan *social support* merujuk pada kenyamanan, kepedulian, harga diri, atau bantuan yang diterima individu dari individu lain maupun kelompok (Cobb; Gentry & Kobasa; Wallston, Alagna, DeVellis, & DeVellis; Wills, dalam Sarafino 1990).

Ogden (2000) mengemukakan *Health Belief Model/HBM* digunakan untuk memprediksi berbagai perilaku terkait kesehatan, yang merupakan hasil dari suatu keyakinan. Ogden (2000) menyebut keyakinan tersebut adalah persepsi individu mengenai kerentanan terhadap penyakit, tingkat keparahan penyakit, kerugian dari

menjalani perilaku, manfaat dari menjalani perilaku, petunjuk berperilaku, motivasi kesehatan, dan pengendalian yang dirasakan.

Desain Penelitian

Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan *expostfacto* korelasional dengan desain *cross sectional study* melakukan survei. Penelitian survei dengan *cross sectional study* ini mempelajari dinamika korelasi antara variabel prediktor dengan kriterium, strategi pengumpulan data menggunakan beberapa Skala Psikologi. Prosedur penelitian melalui tahapan berikut: (1) Melakukan adaptasi bahasa dan budaya alat ukur (*linguistic/cultural validation*) oleh *experts* bidang Psikologi dari *Center for Indigenous and Cultural Psychology* (CICP) Fakultas Psikologi UGM; (2) Menyiapkan *lay-out* alat ukur untuk dikenakan kepada pasien hemodialisis (periode *cognitive debriefing*); (3) Mengajukan surat permohonan izin penelitian di Program Magister Fakultas Psikologi UGM ditujukan kepada Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan tembusan Bidang Penelitian dan Pengembangan (Litbang), dilanjutkan kepada Ketua SMF Penyakit Dalam dan Kepala Instalasi Hemodialisis; (4) Melengkapi *form ethical clearance* dan melakukan bimbingan dengan dokter yang ditunjuk sebagai pembimbing klinis; dan (5) Melaksanakan pengumpulan data setelah mendapat persetujuan dari dokter pembimbing klinis.

Subjek Penelitian

Penelitian ini melibatkan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis secara rutin di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya dipilih melalui *purposive sampling*, artinya dipilih berdasarkan pertimbangan kriteria tertentu. Adapun kriterianya adalah: (1) Berusia 25 hingga 60 tahun, di mana individu berada pada tahap perkembangan dewasa, artinya lebih matang dalam mengatasi permasalahan (Kail & Cavanaugh, 2013); (2) Pendidikan terakhir minimal setingkat SMP; (3) Menjalani hemodialisis selama minimal tiga bulan, Sathvik, Parthasarathi, Narahari, dan Gurudev (2008) melaporkan pasien menjalani hemodialisis kurang dari tiga bulan cenderung memiliki kondisi fisik maupun emosi yang tidak stabil; dan (4) Bersedia menjadi subjek penelitian dan menandatangani *informed consent*.

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan menggunakan beberapa Skala Psikologi yang diadaptasi (*Scale of Positive and Negative Experience/SPANE* dan *Satisfaction with Life Scale/SWLS*; *10-Item Connor-Davidson Resilience Scale/10-Item CD-RISC*; *Medical Outcomes Study Social Support Survey/MOS-SSS*) maupun disusun sendiri oleh peneliti (Skala *Health Belief*). Adaptasi bahasa dan budaya alat ukur (*linguistic/cultural validation*) dilakukan oleh *experts* bidang Psikologi dari *Center for Indigenous and Cultural Psychology (CICP)* Fakultas Psikologi UGM.

Variabel kesejahteraan emosi diukur menggunakan dua Skala Psikologi. Skala pertama mengungkap komponen afektif yang diadaptasi dari SPANE oleh Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, Choi, dan Oishi (2009), terdiri dari 12 item yang terbagi menjadi 6 item *desirable feelings* (SPANE-P) dan 6 item *undesirable feelings* (SPANE-N), menggunakan format skala Likert (skor 1 untuk jawaban “*hampir tidak pernah*” hingga skor 4 untuk jawaban “*hampir selalu*”). Skala kedua mengungkap komponen kognitif yakni kepuasan hidup yang diadaptasi dari SWLS oleh Diener, Emmons, Larsen, dan Griffin (1985), terdiri dari 5 item, format skala Likert (skor 1 untuk jawaban “*sangat tidak sesuai*” hingga skor 4 untuk jawaban “*sangat sesuai*”).

Variabel resiliensi diukur menggunakan 10-Item CD-RISC oleh Connor dan Davidson (2003), Campbell-Sills dan Stein (2007), dan Wang, Shi, Zhang, dan Zhang (2010), terdiri dari 10 item yang merefleksikan kemampuan untuk pulih dari beragam tantangan yang terjadi dalam kehidupan meliputi *change*, *personal problems*, *illness*, *pressure*, *failure* dan *painful feeling*, format skala Likert (skor 1 untuk jawaban “*sangat tidak sesuai*” hingga skor 4 untuk jawaban “*sangat sesuai*”).

Variabel *positive social relationships* diukur menggunakan MOS-SSS oleh Sherbourne dan Stewart (1991) direvisi oleh RAND dan tim *Medical Outcomes Study (MOS)*, terdiri dari 19 item yang terbagi menjadi lima *subscales* meliputi *affectionate support*, *emotional support*, *informational support*, *positive social interaction*, dan *tangible/instrumental support*, format skala Likert (skor 1 untuk jawaban “*hampir tidak pernah*” hingga skor 4 untuk jawaban “*hampir selalu*”).

Variabel *health belief* diukur menggunakan Skala *Health Belief* disusun oleh peneliti merujuk komponen *susceptibility, severity, costs/barriers, benefits, cues to action, health motivation, dan perceived control* yang dikembangkan oleh Rosenstock, Becker, dan Ogden (dalam Ogden, 2000), terdiri dari 14 item yang terbagi menjadi 8 item *favorable* dan 6 item *unfavorable*, format skala Likert (skor item *favorable* adalah skor 1 untuk jawaban “*sangat tidak sesuai*” hingga skor 4 untuk jawaban “*sangat sesuai*”, sementara skor item *unfavorable* adalah skor 1 untuk jawaban “*sangat sesuai*” hingga skor 4 untuk jawaban “*sangat tidak sesuai*”).

Teknik Analisis Data

Cara analisis data sesuai dengan tujuan dan hipotesis yakni ketiga variabel prediktor resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* dapat memprediksi variabel kriterium kesejahteraan emosi, maka digunakan analisis statistik uji regresi ganda. Hasil regresi ganda menunjukkan korelasi antara ketiga variabel prediktor dengan variabel kriterium, beserta sumbangan efektif dari variabel prediktor terhadap variabel kriterium. Diperlukan tiga asumsi sebelum melakukan analisis statistik uji regresi ganda antara lain adalah: (1) Data skor masing-masing variabel penelitian terdistribusi secara normal (uji normalitas); (2) Korelasi antara variabel prediktor dengan variabel kriterium bersifat linear (uji linearitas); dan (3) Tidak ada korelasi antara variabel prediktor satu dengan prediktor lainnya (uji multikolinearitas).

Hasil

Statistik Deskriptif

Data penelitian dikumpulkan dari 55 pasien hemodialisis secara rutin di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Deskripsi data sosiodemografis subjek penelitian diketahui sebagian besar berusia 41 – 60 tahun (sebesar 67,3%), berjenis kelamin laki-laki (sebesar 61,8%), telah menjalani hemodialisis selama lebih dari setahun (sebesar 69,1%), pendidikan terakhir setingkat SMA (sebesar 56,4%), status pekerjaan berhenti bekerja (sebesar 49,1%), bertempat tinggal di Surabaya (sebesar 69,2%), dan menggunakan bermacam jenis asuransi kesehatan.

Koefisien *Cronbach's Alpha* SPANE-P ($\alpha = 0,717$) dengan koefisien korelasi item-total 0,295 – 0,581, SPANE-N ($\alpha = 0,745$) dengan koefisien korelasi item-total 0,246 – 0,741, dan SWLS ($\alpha = 0,741$) dengan koefisien korelasi item-total 0,266 – 0,618, menggunakan batas minimal $r_{ix} \geq 0,250$, tidak terdapat item gugur. Koefisien *Cronbach's Alpha* 10-Item CD-RISC ($\alpha = 0,816$) dengan koefisien korelasi item-total 0,305 – 0,680, terdapat 1 item gugur. Koefisien *Cronbach's Alpha* MOS-SSS ($\alpha = 0,877$) dengan koefisien korelasi item-total 0,360 – 0,680, tidak terdapat item gugur. Koefisien *Cronbach's Alpha* Skala *Health Belief* ($\alpha = 0,734$) dengan koefisien korelasi item-total 0,279 – 0,540, menggunakan batas minimal $r_{ix} \geq 0,275$, terdapat 3 item gugur.

Selanjutnya, dilakukan analisis deskriptif untuk memberi gambaran mengenai subjek penelitian pada masing-masing variabel penelitian. Analisis deskriptif data yang diperoleh digunakan untuk kategorisasi, kategorisasi dilakukan dengan membagi subjek penelitian ke dalam tiga kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Hasil kategorisasi skor skala pengukuran tertera pada tabel berikut.

Tabel 1
Kategorisasi Skor Skala Pengukuran

Skala Pengukuran	Kategori	Batas Kategorisasi	Jumlah (n)	Persentase
Kesejahteraan Emosi	Rendah	$X < 20$	6	10,9%
	Sedang	$20 \leq X < 80$	45	81,8%
	Tinggi	$80 \leq X$	4	7,3%
Jumlah			55	100%
Resiliensi	Rendah	$X < 18$	0	0%
	Sedang	$18 \leq X < 27$	22	40%
	Tinggi	$27 \leq X$	33	60%
Jumlah			55	100%
Positive Social Relationships	Rendah	$X < 30,83$	4	7,3%
	Sedang	$30,83 \leq X < 64,17$	25	45,5%
	Tinggi	$64,17 \leq X$	26	47,3%
Jumlah			55	100%
Health Belief	Rendah	$X < 22$	0	0%
	Sedang	$22 \leq X < 33$	29	52,7%
	Tinggi	$33 \leq X$	26	47,3%
Jumlah			55	100%

Berdasarkan tabel 1 diketahui sebagian besar subjek penelitian merasakan kesejahteraan emosi cukup baik sebesar 81,8%, memiliki resiliensi tinggi sebesar 60%, memperoleh dukungan sosial tinggi sebesar 47,3% dan cukup sebesar 45,5%, dan memiliki *health belief* cukup positif sebesar 52,7%.

Uji Asumsi

Uji normalitas menggunakan *Kolmogorov-Smirnov Test*, hasil *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* diketahui bahwa data kesejahteraan emosi terdistribusi secara normal ($K-S Z = 0,571, p > 0,05$), data resiliensi tidak terdistribusi secara normal ($K-S Z = 2,047, p < 0,05$) selanjutnya membuang *outliers* sehingga diperoleh distribusi data normal ($K-S Z = 1,102, p > 0,05$), data *positive social relationships* terdistribusi secara normal ($K-S Z = 0,505, p > 0,05$), dan data *health belief* terdistribusi secara normal ($K-S Z = 1,205, p > 0,05$).

Uji linearitas hubungan menggunakan *test for linearity* ANOVA, hubungan antara variabel prediktor dengan kriterium dikatakan linear apabila signifikansi *deviation from linearity* ($p > 0,05$), hasil *test for linearity* ANOVA diketahui bahwa hubungan resiliensi dengan kesejahteraan emosi memenuhi asumsi linear ($F deviation from linearity = 1,755, p > 0,05$), hubungan *positive social relationships* dengan kesejahteraan emosi memenuhi asumsi linear ($F deviation from linearity = 1,029, p > 0,05$), dan hubungan *health belief* dengan kesejahteraan emosi memenuhi asumsi linear ($F deviation from linearity = 0,797, p > 0,05$).

Untuk mendeteksi adanya multikolinearitas dilakukan dengan melihat besar kecilnya angka *tolerance* dan *Variance Inflation Factor* (VIF). Nilai *tolerance* kurang dari 0,10 dan nilai VIF lebih besar dari 10 mengindikasikan masalah serius (*multicollinearity*) (Bowerman & O'Connell; Myers, dalam Field 2009), hasil uji multikolinearitas variabel prediktor adalah resiliensi (*tolerance* = 0,951, *VIF* = 1,052), *positive social relationships* (*tolerance* = 0,969, *VIF* = 1,032), dan *health belief* (*tolerance* = 0,957, *VIF* = 1,045), diketahui bahwa masing-masing variabel prediktor memiliki nilai *tolerance* > 0,10 dan nilai *VIF* < 10, artinya model regresi tidak terjadi multikolinearitas.

Uji Hipotesis

Untuk menguji hipotesis menggunakan analisis statistik uji regresi ganda. Hasil uji regresi ganda diketahui bahwa ketiga prediktor berkorelasi dengan kriterium ($R = 0,349$), menunjukkan adanya korelasi cukup kuat dan memiliki arah hubungan positif, artinya meningkatnya resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* diikuti oleh meningkatnya kesejahteraan emosi. Diperoleh koefisien

determinasi ($R^2 = 0,122$), artinya resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* dapat menjelaskan variasi atau memberi kontribusi sebesar 12,2% terhadap kesejahteraan emosi, sementara 87,8% ditentukan oleh faktor lain yang tidak dijelaskan dalam model regresi. Selanjutnya, hasil uji regresi ganda diketahui tidak mendukung hipotesis ($F = 2,363$, $p > 0,05$), artinya resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* secara simultan tidak dapat memprediksi kesejahteraan emosi. Adapun hasil uji regresi ganda tertera pada tabel berikut.

Tabel 2
Hasil Uji Regresi Ganda

Prediktor	R	R ²	F	p	B	zero-order	t	P
Resiliensi					0,315	0,321	2,342	0,023
<i>Positive Social Relationships</i>	0,349	0,122	2,363	0,082	0,088	0,057	0,657	0,514
<i>Health Belief</i>					0,099	0,161	0,737	0,464

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa secara parsial, masing-masing prediktor memiliki kontribusi berbeda terhadap kriterium, besarnya kontribusi masing-masing prediktor diperoleh dengan cara mengalikan nilai Beta (β) dengan nilai *zero-order*, selanjutnya diketahui resiliensi memberi kontribusi sebesar 0,101 atau 10,1%, *positive social relationships* sebesar 0,005 atau 0,5%, dan *health belief* sebesar 0,016 atau 1,6%. Diketahui hanya resiliensi memberi kontribusi cukup besar, sementara *positive social relationships* dan *health belief* memberi kontribusi sangat kecil terhadap kesejahteraan emosi. Hal ini didukung oleh nilai t dan signifikansi koefisien regresi, apabila $p < 0,05$ maka prediktor memberi kontribusi signifikan, diketahui resiliensi memberi kontribusi signifikan ($t = 2,342$, $p < 0,05$), sementara *positive social relationships* dan *health belief* masing-masing memberi kontribusi tidak signifikan ($t = 0,657$, $p > 0,05$ dan $t = 0,737$, $p > 0,05$).

Pembahasan

Berdasarkan hasil uji regresi ganda diketahui tidak mendukung hipotesis ($F = 2,363$, $p > 0,05$), artinya resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* secara simultan tidak dapat memprediksi kesejahteraan emosi subjek penelitian pasien hemodialisis di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Merujuk pada nilai p tidak signifikan maka temuan ini berbeda dengan studi terdahulu,

peneliti mencoba menguraikan argumentasi terkait instrumen pengukuran maupun faktor sosiodemografis yang diindikasikan turut berkontribusi.

Instrumen pengukuran SPANE oleh Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, Choi, dan Oishi (2009) dan SWLS oleh Diener, Emmons, Larsen, dan Griffin (1985) diperuntukkan bagi umum (individu sehat), sementara subjek penelitian adalah pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Alat ukur yang disusun bagi umum dapat tidak relevan ketika diujikan kepada individu dengan penyakit kronis. Penggunaan Skala Psikologi adaptasi lintas budaya diperlukan *linguistic/cultural validation*, SPANE dan SWLS disusun oleh peneliti Negara Barat. Hal ini memungkinkan terjadinya perbedaan interpretasi/makna konsep bahagia, kepuasan hidup, *well-being* antara Negara Barat dan Timur. Pavot dan Diener (2009) mengungkapkan SWLS memiliki potensi sebagai *cross-cultural index*, namun tetap membutuhkan eksplorasi lebih substansial, diperlukan pemeriksaan interpretasi/makna *well-being* di berbagai budaya dan sub-budaya.

MOS-SSS dikembangkan dalam bahasa Inggris, mengukur dukungan sosial yang diperoleh pasien penyakit kronis, memiliki reliabilitas dan validitas tinggi ketika dikenakan pada pasien penyakit kronis di Amerika, dan sering digunakan untuk mengukur dukungan sosial pasien penyakit kronis di Negara Barat (Sherbourne & Stewart, 1991). Penerapan secara langsung dari instrumen MOS-SSS yang belum tervalidasi dengan baik di budaya tempat penelitian dapat menjadi masalah karena ada perbedaan sosial, bahasa, dan budaya (Rejai *et al.*; Staniute *et al.*; Roohafza *et al.*, dalam Wang, Zheng, He, & Thompson 2013).

Beragam studi melaporkan faktor psikologis termasuk resiliensi, *positive social relationships*, *health belief* berelasi dengan kesejahteraan emosi maupun *health-related Quality of Life* (QoL). Faktor psikologis dapat berelasi secara langsung, dimediasi, atau dimoderasi oleh faktor sosiodemografis. Griva (2014) melaporkan sejumlah faktor meliputi sosiodemografis, medis, dan psikologis berelasi dengan *health-related* QoL. Berikut ini akan mendiskusikan kontribusi dari faktor sosiodemografis yang diindikasikan berpotensi menentukan korelasi antara variabel prediktor dengan kriterium.

Faktor sosiodemografis pertama adalah durasi hemodialisis. Berdasarkan data sosiodemografis diketahui sebagian besar subjek penelitian telah menjalani hemodialisis selama lebih dari setahun (sebesar 69,1%). Skor *mean* kesejahteraan emosi kelompok durasi hemodialisis selama setahun ($M = 40,53$) lebih rendah dibanding kelompok durasi hemodialisis selama lebih dari setahun ($M = 54,24$), analisis *one-way* ANOVA menunjukkan ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi pada kedua kelompok durasi hemodialisis ($F = 4,576$, $p < 0,05$). Temuan ini konsisten dengan Sathvik, Parthasarathi, Narahari, dan Gurudev (2008) melaporkan skor QoL (terutama *psychological* dan *environmental domains*) lebih tinggi ditemukan pada pasien dengan durasi menjalani hemodialisis selama 10 hingga 12 bulan dibanding durasi hemodialisis yang lebih singkat.

Faktor sosiodemografis kedua adalah tingkat pendidikan. Berdasarkan data sosiodemografis diketahui sebagian besar subjek penelitian memiliki pendidikan setingkat SMA (sebesar 56,4%). Meski analisis *one-way* ANOVA menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi berdasarkan tingkat pendidikan ($F = 1,073$, $p > 0,05$), namun skor *mean* tertinggi pada kelompok pendidikan S2 ($M = 68,65$), sementara skor *mean* terendah pada kelompok pendidikan SMA ($M = 45,61$). Pendidikan Sekolah Tinggi diketahui memiliki peran esensial dalam meningkatkan *awareness* penyakit kronis dan kemampuan *coping* yang lebih baik terhadap penyakit kronis (Patti, Pozzilli, Montanari, Pappalardo, Piazza, Levi, & Pesci, 2007).

Faktor sosiodemografis ketiga adalah jenis kelamin. Berdasarkan data sosiodemografis diketahui sebagian besar subjek penelitian berjenis kelamin laki-laki (sebesar 61,8%). Meski analisis *one-way* ANOVA menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi pada kedua kelompok jenis kelamin ($F = 0,350$, $p > 0,05$), namun skor *mean* kelompok laki-laki ($M = 51,43$) lebih tinggi dibanding skor *mean* kelompok perempuan ($M = 47,68$). Sathvik, Parthasarathi, Narahari, dan Gurudev (2008) melaporkan sebagian besar pasien hemodialisis wanita merasa dirinya sebagai *burden* bagi keluarga dan khawatir dengan *body image* dan penampilan, hal ini berkontribusi terhadap rendahnya skor QoL pasien hemodialisis wanita.

Faktor sosiodemografis keempat adalah usia. Berdasarkan data sosiodemografis diketahui sebagian besar subjek penelitian berusia 41 - 60 tahun (sebesar 67,3%). Meski analisis *one-way* ANOVA menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi pada kedua kelompok usia ($F = 0,240, p > 0,05$), namun skor *mean* kelompok usia 41 - 60 tahun ($M = 51,50$) lebih tinggi dibanding kelompok usia 25 - 40 tahun ($M = 47,84$). Sebuah studi melaporkan korelasi antara usia dan kesehatan mental/kesejahteraan emosi, di mana responden “*middle age*” memiliki skor kesehatan mental relatif rendah, sementara responden “*older age*” memiliki kesejahteraan emosi lebih baik, bahwa dampak emosi dari penyakit kronis melemah pada usia lanjut (De Ore; Kutner & Jassal, dalam Griva 2014).

Faktor sosiodemografis kelima adalah jenis asuransi kesehatan. Subjek penelitian menggunakan bermacam jenis asuransi kesehatan, hal ini sangat mengurangi beban finansial keluarga. Perbandingan skor *mean* kesejahteraan emosi dari kelima kelompok jenis asuransi kesehatan menunjukkan skor *mean* tertinggi pada kelompok asuransi kesehatan PNS ($M = 63,74$), sementara skor *mean* terendah pada kelompok asuransi kesehatan SKTM ($M = 38,57$), analisis *one-way* ANOVA menunjukkan ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi pada kelima kelompok jenis asuransi kesehatan ($F = 2,622, p < 0,05$). Sebuah *multicenter cross-sectional study* oleh Moreno *et al.* dan *prospective cohort study* oleh Sesso, Rodrigues-Neto dan Ferraz (dalam Kao, Lai, Tsai, Jan, Chie, & Chen, 2009) melaporkan level sosioekonomi lebih tinggi berelasi secara signifikan dengan QoL lebih baik pada pasien hemodialisis.

Faktor sosiodemografis keenam adalah status pekerjaan. Berdasarkan data sosiodemografis diketahui sebagian besar subjek penelitian telah berhenti bekerja (sebesar 49,1%). Meski analisis *one-way* ANOVA menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan skor *mean* kesejahteraan emosi pada kelima kelompok status pekerjaan ($F = 2,153, p > 0,05$), namun skor *mean* tertinggi pada kelompok status pekerjaan PNS, Dosen, Dinkes ($M = 73,22$), sementara skor *mean* terendah pada kelompok status pekerjaan berhenti bekerja ($M = 44,54$). Penghasilan lebih tinggi akan meningkatkan kemampuan membayar pengobatan yang dibutuhkan sehingga

menjamin kualitas hidup lebih baik, sementara kesulitan finansial akibat pensiun atau kehilangan pekerjaan karena penyakit dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup (Sathvik, Parthasarathi, Narahari, & Gurudev, 2008).

Merujuk pada sumbangan efektif secara parsial diketahui hanya resiliensi memberi kontribusi cukup besar dan signifikan terhadap kesejahteraan emosi (sebesar 10,1%, $t = 2,342$, $p < 0,05$), temuan ini konsisten dengan studi oleh Schaumberg (2012) melaporkan pasien hemodialisis yang memiliki kualitas hidup lebih baik mendeskripsikan karena dirinya mampu *survive* dan resilien dalam hidup dengan menjalani hemodialisis. Pasien ESRD yang menjalani hemodialisis menghadapi beragam tantangan karena harus mengatasi simtom penyakit kronis, pengobatan, perubahan dalam keluarga, oleh karenanya kemampuan *coping* dan adaptasi terhadap akumulasi tuntutan dan *stressors* penyakit kronis akan berdampak pada komitmen hemodialisis dan kepuasan dengan kualitas hidup.

Berdasarkan data deskriptif dan kategorisasi skor pengukuran diketahui bahwa sebagian besar subjek penelitian: (1) merasakan kesejahteraan emosi cukup baik (sebesar 81,8%), beberapa subjek penelitian yang bersedia diwawancara mengaku tahun pertama merupakan tahun terberat menjalani hemodialisis, mengaku belum terbiasa dengan perubahan batasan makan dan minum, tidak memiliki tujuan, menganggur, dan bosan, reaksi emosi yang muncul saat itu adalah marah, mengeluh, namun seiring berjalannya waktu dapat menerima kondisinya sebagai ujian dari Tuhan; (2) memiliki resiliensi tinggi (sebesar 60%), beberapa subjek penelitian yang bersedia diwawancara mengaku proses resiliensi terjadi secara bertahap, perasaan memiliki keluarga terutama pasangan, orang tua, anak yang menyayangi, mendampingi, dan menghibur serta dukungan dari teman telah mengembalikan rasa percaya diri maupun harga diri dan semangat untuk bertahan hidup, dapat mandiri, dan dapat mencari nafkah (tetap bekerja); (3) memperoleh dukungan sosial tinggi (sebesar 47,3%) dan cukup (sebesar 45,5%), sumber utama dukungan sosial bagi subjek penelitian yang telah menikah adalah pasangan dan anak yang mendampingi ketika hemodialisis, menghibur dan menenangkan pikiran, memberi nasihat positif, mengajak melakukan kegiatan menyenangkan, sementara sumber dukungan sosial bagi subjek penelitian yang masih lajang maupun bercerai

adalah orang tua, saudara kandung, mengantar ketika hemodialisis, memberikan bantuan finansial, pengasuh kelompok keagamaan memberikan nasihat agar kuat, dan sesama pasien hemodialisis saling menghibur; dan (4) memiliki *health belief* cenderung cukup positif (sebesar 52,7%) dan cenderung positif (sebesar 47,3%), artinya memiliki keyakinan/persepsi cenderung positif mengenai penyakit ginjal kronis dan hemodialisis, peduli terhadap masalah kesehatan, memperoleh informasi cukup penyakit ginjal kronis, dan merasakan manfaat menjalani hemodialisis.

Hasil uji regresi ganda diketahui resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* memberi kontribusi sebesar 12,2%, artinya terdapat 87,8% prediktor lain dapat berkontribusi terhadap kesejahteraan emosi yang tidak dijelaskan dalam model regresi. Secara eksplisit, sejumlah studi menyarankan prediktor signifikan lain yang berkontribusi terhadap kesejahteraan emosi maupun *health-related QoL* meliputi *sense of coherence* dan *health management* (Karlolich, 2005), *post-traumatic growth* (Bellizi & Blank, dalam McDonald 2008), *illness and treatment beliefs/representations* (Griva, 2014).

Kesimpulan

Hasil uji hipotesis diketahui resiliensi, *positive social relationships*, dan *health belief* secara simultan tidak dapat memprediksi kesejahteraan emosi subjek penelitian, hal ini diindikasikan karena adanya kontribusi dari faktor sosiodemografis yang berpotensi menentukan korelasi antara prediktor dengan kriterium. Secara parsial, hanya resiliensi yang memberi kontribusi signifikan terhadap kesejahteraan emosi, artinya kemampuan untuk beradaptasi, pulih dari kesulitan hidup terutama terkait pengalaman penyakit ginjal kronis dan menjalani hemodialisis bermanfaat bagi pemulihan emosi dan kepuasan hidup. Dengan demikian, penelitian ini dapat digunakan sebagai langkah awal dalam merancang program intervensi terkait *coping* resiliensi untuk mendorong perkembangan emosi positif pasien hemodialisis.

Saran disusun sebagai bentuk refleksi dan respon terhadap hasil penelitian, adapun saran yang diajukan adalah: (1) Subjek penelitian diharapkan dapat lebih terbuka mengenai perasaan, permasalahan kepada pasangan, anak, orang tua,

kerabat dekat sehingga dapat membantu memberi nasihat positif dan melepaskan beban pikiran; (2) Keluarga diharapkan senantiasa mendampingi pasien saat hemodialisis, menyediakan bantuan, meluangkan waktu melakukan kegiatan menyenangkan bersama sehingga pasien merasa terhibur, memberi nasihat positif sehingga pasien dapat lebih tabah; (3) Rumah sakit diharapkan dapat membantu memberi edukasi terkait penyakit ginjal kronis dan hemodialisis sehingga pasien memiliki pemahaman, respon permasalahan, dan *belief* yang lebih positif; dan (4) Penelitian selanjutnya diharapkan mempertimbangkan rentang durasi menjalani hemodialisis, memperkaya data kualitatif untuk melengkapi data kuantitatif, dan melibatkan prediktor lain seperti *post-traumatic growth*, *illness and treatment beliefs/representations*, *sense of coherence*, dan variabel sosiodemografis.

Referensi

- Angner, E., Ghandhi, J., Purvis, K. W., Amante, D., & Allison, J. (2013). Daily functioning, health status, and happiness in older adults. *Journal of Happiness Studies*, *14*, 1563-1574. doi:10.1007/s10902-012-9395-6
- Ayers, S., & de Visser, R. (2011). *Psychology for medicine*. London: Sage Publications.
- Bishop, A. J., Martin, P., & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: A structural model of life satisfaction. *Aging and Mental Health*, *10*(5), 445-453.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 1019-1028.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, *70*, 741-756.
- Compton, W. C. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. Dalam M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 325-337). New York: Guilford Press.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403-426.

- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. Dalam E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 247-266). New York: Springer.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Griva, K. (2014). *Illness and treatment beliefs, cognitive functioning and quality of life in end stage renal disease (ESRD)* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. U602524)
- Gutch, C. F., Stoner, M. H., & Corea, A. L. (1993). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology of Health, 18*, 141-184.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2013). *Human development: A life-span view* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Kao, T. W., Lai, M. S., Tsai, T. J., Jan, C. F., Chie, W. C., & Chen, W. Y. (2009). Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Northern Taiwan: A multicenter study. *Artificial Organs, 33*(1), 61-68. doi:10.1111/j.1525-1594.2008.00675.x
- Karolich, R. L. (2005). *A study of psychosocial characteristics that promote positive health management in older adults with end-stage renal disease* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3198307)
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. j., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 538– 547. doi:10.1007/s10865-011-9379-8
- Lent, R. W. (2007). Restoring emotional well-being: A theoretical model. Dalam M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 231-247). New York: Springer.
- Marshall, T. C. (2005). *Emotional intimacy in romantic relationships: A comparison of European and Chinese Canadian students* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database.
- McDonald, K. L. (2008). *Predictors of quality of life in individuals with end stage renal disease* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3325142)
- Moskowitz, J. T. (2010). Positive affect at the onset of chronic illness planting the seeds of resilience. Dalam J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 465-483). New York: Guilford Press.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 189-202.
- National Kidney Foundation, About Chronic Kidney Disease. (2013). *What is Chronic Kidney Disease (CKD)?*. Retrieved from <http://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd.cfm#symptoms>

- National Kidney Foundation, Glomerular Filtration Rate. (2013). *National Kidney Disease Content Glomerular Filtration Rate*. Retrieved from <http://www.kidney.org/atoz/content/gfr.cfm>
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2009). The optimum level of well-being: Can people be too happy?. Dalam E. Diener (Ed.), *The science of well-being: The collected works of Ed Diener. Social Indicators Research Series*, 37. doi:10.1007/978-90-481-2350-6_8
- Patti, F., Pozzilli, C., Montanari, E., Pappalardo, A., Piazza, L., Levi, A., ... Pesci, I. (2007). Effects of education level and employment status on HRQoL in early relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13(6), 783-791. doi:10.1177/1352458506073511
- Pavot, W., & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction with Life Scale. Dalam E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 101-116). New York: Springer.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Sathvik, B. S., Parthasarathi, G., Narahari, M. G., & Gurudev, K. C. (2008). An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian Journal of Nephrology*, 18(4), 141-149.
- Schaumberg, C. A. (2012). *Subjective quality of life in dialysis dependent end-stage renal disease patient* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3511868)
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Sciences and Medicine*, 32, 705-714.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Son, Y. J., Choi, K. S., Park, Y. R., Bae, J. S., & Lee, J. B. (2008). Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *American Journal of Nephrology*, 29, 36-42. doi:10.1159/000150599
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y., & Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(5), 499-504. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02130.x.
- Wang, W., Zheng, X., He, H-G., & Thompson, D. R. (2013). Psychometric testing of the Chinese Mandarin version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey in patients with coronary heart disease in mainland China. *Quality of Life Research*, 22, 1965-1971. doi:10.1007/s11136-012-0345-x

- Windle, G., Woods, R., & Markland, D. (2008). The effect of psychological resilience on the relationship between chronic illness and subjective well-being. *The Gerontologist*, suppl. 61st Annual Scientific Meeting "Resilience in an Aging.., 48, 179.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. Dalam J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 3-29). New York: Guilford Press.