

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “skizo” yang berarti retak atau pecah, dan “frenia” yang berarti jiwa. Oleh karena itu, skizofrenia diartikan sebagai kondisi di mana seseorang mengalami keretakan atau gangguan dalam jiwa atau kepribadiannya. Gangguan ini merupakan sindrom kronis yang bersifat heterogen, ditandai oleh ketidakteraturan dalam pola pikir, munculnya delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak sesuai, serta gangguan dalam fungsi sosial dan psikologis (Putri et al., 2022).

Skizofrenia mencakup sekelompok kondisi psikosis yang ditandai oleh gangguan kepribadian dan perubahan khas dalam cara berpikir, merasakan, serta berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Ini merupakan gangguan otak yang mengganggu berbagai aspek fungsi individu, seperti cara berpikir, berkomunikasi, merasakan emosi, serta perilaku, yang ditunjukkan melalui pikiran yang kacau, waham, halusinasi, dan tindakan yang tidak biasa (Putri et al., 2022).

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku sehingga berdampak pada fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari.

2. Penyebab

Menurut Mashudi (2021) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography (CTScan)* menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia memperlihatkan neurotransmitters adanya secara perubahan konsisten sistem otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai

kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut:

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk

dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Putri et al. (2022) gejala skizofrenia secara umum dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu gejala positif dan gejala negatif:

a. Gejala Positif

Gejala positif adalah gangguan yang ditandai dengan penambahan pengalaman atau perilaku yang tidak normal pada individu, seperti:

1) Waham (delusi)

Waham adalah kepercayaan yang salah dan bertentangan dengan kenyataan, yang tidak sesuai dengan latar belakang budaya dan sosial individu. Meskipun ada bukti nyata yang menunjukkan bahwa keyakinan tersebut tidak benar, penderita tetap mempertahankannya. Gangguan ini disebabkan oleh pola pikir yang menyimpang.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang muncul tanpa adanya rangsangan dari luar. Contohnya, penderita mungkin mendengar suara atau bisikan yang sebenarnya tidak ada sumbernya.

3) Pikiran yang kacau (disorganisasi kognitif)

Gangguan ini tampak dari cara berbicara yang tidak terstruktur dan sulit dipahami, sehingga lawan bicara kesulitan mengikuti alur pikir penderita.

4) Perilaku tidak terkontrol

Individu bisa tampak gelisah, hiperaktif, sangat bersemangat dalam berbicara, atau menunjukkan emosi yang berlebihan seperti kegembiraan yang tak sesuai dengan situasi.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif menunjukkan berkurangnya atau hilangnya fungsi psikologis normal pada penderita, meliputi:

1) Penurunan kemampuan berpikir dan berbicara

Penderita mengalami kesulitan dalam berpikir jernih atau mengungkapkan pikirannya secara verbal.

2) Menurunnya minat sosial (isolasi sosial) dan ketidakmampuan merasakan kenikmatan

Pasien cenderung menarik diri dari lingkungan sosial dan kehilangan kemampuan untuk menikmati hal-hal yang biasanya menyenangkan. Mereka merasa terasing dari diri sendiri maupun dari orang lain.

3) Hilangnya motivasi dan kehendak (avolisi)

Ditandai dengan kurangnya dorongan untuk melakukan aktivitas, sikap pasif, tidak adanya keinginan atau inisiatif, dan kecenderungan untuk bermalasan.

4) Perasaan datar dan tumpul (afek tumpul)

Ekspresi emosional menjadi sangat terbatas. Penderita tampak cuek, menunjukkan sedikit reaksi emosional bahkan dalam situasi yang biasanya memicu emosi. Gejala ini sering muncul pada skizofrenia kronis, di mana penderita tidak mampu merespons secara emosional sebagaimana mestinya.

4. Klasifikasi

Berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) dalam Permatasari et al. (2025) skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis, klasifikasi skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Tipe ini ditandai oleh dominasi waham dan/atau halusinasi auditorik yang relatif stabil, seperti waham kejar, kebesaran, atau cemburu. Gangguan afek, pembicaraan, dan perilaku umumnya tidak seberat pada tipe lain. Fungsi kognitif dan struktur pikir tampak lebih terorganisasi, meskipun isi pikirannya dipengaruhi oleh distorsi realitas.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Tipe ini ditandai oleh gangguan proses pikir yang menonjol, perilaku tidak terorganisasi, serta afek dangkal atau tidak sesuai dengan situasi. Pembicaraan sering kali inkoheren, dan respons emosional tidak selaras dengan konteks. Onset

umumnya pada usia remaja atau dewasa muda, dengan kecenderungan perjalanan penyakit yang kurang menguntungkan akibat dominasi gejala negatif.

c. Skizofrenia Katatonik

Tipe ini ditandai oleh gangguan psikomotor yang mencolok, seperti stupor (diam dan tidak bergerak), mutisme (tidak berbicara), negativisme (menolak instruksi), posturing (mempertahankan posisi tubuh tertentu), atau gerakan berulang tanpa tujuan. Pada beberapa kasus, pasien dapat menunjukkan agitasi hebat tanpa rangsangan yang jelas. Perubahan aktivitas motorik dapat berlangsung ekstrem dan bergantian antara imobilitas dan hiperaktivitas.

d. Skizofrenia Tak Rinci/ *Undifferentiated*

Diagnosis ini ditegakkan apabila kriteria umum skizofrenia terpenuhi, namun manifestasi klinis tidak secara jelas memenuhi karakteristik subtype tertentu atau menunjukkan kombinasi gejala dari beberapa *subtipe*.

e. Skizofrenia Residual

Merupakan kondisi kronis yang ditandai oleh menurunnya intensitas gejala positif, tetapi masih terdapat gejala negatif yang persisten seperti afek tumpul, alogia, avolisi, dan penarikan diri sosial. Biasanya terjadi setelah satu atau lebih episode psikotik sebelumnya.

f. Skizofrenia Simpleks

Ditandai oleh perkembangan insidiusus gejala negatif secara progresif tanpa riwayat episode psikotik yang jelas. Manifestasi klinis meliputi penurunan minat, motivasi, fungsi sosial, serta kemunduran performa akademik atau pekerjaan. Gejala positif, jika ada, tidak menonjol.

5. Proses Psikodinamika

Skizofrenia disebabkan oleh dua jenis faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi mencakup aspek genetik, struktur dan fungsi otak (neuroanatomi), ketidakseimbangan zat kimia di otak (neurokimia), kondisi psikososial, serta pengaruh sosial, budaya, dan lingkungan sekitar. Sementara itu, faktor presipitasi mencakup unsur biologis, kondisi lingkungan, dan kejadian yang dapat memicu timbulnya gejala. Kedua jenis faktor ini dapat menyebabkan seseorang menunjukkan respons yang tidak adaptif, yang ditandai dengan gangguan dalam penilaian terhadap situasi, kurangnya dukungan sosial, serta ketidakmampuan dalam menggunakan mekanisme koping yang efektif, yang pada akhirnya dapat menimbulkan masalah keperawatan berupa ketidakefektifan koping individu (Mashudi, 2021).

Skizofrenia dapat memunculkan gejala positif maupun gejala negatif. Gejala positif meliputi delusi (waham), halusinasi, gangguan alur pikir, dan perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif mencakup sikap tidak peduli (apatis), pembicaraan yang tiba-tiba terhenti (*blocking*), penarikan diri dari lingkungan sosial (isolasi sosial), serta penurunan kemampuan dalam menjalankan aktivitas sosial dan harian. Gejala negatif ini dapat memicu perasaan tidak percaya diri, kegagalan dalam mencapai harapan sesuai dengan gambaran ideal diri, dan pada akhirnya dapat menyebabkan rendahnya harga diri (Mashudi, 2021).

B. Konsep Dasar Isolasi Sosial

1. Definisi

Isolasi sosial merupakan kondisi ketika seseorang mengalami kesulitan, atau bahkan kehilangan kemampuan, untuk berinteraksi dengan orang-orang di

sekitarnya. Individu dalam kondisi ini bisa merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, serta tidak mampu membangun hubungan yang bermakna dengan orang lain (Arisandy, 2022).

Isolasi sosial merupakan istilah yang merujuk pada kondisi di mana seseorang kurang memiliki hubungan sosial yang bermakna dan minimnya relasi dengan orang lain, terutama dalam hal tidak adanya individu yang dapat dipercaya untuk berbagi perasaan atau masalah. (García, Justin, 2025).

2. Etiologi

Menurut Direja (2018), Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi di antaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindar dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan (Adiputra, 2025).

Menurut PPNI (2018) Etiologi dari isolasi sosial sebagai berikut:

- a. Keterlambatan perkembangan
- b. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan
- c. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan
- d. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma
- e. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma
- f. Perubahan penampilan fisik
- g. Perubahan status mental

- h. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)

3. Tanda dan Gejala

menurut PPNI (2016) Tanda gejala yang timbul dari isolasi social adalah sebagai berikut:

Tabel 1

Gejala dan Tanda Mayor Isolasi Sosial

Subjektif	Objektif
1. Merasa ingin sendirian	1. Menarik diri
2. Merasa tidak aman ditempat umum	2. Tidak berminat/menolak interaksi dengan orang lain atau lingkungan

Sumber: (PPNI, 2016)

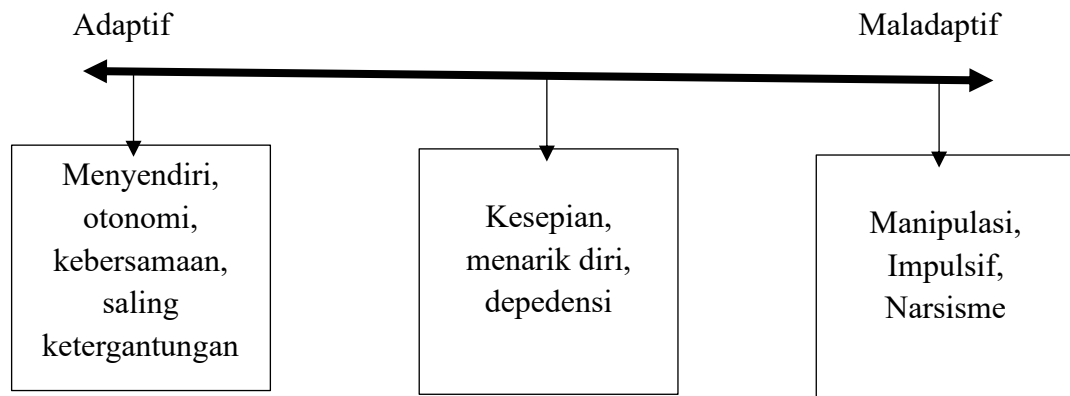
Tabel 2

Gejala dan Tanda Minor Isolasi Sosial

Subjektif	Objektif
1. Merasa berbeda dengan orang lain	1. Efek datar
2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri	2. Efek sedih
3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas	3. Riwayat ditolak
	4. Menunjukkan permusuhan
	5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
	6. Kondasi difabel
	7. Tindakan tidak berarti
	8. Tidak ada kontak mata
	9. Perkembangan terlambat
	10. Tidak bergairah/lesu

Sumber: (PPNI, 2016)

4. Rentang Respon



Gambar 1 Rentang Respon Isolasi Sosial (Stuart & Laraia, 2020)

5. Penatalaksanaan

Menurut Cantika & Nadhirah (2025) berikut adalah penatalaksanaan pada pasien dengan skizofrenia antara lain:

a. Terapi Psikososial

Salah satu dampak skizofrenia adalah sulit menjalin hubungan sosial. Terapi psikososial bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sekitar.

b. Rehabilitasi

Di dalam rehabilitasi terdapat beberapa kegiatan seperti menyanyi, melukis, mengaji, membuat kerajinan tangan dan lain lain.

c. Terapi

1) Terapi individu

Pada pasien isolasi sosial dapat diberikan dengan strategi pelaksanaan atau SP. Dalam pelaksanaannya, SP dilakukan melalui komunikasi terapeutik, pemberian latihan kemampuan, edukasi, serta evaluasi perkembangan pasien pada setiap pertemuan.

2) Terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi atau TAKS merupakan suatu psikoterapi yang bertujuan untuk memberi stimulus bagi klien dengan gangguan isolasi sosial. Dalam terapi ini terbagi dalam 7 sesi yaitu:

- a) Sesi 1: pasien mampu memperkenalkan diri.
- b) Sesi 2: pasien mampu melakukan cara berkenalan dengan anggota kelompok.
- c) Sesi 3: pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok tentang topik yang umum.
- d) Sesi 4: pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok tentang topik tertentu.
- e) Sesi 5: pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok tentang masalah pribadi.
- f) Sesi 6: Pasien mampu bekerja sama dalam kegiatan kelompok.
- g) Sesi 7: Pasien mampu menerapkan kemampuan sosialisasi dalam kehidupan sehari-hari.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan informasi secara menyeluruh mengenai pasien. Data yang dikumpulkan mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Mashudi, 2021). Pengkajian keperawatan meliputi:

a. Identitas

Identitas pasien mencakup nama, usia, jenis kelamin, tanggal dan waktu pemeriksaan, serta nomor rekam medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama mencerminkan kondisi yang dirasakan pasien saat ini hingga memerlukan perawatan di rumah sakit. Pada pasien Skizofrenia dengan isolasi sosial, pasien biasanya tampak menyendiri, jarang berinteraksi, berbicara sendiri, Kondisi tersebut dapat menyebabkan pasien merasa takut dan cemas, sehingga memerlukan penanganan dan perawatan intensif.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus atau penyebab langsung yang memicu munculnya suatu masalah atau gangguan pada pasien.

e. Psikososial

1) Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16 % skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68 %, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8 %, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15%.

2) Konsep diri

Menurut Stuart & Laraia (2020) kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien. Berikut komponen dari konsep diri:

a) Citra tubuh (*body image*)

Pada citra tubuh, dikaji sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh.

b) Identitas diri (*personal identity*)

Pada identitas diri, dikaji tentang pemahaman pasien terhadap dirinya sendiri seperti nama, jenis kelamin, dan jati diri. Kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya.

c) Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri akan mewujudkan cita-cita atau pengharapan diri berdasarkan norma-norma sosial di Masyarakat tempat individu tersebut melahirkan penyesuaian diri. Dalam hal ini dikaji tentang harapan, keinginan, cita-cita, dan target yang ingin dicapai pasien.

d) Peran diri (*role performance*)

Dikaji tentang kemampuan pasien menjalankan peran dalam keluarga, pekerjaan, maupun lingkungan sosial.

e) Harga diri (*self esteem*)

Dikaji tentang penilaian pasien terhadap kemampuan, nilai, dan keberhargaan dirinya.

3) Hubungan sosial

Dalam pengkajian hubungan sosial, perawat menilai kemampuan pasien dalam berinteraksi, adanya dukungan sosial, serta perilaku seperti menarik diri atau mencurigai orang lain. Penilaian ini membantu mengetahui dampak gangguan jiwa terhadap fungsi sosial pasien.

4) Spiritual

Dalam pengkajian spiritual, perawat menilai keyakinan pasien, praktik ibadah, serta sejauh mana spiritualitas menjadi sumber kekuatan atau justru menimbulkan konflik batin. Aspek ini penting untuk memahami makna hidup pasien dan dukungan spiritual yang dimilikinya dalam menghadapi gangguan jiwa.

f. Status Mental

Pengkajian dalam keperawatan jiwa mencakup observasi terhadap penampilan diri pasien, cara berbicara, serta aktivitas motorik yang ditunjukkan. Selain itu, perawat juga menilai kondisi emosi dan afek pasien, bagaimana interaksinya selama wawancara, serta persepsi yang dialaminya, seperti adanya halusinasi atau waham. Proses berpikir, tingkat kesadaran, fungsi memori, dan kemampuan dalam membuat penilaian juga menjadi bagian penting dalam pengkajian untuk memahami kondisi psikologis pasien secara menyeluruh.

f. Kebutuhan Sehari-Hari

Dalam pengkajian kebutuhan sehari-hari pada asuhan keperawatan jiwa, perawat menilai kemampuan pasien dalam merawat diri, seperti mandi, berpakaian, makan, tidur, eliminasi, serta menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Penilaian juga mencakup apakah pasien memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas tersebut dan bagaimana motivasinya dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas,

terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016). Berikut adalah daftar diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan skizofrenia:

- a. Isolasi Sosial (D.0121)
- b. Harga Diri Rendah Kronis (D. 0086)
- c. Defisit Perawatan Diri (D.0109)
- d. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)
- e. Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)
- f. Koping Tidak Efektif (D.0096)
- g. Gangguan Proses Pikir (D.0092)
- h. Waham (D.0105)

3. Intervensi Keperawatan

Berikut adalah intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan isolasi sosial menurut (PPNI, 2019):

Tabel 3

Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
1	Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental dibuktikan dengan	Keterlibatan Sosial Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 9 temu x	Intervensi Utama A. Promosi Sosialisasi Tindakan: BHSP Observasi:	Intervensi Utama A. Promosi Sosialisasi Tindakan: BHSP Observasi:

1	2	3	4	5
merasa ingin sendirian, merasa tidak aman ditempat umum, menarik diri, tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, merasa berbeda dengan orang lain, afek datar, afek sedih.	20 menit, keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mampu menyebutkan nama, usia, dan alamat 2. Minat interaksi meningkat 3. Verbalisasi ketidaknya- manan ditempat umum menurun 4. Perilaku Menarik diri menurun. 5. Verbalisasi isolasi menurun. 6. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun.	1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang. 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. Terapeutik: 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembang- kan suatu hubungan. 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok.	1. Untuk mengidentifi- kasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang. 2. Untuk mengidenti- fikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. Terapeutik: 1. Untuk motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. 2. Untuk memotivasi kesabaran dalam mengembang- kan suatu hubungan. 3. Untuk memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas	

1	2	3	4	5
		7. Afek murung /sedih menurun.	4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. Jalan-jalan, ke toko buku).	baru dan kegiatan kelompok.
			5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain.	4. Untuk dapat berinteraksi di luar lingkungan (mis. Jalan-jalan, ke toko buku).
			6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan.	5. Untuk mengetahui kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain.
			7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri.	6. Untuk mengetahui perencanaan kegiatan di masa depan.
			8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan.	7. Untuk memberi nilai positif dalam perawatan diri.
				8. Untuk memberi nilai positif pada setiap peningkatan kemampuan.

1	2	3	4	5
			Edukasi:	Edukasi:
			1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.	1. Agar berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.
			2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dengan masyarakat	2. Agar ikut serta kegiatan sosial dengan masyarakat.
			3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain.	3. Agar dapat berbagi pengalaman dengan orang lain.
			4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain.	4. Agar dapat meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain.
			5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata, dan alat bantu dengar).	5. Untuk dapat penggunaan alat bantu (mis. Kacamata, dan alat bantu dengar).
			6. Anjurkan membuat perencanaan	6. Agar dapat membuat perencanaan kelompok kecil

1	2	3	4	5
			kelompok kecil untuk kegiatan khusus.	untuk kegiatan khusus.
			7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi.	7. Untuk melatih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi.
			8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.	8. Untuk melatih mengekspresikan marah dengan tepat.
			B. Terapi Aktivitas	B. Terapi Aktivitas
			Tindakan:	Tindakan:
			Observasi:	Observasi:
			1. Identifikasi defisit Tingkat aktivitas.	1. Untuk mengetahui defisit Tingkat aktivitas.
			2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu.	2. untuk identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu.
			3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan.	3. Untuk mengidentifikasi sumber daya untuk

1	2	3	4	5
			4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas.	aktivitas yang diinginkan. 4. Untuk mengidentifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas.
			5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang.	5. Untuk mengidentifikasi aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang.
			6. Monitor respons emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas.	6. Untuk mengetahui respons emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas.
			Terapeutik: 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami.	Terapeutik: 1. Untuk memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami.

1	2	3	4	5
			2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas.	2. Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang waktu.
			3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisiten sesuai kemampuan fisik, kemampuan fisik, psikologis, dan sosial.	3. Agar dapat memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisiten sesuai kemampuan fisik, kemampuan fisik, psikologis, dan sosial.
			4. Koordianasi-kan pemilihan aktivitas sesuai usia.	4. Untuk dapat memilih aktivitas sesuai usia.
			5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih.	5. Agar dapat memfasilitasi makna aktivitas yang dipilih.
			6. Fasilitasi transportasi	

1	2	3	4	5
			Untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai.	6. Agar dapat memfasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai.
			7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengkomodasi aktivitas yang dipilih.	7. Untuk memfasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengkomodasi aktivitas yang dipilih.
			8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan.	8. Untuk memfasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan.
			9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau Gerak.	9. Untuk memfasilitasi aktivitas pengganti saat
			10. Fasilitasi aktivitas	

1	2	3	4	5
			motorik kasar untuk pasien hiperaktif.	mengalami keterbatasan waktu, energi, atau Gerak.
		11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai.		10. Agar dapat melakukan aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif.
		12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot.		11. Untuk meningkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai.
		13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai.		12. Untuk mefasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot.
		14. Libatkan dalam permainan kelompok		13. Untuk dapat beraktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan

1	2	3	4	5
			yang tidak kompetitif, terstruktur dan aktif.	keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai.
			15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (misalnya vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu).	14. Untuk dapat terlibat dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan aktif.
			16. Libatkan keluarga dalam	15. Untuk dapat meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (misalnya vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana,

1	2	3	4	5
			aktivitas, jika perlu.	tugas rutin, tugas rumah tangga,
			17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri.	perawatan diri, dan teka-teki dan kartu).
			18. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan	16. Agar dapat melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu.
			19. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari.	17. Agar dapat mengembangkan motivasi dan penguatan diri.
			20. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas.	18. Agar dapat memfasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan
				19. Agar aktivitas dalam rutinitas sehari-hari terjadwal.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Agar dapat memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas.

Edukasi:

1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu.
2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.
3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai.

Edukasi:

1. Agar pasien tau metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu.
2. Agar pasien tau cara melakukan aktivitas yang dipilih.
3. Agar pasien melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
4. Agar pasien terlibat dalam aktivitas

1	2	3	4	5
			5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas.	kelompok atau terapi, jika sesuai. 5. Agar keluarga dapat memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas.
			Kolaborasi:	Kolaborasi:
			1. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai.	1. Agar dapat terapi okupasi dalam dan memonitor program aktivitas, jika sesuai.
			2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu	2. Agar pasien dapat melakukan program aktivitas yang memadai, jika perlu
			Dukungan:	Dukungan:
			1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan sosial	1. Membantu proses

1	2	3	4	5
			dari orang-orang terdekat, seperti keluarga, kerabat, teman, dll.	perawatan pasien,

Sumber: ((PPNI, 2016) (PPNI, 2018) (PPNI, 2018))

4. Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase perawat mengimplementasikan atau melaksanakan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan diantaranya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi merupakan tahap proses memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien. Perawat membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi yang dapat diberikan pada pasien dengan isolasi sosial adalah sebagai berikut. (PPNI, 2018).

Pasien Skizofrenia dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial yang dipicu oleh perasaan rendah diri, kurangnya kemampuan berinteraksi, gangguan perilaku, serta gejala negatif lainnya. Tujuan utama implementasi yang dilakukan pada pasien skizofrenia dengan isolasi sosial adalah meningkatkan kemampuan interaksi sosial pasien, mengurangi perilaku menarik diri, serta membantu pasien kembali mampu berfungsi dan beradaptasi di lingkungan sosialnya. Contohnya, intervensi meliputi promosi sosialisasi dan melakukan terapi aktivitas kelompok

melalui latihan berkenalan, bercakap-cakap, dan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, pemberian penguatan positif terhadap setiap keberhasilan pasien dalam berkomunikasi, serta pembinaan hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik yang suportif. Intervensi kolaboratif dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan lain seperti psikiater mencakup pemberian dan pemantauan terapi farmakologi sesuai program medis guna membantu mengurangi gejala yang memengaruhi kemampuan sosial pasien. Seluruh proses pelaksanaan dilakukan secara sistematis dengan memantau respons pasien, seperti peningkatan kontak mata, kemampuan memperkenalkan diri, serta keterlibatan pasien dalam kegiatan kelompok (Hendrawati et al., 2020).

Berikut ini adalah konsep pemberian implementasi pada pasien dengan isolasi sosial akibat skizofrenia yang diberikan selama 4 hari sebanyak 9 temu dengan waktu 20 menit di setiap temu:

Tabel 4

Implementasi Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial

Diagnosis	No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	1	Membina hubungan saling percaya (BHSP)	S: Pasien mengucapkan salam, bersedia mengikuti interaksi dengan perawat. O: Pasien tampak mau menyebutkan nama,	

1	2	3	4	5
			usia, dan Alamat.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	2	1. Mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. 2. Mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi sosial dengan orang lain.	S: Pasien mengatakan lebih suka menyendiri, merasa malu dan takut berbicara dengan orang lain karena khawatir diejek sebagai orang miskin dan bodoh sehingga memilih menarik diri dari lingkungan sosial.	
			O: Pasien tampak ragu saat menjawab pertanyaan, menunduk, kurang kontak mata, gelisah, serta berbicara pelan dan cepat.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	3	1. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. 2. Mengidentifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan (terapi aktivitas	S: Pasien mengatakan lebih memilih menyendiri dan tidak ingin mengikuti kegiatan, namun setelah diberikan penjelasan dan motivasi pasien bersedia mencoba mengikuti aktivitas.	

1	2	3	4	5
		kelompok sosialisasi)	O: Pasien tampak mengganggu setuju untuk mengikuti kegiatan dan sumber daya yang diperlukan telah disediakan lengkap.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	4	1. Memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. 2. Memotivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan. 3. Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas kelompok. 4. Mengajarkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain.	S: Pasien mengatakan berinteraksi terasa melelahkan dan awalnya tidak ingin mengikuti kegiatan kelompok, namun bersedia mencoba terlibat secara bertahap O: Pasien tampak lebih tenang, ekspresi wajah lebih rileks, serta mulai melakukan kontak mata dan tidak terlalu menunduk seperti sebelumnya.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan	5	1. Melaksanakan terapi aktivitas kelompok sosialisasi sesi 1	S: Pasien mengiyakan untuk fokus pada kemampuan yang	

1	2	3	4	5
Perubahan status mental		(memperkenalkan diri dengan orang lain).	dimiliki mengatakan sedikit lebih tenang setelah mengikuti kegiatan kelompok serta mendapat bimbingan.	dan merasa tenang
		2. Memfasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami.		
		3. Melibatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif.	O: Pasien tampak mulai nyaman duduk di sebelah fasilitator dan partisipan lain serta berusaha memperkenalkan diri dengan bimbingan fasilitator.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	6	1. Melaksanakan terapi aktivitas kelompok sosialisasi sesi 2 (berkenalan dengan partisipan lainnya).	S: Pasien mengatakan bersedia mengikuti aktivitas kelompok dan mencoba berkenalan dengan partisipan lainnya melalui permainan kelompok.	
		2. Melibatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif.	O: Pasien tampak berkenalan dan berjabat tangan	

1	2	3	4	5
		3. Memotivasi keterlibatan dalam permainan kelompok, yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif.	dengan partisipan lain serta fasilitator, dan menunjukkan respons positif seperti tersenyum serta mengangguk saat diberi motivasi.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	7	1. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan pasien. 2. Menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas.	S: Pasien mengatakan merasa senang saat diberi pujian atas usahanya dan bersedia mencoba kembali mengikuti aktivitas yang diajarkan. O: Pasien tampak mulai meningkatkan kontak mata, mencoba berkomunikasi, serta kooperatif saat diajak berkomunikasi dan berdiskusi.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	8	1. Mengajukan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. 2. Mengajukan berbagi pengalaman	S: Pasien menyetujui untuk berinteraksi, mengatakan sudah mencoba berbicara dengan beberapa	

1	2	3	4	5
		<p>dengan orang lain.</p>	<p>pasien yang dikenal di ruangan, serta bersedia mencoba lebih berani bercerita dengan orang lain.</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak mau memulai percakapan dengan orang lain dan duduk kooperatif berdampingan dengan orang di sekitarnya.</p>	
<p>Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental</p>	<p>9</p>	<p>1. Memberikan umpan balik positif dalam perawatan diri.</p> <p>2. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi jika sesuai.</p>	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah mendapat dukungan dan bersedia mengikuti saran perawat untuk terlibat dalam kegiatan bersama pasien lain.</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak kooperatif dan menerima keberadaan orang lain untuk berinteraksi.</p>	

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses yang bertujuan untuk menilai apakah intervensi yang diberikan berhasil, dengan tercapainya peningkatan kondisi pasien. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi akhir pasien yang diamati dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses evaluasi dilakukan setelah pemberian implementasi dari in, dengan cara menilai kembali kondisi pasien dan mempertimbangkan perubahan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi keperawatan diberikan. Perawat juga perlu mengevaluasi respons pasien untuk menentukan apakah rencana keperawatan perlu diperbarui atau tidak (Rahmi, 2022).

Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan metode SOAP (Setyorini et al., 2025) yaitu:

- a. S (Subjektive) adalah data informasi berupa ungkapan pernyataan keluhan pasien.
- b. O (Objektive) merupakan data hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan pasien.
- c. A (Assessment) merupakan perbandingan antara data subjektif data- data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai.
- d. P (Planning) merupakan rencana asuhan keperawatan lanjutan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), adapun kriteria hasil yang dijadikan acuan evaluasi pasien dengan isolasi sosial adalah

minat interaksi meningkat, verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum menurun, perilaku menarik diri menurun, verbalisasi isolasi menurun, verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun, dan afek murung atau sedih menurun. (PPNI, 2018). Berikut ini adalah konsep evaluasi pada pasien dengan isolasi sosial akibat skizofrenia yang dilakukan selama 4 hari sebanyak 9 temu dengan waktu 20 menit di setiap temu:

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial

Diagnosis	No	Cacatan perkembangan	Tanda Tangan
1	2	3	4
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	1	<p>S: Pasien menerima salam, bersedia mengikuti interaksi dengan perawat.</p> <p>O: Pasien tampak mau menyebutkan nama, usia, dan Alamat.</p> <p>A: Kriteria hasil 1 bina hubungan saling percaya tercapai</p> <p>P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. 	

1	2	3	4
<p>Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental</p>	<p>2</p>	<p>S: Pasien mengatakan lebih suka menyendiri, merasa malu dan takut berbicara dengan orang lain karena khawatir diejek sebagai orang miskin dan bodoh sehingga memilih menarik diri dari lingkungan sosial.</p> <p>O: Pasien tampak ragu saat menjawab pertanyaan, menunduk, kurang kontak mata, gelisah, serta berbicara pelan dan cepat.</p> <p>A: Kriteria hasil 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun belum tercapai</p> <p>P: Modifikasi intervensi untuk mencapai tujuan 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. 2. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan (terapi aktivitas kelompok sosialisasi). 	
<p>Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental</p>	<p>3</p>	<p>S: Pasien mengatakan lebih memilih menyendiri dan tidak ingin mengikuti kegiatan, namun setelah diberikan penjelasan dan motivasi pasien bersedia mencoba mengikuti aktivitas.</p> <p>O: Pasien tampak mengangguk setuju untuk mengikuti kegiatan dan sumber daya yang diperlukan telah disediakan lengkap.</p>	

1	2	3	4
		<p>A: Kriteria hasil 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun belum tercapai.</p> <p>P: Modifikasi intervensi untuk mencapai tujuan 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan. 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan aktivitas kelompok. 	
<p>Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental</p>	<p>4</p>	<p>S: Pasien mengatakan berinteraksi terasa melelahkan dan awalnya tidak ingin mengikuti kegiatan kelompok, namun bersedia mencoba terlibat secara bertahap</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang, ekspresi wajah lebih rileks, serta mulai melakukan kontak mata dan tidak terlalu menunduk seperti sebelumnya.</p> <p>A: Kriteria hasil 2 minat interaksi meningkat dan 4 perilaku menarik diri menurun tercapai.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 5 verbalisasi isolasi sosial menurun:</p> <p style="padding-left: 40px;">Laksanakan terapi aktivitas kelompok sosialisasi sesi 1 (memperkenalkan diri dengan orang lain).</p>	

1	2	3	4
		2. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami. 3. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif.	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	5	<p>S: Pasien mengiyakan untuk fokus pada kemampuan yang dimiliki dan mengatakan merasa sedikit lebih tenang setelah mengikuti kegiatan kelompok serta mendapat bimbingan.</p> <p>O: Pasien tampak mulai nyaman duduk di sebelah fasilitator dan partisipan lain serta berusaha memperkenalkan diri dengan bimbingan fasilitator.</p> <p>A: Kriteria hasil 5 verbalisasi isolasi menurun tercapai.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 7 afek murung atau sedih menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laksanakan terapi aktivitas kelompok sosialisasi sesi 2 (berkenalan dengan partisipan lainnya). 2. Libatkan dalam permainan kelompok, yang kompetitif, terstruktur, dan aktif. 3. Motivasi keterlibatan dalam suatu hubungan. 	
Isolasi Sosial berhubungan dengan	6	<p>S: Pasien mengatakan bersedia mengikuti terapi aktivitas kelompok dan mencoba berkenalan</p>	

1	2	3	4
Perubahan status mental	dengan partisipan lainnya melalui permainan kelompok.	<p>O:</p> <p>Pasien tampak berkenalan dan berjabat tangan dengan partisipan lain serta fasilitator, dan menunjukkan respons positif seperti tersenyum serta mengangguk saat diberi motivasi.</p> <p>A:</p> <p>Kriteria hasil 7 afek murung atau sedih menurun tercapai.</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 3 verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan pasien. 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas. 	
Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental	7	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan merasa senang saat diberi pujian atas usahanya dan bersedia mencoba kembali mengikuti aktivitas yang diajarkan.</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak mulai meningkatkan kontak mata, mencoba berkomunikasi, serta kooperatif saat diajak berkomunikasi dan berdiskusi.</p> <p>A:</p> <p>Kriteria hasil 3 verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum belum tercapai.</p>	

1	2	3	4
		<p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 3 verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. 2. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain. 	
<p>Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan status mental</p>	8	<p>S:</p> <p>Pasien menyetujui untuk berinteraksi, mengatakan sudah mencoba berbicara dengan beberapa pasien yang dikenal di ruangan, serta bersedia mencoba lebih berani bercerita dengan orang lain.</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak mau memulai percakapan dengan orang lain dan duduk kooperatif berdampingan dengan orang di sekitarnya.</p> <p>A:</p> <p>Kriteria hasil 3 verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum menurun tercapai.</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 6 verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri. 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi jika sesuai. 	
<p>Isolasi Sosial Berhubungan</p>	9	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah mendapat dukungan dan bersedia mengikuti</p>	

1	2	3	4
dengan Perubahan status mental	saran perawat untuk terlibat dalam kegiatan bersama pasien lain.	O: Pasien tampak kooperatif dan menerima keberadaan orang lain untuk berinteraksi. A: Kriteria hasil 6 verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun tercapai. P: Rencanakan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan yang kedua.	

4. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah sebuah catatan yang dibuat sebagai bukti pelaksanaan implementasi keperawatan yang tercatat dengan lengkap dan akurat, untuk menilai kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien secara menyeluruh. Proses pendokumentasian dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi keperawatan, yang disusun dengan teratur sesuai format yang telah disepakati (Rahmi, 2022).