

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir adalah gangguan fungsi ginjal yang menahun bersifat progresif dan *irreversible*. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Smeltzer C, 2001) dalam Clevo dan Margareth (2012).

Gagal ginjal kronis adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut. Hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerator kurang dari 50 ml/menit (Suyono RF, 2001) dalam Clevo dan Margareth (2012).

Gagal ginjal kronis atau *chronic kidney disease* merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer C, 2001) dalam Clevo dan Margareth (2012).

2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Penyebab dari gagal ginjal kronis adalah:

- a. Infeksi saluran kemih/pielonefritis;
- b. Penyakit peradangan glomerulonefritis;
- c. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis);
- d. Gangguan jaringan penyambung (SLE poliarterites nodosa, sklerosis sistemik);
- e. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal);
- f. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme);
- g. Nefropati toksik; dan
- h. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih).

(Price dan Wilson, 1994) dalam Clevo dan Margareth (2012)

Penyebab dari gagal ginjal menurut Clevo dan Margareth (2012: 31) adalah:

- a. Penyakit parenkim ginjal
 - 1) Penyakit ginjal primer : glomerulonefritis, pielonefritis, ginjal polikistik TBC ginjal.
 - 2) Penyakit ginjal sekunder : nefritis lupus, nefropati, amiloidosis ginjal, poliartritis nodosa, sklerosis sistemik, gout, DM.
- b. Penyakit ginjal obstruktif

Pembesaran prostat, batu saluran kemih, refluk ureter. Secara garis besar penyebab gagal ginjal dapat dikategorikan infeksi yang berulang dan nefron yang memburuk. Obstruksi saluran kronik dekstruksi pembuluh

darah akibat diabetes dan hipertensi yang lama, secara pada jaringan, dan trauma langsung pada ginjal.

2.1.3 Tanda dan Gejala Gagal Ginjal Kronis

a. Manifestasi klinik antara lain (Long, 1996: 369) dalam Clevo dan Margareth (2012:31):

- 1) Gejala dini : lethargi, sakit kepala, kelelahan fisik dan mental, berat badan berkurang, mudah tersinggung, depresi.
- 2) Gejala yang lebih lanjut : anoreksia, mual disertai muntah, nafas dangkal atau sesak nafas baik waktu ada kegiatan atau tidak, edema yang disertai lekukan, pruritis mungkin tidak ada tapi mungkin juga sangat parah.

b. Manifestasi klinik antara lain (Smeltzer C, 2001:1449) dalam Clevo dan Margareth (2012:31-32):

- 1) Hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron).
- 2) Gagal jantung kongestif dan edema pulmoner (akibat cairan berlebihan).
- 3) Perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi).

c. Manifestasi klinik antara lain (Suyono, 2001) dalam Clevo dan Margareth (2012:32-33):

1) Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, *effuse perikardiac* dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2) Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.

3) Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia.

4) Gangguan muskuloskeletal

Resiles leg syndrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan), *burning feet syndorm* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).

5) Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

6) Gangguan endokrin

Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

7) Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa

Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

8) Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam susunan uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

Adapun komplikasi dari penyakit gagal ginjal kronik menurut Halim Mubin (2008:455), yaitu hiperkalemi, gangguan keseimbangan asam basa, hipertensi, perikarditis, gagal jantung, anemia, perdarahan usus, pleuritis, dan asidosis.

2.1.4 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang

bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak oliguri timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian nilai kreatinin *clearance* turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah itu (Barbara C Long, 1996:368) dalam Clevo dan Margareth (2012: 33).

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein yang normalnya dieksresikan ke dalam urin tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis (Brunner & Suddarth, 2001:1448) dalam Clevo dan Margareth (2012: 33).

Perjalanan umum gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi tiga stadium (Price, 1992:813-814) dalam Clevo dan Margareth (2012: 33-34) yaitu:

a. Stadium 1 (Penurunan Cadangan Ginjal)

Ditandai dengan kreatinin serum dan kadar *Blood Ureum Nitrogen* (BUN) normal dan penderita asimtomatik.

b. Stadium 2 (Insufisiensi Ginjal)

Lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak (*Glomerulo Filtration Rate* besarnya 25% dari normal). Pada tahap ini *Blood Ureum Nitrogen* mulai meningkat diatas normal, kadar kreatinin serum nilai meningkat melebihi kadar normal, azotemia ringan, timbul nokturia dan poliuri.

c. Stadium 3 (Gagal Ginjal Stadium Akhir/Uremia)

Timbul apabila 90% massa nefron telah hancur, nilai *Glomerulo Filtration Rate* 10% dari normal, kreatinin klirens 5-10 ml/menit atau kurang. Pada tahap ini kreatinin serum dan kadar Blood Ureum Nitrogen meningkat sangat mencolok dan timbul oliguri.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Clevo dan Margareth (2012:34-35), pemeriksaan penunjang pada pasien gagal ginjal adalah:

a. Urin

Volume, warna, sendimen, berat jenis, kreatinin, dan protein urin.

b. Darah

Blood Ureum Nitrogen/kreatinin, hitung darah lengkap, sel darah merah, natrium serum, kalium, magnesium fosfat, dan osmolaritas serum.

c. Pielografi intravena

Menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal dan ureter, pielografi dilakukan bila dicurigai adanya obstruksi yang *reversible*, arteriogram ginjal, dan mengkaji sirkulasi ginjal seta mengidentifikasi ekstrasvaskuler massa.

d. Sistouretrrogram berkemih

Menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kedalaman, ureter, dan retensi.

e. Ultrasono ginjal

Menunjukkan ukuran kandung kemih dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran kemih bagian atas.

f. Biopsi Ginjal

Mungkin dilakukan secara endoskopi untuk menemukan sel jaringan untuk diagnosis histologi.

g. Endoskopi ginjal nefroskopi

Dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal: keluar batu, hematuria, dan pengangkatan tumor efektif.

h. EKG

Mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa, aritmia, hipertropi ventrikel, dan tanda-tanda perikarditis.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien gagal ginjal kronis (Halim Mubin, 2008:455) antara lain ureum dan kreatinin naik, klirens kreatinin menurun, asam urat naik, rasio kalium/natrium naik (K naik, Na turun), dislipidemi, dan asam guanidinosuksinat plasma naik.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Anderton & Thomson (1992:99), tindakan konservatif yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

a. Cairan

Berikan masukan tinggi cairan hingga 3 liter setiap hari sampai gagal ginjal stadium akhir dimana timbul edema, lalu:

- 1) Berikan diuretik seringkali dosis tinggi misalnya furosemid 500 mg per hari;
- 2) Batasi masukan untuk mengendalikan kelebihan cairan dan biarkan peningkatan kadar urea dan kreatinin darah.

b. Masukan elektrolit

Biasanya tidak dilakukan pembatasan natrium atau kalium sampai terjadi gagal ginjal stadium akhir yaitu bilamana pembatasan perlu dilakukan. Suplemen natrium bikarbonat 1-3 g/hari guna mengatasi asidosis.

c. Kalori dan protein

Pertahankan nutrisi dengan masukan tinggi karbohidrat dan lemak 2000-2500 kal/hari dan rendah protein 30-40 g/hari.

d. Anemia

Berikan fero sulfat walaupun hemoglobin tetap rendah misal 6-7 g/dl. Transfusi darah sebaiknya tidak diberikan kecuali pada anemia berat (<5 g/dl) atau sebagai bagian protokol transfusi darah pada pencangkakan ginjal.

e. Hipertensi

Diuretik, beta blocker dengan berhati-hati (LFG menurun), penghambat saluran kalsium (misal nifedipin), minoksidil.

f. Osteodistrofi ginjal

Pengikat fosfat (misal Alucaps) guna mengurangi fosfat plasma. Satu-alfa kolekalsiferol guna meningkatkan kalsium plasma serta menyembuhkan atau mencegah osteodistrofi. Kadang-kadang perlu dilakukan paratiroidektomi.

Penatalaksanaan menurut Halim Mubin (2008:455-457) diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Terapi Umum

1) Istirahat

2) Diet:

- a) Protein: maksimal 30 gr/hari;
- b) Rendah kalori: 40-50 Kal/kg/hari;
- c) Cairan dan elektrolit, pertama diberikan 3000 ml IV, lalu diberikan sampai diuresis cukup 40 ml/jam. Cairan dibatasi bila ada edema, hipertensi, dan gagal jantung kongestif;
- d) Natrium dibatasi, namun cukup untuk menjaga volume cairan ekstraseluler;
- e) Kalium dibatasi bila ada oliguri;
- f) Bila kadar kalium $>6,5$ mEq/L perlu rawat inap;
- g) Hiperkalemi akut diberikan insulin dan dekstrose IV, fludrokortison, albuterol nebulizer;
- h) Hiperkalemi kronis dapat diberikan natrium polystyrene sulfonate (kayexalate).

3) Medikamentosa

- a) Obat pertama: bila ada asidosis metabolik diberikan Natrium bikarbonat 20-30 mmol/d atau Natrium sitrat. Sebaiknya dikombinasi dengan loop diuretik;
- b) Obat alternatif: eritropoetin bila ada anemi. Dosis 2-50 unit/kgBB 3x/minggu, IV/SC, lalu dinaikkan setelah 8-12 minggu. Preparat kalsium: 3x650 mg bila ada hipokalsemia dan hiperfosfatemi.
Alopurinol: bila ada hiperurisemia dan terjadi artritis gout.

4) Transfusi darah : hanya bila sangat perlu;

5) Dialisis

6) Transplantasi ginjal: terbaik

b. Terapi Komplikasi

1) Bila ada asidosis: Bikarbonat natrium 2-3x600 mg/hari

2) Bila ada hipertensi: ACEI atau CCB (*Calcium Channel Blocker*)

Menurut Arif Mansjoer dalam Clevo dan Margareth (2012: 35-36), penatalaksanaan untuk pasien gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

a. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam

Biasanya diusahakan hingga tekanan vena jugularis sedikit meningkat dan terdapat edema betis ringan. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urin, dan pencatatan keseimbangan cairan.

b. Diet tinggi kalori dan rendah protein

Diet rendah protein (20-40 g/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea dari uremia, menyebabkan penurunan uremia, menyebabkan penurunan ureum dan perbaikan gejala. Hindari masukan berlebih dari kalium dan garam.

c. Kontrol hipertensi

Pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah. Sering diperlukan diuretik loop, selain obat antihipertensi.

d. Kontrol ketidakseimbangan elektrolit

Yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia, dihindari masukan kalium yang besar (batasi hingga 60 mmol/hari), diuretik hemat kalium, obat-obat yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya, penghambat ACE dan

obat antiinflamasi non steroid), asidosis berat, atau kekurangan garam yang menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan ikut dalam kaliuresis.

Deteksi melalui kadar kalium plasma dan EKG.

e. Mencegah dan tatalaksana penyakit tulang ginjal

Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-1800 mg) atau kalsium karbonat (500-3000 mg) pada setiap makan.

f. Deteksi dini dan terapi infeksi

Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien immunosupresif dan diterapi lebih ketat.

g. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal

Banyak obat-obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metaboliknya toksik dan dikeluarkan oleh ginjal

h. Deteksi dini dan terapi komplikasi

Awasi dengan ketat kemungkinan ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia yang meningkat, kelebihan cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialisis.

i. Persiapkan dialisis dan program transplantasi

Segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi. Indikasi dilakukan dialisis biasanya adalah gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meski telah dilakukan terapi konservatif, atau terjadi komplikasi.

2.2 Konsep Hemodialisa

2.2.1 Pengertian Hemodialisa

Hemodialisis adalah pembuangan elemen-elemen tertentu dari darah dengan memanfaatkan pekerjaan laju difusinya melalui selaput semipermeabel ketika disirkulasikan di luar tubuh (Tanoe Riyanto, 2015).

2.2.2 Prinsip Hemodialisa

Darah penderita dipompa melalui suatu dialiser kuprofan yang dikelilingi oleh larutan garam fisiologis dan glukosa. Urea, kreatinin, kalium dan substansi toksis lainnya berdifusi ke luar dari darah melalui membran kuprofan ke dalam larutan dialisis (Anderton & Thomson, 1992).

2.2.3 Indikasi Hemodialisa

Pernefri (2003) dalam konsensus dialisis juga memberikan panduan saat memulai secara ideal semua pasien dengan LFG <15 ml/menit dapat mulai menjalani dialisis (Niken, 2011). Indikasi untuk dialisis menurut Niken (2011) meliputi:

- a. Kegagalan penanganan konservatif, gejalanya memburuk
- b. Mual, muntah, nafsu makan hilang
- c. Kadar ureum dan kreatinin tinggi
- d. Hiperkalemia (indikasi absolut)
- e. Asidosis berat (indikasi absolut)
- f. Kelebihan cairan bila sampai mengalami edema paru (indikasi absolut)
- g. Perikarditis (indikasi absolut)

Dialisis harus dimulai lebih awal pada pasien dengan:

- a. Diabetes : lebih banyak mengalami komplikasi lebih sulit untuk mengatur diet ginjal dan diabetes
- b. Neuropati perifer: indikasi efek uremia pada sistem saraf perifer
- c. Encephalopathy uremikum: indikasi efek yang berat pada sistem saraf pusat
- d. Hipertensi maligna: mungkin dapat membaik dengan pengeluaran cairan pada dialisis.

2.2.4 Prosedur Hemodialisa

Menurut Anderton & Thomson (1992) bahwa prosedur hemodialisa yaitu jarum dimasukkan ke dalam fistula arterio-vena: satu arteri untuk mengalirkan darah penderita ke dialiser dan satu vena untuk mengembalikan darah penderita. Dialisis harus diulangi tiga kali setiap minggu, baik di rumah sakit unit luar rumah sakit atau di rumah penderita. Niken (2011:82) menjelaskan bahwa prosedur pada pasien baru dilakukan untuk memulai tindakan dialisis pada pasien dengan gejala yang minimal dan secara bertahap ditingkatkan, seiring dengan pasien beradaptasi baik secara fisik maupun psikologi. Beberapa unit menggunakan *clinical pathway* untuk pasien baru sehingga mempunyai panduan yang sama. Penekannya adalah pengkajian setiap hari dan *review* dari kebutuhan individu pasien. Tujuannya adalah untuk:

- a. Mencegah dialisis *disequilibrium syndrome*
- b. Menghindari/meminimalisir gejala
- c. Memulai pengkajian dasar
- d. Memulai edukasi

- e. Menyesuaikan resep pada tiap dialisis untuk spesifik sampa resep yang telah didapat.

2.3 Konsep Depresi

2.3.1 Pengertian Depresi

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Rathus (1991) dalam Lumongga (2009:13) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, dan gerak-gerak tingkah laku serta kognisi.

Menurut Atkinson (1991) dalam Lumongga (2009:13) depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu berkonsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri.

Lumongga (2009:13) menyatakan depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan.

2.3.2 Penyebab Depresi

Beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya depresi atau meningkatkan risiko seseorang terkena depresi, menurut Lumongga (2009: 62-84) antara lain:

a. Faktor Fisik

1) Faktor Genetik

Gen berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan (McKenzie,1999).

2) Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi (Kompas,2008).

3) Faktor Usia

Dalam penelitian Jorm (2000), ditemukan bukti bahwa pada usia dewasa terdapat penurunan kecenderungan kecemasan dan depresi seiring dengan bertambahnya usia.

4) Gender

Data yang dihimpun oleh *World Bank* menyebutkan prevalensi terjadinya depresi sekitar 30% terjadi pada wanita dan 12,6% dialami oleh pria (Desjarlais, 1995). Menurut Pease & Pease (2001), pola komunikasi wanita berbeda dengan pria. Jika seorang wanita mendapat masalah, maka wanita tersebut ingin mengomunikasikannya dengan orang lain dan memerlukan dukungan/bantuan orang lain, sedangkan pada pria cenderung untuk memikirkan masalahnya sendiri

sehingga mendapat jawaban atas masalahnya, pria juga jarang menunjukkan emosinya sehingga kasus depresi ringan dan sedang pada pria jarang diketahui.

5) Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat misalnya tidur tidak teratur, makan tidak teratur, mengonsumsi jenis makanan *fast food* atau makanan yang mengandung bahan perasa, pengawet dan pewarna buatan, kurang berolahraga, merokok, dan minum-minuman keras (Hendranata, 2004).

6) Penyakit Fisik

Perasaan terkejut karena mengetahui memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*). Menurut McKenzie (1999) ada beberapa penyakit yang dihubungkan dengan depresi, yaitu:

- a) *Acromegaly*
- b) *Addixion's disease*
- c) *Alcohol*
- d) *Brain abscess*
- e) *Brain haemorrhage*
- f) *Brain tumours*
- g) *Chronic Fatigue Syndrome*
- h) *Cushing's Disease*
- i) Demensia
- j) Diabetes

- k) Encephalitis
- l) Luka pada kepala
- m) Masalah jantung
- n) *Hiperparathyroidism*
- o) *Hypopituitarism*
- p) *Hypothyroidism*
- q) *Multiple sclerosis*
- r) *Parkinson's disease*
- s) Luka berat pada kepala
- t) Tuberculosis, meningitis
- u) Kekurangan vitamin
- v) Penyakit oleh virus (termasuk flu)
- w) Masalah keseimbangan cairan dalam tubuh (misalnya kurang garam, tinggi atau rendahnya kalsium dalam tubuh).

7) Obat-obatan

Menurut McKenzie (1999) ada beberapa obat yang menyebabkan depresi yaitu:

- a) Tablet antiepilepsi
- b) Obat antihipertensi
- c) Obat antimalaria-mefloquine
- d) Obat antiparkinson
- e) Obat kemoterapi (beberapa)
- f) Pil kontrasepsi (kontrasepsi yang digabung dan kemungkinan pada pil progestogen saja)

- g) Digitalis (jantung)
- h) Diuretik (jantung dan tekanan darah)
- i) Interferon-alfa yang digunakan untuk mengobati hepatitis C
- j) Obat penenang
- k) Terapi steroid (untuk asma, arthritis, dan lain-lain).

8) Obat-obatan Terlarang

Menurut Brees (2008) beberapa obat-obatan terlarang yang menimbulkan depresi yaitu:

- a) Marijuana/ganja
- b) Heroin/putau
- c) Kokain
- d) Ekstasi
- e) Meth/sabu-sabu

b. Faktor Psikologis

1) Kepribadian

Menurut Gordon Parker dari *Black Dog Institue*, seseorang yang menunjukkan hal-hal berikut memiliki risiko terkena depresi:

- a) Mengalami kecemasan tingkat tinggi, seorang "pencemas" atau mudah terpengaruh.
- b) Seorang yang pemalu atau minder.
- c) Seseorang yang suka mengkritik diri sendiri atau memiliki harga diri yang rendah.
- d) Seseorang yang hipersensitif.
- e) Seseorang yang perfeksionis.

f) Seseorang dengan gaya memusatkan perhatian pada diri sendiri (*self-focussed*).

2) Pola Pikir

Kepercayaan bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri.

3) Harga Diri

Butler, Hokanson & Flynn (1994) berpendapat bahwa harga diri yang rendah akan berpengaruh negatif pada individu yang bersangkutan dan mengakibatkan individu tersebut akan menjadi stres dan depresi.

4) Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi.

5) Lingkungan Keluarga

a) Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak

b) Jenis pengasuhan

c) Penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil

6) Penyakit Jangka Panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi.

2.3.3 Gejala Depresi

Menurut Lumongga (2009:21-34), gejala yang timbul pada orang yang depresi adalah sebagai berikut:

a. Gejala Fisik

- 1) Gangguan pola tidur.
- 2) Menurunnya tingkat aktivitas.
- 3) Menurunnya efisiensi kerja.
- 4) Menurunnya produktivitas kerja.
- 5) Mudah merasa letih dan sakit.

b. Gejala Psikis

- 1) Kehilangan rasa percaya diri.
- 2) Sensitif (mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain, mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri).
- 3) Merasa diri tidak berguna.
- 4) Perasaan bersalah.
- 5) Perasaan terbebani.

c. Gejala Sosial

Ada masalah interaksi dengan orang lain dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

d. Simtom-simtom Depresi

1) Simtom-simtom Emosional

Penurunan *mood*, pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respon yang menggembirakan.

2) Simtom-simtom Kognitif

Penilaian diri sendiri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi *body image*.

3) Simtom-simtom Motivasional

Hilangnya motivasi pada orang dengan depresi sehingga tidak ada kemauan untuk melakukan aktivitas yang seharusnya dilakukan seperti makan, minum, dan buang air serta keinginan untuk menyimpang dari pola hidup sehari-hari, keinginan untuk menghindar dari tugas sehari-hari.

4) Simtom-simtom Fisik

Mudah lelah (anggota badan terasa berat, mengeluh merasa terlalu lemah untuk bergerak, tidak bergairah), kehilangan nafsu makan, gangguan tidur.

2.3.4 Jenis-jenis Depresi

Menurut Lumongga (2009), jenis-jenis depresi adalah sebagai berikut:

a. Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Tingkat Penyakit

1) *Mild depression/minor depression* dan *dysthymic disorder*

Pada depresi ringan, *mood* yang rendah datang dan pergi dan penyakit datang setelah kejadian *stresful* yang spesifik. *Dysthymic disorder* ini menimbulkan gangguan *mood* ringan dalam jangka waktu yang lama (minimal dua tahun) sehingga tidak dapat bekerja optimal.

2) *Moderate Depression*

Pada depresi sedang *mood* yang rendah berlangsung terus dan individu mengalami simtom fisik juga walaupun berbeda-beda tiap individu. Perubahan gaya hidup saja tidak cukup dan bantuan diperlukan untuk mengatasinya.

3) *Severe Depression/major depression*

Depresi berat adalah penyakit yang tingkat depresinya parah. Individu akan mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikmati hal yang menyenangkan.

b. Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Klasifikasi Nosologi

1) Depresi Psikogenik

a) Depresi reaktif

Merupakan reaksi dari suatu pengalaman hidup yang menyedihkan. Ditandai oleh apati dan retardasi atau oleh kecemasan dan agitasi. Depresi ini berlangsung lebih lama dan mendalam.

b) *Exhaustion depression*

Merupakan depresi yang timbul setelah bertahun-tahun masa laten, akibat tekanan perasaan yang berlarut-larut, pengalaman berulang yang menyakitkan.

c) Depresi neurotik

Asal mulanya adalah konflik-konflik psikologis masa anak-anak (seperti keadaan perpisahan dengan ibu pada masa bayi, hubungan orang tua-anak yang tidak menyenangkan), yang selama ini disimpan dan membekas dalam jiwa penderita.

2) Depresi Endogenik

Biasanya timbul tanpa didahului oleh masalah psikologis atau fisik tertentu, tetapi bisa juga dicetuskan oleh trauma fisik maupun psikis.

3) Depresi Somatogenik

a) Depresi organik

Disebabkan oleh perubahan-perubahan morfologi dari otak seperti arteriosklerosis serebri, demensia senilis, tumor otak, defisiensi mental, dan lain-lain.

b) Depresi simptomatik

Merupakan depresi akibat atau bersamaan dengan penyakit penyakit jasmaniah seperti penyakit infeksi (hepatitis, influenza, pneumonia), penyakit endokrin (diabetes mellitus, hipotiroid), akibat tindakan pembedahan, pengobatan jangka panjang dengan obat-obatan antihipertensi, pada fase penghentian kecanduan narkotika, alkohol, dan obat penenang.

Ada beberapa tingkatan depresi menurut Kusumanto (2010) dalam skripsi Adi Wicaksono (2015:30-31) diantaranya:

a. Depresi Ringan

Sementara, alamiah, adanya rasa pedih perubahan proses pikir, komunikasi sosial, dan rasa tidak nyaman.

b. Depresi Sedang

1). Afek : murung, cemas, kesal, marah, menangis

2). Proses pikir: perasaan sempit, berpikir lambat, kurang komunikasi verbal, dan komunikasi non verbal meningkat.

3). Pola komunikasi: bicara lambat, kurang komunikasi verbal, komunikasi non verbal meningkat.

4). Partisipasi sosial: menarik diri, tak mau melakukan kegiatan, mudah tersinggung.

c. Depresi Berat

1). Gangguan afek: pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang.

2). Gangguan proses pikir

3). Sensasi somatik dan aktivitas motorik: diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, dan tidak peduli dengan lingkungan.

2.3.5 Teori-teori Depresi

Berikut ini adalah beberapa teori yang dapat menjelaskan timbulnya gangguan depresi (Sarason & Sarason, 1993; Strongman, 1996) dalam Lumongga (2009):

a. Teori Psikoanalisis

Pendekatan psikoanalisis dari Freud menyebutkan bahwa depresi disebabkan oleh kebutuhan oral pada masa anak-anak yang kurang terpuaskan atau, sebaiknya terpuaskan secara berlebihan.

b. Teori Perilaku atau Behavioral

Pendekatan behavioral mengatakan bahwa perilaku manusia adalah hasil dari lingkungannya karena manusia merespon rangsangan dari luar. Teori behavioral menjelaskan bahwa depresi muncul sebagai akibat seseorang

kurang menerima penghargaan (*rewards*) dan lebih banyak menerima hukuman (*punishment*).

c. Teori Biologi

Menurut teori biologi kecenderungan berkembangnya gangguan afektif, terutama gangguan manik-depresive (bipolar) merupakan bawaan sejak lahir (Atkinson, 1991). Terdapat dua penjelasan dalam teori fisiologis mengenai depresi. Pertama, adanya gangguan metabolisme elektrolit pada pasien depresi. Kedua, depresi disebabkan adanya hambatan dalam transmisi neural yang terjadi dalam sistem saraf simpatik serta melibatkan transmitter neuralnya, yaitu *nor-epinephrine*.

d. Teori Stres

Teori stres awalnya digunakan untuk menjelaskan depresi berdasarkan asumsi bahwa gangguan *mood* adalah respon dari stres.

e. Teori Kognitif

Beck (1985) berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif.

f. Teori Humanistik-Eksistensial

Teori humanistik-eksistensial mengatakan depresi adalah hasil dari rendahnya konsep diri dan *self-esteem* yang diakibatkan oleh kehilangan.

Kehilangan tersebut tidak harus seseorang yang dicintai, bisa saja kehilangan status, kekuasaan, tingkatan sosial, dan bahkan uang.

2.3.6 Cara Menanggulangi Depresi

Berikut cara menanggulangi depresi menurut Lumongga (2009) adalah sebagai berikut:

a. Obat Antidepresan

Ada beberapa obat antidepresan, yaitu *lithium*, MAOIs (*Monoamine Oxidase Inhibitors*), *Tricyclics*, dan SSRI (Bress, 2008).

b. CBT (Cognitive Behavior Therapy)

Fokus teori ini adalah mengganti cara-cara berpikir yang tidak logis menjadi logis (Cormier dan Cormier, 1991).

c. Terapi Interpersonal

Terapi interpersonal adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus kepada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan simtom penyakit kejiwaan.

d. Konseling Kelompok dan Dukungan Sosial

Konseling secara kelompok adalah pelaksanaan wawancara konseling yang dilakukan antara seorang konselor profesional dengan beberapa pasien sekaligus dalam kelompok kecil (Winkel, 1999).

e. Berolahraga

Olahraga penting untuk kesehatan fisik dan mental. Sebagai sarana untuk melepaskan emosi negatif, misalnya kemarahan, frustrasi, dan mudah terisnggung. Dengan menstimulasi produksi kimia otak, misalnya norepinephrine, dapat mencegah depresi.

f. Diet (Mengatur Pola Makan)

Mulai dari minuman, konsumsi makanan yang mengandung banyak vitamin, mineral, dan asam lemak omega-3.

g. Terapi Humor

Humor memberikan perspektif yang berbeda dari masalah kita. Jika kita dapat membuat situasinya menjadi ringan, situasi tersebut bukan lagi menjadi ancaman.

h. Berdoa

Berdoa merupakan salah satu cara untuk mengatasi depresi. Mengambil waktu untuk berdoa member kesempatan kepada kita menghentikan kegiatan kita dan jalan arus hidup kita.

i. Hidroterapi dan Hidrotermal

Hidroterapi adalah penggunaan air untuk pengobatan penyakit. Terapi hidrotermal adalah penggunaan efek temperatur air misalnya mandi air panas, sauna, dan lain-lain.

2.3.7 Alat Ukur *Beck Depression Inventory*

Beck Depression Inventory (BDI) adalah sebuah instrumen yang mengkaji 21 angka depresi, yaitu *mood*, pesimisme, perasaan gagal, kepuasan, rasa bersalah, perasaan dihukum, kekecewaan pada diri sendiri, menuduh diri sendiri, menghukum diri sendiri, menangis, iritabilitas, menarik diri, keragu-raguan, citra tubuh, fungsi ketika bekerja, gangguan tidur, lelah, perubahan nafsu makan, penurunan berat badan, pelepasan jabatan sehubungan dengan pekerjaan dan penurunan libido (Rhosma, 2014:52).

Penilaian BDI menurut Saryono (2011:47) sebagai berikut:

- 1-10 : Normal
- 11-16 : Depresi Ringan
- >17 : Depresi Klinis
- 17-20 : Batas Depresi
- 21-30 : Depresi Sedang
- 31-40 : Depresi Berat
- >41 : Depresi Ekstrim

2.4 Konsep Konseling

2.4.1 Pengertian Konseling

Menurut Pietrofesa, dkk dalam Andi Mappiare (2004:15-16) menyatakan bahwa konseling adalah suatu proses yang terjadi atas dasar hubungan konselor-klien. Konseling berurusan dengan keterampilan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Konseling menjadikan klien mempelajari tingkah-laku atau sikap-sikap baru. Konseling tidak dapat dibatasi secara tegas karena ia merupakan sesuatu yang dinamis, namun ada keterampilan yang lazim dipakai bagi hubungan bantuan seperti itu.

2.4.2 Tujuan Konseling

Ada empat tujuan utama konseling dalam keperawatan menurut Tamsuri (2008:4-5), yaitu:

- a. Meningkatkan kesejahteraan (*promoting wellness*)

Setiap individu atau keluarga berusaha mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Setiap upaya (perilaku hidup sehat) dalam kehidupan sehari-hari

merupakan sarana untuk meningkatkan kesehatan ke tingkat yang lebih baik.

b. Mencegah penyakit (*preventing illness*)

Bentuk konseling dalam keperawatan dalam upaya mencegah penyakit sangat beragam dan konseling ini merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan. Tujuannya adalah menghindarkan klien atau keluarga dari masalah kesehatan atau mencegah komplikasi yang mungkin timbul akibat kondisi (masalah) kesehatan klien.

c. Memulihkan kesehatan (*restoring health*)

Konseling keperawatan yang diberikan pada klien (individu) yang menderita sakit (masalah kesehatan) umumnya difokuskan pada pengembangan praktik perawatan diri selama sakit dan perawatan diri untuk memfasilitasi penyembuhan. Bentuk konseling untuk memulihkan kesehatan, antara lain: konseling pra dan pascaoperasi, konseling seks setelah serangan infark miokard, terapi dan konseling di rumah, dan sebagainya.

d. Memfasilitasi koping (*facilitating coping*)

Tujuan konseling keperawatan lebih lanjut ialah memfasilitasi pengembangan koping yang konstruktif pada klien yang mengalami masalah dalam kehidupan, khususnya yang berhubungan dengan penyakit, kondisi sakit, hospitalisasi, dan cacat yang dialami. Kegiatan fasilitasi koping tidak hanya terbatas pada individu yang mengalami sakit, tetapi juga terhadap keluarga dan (mungkin) rekan klien.

2.4.3 Tipe-tipe Konseling

Adapun tipe-tipe pada konseling menurut Pietrofesa, dkk dalam Andi Mappiare (2004:23-29), diantaranya:

a. Konseling Krisis

Krisis dapat diartikan sebagai suatu keadaan disorganisasi dimana menghadapi frustrasi dalam upaya mencapai tujuan penting hidupnya atau mengalami gangguan dalam perjalanan hidup dan hal itu ditanggapinya dengan stres. Situasi-situasi demikianitu sering memerlukan respon-respon khusus dari konselor guna membantu konseli yang tak berdaya. Melalui dukungan dan ekspresi “ada harapan” terhadap klien, konselor dapat mengatasi situasi sementara itu, dan selanjutnya membantu klien dalam tahap developmental. Aktivitas-aktivitas lain adalah intervensi langsung atau campur tangan, dukungan kadar tinggi, dan konseling individual atau referral ke klinik atau lembaga yang layak.

b. Konseling Fasilitatif

Konseling fasilitatif, menurut segi tinjauan bahasan ini, adalah proses membantu klien menjadikan jelas permasalahannya, selanjutnya bantuan dalam pemahaman dan penerimaan diri, penemuan rencana tindakan dalam mengatasi masalah, dan akhirnya melaksanakan semua itu atas tanggung jawab sendiri. Bentuk aktivitas konseling yang mungkin dilakukan konselor adalah konseling individual yang menyertakan teknik-teknik pemantulan pernyataan dan perasaan, penginformasian, penginterpretasian, pemaduan atau pengonfrontasian informasi, dan aktivitas-aktivitas pengarahan.

c. Konseling Preventif

Konseling ini bersifat programatis sebagaimana program yang diperuntukkan bagi konseren khusus. Pendekatan programatis ini dikerangkakan oleh Carkhuff dan Friel (1974), berfokus pada kesadaran diri dalam pemilihan karir untuk masa akan datang. Dalam konseling preventif, konselor dapat menyajikan informasi kepada suatu kelompok atau membantu individu-individu mengarah ke program-program relevan baginya. Dengan kata lain, aktivitas-aktivitas yang mungkin dilakukan konselor dalam konseling preventif ini adalah pemberian informasi, referral ke program-program relevan, dan konseling individual berdasarkan isi dan proses program.

d. Konseling Developmental

Konseling developmental merupakan suatu proses berkelanjutan yang dijalankan dalam seluruh jangka kehidupan individu. Tipe konseling ini berfokus untuk membantu para klien mencapai pertumbuhan pribadi yang positif dalam berbagai tahap kehidupan mereka. Aktivitas-aktivitas yang dilakukan pada konseling developmental adalah membantu individu memperoleh ketegasan nilai-nilai anutannya, *me-review* pembuatan keputusan yang dibuatnya, dan konseling individual yang berkenaan dengan pengembangan pribadi dan kerja sama dengan orang lain yang berarti dan penempatan lingkungan.

2.4.4 Asas Konseling

Menurut Tamsuri (2008:10-15) untuk menyelenggarakan konseling kesehatan, perlu dipahami beberapa asaa berikut:

- a. Asas Kerahasiaan : kerahasiaan pada suatu konseling harus dipertahankan guna mempertahankan hubungan yang profesional.
- b. Asas Kesukarelaan : kegiatan konseling harus dikembangkan dengan sukarela karena ada rasa saling membutuhkan antara perawat dan klien.
- c. Asas Keterbukaan : kegiatan konseling yang efisien hanya dapat terselenggara bila perawat dan klien menerima satu sama lain sehingga masing-masing dapat membuka diri untuk mengeksplorasi pikiran dan perasaan serta masalah yang dihadapi.
- d. Asas Keterkinian : menekankan fokus pelayanan konseling hanya pada situasi yang sedang dihadapi klien.
- e. Asas Kemandirian : klien diharapkan mampu mengatasi sendiri masalahnya dan mengambil langkah/ tindakan secara mandiri untuk melakukan perawatan diri, sementara peran perawat adalah memfasilitasi dan menjadi pengantara dalam pengambilan keputusan klien.
- f. Asas Kegiatan : konseling diharapkan dapat memberikan dampak berupa perubahan perilaku pada individu.
- g. Asas Kedinamisan : perubahan yang diharapkan pada suatu kegiatan konseling keperawatan tidak hanya bersifat tetap, tetapi juga berkembang secara terus menerus.

- h. Asas Keterpaduan : konseling hendaknya disesuaikan dengan tujuan layanan kesehatan pada klien, tujuan layanan keperawatan pada klien, dan tujuan konseling itu sendiri.
- i. Asas Kenormatifan : Konseling hendaknya tidak bertentangan dengan norma, aturan, serta adat kebiasaan serta kepercayaan yang dianut klien.
- j. Asas Keahlian : Konseling hendaknya dilakukan dengan perencanaan matang dan disertai pertimbangan kemanfaatan dan tujuan serta menggunakan sarana dan prasarana yang menunjang.
- k. Asas Alih Tangan : pada situasi ini perawat berperan sebagai kolaborator bagi klien dengan masalah yang tidak dapat diatasi oleh perawat itu sendiri dan berperan memberi informasi yang diperlukan konselor.

2.4.5 Proses Konseling dalam Keperawatan

Menurut Tamsuri (2008:45) proses konseling dalam keperawatan meliputi : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

a. Pengkajian

Tahap pencarian bantuan atau penetapan kebutuhan akan konseling umumnya terjadi saat klien menyampaikan kebutuhan akan masalah kesehatan, harapan untuk memperoleh derajat kesehatan yang lebih baik, atau keinginan mendapat bantuan pemecahan masalah yang tidak dapat dilakukan secara mandiri.

b. Perencanaan

Perencanaan konseling meliputi dua aspek utama, yaitu persiapan materi (*content*) dan *setting* konseling (*contex*). Persiapan materi meliputi tujuan konseling, tingkat kemampuan yang diharapkan (kognitif, afektif,

psikomotor), dan keluasaan materi yang akan dibicarakan antara perawat dan klien. Persiapan setting meliputi penentuan waktu, lama, dan orang yang terlibat dalam konseling, fase dalam pertemuan (orientasi, kerja, dan terminasi) serta persiapan alat dan bahan yang digunakan dalam konseling. Strategi/metode konseling yang umum digunakan dapat dilihat pada tabel 2.4.5.

Tabel 2.4.5 Strategi Konseling

Strategi	Ciri
Penjelasan atau deskripsi	<ul style="list-style-type: none"> a. Perawat mengajar dan mengontrol isi dan waktu pembicaraan b. Klien bersifat pasif c. Umpan balik ditentukan oleh perawat d. Perubahan kognitif e. Dapat diberikan kepada individu atau kelompok
Diskusi perorangan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memungkinkan partisipasi aktif klien b. Memungkinkan penguatan dan repetisi c. Perubahan kognitif dan afektif d. Dapat dilakukan pada individu
Menjawab pertanyaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Perawat mengontrol isi dan situasi pembelajaran b. Perawat harus memahami pertanyaan dan manfaat pertanyaan bagi klien c. Perubahan kognitif d. Dapat dilakukan pada individu atau kelompok
Demonstrasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Sering digunakan untuk menerangkan b. Tidak memungkinkan tindakan belajar dari klien c. Perubahan psikomotor d. Dapat dilakukan pada individu atau kelompok
Penemuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Perawat menciptakan situasi pemecahan masalah b. Klien menjadi partisipan aktif, yang memungkinkan retensi informasi menjadi kuat c. Perubahan kognitif, afektif d. Dapat dilakukan pada individu atau kelompok
Diskusi kelompok	<ul style="list-style-type: none"> a. Memungkinkan partisipasi aktif klien b. Memungkinkan penguatan dan repetisi c. Perubahan kognitif atau afektif d. Dapat dilakukan pada individu atau kelompok

Strategi	Ciri
Praktik	<ul style="list-style-type: none"> a. Sering digunakan untuk menerangkan b. Memungkinkan tindakan belajar dari klien c. Perubahan psikomotor d. Dapat dilakukan pada individu atau kelompok
Bermain peran	<ul style="list-style-type: none"> a. Memungkinkan ekspresi sikap, nilai, dan emosi b. Dapat membantu meningkatkan kemampuan berkomunikasi c. Melibatkan partisipasi aktif klien d. Perawat harus menciptakan suasana aman, kreatif, dan suportif untuk mengurangi kecemasan perubahan afektif, kognitif e. Dilakukan pada kelompok
Modeling	<ul style="list-style-type: none"> a. Perawat memberikan sejumlah contoh sikap dan keterampilan psikomotor b. Perubahan afektif dan psikomotor c. Dilakukan pada individu atau kelompok
Media audiovisual	<ul style="list-style-type: none"> a. Berbentuk buku, pamphlet, film, dan program terinstruksi b. Perawat tidak harus berada di sisi klien saat proses belajar c. Perubahan kognitif d. Dilakukan pada individu

Dalam konseling, alat bantu pengajaran yang diperlukan untuk meningkatkan keefektifan proses belajar. Alat bantu yang digunakan antara lain: kata-kata, tulisan (leaflet, buklet, poster, lembar balik), rekaman radio, film, televisi, pameran, kunjungan lapangan, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, dan benda asli.

c. Pelaksanaan

Setelah rencana konseling disusun, perawat sebagai konselor perlu membuat kesepakatan dengan konseli dengan terlebih dahulu mengorientasi konseli terhadap masalah keperawatan yang dihadapi, persetujuan penetapan tujuan keperawatan, dan penetapan rencana keperawatan termasuk konseling.

Apabila pada tahap orientasi klien mencapai beberapa kesepakatan, perawat dan klien menetapkan rencana pertemuan untuk fase kerja dan tujuan yang diharapkan dari konseling. Selama fase kerja, perawat berperan memfasilitasi klien mendapatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan adaptif klien, menciptakan suasana belajar bebas tekanan, dan menggali pikiran dan perasaan klien (serta keluarga) terhadap proses konseling.

d. Evaluasi

Segera setelah proses konseling berakhir, perawat perlu mengevaluasi kemampuan baru yang dicapai klien dengan mengacu pada tujuan konseling. Pada fase ini perawat mengidentifikasi perkembangan yang dicapai, yang meliputi peningkatan kemampuan kognitif, psikomotor, dan afektif yang dicapai klien, termasuk motivasi serta hambatan diri yang mungkin dialami selama konseling.