

KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

**PENERAPAN MODEL SAFEWARDS MELALUI INTERVENSI
CALM DOWN METHODS DALAM MENGONTROL TANDA DAN GEJALA PASIEN
HALUSINASI PENDENGARAN: STUDI KASUS**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan*



Oleh:

ENJELINA KAGHIADÉ

R014242152

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2026

HALAMAN PERSETUJUAN

**PENERAPAN MODEL SAFEWARDS MELALUI INTERVENSI
CALM DOWN METHODS DALAM MENGONTROL TANDA DAN GEJALA PASIEN
HALUSINASI PENDENGARAN: STUDI KASUS**

Oleh:

ENJELINA KAGHIADÉ

R014242152

Disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir (KIA) Program Studi
Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyetujui,
Dosen Pembimbing



Dr. Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19701231 199503 2 010

HALAMAN PENGESAHAN

PENERAPAN MODEL SAFEWARDS MELALUI INTERVENSI CALM DOWN METHODS DALAM MENGONTROL TANDA DAN GEJALA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN: STUDI KASUS

Telah dipertahankan di hadapan Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 27 Januari 2026
Pukul : 09.00 – 12.00 WITA
Tempat : Ruang KP.105

Oleh:

ENJELINA KAGHIADÉ
R014242152

dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Menyetujui,
Dosen Pembimbing



Dr. Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19701231 199503 2 010

Mengetahui,

Plt. Ketua Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D.
NIP. 19820319 200604 1 002

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Enjelina Kaghiade

NIM : R014242152

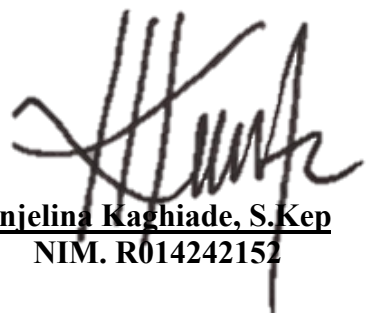
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 20 Januari 2026

Yang membuat pernyataan,




Enjelina Kaghiade, S.Kep
NIM. R014242152

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan	3
D. Metode Penelitian	3
E. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Skizofrenia	6
B. Halusinasi Pendengaran	7
C. Model <i>Safewards</i>	9
D. Intervensi <i>Calm down methods</i>	10
E. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	11
F. Kerangka Konseptual Penelitian.....	12
BAB III DESKRIPSI KASUS	13
A. Deskripsi Umum	13
B. <i>Medical History</i>	13
C. Faktor Predisposisi.....	13
D. Pemeriksaan Fisik	14
E. Psikososial.....	14
F. Konsep Diri	14
G. Status Mental.....	14
H. Mekanisme Koping.....	15
I. Treatment	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	17
A. Hasil Penelitian	17
B. Pembahasan.....	25
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	27
A. Kesimpulan	27
B. Saran	27
DAFTAR PUSTAKA	29

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat dan KasihNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul “Penerapan Model Safewards Melalui Intervensi *Calm Down Methods* dalam Mengontrol Tanda dan Gejala Pasien Halusinasi Pendengaran: Studi Kasus di RSKD DADI Makassar Provinsi Sulawesi Selatan” Karya Tulis Ilmiah Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program pendidikan profesi Ners pada Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam penyelesaian studi dan penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir (KIA) ini, penulis banyak memperoleh bantuan baik pengajaran, bimbingan arahan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak secara langsung. Untuk itu izinkan penulis untuk menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih tak terhingga kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Ibu Prof. Dr. Elly Lilianty Sjattar, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
3. Ibu Dr. Hastuti S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu ditengah kesibukan, yang selalu mengarahkan dan memberi masukan yang sangat bermanfaat dan berharga bagi penulisan Kaerya Tulis Ilmiah Akhir
4. Bapak Nur Chairul, S.Kep., Ns., M.Kep selaku preceptor klinik yang telah banyak membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah Akhir
5. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners Universitas Hasanuddin Makassar yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan banyak ilmu, bimbingan, dan arahan selama mengikuti Pendidikan Praktik Klinis
6. Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDM KEMKES) yang telah memberikan dukungan dalam pengembangan pendidikan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, khususnya dalam bidang keperawatan. Dukungan tersebut menjadi salah satu faktor penting dalam menunjang kelancaran proses pendidikan dan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dengan baik.
7. Kepada keluarga dan orang-orang tercinta yang senantiasa memberikan doa, kasih sayang, motivasi, serta dukungan moril maupun materiil selama proses pendidikan hingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Kesabaran, pengertian, dan semangat yang diberikan menjadi kekuatan utama bagi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini dengan baik.

8. Kepada teman-teman Profesi Ners Angkatan 2024 (2) yang telah menjadi rekan seperjuangan selama proses pendidikan. Dukungan, kebersamaan, kerja sama, serta saling berbagi pengalaman dan semangat yang diberikan sangat berarti bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan sebagai upaya penyempurnaan di masa mendatang. Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan manfaat serta kontribusi positif bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang keperawatan. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam proses penyusunan karya ilmiah ini.

Makassar, 09 Januari 2026

Penulis

Enjelina Kaghiade S.Kep

R014242152

Enjelina Kaghiade. R014242152. **PENERAPAN MODEL *SAFEGUARDS* MELALUI INTERVENSI *CALM DOWN METHODS* DALAM MENGONTROL TANDA DAN GEJALA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN: STUDI KASUS**, dibimbing oleh Hastuti

ABSTRAK

Latar Belakang: Halusinasi pendengaran merupakan salah satu gejala positif yang paling sering dialami oleh pasien dengan skizofrenia dan berkaitan dengan distress psikologis, gangguan fungsi sehari-hari, serta peningkatan risiko konflik di ruang perawatan jiwa. Perawat memiliki peran strategis dalam mengelola gejala tersebut melalui intervensi nonfarmakologis yang berorientasi pada pemulihan dan penciptaan lingkungan terapeutik. Model Safeguards telah dikembangkan untuk menurunkan konflik dan praktik paksaan di bangsal perawatan jiwa, dengan *calm down methods* sebagai salah satu intervensi inti. Namun, bukti empiris yang secara spesifik mengkaji efektivitas *calm down methods* dalam mengontrol halusinasi pendengaran masih terbatas, khususnya pada konteks negara berpendapatan rendah dan menengah.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi penerapan model Safeguards melalui intervensi *calm down methods* dalam mengontrol tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizofrenia.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif pada seorang pasien laki-laki berusia 44 tahun dengan diagnosis skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran persisten dan dirawat di ruang perawatan jiwa. Intervensi keperawatan diawali dengan *General Nursing Therapy* (GNT) halusinasi dan dilanjutkan dengan penerapan *calm down methods* berbasis model Safeguards selama enam hari. Tingkat keparahan halusinasi dievaluasi menggunakan *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) melalui pengukuran *pre-test* dan *post-test*, serta didukung oleh observasi klinis berdasarkan indikator Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Hasil: Setelah penerapan *calm down methods*, pasien menunjukkan penurunan frekuensi dan durasi kemunculan suara, penurunan intensitas serta tingkat distress emosional, dan perbaikan pada kecemasan serta gangguan terhadap fungsi sehari-hari. Skor AVHRS menunjukkan penurunan tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada hampir seluruh dimensi, disertai dengan peningkatan kemampuan kontrol diri dan partisipasi pasien dalam interaksi dengan lingkungan.

Kesimpulan: Penerapan model Safeguards melalui intervensi *calm down methods* berkontribusi positif dalam mengontrol dampak psikologis dan fungsional halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizofrenia. Intervensi ini berpotensi menjadi strategi keperawatan nonfarmakologis yang praktis dan aplikatif dalam mendukung pengelolaan gejala serta menciptakan lingkungan perawatan jiwa yang aman dan terapeutik. Penelitian lanjutan dengan desain dan jumlah sampel yang lebih besar direkomendasikan untuk memperkuat bukti empiris.

Kata Kunci: Model Safeguards; *Calm down methods*; Halusinasi pendengaran; Skizofrenia; Keperawatan jiwa; Studi kasus

Enjelina Kaghiade. R014242152. **IMPLEMENTATION OF THE SAFEWARDS MODEL THROUGH *CALM DOWN METHODS* TO CONTROL SIGNS AND SYMPTOMS OF AUDITORY HALLUCINATIONS: A CASE STUDY**, supervised by Hastuti

ABSTRACT

Background: Auditory hallucinations are among the most common positive symptoms experienced by patients with schizophrenia and are associated with psychological distress, impairment in daily functioning, and an increased risk of conflict in psychiatric care settings. Nurses play a strategic role in managing these symptoms through recovery-oriented, non-pharmacological interventions aimed at creating a therapeutic environment. The Safewards model was developed to reduce conflict and coercive practices in psychiatric wards, with *calm down methods* as one of its core interventions. However, empirical evidence specifically examining the effectiveness of *calm down methods* in controlling auditory hallucinations remains limited, particularly in low- and middle-income country contexts.

Objective: This study aimed to explore the application of the Safewards model through *calm down methods* in controlling the signs and symptoms of auditory hallucinations in patients with schizophrenia.

Methods: This study employed a descriptive case study design involving a 44-year-old male patient diagnosed with schizophrenia who experienced persistent auditory hallucinations and was admitted to a psychiatric care unit. The nursing intervention began with General Nursing Therapy (GNT) for hallucinations and was followed by the implementation of Safewards-based *calm down methods* over six days. The severity of hallucinations was evaluated using the *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) through pre-test and post-test measurements, supported by clinical observations based on the indicators of the Indonesian Nursing Diagnosis Standards (SDKI).

Results: Following the implementation of *calm down methods*, the patient demonstrated reductions in the frequency and duration of voices, decreased intensity and levels of emotional distress, and improvements in anxiety and interference with daily functioning. AVHRS scores showed a reduction in the severity of auditory hallucinations across nearly all dimensions, accompanied by enhanced self-control and increased patient participation in environmental interactions.

Conclusion: The application of the Safewards model through *calm down methods* contributes positively to controlling the psychological and functional impacts of auditory hallucinations in patients with schizophrenia. This intervention has the potential to serve as a practical and applicable non-pharmacological nursing strategy to support symptom management and foster a safe and therapeutic psychiatric care environment. Further studies with larger sample sizes and more rigorous designs are recommended to strengthen the empirical evidence.

Keywords: Safewards model; *Calm down methods*; Auditory hallucinations; Schizophrenia; Psychiatric nursing; Case study

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai oleh distorsi pada proses berpikir, persepsi, emosi, bahasa, dan perilaku, dengan prevalensi global berkisar antara 0,3% hingga 1% (Cho et al., 2020; Hegde et al., 2023). Gangguan ini umumnya muncul pada akhir masa remaja hingga dewasa awal dan memiliki kontribusi genetik yang kuat, dengan tingkat heritabilitas mencapai 80–85% (Kanwal et al., 2022). Tingginya beban penyakit serta dampaknya terhadap fungsi sosial, kemandirian, dan kualitas hidup menjadikan skizofrenia sebagai salah satu tantangan utama dalam pelayanan kesehatan jiwa.

Salah satu gejala positif yang paling sering dialami oleh pasien skizofrenia adalah halusinasi pendengaran, dengan prevalensi dilaporkan mencapai sekitar 70–75% dari seluruh pasien. Halusinasi pendengaran umumnya berupa suara yang mengomentari, mengkritik, atau memberi perintah, sehingga dapat memicu kecemasan, distress psikologis, gangguan fungsi sosial, serta peningkatan risiko perilaku agresif maupun membahayakan diri (Smith et al., 2022; Frajerman et al., 2023). Secara neurobiologis, kondisi ini berkaitan dengan gangguan konektivitas fungsional pada area otak yang berperan dalam pemrosesan bahasa, perhatian, dan persepsi auditorik, yang berdampak pada ketidakmampuan individu dalam membedakan stimulus internal dan eksternal (Zhang et al., 2022; Zhuo et al., 2020).

Dalam praktik klinis, perawat jiwa memiliki peran sentral dalam mengelola halusinasi pendengaran melalui pendekatan terapeutik nonfarmakologis yang berfokus pada penurunan distress, peningkatan regulasi emosi, serta penguatan kemampuan koping pasien. Meskipun demikian, pengelolaan agitasi dan kecemasan di ruang perawatan jiwa masih sering mengandalkan praktik pembatasan seperti seclusion dan restraint, yang berpotensi menimbulkan dampak psikologis negatif, menurunkan rasa aman pasien, serta bertentangan dengan prinsip perawatan berorientasi pemulihan (*recovery-oriented care*) (Cuevas-Esteban et al., 2022).

Model Safewards dikembangkan sebagai pendekatan sistematis untuk mengurangi konflik dan praktik paksaan di unit perawatan jiwa melalui peningkatan kualitas interaksi antara staf dan pasien, penciptaan lingkungan yang aman, serta penguatan hubungan terapeutik. Penerapan model ini dilaporkan mampu menurunkan insiden konflik, penggunaan *seclusion dan restraint*, serta meningkatkan keterlibatan pasien dalam proses perawatan (Dickens et al., 2020; Mullen et al., 2022). Salah satu intervensi inti dalam model

Safewards adalah *calm down methods*, yaitu serangkaian strategi yang bertujuan menurunkan kecemasan dan agitasi melalui komunikasi suportif, teknik relaksasi, serta pengelolaan lingkungan yang menenangkan (Cranage & Foster, 2022; Hallett & McLaughlin, 2022).

Secara psikofisiologis, *calm down methods* berpotensi membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus internal yang mengganggu, meningkatkan kontrol diri, serta memperbaiki regulasi emosi, sehingga dapat berkontribusi dalam menurunkan intensitas, frekuensi, dan distress yang terkait dengan halusinasi pendengaran (Konttila et al., 2020). Meskipun demikian, sebagian besar penelitian mengenai Safewards lebih menitikberatkan pada pengurangan konflik dan praktik paksaan di bangsal perawatan jiwa, sementara bukti empiris yang secara khusus mendokumentasikan penerapan *calm down methods* dalam mengontrol halusinasi pendengaran masih terbatas, terutama dalam konteks praktik keperawatan jiwa di negara berkembang, termasuk Indonesia.

Di Indonesia, implementasi model Safewards dalam pelayanan keperawatan jiwa mulai diperkenalkan sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu asuhan dan keselamatan pasien. Namun, laporan ilmiah yang mendeskripsikan secara sistematis proses, respons pasien, serta perubahan tingkat keparahan halusinasi pendengaran setelah penerapan *calm down methods* masih jarang ditemukan. Selain itu, sebagian besar studi lokal masih bersifat deskriptif umum dan belum mengintegrasikan instrumen pengukuran terstandar untuk mengevaluasi perubahan gejala secara objektif.

Berdasarkan kondisi tersebut, diperlukan suatu studi kasus yang mendokumentasikan secara komprehensif penerapan model Safewards melalui intervensi *calm down methods* dalam mengontrol tanda dan gejala halusinasi pendengaran, serta mengevaluasi perubahan tingkat keparahan gejala menggunakan instrumen terstandar. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan pada seorang pasien (Tn. Y.S) dengan diagnosis skizofrenia yang dirawat di Bangsal Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, dengan harapan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan praktik keperawatan jiwa berbasis bukti, khususnya dalam penerapan intervensi nonfarmakologis yang berorientasi pada pemulihan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimana perubahan tingkat keparahan, frekuensi, dan distress halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia setelah penerapan model Safewards melalui intervensi *calm down methods* di ruang perawatan jiwa?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengeksplorasi dan mengevaluasi perubahan tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia setelah penerapan model Safewards melalui intervensi *calm down methods* di ruang perawatan jiwa.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat keparahan, frekuensi, dan distress halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia sebelum penerapan *calm down methods*.
- b. Menganalisis perubahan tingkat keparahan, frekuensi, dan distress halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia setelah penerapan *calm down methods* berbasis model Safewards.
- c. Mengevaluasi respons pasien terhadap intervensi *calm down methods* dalam konteks regulasi emosi dan kemampuan kontrol diri terhadap stimulus internal.

D. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan deskriptif evaluatif yang bertujuan untuk mengeksplorasi dan mengevaluasi perubahan tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia setelah penerapan intervensi *calm down methods* berbasis model Safewards. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengkaji respons pasien secara mendalam dalam konteks praktik keperawatan jiwa yang nyata dan terkontrol. Selain itu, desain ini memberikan gambaran yang sistematis mengenai proses asuhan keperawatan yang diterapkan selama periode penelitian serta keterkaitan antara intervensi, respons pasien, dan hasil yang dicapai.

Penelitian dilaksanakan di Bangsal Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan pada 16 Desember 2025 hingga 03 Januari 2026. Subjek penelitian adalah seorang pasien dengan diagnosis medis skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran sebagai gejala dominan. Pemilihan subjek didasarkan pada kriteria inklusi, yaitu mampu berkomunikasi secara verbal, berada dalam kondisi stabil secara medis dan psikologis, serta bersedia mengikuti penelitian setelah memperoleh penjelasan lengkap mengenai tujuan, prosedur, manfaat, dan potensi risiko penelitian, kemudian memberikan persetujuan secara tertulis (*informed consent*).

Intervensi utama dalam penelitian ini adalah *calm down methods* berbasis model Safewards yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan, distress emosional, dan agitasi pasien selama menjalani perawatan. Sebelum penerapan intervensi utama, pasien terlebih dahulu diberikan *General Nursing Therapy* (GNT) sebagai intervensi dasar

keperawatan jiwa untuk membekali pasien dengan kemampuan awal dalam mengenali dan mengelola halusinasi pendengaran. Penerapan *calm down methods* dilakukan selama enam hari berturut-turut, dengan durasi setiap sesi intervensi berkisar antara 15–30 menit, disesuaikan dengan kondisi klinis dan tingkat toleransi pasien terhadap aktivitas yang diberikan.

Pengukuran tingkat keparahan halusinasi pendengaran dilakukan menggunakan *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) yang dikembangkan oleh Jenner dan Van de Willige (2002) sebagai instrumen penilaian multidimensi terhadap karakteristik halusinasi pendengaran. Instrumen ini digunakan untuk menilai beberapa dimensi utama, yaitu frekuensi kemunculan suara, intensitas suara, tingkat distress emosional, serta kemampuan kontrol diri pasien terhadap stimulus internal. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah penerapan intervensi (*pre-test* dan *post-test*), serta didukung oleh observasi tanda dan gejala berdasarkan indikator Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017) untuk memperkuat validitas temuan klinis.

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian kesehatan yang meliputi prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice*. Prinsip *beneficence* diterapkan dengan memastikan bahwa seluruh intervensi yang diberikan bertujuan memberikan manfaat terapeutik bagi pasien, sedangkan prinsip *non-maleficence* dijalankan dengan meminimalkan potensi risiko fisik maupun psikologis selama proses penelitian. Prinsip *autonomy* diwujudkan melalui pemberian informasi yang jelas dan lengkap kepada subjek penelitian serta penghormatan terhadap hak pasien untuk menolak atau menghentikan partisipasi kapan pun tanpa konsekuensi terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, sementara prinsip *justice* diterapkan dengan memastikan perlakuan yang adil dan tidak diskriminatif terhadap subjek penelitian.

Kerahasiaan dan privasi subjek penelitian dijaga dengan tidak mencantumkan identitas pribadi pasien dalam seluruh dokumen penelitian, laporan hasil, maupun publikasi ilmiah. Seluruh data yang diperoleh disimpan secara aman dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian sesuai dengan tujuan yang telah dijelaskan kepada subjek. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dengan nomor surat persetujuan etik 059/UN4.18.3/TP.01.02.2026, sebagai dasar bahwa penelitian telah memenuhi standar etika dan kelayakan pelaksanaan di lingkungan pelayanan kesehatan.

Analisis data dilakukan secara deskriptif komparatif dengan membandingkan hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi pada setiap dimensi halusinasi pendengaran. Data disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi untuk menggambarkan arah serta

besaran perubahan yang terjadi selama proses intervensi. Hasil analisis ini digunakan sebagai dasar dalam menarik kesimpulan mengenai kontribusi penerapan *calm down methods* berbasis model Safewards dalam konteks praktik keperawatan jiwa berbasis pemulihan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khazanah keilmuan di bidang keperawatan jiwa, khususnya terkait penerapan model Safewards melalui intervensi *calm down methods* sebagai pendekatan nonfarmakologis dalam mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi dasar pengembangan praktik keperawatan jiwa berbasis bukti dan referensi bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Membantu pasien meningkatkan kemampuan dalam mengontrol halusinasi pendengaran, menurunkan tingkat kecemasan dan distress, serta meningkatkan rasa aman dan kenyamanan selama menjalani perawatan di ruang perawatan jiwa.

b. Bagi Perawat

Menjadi panduan praktis bagi perawat jiwa dalam menerapkan intervensi *calm down methods* berbasis model Safewards secara sistematis, terapeutik, dan berorientasi pada pemulihan dalam asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi pendengaran.

c. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Memberikan kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan jiwa melalui penerapan intervensi nonfarmakologis yang aman, efektif, dan berfokus pada pencegahan konflik serta penciptaan lingkungan perawatan yang lebih aman dan terapeutik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dan kronis yang ditandai oleh distorsi pada proses berpikir, persepsi, emosi, bahasa, dan perilaku, yang berdampak signifikan terhadap fungsi sosial, okupasional, dan kualitas hidup individu. Gangguan ini ditandai oleh munculnya gejala positif seperti halusinasi dan delusi, gejala negatif seperti afek datar dan penarikan diri sosial, serta gangguan kognitif yang meliputi perhatian, memori, dan fungsi eksekutif (Stein et al., 2020; Wu et al., 2021).

Menurut klasifikasi gangguan mental terkini, skizofrenia dipahami sebagai gangguan neuropsikiatri yang melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, perkembangan saraf, dan lingkungan, yang memengaruhi struktur dan fungsi otak, khususnya pada jaringan yang berperan dalam regulasi emosi, pemrosesan sensorik, dan integrasi kognitif (Hegde et al., 2023). Kondisi ini bersifat episodik dan kronis, sehingga memerlukan pendekatan penatalaksanaan jangka panjang yang bersifat komprehensif dan berorientasi pada pemulihan.

2. Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi skizofrenia bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor genetik, biologis, psikologis, dan lingkungan.

a. Faktor Genetik

Skizofrenia memiliki komponen genetik yang kuat, dengan tingkat heritabilitas dilaporkan mencapai 80–85%. Risiko meningkat secara signifikan pada individu yang memiliki kerabat tingkat pertama dengan diagnosis skizofrenia, yang menunjukkan adanya peran gen dalam kerentanan terhadap gangguan ini (Kanwal et al., 2022; TÖRE, 2023).

b. Faktor Neurobiologis

Ketidakseimbangan sistem neurotransmiter, khususnya dopamin, glutamat, dan serotonin, berperan penting dalam patofisiologi skizofrenia. Disfungsi pada sirkuit kortiko-striato-talamo-kortikal dan jaringan frontotemporal telah dikaitkan dengan munculnya gejala positif seperti halusinasi serta gangguan kognitif dan afektif (Sun et al., 2022; Urkin et al., 2024).

c. Faktor Lingkungan dan Psikososial

Paparan stres prenatal, komplikasi obstetrik, trauma masa kanak-kanak, tekanan sosial, stigma, serta kondisi sosial ekonomi rendah berkontribusi terhadap peningkatan risiko berkembangnya skizofrenia. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi perkembangan sistem saraf dan mekanisme regulasi stres, yang pada akhirnya memperbesar kerentanan individu terhadap gangguan psikotik (Almulla et al., 2020; Maes et al., 2020).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis skizofrenia dikelompokkan menjadi tiga domain utama, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif.

a. Gejala Positif

Gejala positif mencerminkan adanya pengalaman atau perilaku yang menyimpang dari fungsi normal, meliputi halusinasi (terutama halusinasi pendengaran), delusi, dan pembicaraan atau perilaku yang terdisorganisasi (Nielsen et al., 2022).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif ditandai oleh penurunan atau hilangnya fungsi normal, seperti afek datar, anhedonia, alogia, avolisi, dan penarikan diri sosial, yang berkontribusi besar terhadap disabilitas jangka panjang dan rendahnya kualitas hidup pasien (Martinotti et al., 2020).

c. Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif meliputi defisit perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif, yang berdampak pada kemampuan individu dalam mengambil keputusan, memecahkan masalah, dan berfungsi secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari (Habibi et al., 2022).

B. Halusinasi Pendengaran

1. Definisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran atau auditory verbal hallucinations merupakan pengalaman sensorik berupa persepsi suara tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata. Suara yang didengar dapat berupa komentar, percakapan, atau perintah yang dirasakan sangat nyata oleh individu, meskipun tidak dapat diverifikasi oleh orang lain (Salomon et al., 2020; Chen et al., 2022). Fenomena ini paling sering ditemukan pada gangguan psikotik, khususnya skizofrenia, namun juga dapat terjadi pada populasi non-klinis dalam tingkat dan konteks tertentu. Perbedaan utama terletak pada tingkat kontrol,

distress, dan dampak fungsional yang ditimbulkan oleh pengalaman mendengar suara tersebut (Cavelti et al., 2022).

2. Karakteristik dan Dimensi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran memiliki beberapa dimensi klinis yang penting untuk dinilai secara sistematis, meliputi:

- a. Frekuensi dan Durasi: Seberapa sering dan berapa lama suara muncul dalam periode waktu tertentu.
- b. Intensitas dan Kekerasan Suara: Tingkat keras atau dominannya suara dibandingkan dengan suara lingkungan atau suara pasien sendiri.
- c. Lokasi Persepsi: Apakah suara dirasakan berasal dari dalam atau luar kepala.
- d. Konten Emosional: Apakah suara bersifat netral, mendukung, atau negatif dan mengancam.
- e. Tingkat Distress: Sejauh mana suara menimbulkan penderitaan emosional dan kecemasan.
- f. Kontrol Diri: Kemampuan individu untuk mengabaikan, mengalihkan perhatian, atau mengendalikan respons terhadap suara yang muncul (Jenner & Van de Willige, 2002).

Dimensi-dimensi tersebut menjadi dasar dalam penggunaan instrumen terstandar seperti *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) untuk mengevaluasi tingkat keparahan dan perubahan gejala halusinasi pendengaran secara objektif.

3. Dampak Halusinasi Pendengaran terhadap Fungsi Pasien

Halusinasi pendengaran berdampak signifikan terhadap fungsi psikososial, kognitif, dan emosional pasien. Secara perilaku, pasien dapat menunjukkan kecenderungan menarik diri, berbicara sendiri, atau menunjukkan respons yang tidak sesuai terhadap lingkungan. Dalam konteks sosial, pengalaman mendengar suara sering menyebabkan isolasi, kesulitan menjalin hubungan interpersonal, serta peningkatan stigma dan diskriminasi (Mak et al., 2023). Secara emosional, halusinasi yang bersifat negatif atau mengancam dapat meningkatkan kecemasan, depresi, dan rasa tidak berdaya, yang pada akhirnya memperburuk prognosis dan kualitas hidup pasien. Dalam beberapa kasus, suara yang bersifat memerintah dapat mendorong perilaku berisiko atau agresif, sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang responsif dan berorientasi pada keselamatan (Whitford et al., 2025).

C. Model *Safewards*

1. Konsep dan Landasan Teoretis *Safewards*

Safewards merupakan model keperawatan jiwa yang dikembangkan untuk meminimalkan konflik dan praktik paksaan di unit perawatan jiwa melalui pendekatan sistemik terhadap hubungan antara staf, pasien, dan lingkungan perawatan. Model ini didasarkan pada teori interaksi sosial dan regulasi emosi, yang memandang konflik sebagai hasil dari dinamika antara faktor internal pasien, respons staf, dan konteks lingkungan (Dickens et al., 2020). *Safewards* menekankan pentingnya komunikasi terapeutik, keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, serta penciptaan lingkungan yang aman dan suportif sebagai strategi utama untuk mencegah eskalasi perilaku bermasalah.

2. Komponen Utama *Safewards*

Model *Safewards* terdiri dari sepuluh intervensi inti yang saling berkaitan (Mullen et al., 2022), yaitu:

- a. *Mutual help meeting*: Pasien saling memberi dan menerima bantuan serta dukungan melalui pertemuan harian bersama.
- b. *Know each other*: Pasien dan staf saling berbagi minat serta ide pribadi tertentu yang ditampilkan di area umum unit.
- c. *Clear mutual expectations*: Pasien dan staf bekerja sama untuk menyusun harapan dan aspirasi yang disepakati bersama serta berlaku secara setara bagi kedua pihak.
- d. *Calm down methods*: Staf mendukung pasien untuk memanfaatkan kekuatan diri serta mempelajari dan menggunakan keterampilan koping sebelum dilakukan pemberian obat PRN atau tindakan restriksi.
- e. *Discharge messages*: Sebelum dipulangkan, pasien meninggalkan pesan harapan dan dukungan bagi pasien lain melalui papan informasi di unit.
- f. *Soft words*: Staf secara sadar memperhatikan nada bicara serta menggunakan bahasa yang kolaboratif dan penuh penghormatan. Staf meminimalkan pembatasan, memberikan pilihan yang fleksibel, dan tetap menunjukkan sikap hormat ketika pembatasan tidak dapat dihindari.
- g. *Talk down*: Proses de-eskalasi difokuskan pada klarifikasi permasalahan dan pencarian solusi secara kolaboratif. Staf mempertahankan pengendalian diri, empati, dan sikap saling menghargai.
- h. *Positive words*: Staf menyampaikan aspek positif setiap pasien saat serah terima serta menggunakan pendekatan psikologis untuk menjelaskan perilaku yang menantang.

- i. *Bad news mitigation*: Staf memahami, merencanakan secara proaktif, serta mengelola dampak emosional dari kabar buruk yang diterima pasien.
- j. *Reassurance*: Staf melakukan komunikasi lanjutan dengan pasien setelah terjadinya konflik di unit serta melakukan evaluasi sesuai kebutuhan.

Kesepuluh komponen ini dirancang untuk memperkuat hubungan terapeutik, meningkatkan rasa aman, serta mengurangi faktor pemicu konflik dan distress di ruang perawatan jiwa (Mullen et al., 2022).

3. Implementasi *Safewards* dalam Keperawatan Jiwa

Implementasi *Safewards* dalam praktik keperawatan jiwa memerlukan pelatihan staf, dukungan manajerial, serta keterlibatan aktif pasien. Evaluasi berkelanjutan terhadap penerapan intervensi dilakukan untuk menilai dampaknya terhadap tingkat konflik, penggunaan praktik paksaan, serta pengalaman pasien dan staf dalam lingkungan perawatan (Karlsson et al., 2025).

D. Intervensi *Calm down methods*

1. Definisi dan Tujuan

Calm down methods merupakan intervensi nonfarmakologis yang bertujuan untuk membantu individu menurunkan tingkat kecemasan, agitasi, dan distress emosional melalui pendekatan yang bersifat suportif, kolaboratif, dan berorientasi pada penguatan kontrol diri. Dalam konteks model *Safewards*, intervensi ini digunakan sebagai alternatif awal sebelum penerapan tindakan farmakologis tambahan atau pembatasan fisik (Cranage & Foster, 2022).

Tujuan utama *calm down methods* (Paradis-Gagné et al., 2021; Dickens et al., 2022), meliputi:

- a. Menurunkan tingkat kecemasan dan ketegangan emosional.
- b. Mencegah eskalasi perilaku agresif atau konflik.
- c. Meningkatkan kemampuan regulasi emosi dan kontrol diri pasien.
- d. Memperkuat hubungan terapeutik antara pasien dan perawat.

2. Bentuk dan Teknik *Calm Down Methods*

Teknik *calm down methods* dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi pasien, meliputi:

- a. Teknik pernapasan dalam dan relaksasi progresif.
- b. Komunikasi terapeutik yang empatik dan suportif.
- c. Pengelolaan lingkungan yang minim stimulus dan menenangkan.

- d. Aktivitas distraksi sensorik seperti mendengarkan musik, menggambar, atau aktivitas ringan yang menyenangkan.
 - e. Latihan kesadaran diri (*mindfulness*) sederhana untuk meningkatkan fokus pada stimulus eksternal yang positif (Konttila et al., 2020; Lakeman et al., 2022).
3. Peran Perawat dalam Pelaksanaan *Calm down methods*
- Perawat berperan sebagai fasilitator utama dalam penerapan *calm down methods*, (Paradis-Gagné et al., 2021; Mullen et al., 2025; Dickens et al., 2022), melalui:
- a. Membangun hubungan saling percaya dengan pasien.
 - b. Mengidentifikasi tanda awal kecemasan dan distress.
 - c. Menyesuaikan teknik intervensi dengan kondisi dan respons pasien.
 - d. Memberikan penguatan positif terhadap keberhasilan pasien dalam mengontrol respons terhadap halusinasi.
 - e. Melakukan evaluasi berkelanjutan terhadap efektivitas intervensi dalam menurunkan gejala dan meningkatkan fungsi adaptif pasien.

E. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

1. Definisi

Gangguan persepsi sensori: halusinasi merupakan kondisi keperawatan yang ditandai oleh perubahan persepsi terhadap stimulus internal maupun eksternal, sehingga individu mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Kondisi ini termasuk dalam diagnosis keperawatan yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

2. Tanda dan Gejala

Berikut ini merupakan tanda dan gejala gangguan persepsi sensori: halusinasi berdasarkan (SDKI) yang ditetapkan oleh PPNI (2017).

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif: Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan tanpa stimulus nyata.
- 2) Objektif: Distorsi sensori, respons tidak sesuai terhadap lingkungan, serta perilaku seolah-olah mendengar atau melihat sesuatu.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif: Menyatakan perasaan kesal atau terganggu.
- 2) Objektif: Menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri.

F. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 1. Kerangka Konseptual Penelitian

Penelitian ini didasarkan pada asumsi bahwa halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh tingkat kecemasan, distress emosional, dan kemampuan koping individu. Penerapan model Safewards melalui intervensi *calm down methods* berperan dalam menciptakan lingkungan perawatan yang aman dan terapeutik, meningkatkan kualitas komunikasi terapeutik, serta memperkuat regulasi emosi dan kontrol diri pasien.

Peningkatan kondisi psikologis tersebut diharapkan dapat menurunkan frekuensi, intensitas, dan tingkat distress halusinasi pendengaran, yang selanjutnya tercermin dalam perbaikan skor *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) serta penurunan tanda dan gejala halusinasi berdasarkan indikator Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

BAB III

DESKRIPSI KASUS

A. Deskripsi Umum

Tn. Y.S adalah seorang laki-laki berusia 44 tahun yang dirawat di Bangsal Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Pasien dirawat kembali untuk kesekian kalinya dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid. Alasan utama masuk rumah sakit adalah perilaku mengamuk di rumah serta munculnya kembali gejala psikotik berupa halusinasi pendengaran. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 16 Desember 2025 dengan informan utama adalah pasien.

B. Medical History

1. Past Medical History

Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. Y.S memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya dan telah beberapa kali menjalani perawatan di rumah sakit jiwa. Pasien juga memiliki riwayat penggunaan NAPZA di masa lalu. Selain itu, pasien mengungkapkan pernah terlibat dalam tindakan kriminal berupa pencurian sepeda motor bersama temannya sebelum mengalami gangguan jiwa. Tidak ditemukan riwayat penyakit fisik kronis yang menyertai kondisi pasien.

2. Present Medical History

Pasien dibawa ke RSKD Dadi oleh keluarga karena perilaku mengamuk di rumah. Saat pengkajian, pasien tampak duduk menyendiri sambil merokok, sering tersenyum dan tertawa sendiri. Pasien menyatakan mendengar suara-suara yang berbisik di telinganya dan mengajaknya tertawa. Halusinasi muncul terutama saat pasien duduk sendiri maupun ketika akan tidur. Pasien menyatakan makan dan minum cukup serta mengonsumsi obat secara teratur. Secara penampilan, pasien tampak bersih dan rapi setelah mandi.

C. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang ditemukan pada Tn. Y.S meliputi riwayat gangguan jiwa sebelumnya, riwayat penggunaan NAPZA, serta pengalaman psikososial yang tidak menyenangkan. Pasien mengungkapkan perasaan malu dan rendah diri akibat sering diejek oleh lingkungan sekitar karena belum menikah. Selain itu, pasien merasa terbebani dengan stigma sosial dan ketidakmampuannya menjalankan peran sosial secara optimal.

D. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum pasien dalam batas normal. Tanda-tanda vital pasien adalah tekanan darah 136/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu tubuh 36,2°C, dan frekuensi napas 22 kali/menit. Tinggi badan pasien 165 cm dan berat badan 75 kg. Pasien tidak mengeluhkan keluhan fisik dan tidak ditemukan masalah keperawatan fisik selama pengkajian.

E. Psikososial

Pasien tinggal bersama kedua orang tua, adik-adik, dan keponakannya. Pola asuh dalam keluarga bersifat permisif, di mana orang tua memberikan kebebasan kepada anak-anak dalam menyampaikan keinginan. Pasien menyatakan jarang keluar rumah dan merasa lebih nyaman berada di rumah. Hubungan sosial pasien cukup baik dan tidak memiliki konflik dengan lingkungan sekitar. Sebelumnya, pasien aktif dalam kegiatan keagamaan di gereja.

F. Konsep Diri

1. Gambaran Diri

Pasien menyatakan menyukai postur tubuhnya yang besar dan tinggi.

2. Identitas Diri

Pasien mengidentifikasi dirinya sebagai anak laki-laki yang belum menikah di antara saudara-saudaranya.

3. Peran Diri

Pasien menyatakan belum mampu membantu orang tuanya secara optimal, khususnya membantu ibunya berjualan di pasar.

4. Ideal Diri

Pasien mengungkapkan perasaan malu karena hingga saat ini belum menikah.

5. Harga Diri

Pasien menyatakan merasa harga dirinya rendah karena status belum menikah dan kondisi penyakit yang membuatnya tidak dapat membantu keluarga.

6. Spiritual

Pasien beragama Kristen Protestan dan rutin mengikuti kegiatan ibadah yang diselenggarakan di rumah sakit setiap hari Senin.

G. Status Mental

Pemeriksaan status mental menunjukkan pasien tampak rapi dan bersih, dengan kemampuan merawat diri yang baik. Pembicaraan pasien umumnya normal, namun disertai

kontak mata yang kurang dan episode blocking. Aktivitas motorik menunjukkan tremor pada bibir dan kebiasaan mengepalkan tangan. Alam perasaan pasien sedih karena tidak dapat menemani ibunya berjualan di pasar, dengan afek yang sesuai namun singkat. Persepsi pasien terganggu oleh halusinasi pendengaran, ditandai dengan tertawa dan berbicara sendiri. Proses pikir menunjukkan blocking, namun tidak ditemukan waham. Tingkat kesadaran baik dan orientasi utuh. Daya tilik diri pasien terbatas, ditandai dengan ketidakpahaman terhadap alasan perawatannya di rumah sakit.

H. Mekanisme Koping

Pasien memiliki mekanisme koping yang relatif adaptif, seperti mampu berinteraksi dengan orang lain dan mengikuti kegiatan olahraga. Namun, dalam menghadapi halusinasi, pasien masih menunjukkan mekanisme koping maladaptif berupa menarik diri dan berbicara sendiri.

I. Treatment

1. Medical Treatment

Pasien dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid mendapatkan terapi farmakologis berupa Haloperidol 5 mg setiap 8 jam dan Cepezet 100 mg setiap 8 jam, sesuai dengan program pengobatan dari dokter penanggung jawab pasien. Terapi farmakologis diberikan secara teratur selama masa perawatan dengan pemantauan terhadap kepatuhan minum obat dan kemungkinan efek samping.

Selain terapi medis, pasien juga mendapatkan terapi nonfarmakologis berupa *General Nursing Therapy* (GNT) halusinasi serta intervensi *calm down methods* sebagai bagian dari penerapan model *Safewards* dalam praktik keperawatan jiwa.

2. Nursing Treatment

General Nursing Therapy (GNT) halusinasi menurut Keliat et al. (2022) terdiri dari empat sesi, yaitu:

- a. Mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik.
- b. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas harian terjadwal
- d. Edukasi serta pendampingan kepatuhan minum obat.

Intervensi *General Nursing Therapy* halusinasi ini dilaksanakan selama periode 16 hingga 27 Desember 2025, dengan pendekatan individual dan disesuaikan dengan kondisi serta kemampuan pasien. Setelah pelaksanaan *General Nursing Therapy*, intervensi dilanjutkan dengan penerapan *calm down methods* sebagai bagian dari model

Safewards. Intervensi ini meliputi penciptaan lingkungan yang aman dan tenang, komunikasi terapeutik yang suportif, teknik relaksasi pernapasan, serta aktivitas distraksi sederhana yang menenangkan.

Penerapan *calm down methods* dilakukan selama periode 29 Desember 2025 hingga 03 Januari 2026. Setiap sesi dilaksanakan dengan durasi kurang lebih 30 menit, dimulai dengan pengkajian singkat tanda dan gejala halusinasi sebelum intervensi, dilanjutkan dengan pelaksanaan *calm down methods*, dan diakhiri dengan evaluasi perubahan tanda dan gejala halusinasi setelah intervensi. Perubahan tanda dan gejala halusinasi dievaluasi berdasarkan indikator pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran Pada Tn. Y.S Sebelum Intervensi *Calm down methods*

Tabel 1. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran Pada Tn. Y.S Sebelum Penerapan Intervensi *Calm Down Methods*

Kategori	Jenis	Tanda dan Gejala
Gejala dan Tanda Mayor	Subjektif	Mendengar suara bisikan
	Objektif	1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah mendengar sesuatu
Gejala dan Tanda Minor	Subjektif	Menyatakan kesal
	Objektif	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Melihat ke satu arah 5. Mondar-mandir 6. Bicara sendiri

Sumber: Data primer hasil pengkajian keperawatan Tn. Y.S (2026).

Berdasarkan Tabel 1, sebelum penerapan *Calm down methods* pasien menunjukkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran yang jelas baik secara subjektif maupun objektif. Secara subjektif, pasien menyatakan mendengar suara bisikan yang muncul tanpa adanya rangsang nyata serta mengungkapkan perasaan kesal. Secara objektif, tampak adanya distorsi sensori, respons yang tidak sesuai terhadap lingkungan, dan perilaku pasien yang seolah-olah mendengarkan sesuatu. Selain itu, pasien juga menunjukkan tanda minor berupa kecenderungan menyendiri, sering melamun, konsentrasi yang buruk, pandangan terfokus ke satu arah, perilaku mondar-mandir, serta berbicara sendiri, yang menggambarkan gangguan persepsi sensori yang berdampak pada fungsi perhatian dan perilaku sehari-hari.

2. Perubahan Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran Selama Enam Hari Intervensi

Calm Down Methods

Tabel 2. Pelaksanaan Intervensi *Calm Down Methods* Hari ke-1 sampai Hari ke-6

Hari	Bentuk Intervensi	Durasi	Tujuan Keperawatan	Respons Pasien
Ke-1	Bercakap-cakap terapeutik	2x15 menit	Meningkatkan interaksi sosial, validasi pengalaman pasien, dan kontrol diri terhadap halusinasi	Pasien lebih kooperatif, mampu mengungkapkan perasaan, dan jarang menunjukkan perilaku menyendiri
Ke-2	Menonton film	1x30 menit	Mengalihkan perhatian dari stimulus internal, menurunkan kecemasan awal, dan membangun rasa aman	Pasien masih tampak sering melihat ke satu arah dan berbicara sendiri, namun mampu duduk mengikuti kegiatan hingga selesai
Ke-3	Membaca al-kitab	1x15 menit	Meningkatkan ketenangan emosi, memperkuat coping spiritual, dan menurunkan distress	Pasien tampak lebih tenang selama aktivitas, mondar-mandir berkurang, namun masih melaporkan suara bisikan
Ke-4	Menggambar dan mewarnai	1x30 menit	Meningkatkan fokus, konsentrasi, dan ekspresi emosi adaptif	Pasien mampu mempertahankan perhatian lebih lama, perilaku melamun mulai berkurang, respons terhadap lingkungan membaik
Ke-5	Mendengarkan musik dan bernyanyi	3x20 menit	Menurunkan aktivasi emosional dan menstabilkan suasana hati	Pasien tampak rileks, kecemasan berkurang, dan jarang berbicara sendiri selama intervensi
Ke-6	Kombinasi aktivitas ringan (mengganti pakaian, berbincang-bincang dengan teman, relaksasi napas dalam)	1x15 menit	Mempertahankan adaptasi, memperkuat strategi coping, dan meningkatkan rasa aman	Pasien tampak stabil, mampu mengalihkan perhatian saat suara muncul, dan menunjukkan kontrol diri yang lebih baik

Sumber: Data primer hasil observasi dan evaluasi keperawatan selama penerapan *calm down methods* hari ke-1 sampai hari ke-6 (2026)

Tabel 3. Perubahan Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran Selama Enam Hari Intervensi *Calm Down Methods*

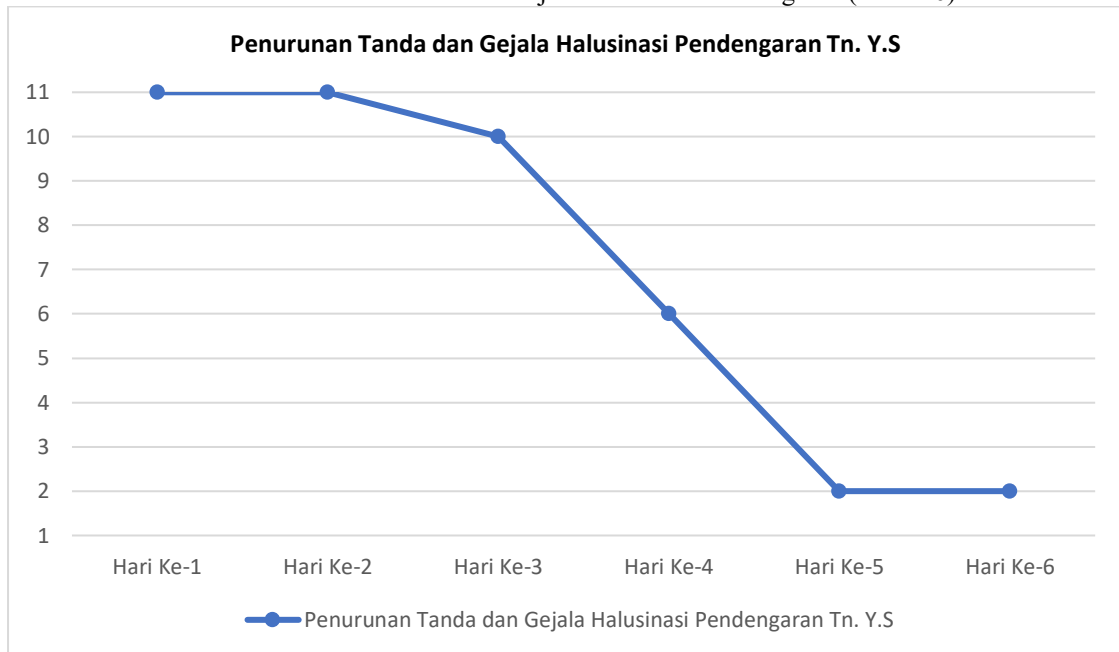
Gejala dan Tanda Mayor						
Tanda dan Gejala	Intervensi <i>Calm down methods</i>					
	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Mendengar suara bisikan (Subjektif)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Distorsi sensori (Objektif)	✓	✓	✓	✓	-	-
Respons tidak sesuai (Objektif)	✓	✓	-	-	-	-
Bersikap seolah mendengar sesuatu (Objektif)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gejala dan Tanda Minor						
Tanda dan Gejala	Intervensi <i>Calm down methods</i>					
	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Menyatakan kesal (Subjektif)	✓	✓	✓	✓	-	-
Menyendiri (Objektif)	✓	✓	✓	✓	-	-
Melamun (Objektif)	✓	✓	✓	-	-	-
Konsentrasi buruk (Objektif)	✓	✓	✓	-	-	-
Melihat ke satu arah (Objektif)	✓	✓	✓	-	-	-
Mondar-mandir (Objektif)	✓	✓	✓	-	-	-
Bicara sendiri (Objektif)	✓	✓	✓	✓	-	-

Sumber: Data primer hasil observasi dan evaluasi keperawatan selama penerapan *calm down methods* hari ke-1 sampai hari ke-6 (2026).

Keterangan tanda:

- ✓ = gejala masih tampak
- = gejala tidak tampak/berkurang

Grafik 1. Penurunan Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran (Hari 1-6)



Sumber: Data primer hasil observasi dan evaluasi keperawatan selama penerapan calm down methods hari ke-1 sampai hari ke-6 (2026).

Berdasarkan Grafik 1, pada hari ke-1 pasien masih menunjukkan 11 tanda dan gejala halusinasi pendengaran, meliputi mendengar suara bisikan, distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah mendengar sesuatu, menyatakan kesal, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri, yang menggambarkan kondisi awal dengan tingkat gangguan persepsi dan fungsi yang masih tinggi. Pada hari ke-2, jumlah tanda dan gejala masih tetap sebanyak 11, menunjukkan bahwa perubahan klinis belum tampak secara signifikan meskipun intervensi telah mulai diterapkan. Memasuki hari ke-3, jumlah tanda dan gejala menurun menjadi 10, yang mengindikasikan awal respons positif terhadap intervensi, kemudian pada hari ke-4 terjadi penurunan yang lebih nyata menjadi 6 tanda dan gejala, mencerminkan perbaikan pada regulasi emosi, perhatian, dan perilaku pasien. Selanjutnya, pada hari ke-5 dan hari ke-6, jumlah tanda dan gejala bertahan pada angka 2, yang menunjukkan stabilisasi kondisi klinis pasien dengan sisa gejala minimal serta peningkatan kemampuan adaptasi dan kontrol diri terhadap pengalaman halusinasi pendengaran.

3. Hasil Pengukuran Tingkat Keparahan Halusinasi Pendengaran Menggunakan AVHRS

a. Hasil *Pre-test Auditory Vocal Halutination Rating Scale* (AVHRS)

Tabel 4. *Pre-test Auditory Vocal Halutination Rating Scale* (AVHRS)

No	Item Penilaian	Skor	Keterangan	
1a	Jumlah suara (<i>Number of voices</i>)	3	Pasien mendengar 2 suara	
1b	Secara terpisah atau bersamaan (<i>Separately or simultaneously</i>)	3	Suara kadang muncul bersamaan	
2	Suara hipnagogik dan/atau hipnopompik (<i>Hypnagogic and/or hypnopompic voices</i>)	4	Suara muncul kapan saja	
3	Frekuensi (<i>Frequency</i>)	3	Muncul ≥ 1 kali per jam	
4	Durasi (<i>Duration</i>)	3	Berlangsung ≥ 1 jam	
5	Lokasi (<i>Location</i>)	3	Suara dari luar kepala, dekat telinga	
6	Kekerasan suara (<i>Loudness</i>)	3	Lebih keras dari suara pasien	
7	Asal usul suara (<i>Origin of the voices</i>)	4	Pasien yakin suara berasal dari luar dirinya	
8	Konten negatif (<i>Negative content</i>)	2	Lebih sering tetapi kurang dari setengah isi suara bersifat tidak menyenangkan, negatif atau mengganggu	
9	Tingkat keparahan konten negatif (<i>Severity of negative content</i>)	2	Suara mengatakan hal negatif atau tidak menyenangkan tentang perilaku pasien atau keluarganya, tetapi bukan menyerang diri pasien secara langsung	
10	Frekuensi kesusahan atau penderitaan (<i>Frequency of distress or suffering</i>)	3	Distres muncul hampir setiap saat	
11	Tingkat keparahan penderitaan atau kesusahan (<i>Intensity of distress or suffering</i>)	3	Distres berat namun masih tertahankan	
12	Gangguan terhadap fungsi sehari-hari (<i>Interference with daily functioning</i>)	3	Fungsi terganggu berat, perlu perawatan	
13	Kontrol (<i>Control</i>)	4	Tidak mampu mengendalikan suara	
14	Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	3	Kecemasan hampir setiap saat	
15	Gangguan dalam berpikir (<i>Interference with thinking</i>)	3	Gangguan berpikir hampir terus-menerus	
16	Suara orang pertama, kedua, ketiga (<i>1st, 2nd or 3rd person voices</i>)	Pertama (<i>1st</i>)	0	Tidak ada
		Kedua (<i>2nd</i>)	1	Ada (2 suara memerintah pasien)
		Ketiga (<i>3rd</i>)	1	Ada (1 suara membicarakan pasien)

Sumber: Data primer hasil pengukuran menggunakan *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) sebelum penerapan *Calm down methods* (2026).

b. Hasil *Post-test Auditory Vocal Halutination Rating Scale* (AVHRS)

Tabel 5. *Post-test Auditory Vocal Halutination Rating Scale* (AVHRS)

No	Item Penilaian	Skor	Keterangan	
1a	Jumlah suara (<i>Number of voices</i>)	1	Pasien mendengar satu suara	
1b	Secara terpisah atau bersamaan (<i>Separately or simultaneously</i>)	1	Tidak relevan (satu suara)	
2	Suara hipnagogik dan/atau hipnopompik (<i>Hypnagogic and/or hypnopompic voices</i>)	2	Suara hanya muncul saat bangun tidur	
3	Frekuensi (<i>Frequency</i>)	2	Suara muncul ≥ 1 kali per hari	
4	Durasi (<i>Duration</i>)	1	Suara hanya berlangsung beberapa detik	
5	Lokasi (<i>Location</i>)	2	Suara dirasakan dari dalam & luar kepala	
6	Kekerasan suara (<i>Loudness</i>)	1	Suara lebih pelan dari suara pasien	
7	Asal usul suara (<i>Origin of the voices</i>)	3	Pasien masih menganggap suara dari luar, namun mulai ragu	
8	Konten negatif (<i>Negative content</i>)	1	Isi negatif hanya muncul sesekali	
9	Tingkat keparahan konten negatif (<i>Severity of negative content</i>)	1	Isi suara tidak menyerang diri pasien/keluarga	
10	Frekuensi kesusahan atau penderitaan (<i>Frequency of distress or suffering</i>)	1	Distres muncul $< 50\%$ waktu	
11	Tingkat keparahan penderitaan atau kesusahan (<i>Intensity of distress or suffering</i>)	1	Distres ringan	
12	Gangguan terhadap fungsi sehari-hari (<i>Interference with daily functioning</i>)	1	Gangguan fungsi ringan	
13	Kontrol (<i>Control</i>)	2	Pasien kadang mampu mengendalikan suara	
14	Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	1	Kecemasan jarang muncul	
15	Gangguan dalam berpikir (<i>Interference with thinking</i>)	1	Gangguan pikir minimal	
16	Suara orang pertama, kedua, ketiga (<i>1st, 2nd or 3rd person voices</i>)	Pertama (<i>1st</i>)	0	Tidak ada
		Kedua (<i>2nd</i>)	1	Ada, satu suara
		Ketiga (<i>3rd</i>)	0	Tidak ada

Sumber: Data primer hasil pengukuran menggunakan *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) setelah penerapan *calm down methods* (2026).

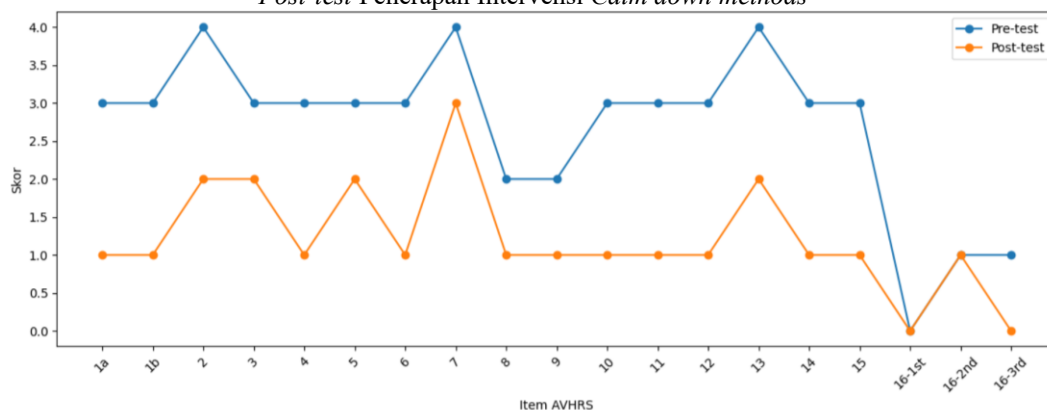
c. Perbandingan Hasil *Pre-test* dan *Post-test* AVHRS

Tabel 6. Perbandingan Hasil *Pre-test* dan *Post-test* AVHRS Pada Tn. Y.S

Item AVHRS	Aspek Klinis dan Psikososial	Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi	Interpretasi Klinis
Jumlah suara	Persepsi sensori dan beban stimulus internal	Mendengar 2 suara, kadang bersamaan	Mendengar 1 suara	Beban stimulus internal berkurang, pasien lebih fokus pada lingkungan nyata
Waktu kemunculan (hipnagogik/hipnopompik)	Regulasi kesadaran dan transisi tidur–bangun	Suara muncul kapan saja	Muncul terutama saat bangun tidur	Kemunculan lebih terprediksi dan lebih mudah dikendalikan
Frekuensi	Regulasi emosi dan stabilitas lingkungan terapeutik	≥ 1 kali per jam	≥ 1 kali per hari	Intensitas paparan stimulus internal menurun signifikan
Durasi	Kemampuan koping dan ketahanan emosi	≥ 1 jam per episode	Beberapa detik	Pasien lebih mampu menghentikan atau mengalihkan respons terhadap suara
Lokasi suara	<i>Reality monitoring</i> dan persepsi diri	Dari luar kepala	Dalam dan luar kepala	Mulai muncul keraguan terhadap atribusi eksternal suara
Kekerasan suara	Tingkat aktivasi emosional	Lebih keras dari suara sendiri	Lebih pelan dari suara sendiri	Aktivasi emosional menurun, respons lebih adaptif
Asal usul suara	Insight dan kontrol kognitif	Sangat yakin berasal dari luar diri	Mulai ragu berasal dari luar diri	Peningkatan kesadaran diri dan kontrol kognitif
Konten negatif	Lingkungan aman dan komunikasi suportif	Negatif muncul cukup sering	Negatif muncul sesekali	Dampak emosional suara berkurang
Tingkat keparahan konten	Distres psikologis	Kritik terhadap pasien/keluarga	Tidak menyerang	Distres psikologis menurun
Frekuensi distress	Regulasi emosi	Hampir setiap saat	< 50% waktu	Distres lebih jarang dan lebih terkendali
Intensitas distress	Ketahanan emosi	Distres berat	Distres ringan	Peningkatan toleransi emosi pasien
Gangguan fungsi harian	Fungsi adaptif dan kualitas hidup	Gangguan berat	Gangguan ringan	Peningkatan partisipasi aktivitas sehari-hari
Kontrol terhadap suara	<i>Self-control</i> dan strategi koping	Tidak mampu mengendalikan	Kadang mampu mengendalikan	Peningkatan kontrol diri dan strategi adaptif
Kecemasan	Keamanan emosional	Hampir setiap saat	Jarang muncul	Lingkungan terapeutik lebih menenangkan
Gangguan berpikir	Fungsi kognitif	Hampir terus-menerus	Minimal	Peningkatan kejernihan berpikir
Jenis suara (1st/2nd/3rd person)	Kompleksitas pengalaman halusinasi	Ada suara ke-2 dan ke-3	Hanya suara ke-2	Kompleksitas halusinasi berkurang

Sumber: Data primer hasil pengukuran menggunakan *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS)* setelah penerapan *calm down methods* (2026).

Grafik 2. Hasil Pengukuran *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS)* Pre-test dan Post-test Penerapan Intervensi *Calm down methods*



Sumber: Data primer hasil pengukuran *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS)* pre-test dan post-test yang diolah oleh peneliti (2026).

Berdasarkan Grafik 2, terlihat adanya penurunan skor AVHRS yang konsisten pada hampir seluruh item setelah penerapan *Calm down methods*. Pada fase pre-test, skor AVHRS menunjukkan tingkat keparahan halusinasi pendengaran yang tinggi, ditandai dengan skor tinggi pada frekuensi, durasi, kekerasan suara, asal suara, distress, gangguan fungsi, kecemasan, serta kontrol yang rendah terhadap halusinasi. Setelah intervensi, skor post-test mengalami penurunan bermakna pada sebagian besar item, yang mencerminkan berkurangnya intensitas dan frekuensi halusinasi, menurunnya konten dan keparahan isi negatif, serta penurunan distress emosional dan gangguan fungsi sehari-hari. Selain itu, terjadi perbaikan pada aspek kontrol pasien terhadap suara dan berkurangnya kompleksitas jenis halusinasi, yang ditunjukkan dengan hilangnya suara orang ketiga dan menetapnya suara orang kedua dengan intensitas lebih ringan. Secara keseluruhan, grafik ini menunjukkan bahwa *Calm down methods* efektif dalam menurunkan tingkat keparahan dan dampak halusinasi pendengaran pada pasien.

B. Pembahasan

1. Kondisi Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran Sebelum Intervensi *Calm Down Methods*

Sebelum penerapan *calm down methods*, Tn. Y.S menunjukkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran yang menonjol baik secara subjektif maupun objektif, seperti mendengar suara bisikan tanpa rangsang eksternal, distorsi sensorik, respons tidak sesuai, serta perilaku berbicara dan tertawa sendiri. Kondisi ini mencerminkan dominasi stimulus internal yang memengaruhi persepsi dan perilaku pasien dalam aktivitas sehari-hari. Temuan ini sejalan dengan literatur yang menyatakan bahwa halusinasi pendengaran pada skizofrenia sering muncul saat stimulus eksternal minimal, sehingga pengalaman internal menjadi lebih dominan dan sulit dikendalikan (Townsend & Morgan, 2021; Stuart, 2021).

Selain gejala mayor, pasien juga menunjukkan gejala minor berupa menarik diri, melamun, konsentrasi buruk, mondar-mandir, dan perasaan kesal. Pola ini menunjukkan bahwa halusinasi pendengaran tidak hanya berdampak pada persepsi sensorik, tetapi juga mengganggu fungsi kognitif dan regulasi emosi, yang berkontribusi terhadap penurunan kualitas interaksi sosial dan aktivitas fungsional pasien. Halusinasi yang persisten diketahui berkaitan dengan gangguan pemrosesan emosional dan sensorik yang memicu distress psikologis serta menurunkan kemampuan mempertahankan perhatian dan kontrol diri (Dewan et al., 2024; Thongsalab et al., 2023).

Hasil *pre-test* AVHRS memperkuat temuan tersebut dengan menunjukkan tingkat keparahan halusinasi yang tinggi, ditandai oleh frekuensi dan durasi suara yang sering dan lama, intensitas suara yang kuat, keyakinan terhadap asal suara eksternal, distress berat, serta gangguan fungsi sehari-hari yang signifikan. Tingginya skor pada dimensi kontrol menunjukkan keterbatasan strategi koping pasien dalam mengelola stimulus internal secara adaptif. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan bahwa pasien skizofrenia sering mengalami atribusi eksternal terhadap suara akibat defisit *reality monitoring*, sehingga mengalami kesulitan dalam mengendalikan dan melawan halusinasi (Perret et al., 2021; Damiani et al., 2022).

2. Pengaruh *Calm Down Methods* terhadap Perubahan Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Penerapan *calm down methods* selama enam hari menunjukkan penurunan bertahap pada tanda dan gejala halusinasi pendengaran, khususnya pada gejala objektif seperti distorsi sensorik, respons tidak sesuai, melamun, mondar-mandir, dan berbicara

sendiri. Pola perbaikan ini mencerminkan peningkatan kemampuan pasien dalam mengalihkan perhatian dari stimulus internal ke stimulus lingkungan melalui aktivitas yang bersifat menenangkan dan suportif. Temuan ini sejalan dengan prinsip Safewards yang menekankan stabilisasi emosi dan penciptaan rasa aman sebagai dasar pengendalian gejala psikotik dan pencegahan konflik di ruang perawatan jiwa (Mullen et al., 2022; Cranage & Foster, 2022).

Meskipun suara bisikan masih dilaporkan hingga hari keenam, intensitas dan dampaknya terhadap perilaku pasien berkurang secara bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa *calm down methods* tidak hanya berfokus pada penghilangan gejala, tetapi juga pada peningkatan kemampuan pasien dalam mengelola respons emosional dan perilaku terhadap pengalaman halusinasi. Pendekatan ini konsisten dengan konsep *recovery-oriented care* yang menekankan peningkatan fungsi, kontrol diri, dan kualitas hidup sebagai indikator utama keberhasilan intervensi keperawatan jiwa (Maj et al., 2021; Dickens et al., 2022).

3. Efektivitas *Calm Down Methods* sebagai Intervensi Keperawatan Jiwa

Efektivitas *calm down methods* tercermin dari penurunan skor AVHRS pada hampir seluruh dimensi setelah intervensi, meliputi frekuensi, durasi, intensitas suara, distress emosional, kecemasan, dan gangguan terhadap fungsi sehari-hari, serta peningkatan kemampuan kontrol pasien terhadap halusinasi. Perubahan ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis regulasi emosi dan distraksi positif dapat memodulasi respons psikologis pasien terhadap stimulus internal secara adaptif. Hasil ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa intervensi keperawatan nonfarmakologis berbasis relaksasi dan dukungan emosional berkontribusi signifikan terhadap penurunan keparahan halusinasi pendengaran (Ke et al., 2022; Janzarik et al., 2022).

Selain itu, *calm down methods* juga berperan dalam menurunkan emosi negatif dan meningkatkan coping adaptif pasien melalui penguatan hubungan terapeutik dan keterlibatan aktif pasien dalam proses perawatan. Pendekatan yang berfokus pada ketenangan, komunikasi suportif, dan partisipasi pasien terbukti meningkatkan rasa kontrol dan keamanan emosional, yang merupakan komponen penting dalam praktik keperawatan jiwa berbasis pemulihan. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menekankan pentingnya lingkungan terapeutik dan dukungan interpersonal dalam meningkatkan hasil klinis pasien dengan gangguan psikotik (Ventosa-Ruiz et al., 2024; Thongsalab et al., 2023).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penerapan *calm down methods* berbasis model Safewards memberikan kontribusi positif dalam mengontrol tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada pasien Tn. Y.S dengan skizofrenia. Temuan ini didukung oleh hasil observasi klinis berdasarkan indikator Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang menunjukkan penurunan bertahap jumlah tanda dan gejala selama enam hari intervensi, serta oleh hasil pengukuran *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) yang memperlihatkan penurunan skor pada hampir seluruh dimensi penilaian, meliputi frekuensi, durasi, intensitas suara, tingkat distress emosional, kecemasan, gangguan fungsi sehari-hari, dan kemampuan kontrol diri pasien terhadap halusinasi.

Penerapan *calm down methods* selama sesi intervensi berdurasi 15–30 menit terbukti membantu pasien dalam meningkatkan regulasi emosi, mengalihkan perhatian dari stimulus internal ke stimulus lingkungan, serta memperkuat strategi koping adaptif. Hal ini tercermin dari berkurangnya perilaku melamun, mondar-mandir, dan respons tidak sesuai, serta meningkatnya partisipasi pasien dalam aktivitas dan interaksi dengan lingkungan perawatan. Dengan demikian, intervensi ini tidak hanya berdampak pada aspek persepsi sensori, tetapi juga pada fungsi psikososial dan kualitas hidup pasien secara umum.

B. Saran

1. Bagi Praktik Keperawatan Jiwa

Calm down methods disarankan untuk diterapkan secara konsisten sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologis pada pasien dengan halusinasi pendengaran, khususnya dalam upaya menurunkan distress, kecemasan, dan risiko eskalasi perilaku. Perawat diharapkan mampu mengintegrasikan intervensi ini dalam praktik sehari-hari sesuai dengan prinsip model Safewards.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan disarankan untuk mendukung penerapan *calm down methods* melalui penyusunan standar operasional prosedur (SOP), pelatihan perawat, serta penciptaan lingkungan perawatan yang aman dan terapeutik guna menunjang efektivitas intervensi keperawatan jiwa.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan desain dengan jumlah sampel yang lebih besar dan durasi intervensi yang lebih panjang, serta membandingkan *calm down methods* dengan intervensi keperawatan lain. Selain itu, pengukuran dampak jangka panjang terhadap kualitas hidup dan angka kekambuhan pasien perlu dipertimbangkan untuk memperkuat bukti efektivitas intervensi ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Almulla, A. F., Supasitthumrong, T., & Maes, M. (2020). Neuro-immune pathways and schizophrenia: A narrative review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2051–2066. <https://doi.org/10.2147/NDT.S262709>
- Cavelti, M., Thompson, K. N., & Strauss, C. (2022). Voice-hearing experiences outside psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 48(2), 277–289. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab097>
- Chen, J., Sun, Y., & Li, X. (2022). Auditory verbal hallucinations: Phenomenology and clinical implications. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 874215. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.874215>
- Cho, S. J., Kim, S. J., & Park, J. I. (2020). Epidemiology and clinical characteristics of schizophrenia. *Journal of Korean Medical Science*, 35(42), e345. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e345>
- Cranage, K., & Foster, C. (2022). Calm down methods in Safewards: Reducing distress on mental health wards. *Mental Health Practice*, 25(3), 14–20. <https://doi.org/10.7748/mhp.2022.e1645>
- Cuevas-Esteban, J., Sanchez-Gutierrez, T., & Moreno-Küstner, B. (2022). Seclusion and restraint in psychiatry: Ethical and clinical considerations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 87–96. <https://doi.org/10.1111/inm.12920>
- Damiani, S., Donadeo, A., Bassetti, N., Guiot, C., Politi, P., & Fusar-Poli, P. (2022). Understanding source monitoring subtypes and their relation to psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 76(5), 162–171. <https://doi.org/10.1111/pcn.13338>
- Dewan, M., Daniels, E. C., Hunt, J., Bryant, E. K. R., Trikeriotis, S. I., Kelly, D. L., & Waltz, J. A. (2024). Aberrant salience signaling in auditory processing in schizophrenia: Evidence for abnormalities in both sensory processing and emotional reactivity. *Schizophrenia Research*, 274, 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.09.026>
- Dickens, G. L., Sugarman, P. A., & Walker, L. (2020). Safewards impact on conflict and containment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Dickens, G., Maqbali, M., Blay, N., Hallett, N., Ion, R., Lingwood, L., & Tabvuma, T. (2022). Randomized controlled trials of mental health nurse-delivered interventions: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(3), 341–360. <https://doi.org/10.1111/jpm.12881>
- Frajerma, A., Kebir, O., & Schürhoff, F. (2023). Auditory hallucinations and aggressive behavior in schizophrenia. *European Psychiatry*, 66(1), e12. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.7>
- Habibi, M., Ghadirian, F., & Mohammadi, M. R. (2022). Social stigma and negative symptoms in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 22, 468. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04092-9>
- Hallett, N., & McLaughlin, A. (2022). Compassionate communication in Safewards interventions. *Nursing Standard*, 37(4), 45–51. <https://doi.org/10.7748/ns.2022.e12047>
- Hegde, S., Rao, N. P., & Venkatasubramanian, G. (2023). Schizophrenia: Current concepts and future directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(Suppl 1), S12–S20. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_142_23
- Jenner, J. A., & Van de Willige, G. (2002). *Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS)*. University Medical Center Groningen, University Center for Psychiatry. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t77200-000>
- Kanwal, N., Kiran, T., & Zafar, A. (2022). Genetic heritability of schizophrenia: A review. *Psychiatric Genetics*, 32(4), 145–152. <https://doi.org/10.1097/YPG.0000000000000316>

- Konttila, J., Pitkänen, A., & Välimäki, M. (2020). Mindfulness-based interventions in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(6), 708–719. <https://doi.org/10.1111/jpm.12639>
- Lakeman, R., Hurley, J., & Giles, T. (2022). Emotional support and calming strategies in mental health nursing. *Nursing Ethics*, 29(4), 1076–1087. <https://doi.org/10.1177/09697330211060891>
- Maj, M., Os, J., Binder, M., Gäebel, W., Galderisi, S., Green, M., & Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 20(1), 4–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20809>
- Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Chan, R. C. K. (2023). Voice hearing and social functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 49(1), 92–101. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac152>
- Martinotti, G., Di Nicola, M., & Janiri, L. (2020). Negative symptoms and quality of life in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 25(1), 85–93. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001015>
- Mullen, A., Maguire, T., & O'Donnell, M. (2022). Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(5), 1090–1108. <https://doi.org/10.1111/inm.13001>
- Nielsen, M. Ø., Rostrup, E., & Glenthøj, B. (2022). Disorganized thinking in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 240, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.12.021>
- Paradis-Gagné, E., Giguère, C. É., & Lavoie, S. (2021). Creating calming environments in psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 851–860. <https://doi.org/10.1111/jpm.12689>
- Perret, M., Lavallé, L., Haesebaert, F., Suaud-Chagny, M., Brunelin, J., & Mondino, M. (2021). Neuroanatomical correlates of reality monitoring in patients with schizophrenia and auditory hallucinations. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2234>
- PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1, Cetakan III, Revisi). Jakarta: PPNI.
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., & Vigo, D. V. (2020). Mental disorders: Classification and diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 522–531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30129-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30129-7)
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Sun, Y., Zhang, D., & He, H. (2022). Neurotransmitter imbalance in schizophrenia. *Neuroscience Bulletin*, 38(3), 329–340. <https://doi.org/10.1007/s12264-021-00731-2>
- Thongsalab, J., Yunibhand, J., & Uthis, P. (2023). Recovery-oriented nursing service for people with schizophrenia in the community: An integrative review. *Belitung Nursing Journal*, 9(3), 198–208. <https://doi.org/10.33546/bnj.2632>
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (10th ed.). F. A. Davis Company.
- TÖRE, A. (2023). Genetic vulnerability and schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(4), 197–205. <https://doi.org/10.1111/pcn.13471>
- Ventosa-Ruiz, A., Moreno-Poyato, A., Cañete-Massé, C., Rolduà-Ros, J., Feria-Raposo, I., Campoverde, K., & Llobet, M. (2024). Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(3), 575–590. <https://doi.org/10.1111/jpm.13133>
- Whitford, T. J., Ford, J. M., & Mathalon, D. H. (2025). Auditory hallucinations and behavioral responses. *Biological Psychiatry*, 97(3), 210–219.
- Wu, H., Deng, L., & Zhao, L. (2021). Brain structure and function in schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 76–88. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.021>

- Zhang, Y., Wang, J., & Li, Q. (2022). Functional connectivity abnormalities in auditory hallucinations. *Human Brain Mapping*, 43(4), 1234–1245. <https://doi.org/10.1002/hbm.25754>
- Zhuo, C., Li, G., & Lin, X. (2020). Neural mechanisms of auditory hallucinations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 99, 109856. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109856>