

**ELEMEN RUANG DALAM PADA FASILITAS RAWAT INAP  
RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA  
DI BATU BERDASARKAN ASPEK KEAMANAN**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan  
memperoleh gelar Sarjana Teknik

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**



Disusun oleh :

**AZHARI AZIZAH RIFQI  
NIM. 105060501111008**

**KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS TEKNIK  
JURUSAN ARSITEKTUR  
2015**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
520 SOUTH EAST ASIAN AVENUE  
CHICAGO, ILLINOIS 60607  
TEL: (773) 835-3200  
WWW.CHEM.UCHICAGO.EDU

MEMBER INFORMATION

MEMBERSHIP NUMBER: 123456789  
EXPIRES: 12/31/2023



MEMBER NAME: JOHN DOE  
ADDRESS: 123 MAIN ST  
CITY: CHICAGO, IL 60601

MEMBER SERVICES

1. Access to all journals  
2. Free access to the library  
3. Free access to the database

1. Free access to the database  
2. Free access to the library  
3. Access to all journals

**QUESTION**  
A 45-year-old male patient with a long history of alcohol abuse presents to the emergency department with acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion. The patient's vital signs are stable, and physical examination reveals a tender abdomen with mild distention. Laboratory studies show a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history is significant for chronic alcoholism, hypertension, and type 2 diabetes mellitus. The patient's family reports that the patient has been drinking heavily for the past several weeks. The patient's physical examination is notable for a tachycardia and a mild respiratory distress. The patient's laboratory studies are significant for a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history is significant for chronic alcoholism, hypertension, and type 2 diabetes mellitus. The patient's family reports that the patient has been drinking heavily for the past several weeks. The patient's physical examination is notable for a tachycardia and a mild respiratory distress.

**ANSWER**  
The patient's presentation is consistent with acute alcoholic ketoacidosis (AOKA). The key features include acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion, along with a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history of chronic alcoholism and the family report of heavy drinking in the past several weeks further support this diagnosis.

**EXPLANATION**  
Acute alcoholic ketoacidosis (AOKA) is a life-threatening condition that occurs in patients with a long history of alcohol abuse. It is characterized by acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion, along with a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history of chronic alcoholism and the family report of heavy drinking in the past several weeks further support this diagnosis.

**QUESTION**  
A 45-year-old male patient with a long history of alcohol abuse presents to the emergency department with acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion. The patient's vital signs are stable, and physical examination reveals a tender abdomen with mild distention. Laboratory studies show a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history is significant for chronic alcoholism, hypertension, and type 2 diabetes mellitus. The patient's family reports that the patient has been drinking heavily for the past several weeks. The patient's physical examination is notable for a tachycardia and a mild respiratory distress. The patient's laboratory studies are significant for a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history is significant for chronic alcoholism, hypertension, and type 2 diabetes mellitus. The patient's family reports that the patient has been drinking heavily for the past several weeks. The patient's physical examination is notable for a tachycardia and a mild respiratory distress.

**ANSWER**  
The patient's presentation is consistent with acute alcoholic ketoacidosis (AOKA). The key features include acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion, along with a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history of chronic alcoholism and the family report of heavy drinking in the past several weeks further support this diagnosis.

**EXPLANATION**  
Acute alcoholic ketoacidosis (AOKA) is a life-threatening condition that occurs in patients with a long history of alcohol abuse. It is characterized by acute onset of severe abdominal pain, vomiting, and confusion, along with a serum ammonia level of 100 µg/dL, a serum lactate level of 4.5 mmol/L, and a serum acetaminophen level of 0.1 mg/L. The patient's medical history of chronic alcoholism and the family report of heavy drinking in the past several weeks further support this diagnosis.



# THE HISTORY OF THE UNITED STATES

## CHAPTER I

### THE EARLY PERIOD

#### THE DISCOVERY OF AMERICA

The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world.

It led to the

establishment of the first European colonies in North America.

The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world.

It led to the

establishment of the first European colonies in North America.

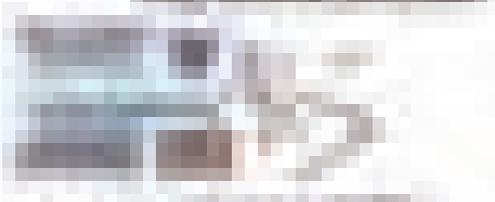
The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world.

The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world. It led to the establishment of the first European colonies in North America. The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world. It led to the establishment of the first European colonies in North America. The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world. It led to the establishment of the first European colonies in North America.

The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world. It led to the establishment of the first European colonies in North America. The discovery of America by Christopher Columbus in 1492 is one of the most important events in the history of the world. It led to the establishment of the first European colonies in North America.

## CHAPTER II

### THE REVOLUTIONARY PERIOD



#### THE DECLARATION OF INDEPENDENCE

The Declaration of Independence was adopted on July 4, 1776, and announced that the thirteen American colonies, united as the United States of America, were no longer part of the British Empire.

The Declaration of Independence was adopted on July 4, 1776, and announced that the thirteen American colonies, united as the United States of America, were no longer part of the British Empire.

The Declaration of Independence was adopted on July 4, 1776, and announced that the thirteen American colonies, united as the United States of America, were no longer part of the British Empire.

## RINGKASAN

**Azhari Azizah Rifqi**, Jurusan Arsitektur, Fakultas Teknik, Universitas Brawijaya, Desember 2014, *Elemen Ruang Dalam Pada Fasilitas Rawat Inap Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa di Batu Berdasarkan Aspek Keamanan*, Dosen Pembimbing : Rinawati P. Handajani dan Nurachmad Sujudwijono AS.

Kurangnya kapasitas Rumah Sakit Jiwa dan Panti Rehabilitasi Gangguan Jiwa mengakibatkan banyak pasien gangguan jiwa tidak mendapatkan perawatan yang baik. Oleh karena itu dibutuhkan fasilitas perawatan untuk pasien gangguan jiwa. Pada fasilitas perawatan gangguan jiwa, banyak terjadi tindakan negatif dari pasien yang membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain. Diantaranya, banyak yang memanfaatkan elemen ruang dalam untuk melakukan kekerasan atau melarikan diri. Pasien dapat gantung diri dengan memanfaatkan teralis pada kamar mandi seperti di Rumah Sakit Jiwa Kalimantan dan Surabaya. Pada rumah sakit Jiwa Lawang, pasien memanfaatkan teralis di kamar tidurnya untuk menggantung diri, selain itu pasien pada ruang IPCU RSJ Lawang juga mencoba melarikan diri melalui plafon. Pasien pada ruang ini juga terkadang membenturkan kepala ke dinding yang mengakibatkan luka karena dinding menggunakan material yang keras. Di RS Jiwa Aceh, pasien melarikan diri melalui plafond dan atap. Aspek-aspek pada elemen ruang dalam ruang pada rumah sakit jiwa dapat memberikan pengaruh negatif terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental. Seharusnya, fungsi keamanan pasien selain didapatkan dari pengawasan perawat juga bisa didapatkan dari aspek fisik melalui bangunan yang meliputinya. (Saraswati, 2003). Untuk itu, diperlukan desain elemen ruang pada bangunan berdasarkan keamanan pasien.

Pada perancangan ini, secara umum dibagi menjadi beberapa tahapan yaitu pengumpulan data, analisis, sintesis, dan pembahasan hasil rancangan. Pada tahap pengumpulan data yaitu mengumpulkan data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dengan survei lapangan pada tapak perancangan, survei pada Rumah Sakit Jiwa dan fasilitas sejenis (Panti Rehabilitasi), wawancara dengan perawat/ pengelola Rumah Sakit Jiwa/ Panti Rehabilitasi, serta dokumentasi mengenai bangunan sejenis beserta elemen-elemen ruang di dalamnya. Data sekunder didapatkan dari literatur atau karya ilmiah mengenai gangguan jiwa, klasifikasi pasien gangguan jiwa, penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, dan kriteria elemen ruang pada ruang rawat inap pasien gangguan jiwa. Studi komparasi dilakukan pada bangunan sejenis dengan melihat kelebihan dan kekurangan elemen ruang yang ada.

Tahapan selanjutnya yaitu analisis mengenai perilaku pasien, klasifikasi pasien, dan menganalisis kriteria elemen ruang yang didapatkan dari standard dan karya ilmiah. Desain dan material elemen ruang akan dianalisis sesuai dengan klasifikasi pasien dan perilaku/ karakteristik pasien sehingga elemen ruang akan memberikan keamanan bagi pasien. Pembuatan konsep setelah analisis dilakukan untuk mendapatkan gambaran hasil desain yang akan dirancang. Setelah mendapatkan hasil desain, tahapan selanjutnya yaitu pembahasan hasil desain untuk mengetahui apakah hasil desain sudah sesuai dengan analisis dan konsep desain pada tahapan sebelumnya.

Pada desain, dihasilkan tiga jenis ruang pasien yaitu ruang pasien golongan *depressed*, *semi-depressed*, dan *co-operative*. Elemen ruang pada ruang golongan *depressed* memiliki tingkat keamanan yang paling tinggi sedangkan elemen ruang pada ruang golongan *co-operative* memiliki tingkat keamanan yang paling rendah. Pada ruang inap pasien golongan *depressed*, aspek keamanan didapatkan dari ketinggian plafon yang tidak dapat dijangkau pasien, perabot yang permanen terhadap lantai, tidak terdapat perbedaan ketinggian pada lantai, lantai

menggunakan material tidak licin dan lunak, serta adanya pelapis dinding yang lunak untuk keamanan pasien. Pada ruang inap pasien *semi-depressed*, dinding sudah tidak menggunakan pelapis yang lunak, perabot tidak permanen tetapi sulit dipindahkan, ketinggian plafon dapat dijangkau pasien dan plafon menggunakan material yang kuat dan tidak mudah rusak. Pengamanan paling minimal terdapat pada ruang inap pasien *co-operative*. Pasien pada golongan ini sudah tidak berbahaya, pengamanan lebih dibutuhkan pada ruang yang tidak terjangkau perawat, yaitu ruang tidur dan kamar mandi.

Kata kunci : ruang rawat inap, gangguan jiwa, elemen ruang, keamanan



## SUMMARY

**Azhari Azizah Rifqi**, Jurusan Arsitektur, Fakultas Teknik, Universitas Brawijaya, Desember 2014, *Interior Element at Inpatient Room Facility of Mental Illness Treatment and Rehabilitation Center in Batu based on The Safety Aspect*, Academic Supervision : Rinawati P. Handajani dan Nurachmad Sujudwijono AS.

The lack of capacity in Mental Hospital and Mental Health Facilities causes mental illness patient didn't get the best treatment. Because of that, it needs more mental health facilities for mental illness patients. There are many negative behavior from the patient that was dangerous for them self or another people. For the examples, they use the room element to hurt them self or another patient and get out from the room patient. For the examples, in Kalimantan and Surabaya Mental Hospital, the patients use trellis in the bathroom to hang on them self. In the Lawang Mental Hospital, patients use trellis in the bedroom to hang on them self and they break the ceiling to get out from the room. They sometime ramming their head to the wall that can make them hurt (because the wall use hard material). In Aceh Mental Hospital, patient also breaks the ceiling to get out from the room. The aspect at the room elements can be negative influences to the patient's safety. Function of patient's safety come from nurses controlling and it should be from the physics aspect from the building (Saraswati, 2003). Because of that, it needs to design the room elements based on patient safety.

At this design process, it needs some steps, first is data collection, analyse the data, synthesis, and design result discussion. At data collection step, there are primary data and seconds data. The primary data is available from survey at the site and survey at the mental Hospital or mental health facilities for rehabilitation, interview with the nurses/ Mental Hospital manager, and alsodocumentation about the mental health facilities building and its room elements. The second data is available from literature or scientific work about mental illness, mental illness patient classification, about treatment and rehabilitation for mental illness, and criteria of room elements at the mental illness rooms. Comparison study at the similar buildings to know the negative and positive of each room elements.

The next step is analyse about patient behavior, patient classification, and analyse about the criteria of room elements from the standart and scientific work. The design and material of room elements will be analyse depend on the patient classification and patien behavior to get the safety for the patient. It needs to make concept to get the sketch of design result. After the design is done, the next step is evaluation of design result to know if the design is suitable with the analysis and the design concept.

At the design result, there are room patient for depressed classification, semi-depressed classification, dan co-operative inpatient room. The room elements at the depressed patient room have the highest safety aspect, beside that, the room elements at the co-operative patient room have the lowest of safety aspect. In the depressed classification's room, the safety is available from the ceiling elevation, the floor use not-slippery materials, the wall be coated by soft layer. In the semi-depressed classification's room, the wall desn't use the soft layer, use non-permanent furniture but use heavy materials, the ceiling use hard material. The minimal safety is use at the co-operative. The patient aren't dangerous anymore but it still needs safety aspect at the room that aren't visible from nurses station. For the example is privat room like the bedroom and bathroom.

Keywords : inpatient room, mental illness, room element, safety

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan skripsi ini dengan judul **“ELEMEN RUANG DALAM PADA FASILITAS RAWAT INAP RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU BERDASARKAN ASPEK KEAMANAN”**, Laporan ini diajukan untuk memenuhi tugas akhir sebagai persyaratan memperoleh gelar sarjana teknik.

Penyelesaian laporan ini tentunya tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Karena itu, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Rinawati P. Handajani, MT., selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyusunan laporan ini;
2. Bapak Ir. Nurachmad Sujudwijono AS. selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyusunan laporan ini;
3. Ibu Ir. Damayanti Asikin, MT., dan Ibu Ir. Triandi Laksmiwati., selaku dosen penguji yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam menyelesaikan laporan ini;
4. Kedua orang tua dan kakak selalu memberikan dukungan dan doanya yang tidak pernah putus;
5. Teman – teman Jurusan Arsitektur Angkatan 2010, atas masukan, dukungan, doa dan bantuannya;
6. Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiaman Wediodiningrat, Pondok Pemulihan Doulos Batu, Yayasan Pembinaan dan Kesembuhan Batin Pakis, dan Dr. Yuniar Sunarko, Sp.Kj yang telah memberikan ilmunya
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan masukanserta dukungan, baik moril maupun materiil

Penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan dan kesalahan dalam penulisan laporan ini untuk itu sekiranya mohon dimaklumi. Untuk itu saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan untuk langkah perbaikan dimasa mendatang. Semoga laporan skripsi ini dapat ini dapat membawa manfaat bagi semua.

Malang, Januari 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>SURAT PERNYATAAN ORISINILITAS SKRIPSI</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERUNTUKAN</b> .....	v
<b>RINGKASAN</b> .....	vi
<b>SUMMARY</b> .....	viii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR DIAGRAM</b> .....	xix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	7
1.4 Batasan Masalah .....	7
1.5 Tujuan .....	7
1.6 Manfaat .....	7
1.7 Kerangka Pemikiran .....	8
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Tinjauan Gangguan Jiwa	
2.1.1 Definisi Gangguan Jiwa .....	9
2.1.2 Perilaku Pasien Gangguan Jiwa .....	10
2.1.3 Kategori Pasien Gangguan Jiwa .....	13
2.2 Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa	
2.2.1 Alur Klien di Ruang Penyembuhan dan Rehabilitasi .....	16
2.2.2 Proses Terjadinya Gangguan Jiwa .....	17
2.2.3 Penyembuhan Gangguan Jiwa .....	18
2.2.4 Definisi Rehabilitasi Gangguan Jiwa .....	19
2.2.5 Fungsi Rehabilitasi Gangguan Jiwa .....	20
2.3 Aspek Keamanan	
2.3.1 Kriteria Keamanan pada Ruang .....	20



2.3.2 Persyaratan Ruang Pasien sesuai Kebutuhan Keamanan .....	24
2.4 Studi Terdahulu/ Kajian Komparasi	
2.4.1 Yayasan Pembinaan dan Kesembuhan Batin Pakis - Malang .....	26
2.4.2. Pondok Pemulihan Doulos Batu.....	27
2.4.3 Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang .....	30
2.4.4 Kesimpulan Studi Komparasi.....	33
2.5 Kerangka Teori.....	33
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Alur Berpikir .....	34
3.2 Tahapan Metode .....	35
3.3 Kerangka Metode .....	40
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Fungsi, Pelaku, Aktifitas, dan Ruang	
4.1.1 Analisis Fungsi Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa	44
4.1.2 Analisis Jumlah Pasien.....	44
4.1.3 Analisis Ruang .....	45
4.1.4 Organisasi Ruang .....	65
4.2 Tinjauan Lokasi	
4.2.1 Kriteria Pemilihan Lokasi .....	67
4.2.2 Tinjauan Umum Lokasi.....	67
4.2.3 Tinjauan Mengenai Rencana Pengembangan Kawasan Kota .....	69
4.3 Analisis Tapak dan Bnagunan	
4.3.1 Deskripsi Umum Tapak.....	69
4.3.2 Zonifikasi Tapak .....	71
4.3.3 Analisis Kebisingan .....	72
4.3.4 Analisis Tata Massa .....	73
4.3.5 Analisis Bentuk Bangunan.....	76
4.3.6 Analisis Pencapaian dan Sirkulasi .....	78
4.3.7 Analisis View dan Orientasi .....	80
4.3.8 Analisis Ruang Luar .....	81
4.3.9 Analisis Vegetasi .....	82
4.3.10 Analisis Iklim.....	84
4.3.11 Analisis Kontur .....	85
4.3.12 Analisis Tampilan Bangunan.....	88

4.4 Analisis Elemen Ruang

4.4.1 Analisis Elemen Ruang pada Fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi

Gangguan Jiwa..... 89

4.4.2 Analisis Elemen Ruang pada Ruang Inap Pasien ..... 92

4.5 Konsep Perancangan

4.5.1 Konsep Fungsi dan Ruang ..... 97

4.5.2 Konsep Tapak dan Bangunan ..... 101

4.5.3 Konsep Elemen Ruang pada Ruang Inap Pasien ..... 105

4.5.4 Hasil Desain Interior Ruang Inap Depressed..... 110

4.5.5 Hasil Desain Interior Ruang Inap Semi Depressed..... 120

4.5.6 Hasil Desain Interior Ruang Inap *Co-Operative* ..... 127

**BAB V KESIMPULAN**

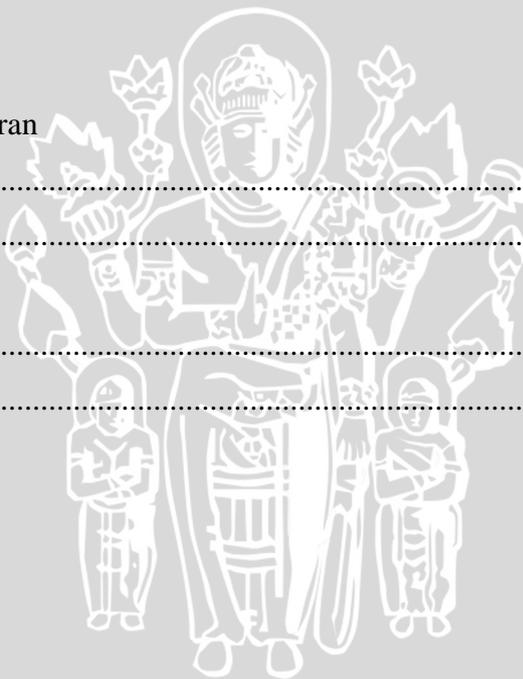
5.1 Kesimpulan dan Saran

5.1.1 Kesimpulan ..... 135

5.1.2 Saran ..... 136

**DAFTAR PUSTAKA** ..... xx

**LAMPIRAN**..... 137



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.1 Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia..... 2

Gambar 2.1 Pagar pembatas halaman ..... 27

Gambar 2.2 Tampak bangunan hunian ..... 27

Gambar 2.3 Interior ruang tidur ..... 27

Gambar 2.4 Interior ruang transisi pada hunian ..... 27

Gambar 2.5 Denah pondok Doulos, Batu ..... 28

Gambar 2.6 Eksterior Pondok Doulos Batu ..... 29

Gambar 2.7 Interior kamar pria ..... 29

Gambar 2.8 Interior kamar wanita ..... 29

Gambar 2.9 Interior kamar mandi..... 30

Gambar 2.10 Interior kamar isolasi ..... 30

Gambar 2.11 Rumah Sakit Jiwa Lawang..... 31

Gambar 2.12 Interior kamar inap intermediet..... 31

Gambar 2.13 Interior kamar mandi ruang inap intermediet ..... 31

Gambar 2.14 Interior kamar tidur ruang IPCU ..... 32

Gambar 2.15 Interior kamar mandi IPCU..... 32

Gambar 2.16 Pintu keluar bangsal IPCU..... 32

Gambar 4.1 Organisasi ruang pada fasilitas kesehatan mental..... 65

Gambar 4.2 Peta Kota Batu ..... 68

Gambar 4.3 Peta Kota Batu ..... 69

Gambar 4.4 Kondisi tapak ..... 70

Gambar 4.5 Batas batas tapak..... 70

Gambar 4.6 Ukuran tapak..... 71

Gambar 4.7 Peletakan fungsi pada tapak ..... 71

Gambar 4.8 Kebisingan pada tapak ..... 72

Gambar 4.9 Peletakan masa pada tapak..... 74

Gambar 4.10 Pola Peletakan masa pada tapak..... 75

Gambar 4.11 Peletakan masa dan bentuk bangunan pada tapak ..... 77

Gambar 4.12 Perspektif Peletakan masa dan bentuk bangunan pada tapak ..... 77

Gambar 4.13 Analisis pencapaian dan sirkulasi ..... 78

Gambar 4.14 Analisis pencapaian dan sirkulasi ..... 79

Gambar 4.15 Perspektif pencapaian dan sirkulasi ..... 79

Gambar 4.16 View keluar tapak ..... 80



Gambar 4.17 Analisis view tapak .....	80
Gambar 4.18 Ruang luar pasien rawat inap .....	81
Gambar 4.19 Analisis ruang luar pasien rawat inap .....	81
Gambar 4.20 Perspektif luar bangunan.....	82
Gambar 4.21 Vegetasi pada tapak .....	82
Gambar 4.22 Analisis vegetasi pada tapak .....	83
Gambar 4.23 Perspektif vegetasi pada tapak .....	84
Gambar 4.24 Iklim pada tapak.....	84
Gambar 4.25 Analisis iklim pada tapak .....	85
Gambar 4.26 Kondisi kontur pada tapak .....	86
Gambar 4.27 Pengolahan kontur pada tapak .....	86
Gambar 4.28 View ke dalam tapak.....	87
Gambar 4.29 Analisis view ke dalam .....	87
Gambar 4.30 Pengolahan view ke dalam tapak .....	87
Gambar 4.31 Tampilan bangunan rumah tinggal .....	88
Gambar 4.32 Tampilan bangunan pada Fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa .....	88
Gambar 4.33 Konsep Peletakan fungsi pada tapak.....	97
Gambar 4.34 Konsep ruang massa penerima.....	98
Gambar 4.35 Konsep ruang massa rawat inap <i>depressed</i> pria.....	98
Gambar 4.36 Konsep ruang massa rawat inap <i>semi-depressed</i> pria.....	98
Gambar 4.37 Konsep ruang massa rawat inap <i>co-operative</i> pria .....	98
Gambar 4.38 Konsep ruang massa rawat inap <i>depressed</i> wanita .....	98
Gambar 4.39 Konsep ruang massa rawat inap <i>semi-depressed</i> wanita .....	99
Gambar 4.40 Konsep ruang massa rawat inap <i>co-operative</i> wanita .....	99
Gambar 4.41 Konsep ruang massa rehabilitasi.....	99
Gambar 4.42 Konsep ruang massa instalasi dapur dan cuci .....	99
Gambar 4.43 Konsep ruang massa mushola .....	99
Gambar 4.44 Konsep ruang massa asrama .....	100
Gambar 4.45 Denah ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	110
Gambar 4.46 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	110
Gambar 4.47 Denah ruang tidur rawat inap <i>depressed</i> .....	111
Gambar 4.48 Denah ruang tidur rawat inap <i>isolasi</i> .....	111
Gambar 4.49 Potongan ruang rawat inap <i>isolasi</i> .....	112

Gambar 4.50 Perspektif ruang tidur rawat inap <i>isolasi</i> .....	112
Gambar 4.51 Potongan ruang tidur rawat inap <i>depressed</i> .....	113
Gambar 4.52 Perspektif ruang tidur rawat inap <i>depressed</i> .....	113
Gambar 4.53 Tempat tidur pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	114
Gambar 4.54 Perspektif ruang tidur pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	114
Gambar 4.55 Ruang makan dan aktivitas pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	115
Gambar 4.56 Ruang aktivitas pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	115
Gambar 4.57 Ruang makan pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	115
Gambar 4.58 Kursi makan dan sofa pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	116
Gambar 4.59 Perspektif ruang makan pada ruang rawat inap <i>depressed</i> .....	116
Gambar 4.60 Kursi dan meja makan pada ruang inap <i>depressed</i> .....	116
Gambar 4.61 Sofa pada ruang inap <i>depressed</i> .....	116
Gambar 4.62 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap <i>depressed</i> .....	117
Gambar 4.63 Ruang makan pada ruang inap <i>depressed</i> .....	117
Gambar 4.64 Ruang aktivitas pada ruang inap <i>depressed</i> .....	118
Gambar 4.65 Ruang makan dan aktivitas pada ruang inap <i>depressed</i> .....	118
Gambar 4.66 Potongan ruang makan dan aktivitas pada ruang inap <i>depressed</i> .....	119
Gambar 4.67 Perspektif kamar mandi pada ruang inap <i>depressed</i> .....	119
Gambar 4.68 Denah ruang inap <i>semi depressed</i> .....	120
Gambar 4.69 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap <i>semi depressed</i> .....	120
Gambar 4.70 Denah ruang tidur pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	121
Gambar 4.71 Potongan ruang tidur pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	121
Gambar 4.72 Perspektif ruang tidur pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	122
Gambar 4.73 ruang tidur pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	122
Gambar 4.74 Denah ruang makan dan aktivitas pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	123
Gambar 4.75 Potongan ruang makan dan aktivitas pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	123
Gambar 4.76 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	124
Gambar 4.77 Kursi dan meja pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	124
Gambar 4.78 Perspektif ruang makan pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	125
Gambar 4.79 Ruang aktivitas pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	125
Gambar 4.80 Ruang makan pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	126
Gambar 4.81 Ruang makan dan aktivitas pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	126
Gambar 4.82 Perspektif kamar mandi pada ruang inap <i>semi depressed</i> .....	127
Gambar 4.83 Denah ruang inap <i>co-operative</i> .....	127

Gambar 4.84 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap <i>co-operative</i> .....	128
Gambar 4.85 Denah ruang tidur pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	128
Gambar 4.86 Potongan ruang tidur pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	129
Gambar 4.87 Perspektif ruang tidur pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	129
Gambar 4.88 Perspektif ruang tidur pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	130
Gambar 4.89 Ruang tidur pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	130
Gambar 4.90 Denah ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	131
Gambar 4.91 Potongan ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	131
Gambar 4.92 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	132
Gambar 4.93 Perspektif ruang makan pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	132
Gambar 4.94 Ruang aktivitas pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	133
Gambar 4.95 Ruang makan pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	133
Gambar 4.96 Ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	134
Gambar 4.97 Perspektif kamar mandi pada ruang inap <i>co-operative</i> .....	134



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Daftar Rumah Sakit Jiwa dan Panti Rehabilitasi di Jawa Timur .....	3
Tabel 1.2 Perbedaan antara Psikosis dan Neurosis .....	4
Tabel 2.1 Sistem Kategori Pasien Gangguan Jiwa ( <i>Client Categorization System/ CCS</i> ) .....	13
Tabel 2.2 Kriteria Desain dan Material Elemen Ruang .....	22
Tabel 2.3 Komparasi Kriteria Desain Elemen Ruang .....	23
Tabel 2.4 Komparasi Kriteria Material Elemen Ruang .....	24
Tabel 2.5 Klasifikasi Jumlah Pasien Gangguan Jiwa Doulos .....	21
Tabel 4.1. Jumlah pasien berdasarkan golongan .....	45
Tabel 4.2. Fasilitas ruang pada obyek komparasi .....	46
Tabel 4.3. Kebutuhan ruang pada fasilitas penerima .....	47
Tabel 4.4. Besaran ruang pada fasilitas penerima .....	47
Tabel 4.5. Persyaratan kualitatif fasilitas penerima .....	47
Tabel 4.6 Kebutuhan ruang pada fasilitas rawat jalan .....	50
Tabel 4.7. Besaran ruang pada fasilitas rawat jalan .....	51
Tabel 4.8. Persyaratan kualitatif fasilitas rawat jalan .....	52
Tabel 4.9 Kebutuhan ruang pada fasilitas rawat inap .....	52
Tabel 4.10. Besaran ruang pada fasilitas rawat inap .....	53
Tabel 4.11. Persyaratan kualitatif fasilitas rawat inap .....	56
Tabel 4.12 Kebutuhan ruang pada fasilitas pengelola .....	56
Tabel 4.13. Besaran ruang pada fasilitas pengelola .....	57
Tabel 4.14. Persyaratan kualitatif fasilitas pengelola .....	58
Tabel 4.15 Kebutuhan ruang pada fasilitas rehabilitasi .....	58
Tabel 4.16. Besaran ruang pada fasilitas rehabilitasi .....	59
Tabel 4.17. Persyaratan kualitatif fasilitas rehabilitasi .....	59
Tabel 4.18 Kebutuhan ruang pada fasilitas dapur dan area cuci .....	60
Tabel 4.19. Besaran ruang pada fasilitas dapur dan area cuci .....	60
Tabel 4.20. Persyaratan kualitatif fasilitas dapur dan area cuci .....	61
Tabel 4.21 Kebutuhan ruang pada ruang ibadah .....	62
Tabel 4.22. Persyaratan kualitatif ruang ibadah .....	62
Tabel 4.23 Kebutuhan ruang pada fasilitas outdoor .....	62
Tabel 4.24. Besaran ruang pada fasilitas outdoor .....	63
Tabel 4.25. Persyaratan ruang pada fasilitas kesehatan mental .....	63
Tabel 4.26. Analisis vegetasi yang akan digunakan .....	83

Tabel 4.27 Elemen Ruang pada Fasilitas Kesehatan Mental.....	89
Tabel 4.28 Perilaku Pasien Berdasarkan kategori Pasien.....	91
Tabel 4.29 Konsep Perancangan.....	101



## DAFTAR DIAGRAM

Diagram 1.1 Sistematika Kerangka Pemikiran.....	8
Diagram 2.1 Alur Klien Gangguan Mental.....	16
Diagram 2.2 Sistematika Kerangka Teori.....	33
Diagram 3.1 Sistematika Kerangka Metode .....	43
Diagram 4.1 Hubungan ruang pada area penerima.....	47
Diagram 4.2 Organisasi ruang pada area penerima .....	47
Diagram 4.3 Aktifitas psikiater.....	48
Diagram 4.4 Aktifitas psikolog.....	49
Diagram 4.5 Aktifitas dokter .....	49
Diagram 4.6 Aktifitas perawat.....	49
Diagram 4.7 Aktifitas terapis.....	50
Diagram 4.8 Aktifitas pasien rawat jalan.....	50
Diagram 4.9 Hubungan ruang pada area rawat jalan.....	51
Diagram 4.10 Organisasi ruang pada area rawat jalan .....	52
Diagram 4.11 Aktifitas pasien rawat inap.....	53
Diagram 4.12 Hubungan ruang inap pasien <i>depressed</i> .....	55
Diagram 4.13 Hubungan ruang inap pasien <i>semi depressed</i> dan <i>co-operative</i> .....	55
Diagram 4.14 Organisasi ruang inap pasien <i>depressed</i> .....	55
Diagram 4.15 Organisasi ruang inap pasien <i>semi depressed</i> dan <i>co-operative</i> .....	55
Diagram 4.16 Aktifitas pengelola.....	56
Diagram 4.17 Hubungan ruang fasilitas pengelola.....	57
Diagram 4.18 Organisasi ruang fasilitas pengelola .....	58
Diagram 4.19 Hubungan ruang fasilitas rehabilitasi.....	59
Diagram 4.20 Organisasi ruang fasilitas rehabilitasi .....	59
Diagram 4.21 Hubungan ruang fasilitas dapur dan area cuci .....	61
Diagram 4.22 Hubungan ruang fasilitas dapur dan area cuci .....	61
Diagram 4.23 Hubungan ruang fasilitas ibadah.....	62
Diagram 4.24 Organisasi ruang fasilitas ibadah .....	62
Diagram 4.25 Organisasi ruang pada fasilitas kesehatan mental.....	66
Diagram 4.26 Organisasi ruang pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa .....	66

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada era globalisasi ini, terjadi kemajuan teknologi dan perekonomian yang sangat pesat. Kemajuan teknologi dan perekonomian tersebut memberikan banyak kemudahan bagi manusia sebagai dampak positifnya. Kemajuan ini tidak hanya membawa dampak yang positif, tetapi juga dampak negatif. Adanya ketimpangan dalam hal sosial dan perekonomian merupakan salah satu dampak negatif yang terjadi di masyarakat. Hal tersebut menyebabkan seseorang mengalami berbagai tekanan dalam kehidupan, seperti tekanan pekerjaan, pendidikan. Tekanan- tekanan yang dialami seseorang dapat menjadikan orang tersebut rentan mengalami stress. Stres/ depresi yang berat akan berujung pada gangguan kejiwaan. Tingkat stres yang berlebihan karena suatu sebab yang sangat mengganggu fisik dan psikis merupakan faktor utama yang dapat menyebabkan seseorang kemudian terkena gangguan jiwa.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan (Kemenkes) jumlah penderita gangguan jiwa berat (seperti gangguan bipolar (bipolar disorder), *schizophrenia*, dan schizoaffective disorder) di Indonesia diperkirakan mencapai sekitar satu juta jiwa lebih atau sekitar 0,46 persen. Gangguan jiwa berat disebut juga psikosis. Orang yang mengalami psikosis akan kehilangan kontak dengan realita sehingga penderitanya melakukan sesuatu hal diluar kesadarannya. Selain itu, diperkirakan sebanyak 19 juta jiwa atau sekitar 11,6 persen dari total penduduk Indonesia mengalami gangguan mental emosional, termasuk depresi. Gangguan mental emosional termasuk gangguan jiwa yang ringan dan tidak perlu mendapatkan perawatan secara intensif.

Data jumlah pasien gangguan jiwa di Indonesia terus bertambah. Data dari 33 rumah sakit jiwa (RSJ) di seluruh Indonesia menyebutkan hingga Oktober 2009 jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2.5 juta orang dan masih akan terus bertambah tiap tahunnya.

Jawa Timur adalah sebuah provinsi di bagian timur Pulau Jawa, Indonesia. Ibukota terletak di Surabaya. Luas wilayahnya 47.922 km<sup>2</sup>, dan jumlah penduduknya 37.476.757 jiwa (2010). Jawa Timur memiliki wilayah terluas di antara 6 provinsi di Pulau Jawa, dan memiliki jumlah penduduk terbanyak kedua di Indonesia setelah Jawa

Barat. Pada tahun 2013, Jawa Timur tetap menjadi provinsi yang memiliki jumlah penduduk terbanyak kedua yaitu 38.088.156 jiwa. (Bappeda, 2013)



Gambar 1.1 Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia.

Sumber: Rikesdas, 2013

Berdasarkan data Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, Indonesia memiliki prevalensi 1.7 permil. Sedangkan Jawa Timur memiliki prevalensi tertinggi ke enam di Indonesia yaitu 2.2 permil. Berdasarkan data jumlah penduduk Jawa Timur yaitu 38.005.413 jiwa, maka dapat disimpulkan bahwa penderita gangguan jiwa berat di Jawa Timur mencapai 83.612 jiwa.

Di Jawa Timur, hanya terdapat 4 Rumah Sakit jiwa yaitu Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat, Rumah Sakit Jiwa Wikarta Mandala, dan Rumah Sakit Jiwa Aditama Gresik. Sedangkan untuk fasilitas panti rehabilitasi terdapat sekitar 10 panti dengan kapasitas yang lebih sedikit daripada Rumah Sakit Jiwa yang ada (<http://www.allthingsnow.com>).

Jumlah kapasitas pada fasilitas kesehatan untuk gangguan jiwa tersebut masih kurang dibandingkan dengan penderita gangguan jiwa yang mencapai 83.612 jiwa. Untuk itu diperlukan fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi untuk gangguan jiwa berat (psikosis). Hal ini sesuai Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1966 tentang Kesehatan

Jiwa menyatakan bahwa pasien dengan gangguan jiwa yang terlantar mendapatkan perawatan dan pengobatan pada suatu tempat perawatan

Tabel 1.1 Daftar Rumah Sakit Jiwa dan Panti Rehabilitasi di Jawa Timur

Nama Rumah Sakit/ Panti Rehabilitasi	Kapasitas (TT)
Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya	300
Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang	700
Rumah Sakit Jiwa Wikarta Mandala Pujon	200
Rumah Sakit Jiwa Aditama Gresik	200
Panti rehabilitasi Sosial Pamardi Putra	75
Wahana Kinasih	100
Graha Panca Atma	110
Ponpes Inabah XIX	50
Yakita Surabaya	120
Puri Surabaya	75
Bapenkar	75
Komunitas Pemulihan	100
Pondok Pesantren Tebu Ireng	60
Pondok Pemulihan Doulos	120
Yayasan pembinaan dan Kesembuhan Batin Pakis	100
Griya Asih Asah Asuh	75
<b>Jumlah</b>	<b>2460</b>

Batu merupakan salah satu kota yang berada di Jawa Timur. Kondisi topografi yang bergunung-gunung dan berbukit-bukit menjadikan Kota Batu bersuhu udara rata-rata 15-24 derajat Celsius. Kota Batu berada pada ketinggian 700-1800 MPDL, dengan ketinggian tersebut pastinya kota Batu memiliki suhu dan hawanya cukup dingin, udara yang segar khas dari pegunungan. Udara yang segar pada Kota Batu dan suasana yang masih tenang sesuai untuk sarana penyembuhan penyakit mental. Menurut Dr H Shabah, udara yang segar dan sehat akan menghasilkan masyarakat yang sehat. Hal tersebut relevan dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa udara yang tidak bersih (polusi) memicu terjadinya penyakit mental.

Adapun menurut tanda dan gejala gangguan jiwa dapat di kelompokkan menjadi 2 kelompok besar, yaitu : neurosis dan psikosis.

Tabel 1.2 Perbedaan antara Psikosis dan Neurosis

No	Faktor	Psikosis	Neurosis
1	Perilaku	Gangguan terjadi pada seluruh aspek kepribadian, tidak ada kontak dengan realitas	Gangguan terjadi pada sebagian besar kepribadian, kontak dengan realitas masih ada
2	Gejala	Gejala bervariasi luas, dapat berupa waham, halusinasi, dan kadangkala berupa emosi yang berlangsung secara terus menerus	Lebih kearah gejala psikologis dan somatic yang ringan dan temporer
3	Orientasi	Penderita sering mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang	Penderita jarang mengalami disorientasi
4	pemahaman (insight)	Penderita tidak memahami bahwa dirinya sakit	Penderita mengetahui bahwa dirinya sakit
5	Resiko sosial	Penderita dapat membahayakan dirinya sendiri bahkan orang lain	Perilaku penderita jarang atau tidak membahayakan orang lain dan dirinya sendiri
6	Penyembuhan	Penderita memerlukan perawatan di rumah sakit. Kesembuhan seperti keadaan semula dan permanen sulit dicapai	Tidak begitu memerlukan perawatan di rumah sakit. Kesembuhan seperti semula dan permanen sangat mungkin untuk dicapai

Sumber: Kartono, 1986

Kelompok pasien yang memerlukan perawatan pada rumah sakit/ pada fasilitas kesehatan mental merupakan kelompok pasien psikosis. Perilaku pasien gangguan jiwa berat (psikosis) tidak seperti manusia yang sehat jiwa.

Psikosa dibagi dalam 2 penggolongan yaitu:

#### 1. Psikosa organik (*organic psychosis*)

Psikosa organik disebabkan oleh factor-faktor internal (hereditas, predisposisi, infeksi, trauma) yang mengakibatkan penderita mengalami kekalutan mental dan maladjustment. Pada umumnya penyakit psikosa disebabkan oleh gangguan pada otak serta fungsi jaringan-jaringan otak (terjadi *organic brain disorder*) yang mengakibatkan berkurang/ rusaknya fungsi-fungsi pengenalan, ingatan, intelektual,

perasaan, dan kemauan. Beratnya gangguan dan kekalutan mental tersebut bergantung pada parahnya kerusakan organik pada otak.

## 2. Psikosa fungsional (*functional psychosis*)

Psikosa fungsional disebabkan oleh factor-faktor nonorganic dan maladjustment fungsional yang berat sehingga pasien mengalami kepecahan pribadi secara total, juga menderita maladjustment intelektual serta instabilitas pada karakternya.

Pada psikosa fungsional, jika pasien menjadi agresif, sifatnya akan menjadi kasar, keras kepala dan kurang ajar, bahkan menjadi eksplosif meledak ledak, ribut, berlari lari, dan menjadi amat berbahaya. Ada kemungkinan pasien menyerang dan membunuh orang lain, atau berusaha membunuh diri sendiri (Kartono 1986: 258)

Berdasarkan data pada Rumah Sakit Jiwa, jumlah pasien yang menderita psikosa organik yaitu 15% dari seluruh pasien rawat inap dewasa. Hal ini menunjukkan bahwa 85% pasien rawat inap dewasa menderita psikosa fungsional. Oleh karena itu, pada perancangan Rumah Penyembuhan dan rehabilitasi Gangguan Jiwa ini akan mewadahi pasien dengan klasifikasi psikosa fungsional.

Penderita gangguan jiwa memungkinkan untuk melakukan hal-hal negatif yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Pada fasilitas rehabilitasi psikosis tentunya diperlukan aspek keamanan dan kontrol/pengawasan yang lebih dibandingkan fasilitas lainnya (Irfan, 2014). Oleh karena itu, diperlukan pengawasan penuh dari perawat pasien. Tetapi hal tersebut tidak dapat terpenuhi secara maksimal karena jumlah perawat yang tidak mencukupi.

Menurut data Kementerian Kesehatan RI 2013, Kota Batu memiliki rasio perawat 33.7 dari 100.000 penduduk. Target untuk Indonesia sehat yaitu 117.5 perawat per 100.000 penduduk. Hal tersebut menunjukkan bahwa Kota Batu masih jauh dibawah standar jumlah perawat untuk mencapai Indonesia sehat.

Budiana Keliat, Fakultas Ilmu Keperawatan UI menyatakan bahwa tenaga-tenaga perawat untuk mengurus penderita gangguan jiwa di panti-panti masih sangat kurang. Tenaga perawat yang kurang menyebabkan pelayanan kepada pasien menjadi tidak optimal. (2009). Jumlah perawat yang ada pada rumah sakit/ rehabilitasi yang menangani pasien gangguan jiwa sangat tidak seimbang dengan jumlah pasien (Aedil, 2009). Minimnya jumlah petugas kesehatan juga sangat memungkinkan kelalaian pengawasan pasien di ruang rawat sehingga seringkali terjadi pertengkaran oleh sesama

pasien yang menyebabkan cedera fisik bahkan berujung pada kematian pasien (Aedil, 2009). Pasien dapat gantung diri dengan memanfaatkan teralis pada kamar mandi seperti pada kasus pasien jiwa di Rumah Sakit Jiwa Kalimantan dan Surabaya (indosiar.com). Pada rumah sakit Jiwa Lawang, pasien memanfaatkan teralis di kamar tidurnya untuk menggantung diri, selain itu pasien pada ruang ICU RSJ Lawang juga mencoba melarikan diri melalui plafon dengan memanfaatkan material plafon yang mudah rusak dan tidak kuat. Pasien pada ruang ini juga terkadang membenturkan kepala ke dinding yang mengakibatkan luka karena dinding menggunakan material yang keras (tidak dilapisi material yang lunak). Di RS Jiwa Aceh, pasien melarikan diri melalui atap dengan merusak plafon dalam ruang (<http://aceh.tribunnews.com/>).

Aspek-aspek pada elemen ruang dalam ruang pada rumah sakit jiwa dapat memberikan pengaruh negatif terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental. Seharusnya, fungsi keamanan pasien selain didapatkan dari pengawasan perawat juga bisa didapatkan dari aspek fisik melalui bangunan yang meliputinya. (Saraswati, 2003). Oleh karena itu, diperlukan desain elemen ruang pada bangunan berdasarkan keamanan pasien.

Berdasarkan permasalahan tersebut, diperlukan solusi untuk mewujudkan fungsi Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa secara maksimal dengan minimnya sumber daya manusia yang ada. Elemen ruang pada bangunan harus memperhatikan aspek keamanan bagi pasien agar keamanan pasien tetap terjaga walaupun tidak ada pengawasan penuh dari petugas/ perawat.

## 1.2 Identifikasi Masalah

1. Kurangnya kapasitas Rumah Sakit Jiwa dan Panti rehabilitasi jiwa untuk menampung pasien gangguan jiwa berat
2. Sedikitnya sumber daya manusia yang ada untuk melakukan perawatan dan pengawasan terhadap pasien gangguan jiwa pada bangunan rehabilitasi gangguan jiwa
3. Pengawasan dan keamanan yang kurang pada bangunan rehabilitasi gangguan jiwa dapat membahayakan keselamatan pasien

### 1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah disebutkan, maka rumusan masalah yang ada yaitu:

Bagaimana merancang elemen ruang dalam pada fasilitas rawat inap di Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa berdasarkan aspek keamanan ?

### 1.4 Batasan Masalah

1. Perancangan elemen ruang dalam didasarkan pada aspek keamanan pasien dan perilaku pasien
2. Gangguan jiwa dibatasi pada penderita psikosa fungsional (penderita gangguan jiwa yang membutuhkan perawatan di Rumah Sakit Jiwa/ fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi jiwa)
3. Elemen ruang yang dirancang yaitu elemen ruang pada fasilitas rawat inap pria pasien gangguan jiwa karena pria lebih beresiko daripada wanita

### 1.5 Tujuan

Merancang elemen ruang dalam pada fasilitas rawat inap di rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa berdasarkan aspek keamanan pasien

### 1.6 Manfaat

1. Memberikan solusi mengenai penderita gangguan jiwa yang tidak terwadahi pada fasilitas Rumah Sakit Jiwa maupun rehabilitasi
2. Memberikan alternatif perancangan ruang pada fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa yang memberikan rasa keamanan bagi pasien
3. Meningkatkan aspek keamanan pada ruang fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa melalui aspek fisik bangunan
4. Sebagai pemecahan masalah banyaknya pasien gangguan jiwa yang tidak sebanding dengan banyaknya sumber daya manusia yang bersedia melakukan perawatan dan pengawasan kepada pasien sehingga fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi tetap bisa berfungsi secara maksimal.

## 1.7 Kerangka Pemikiran

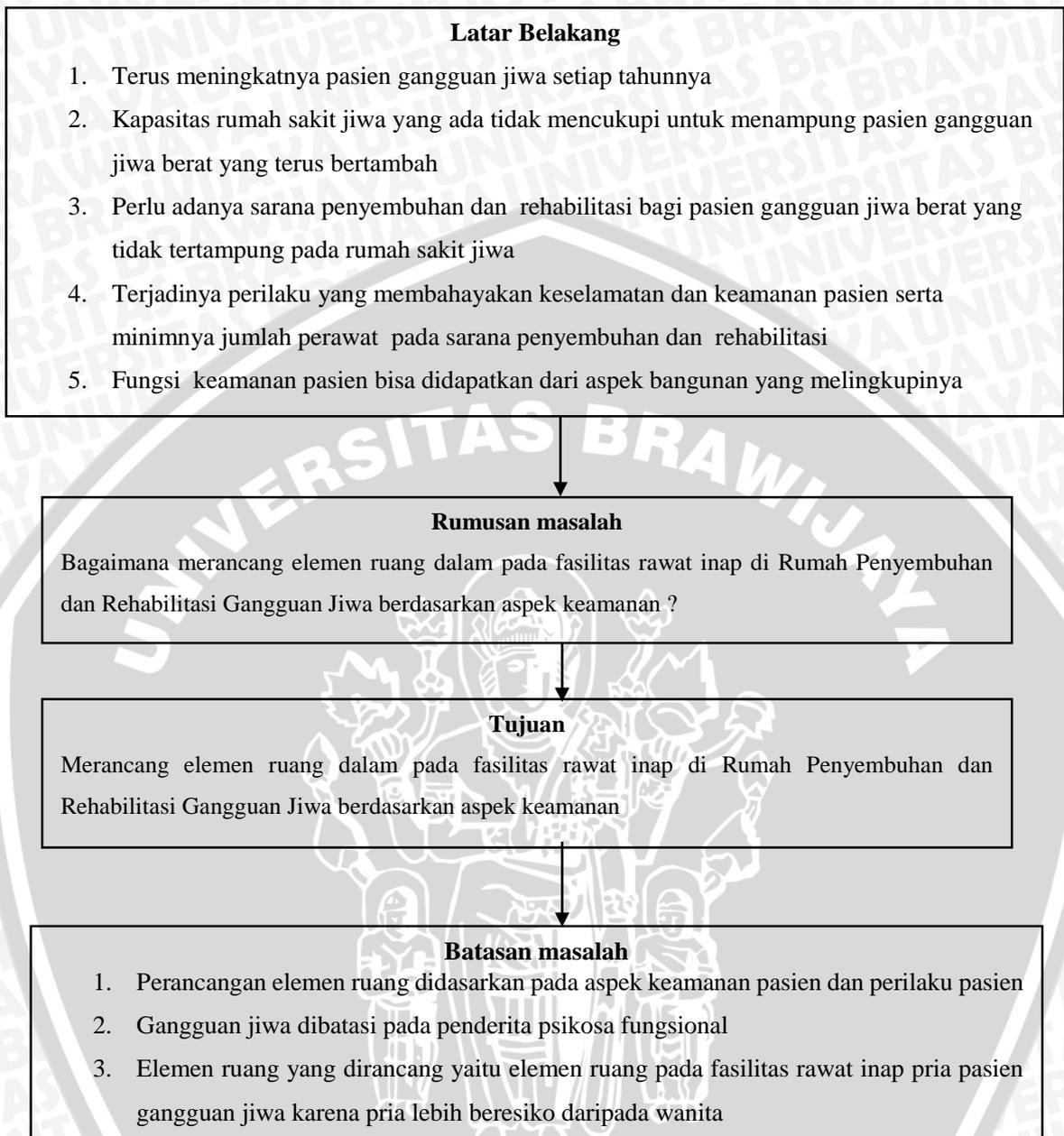


Diagram 1.1 Sistematika Kerangka Pemikiran

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### 2.1 Tinjauan Gangguan Jiwa

##### 2.1.1 Definisi Gangguan Jiwa

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1996: 290), definisi gangguan adalah halangan, rintangan, godaan, sesuatu yang menyusahkan, hal yang menyebabkan ketidakwarasan atau ketidak-normalan (tentang jiwa, kesehatan, pikitan); hal yang menyebabkan ketidaklancaran.

Masalah gangguan jiwa merupakan perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam hubungannya/ interaksi dengan orang lain (Depkes, 2003).

Gangguan jiwa adalah suatu kondisi kesehatan yang ditandai dengan adanya perubahan/ gangguan dalam berfikir, suasana hati, kemauan, atau perilaku (atau gabungan darinya) (Yosep, 2007).

Dari teori-teori tersebut dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa adalah gangguan psikis pada seseorang yang mengakibatkan ketidaknormalan perilaku yang dilakukan / ketidakwarasan.

Dalam pembahasannya Kartono (1986: 28):

Kondisi psikis seorang pasien penyakit jiwa itu dapat disamakan dengan dunia pengalaman sewaktu tidur dan bermimpi, yaitu :

1. Ada mengalir gambaran-gambaran dan peristiwa-peristiwa yang kacau balau, tidak runtut, tidak teratur. Semua itu jauh berbeda dengan runtutan fikiran dan kesadaran yang logis
2. Fantasi, perasaan, fikiran, ketakutan, kecemasan, dan harapan-harapan tampil lebih kuat; ada kelipatan intensitasnya
3. Gejala-gejala tersebut berlangsung secara berkesinambungan, kembali berulang-ulang kali, atau berlangsung dalam waktu yang lama
4. Sehingga terjadi proses pemalsuan terhadap diri sendiri (depersonalisasi) dan lingkungan atau milieu (derealisasi)

Sehubungan dengan uraian di atas, barangsiapa dalam waktu pendek bersitegang, mau menang sendiri, terus menerus dan selalu membenarkan diri sendiri saja, lalu memalsu realitas yang ada, maka perilaku tersebut tidak bedanya dengan

tingkah laku orang psikotis dengan penggunaan mekanisme pembelaan dan pelarian diri yang salah. Jika upaya pemalsuan itu hanya berlangsung pendek saja, dan orang yang bersangkutan segera menyadari sikap-sikapnya yang salah, lalu kembali pada pola-pola yang riil, maka dia disebut masih tetap sehat. Akan tetapi apabila dia terus menerus bersitegang memalsu realitas yang ada, maka dia disebut psikotis atau gila.

Dengan mengetahui teori mengenai kondisi psikis pasien gangguan jiwa, didapatkan gambaran secara umum tentang keadaan psikis pasien yang akan mempengaruhi pasien dalam berperilaku serta mengetahui sebagian latar belakang pasien dalam melakukan sesuatu.

### 2.1.2 Perilaku Pasien Gangguan Jiwa

Perilaku manusia merupakan hasil dari berbagai macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, (Sarwono, 1995).

Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya. Dari batasan ini dapat diuraikan lagi bahwa reaksi manusia dapat berbentuk macam-macam yang pada hakekatnya digolongkan menjadi dua yakni dalam bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau abstrak) dan dalam bentuk aktif (dengan tindakan konkrit). Pada dasarnya perilaku dapat diamati melalui sikap dan tindakan juga dalam sikap potensial yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi (Notoatmodjo dalam Anonim, [jtptunimus-gdl-kharisatun-5764-2-babii.pdf](#)).

Menurut Gunarsa (1995: 2), dalam usaha memahami perilaku manusia, dipakai beberapa cara, antara lain observasi. Observasi adalah melihat perilaku orang lain dan memberi arti pada perilaku serta mencari penyebab atau latar belakang timbulnya perilaku tersebut. Observasi atau pengamatan bisa dilanjutkan dengan wawancara. Wawancara bisa dilakukan langsung terhadap orang yang sedang diamati. Kalau perlu dapat pula dilakukan wawancara dengan orang lain yang ada kaitannya dengan orang yang diamati, untuk melengkapi data yang diperlukan. Agar mengerti penyebab perilaku orang lain dapat dilakukan dengan mencari bentuk perilaku yang sama pada diri sendiri dan melihat apa latar belakang yang menyebabkan terwujudnya perilaku tersebut pada diri sendiri dengan cara analogi.

Dalam hal ini perilaku pasien dibatasi pada pasien psikosis. Psikosis merupakan gangguan jiwa yang meliputi seluruh kepribadian, sehingga pasien tidak

dapat menyesuaikan diri dengan norma-norma yang ada. Dalam istilah sehari-hari, pasien psikosis disebut dengan istilah gila.

Membahas masalah tingkah laku penderita psikosis (orang gila) Kartono (1986: 215):

Tingkah laku/ perilaku penderita psikosis (orang gila) secara umum yaitu gangguan mengenai seluruh kepribadiannya (*the socially organized individual is completely disorganized*). Tidak ada interaksi sama sekali dengan lingkungan/realitas. Sifat simtomnya: Penyakitnya terus menerus dan progresif sifatnya. Partisipasi social sama sekali tidak ada (tidak ada kemampuannya) Gangguan bicara sering terjadi. Orientasi : Seringkali hilang orientasi terhadap lingkungan dan orang lain. Insight : Jarang mempunyai insight terhadap sifat-sifat dan tingkah lakunya sendiri. Sering tidak menyadari perbuatannya. Aspek sosial : Bisa berbahaya dan melukai pasien sendiri, atau menyebabkan bencana bagi masyarakat. Pada umumnya memerlukan perawatan di Rumah Sakit Jiwa.

Kartono (1986: 213) dalam pembahasannya menyebutkan bahwa psikosa fungsional terbagi menjadi 3 yaitu:

1. Skizofrenia

Pasien skizofrenia tidak memiliki atau sedikit sekali kontak dengan lingkungan. Besar kemungkinan untuk hidup menyendiri dari realitas, acuh tak acuh dan apatis. Pasien tidak memperhatikan kebersihan diri sendiri dan lingkungannya, bisa sangat berbahaya dan melukai orang-orang sekitarnya (Kartono: 262).

Aedil (2013) dalam pembahasannya tentang pasien skizofrenia menyebutkan bahwa karena pengawasan yang tidak maksimal, seringkali adanya pasien yang melarikan diri dan bertengkar dengan sesama pasien di ruang perawatan dan berpotensi melakukan kekerasan.

Skizofrenia dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Skizofrenia hebefrenik

Kesadaran pasien ini sangat terganggu dan mengalami derealisasi dan depersonalisasi berat. Terjadi regresi total dalam tingkah lakunya dan pasien menjadi kekanak-kanakan, pasien menjadi jorok dan kotor sekali, tidak mengenal sopan santun, sikap dan perilakunya menjadi kegila-gilaan, menjadi mudah tersinggung, dan kerap kali menjadi eksplosif marah tanpa sebab apapun

- b. Skizofrenia katatonik

Pasien bertingkah laku yang tidak terkendalikan oleh kemauan. Adanya gejala stupor, yaitu bisa merasa seperti terbius. Sikapnya negative dan pasif sekali, adanya keinginan untuk mati, tidak ada kontak social sama sekali, pasien bisa terus menerus membisu dalam waktu yang lama. Adanya perilaku menyerang secara fisik terhadap orang lain tanpa alasan.

### c. Skizofrenia paranoid

Gambaran Klinis didominasi oleh waham waham yang secara relative stabil, sering kali bersifat paranoid, biasanya disertai oleh halusinasi-halusinasi, terutama halusinasi pendengaran dan gangguan persepsi. Penderita diliputi macam-macam delusi dan halusinasi yang terus berganti. Pada umumnya bersikap sangat bermusuhan dengan siapapun, merasa dirinya penting. Diperlukan usaha preventif dengan menciptakan kontak social yang sehat dan baik.

### 2. Psikosa manik depresif

Pada saat gembira, penderita jadi sangat aktif, amat ribut, berlari lari, berkemungkinan merusak segala sesuatu yang dapat dijangkaunya. Kesadarannya kabur, ia tidak lagi mengenal larangan dan pantangan, ada disorientasi terhadap ruang, tempat, dan waktu. Pasien sering melakukan kekerasan, membanting dan merusak segala sesuatu yang dapat dijangkaunya. Pada stadium berat, pasien bisa melakukan serangan, kekerasan, dan usaha untuk membunuh orang lain atau bunuh diri. (Kartono, 1986: 266)

Pada saat depresif, penderita menjadi sangat sedih, banyak menangis, ketakutan dan mengalami kegelisahan, merasa tidak berguna dan disia-siakan dalam hiduonya. Ia merasa sendirian di dunia dan apatis serta melakukan usaha-usaha untuk bunuh diri. (Kartono 1986: 266-267)

### 3. Paranoia

Pasien pada umumnya menganggap dirinya memiliki bakat luar biasa. Gangguan pada umumnya terdapat rasa bersalah dan rasa inferior. Pasien paranoia terlalu sensitive sehingga sering merasa curiga dan iri hati (Kartono: 270).

Dari beberapa jenis psikosa dan perilakunya didapatkan kesimpulan mengenai perilaku gangguan jiwa berat fungsional (psikosa fungsional).

Perilaku-perilaku yang mungkin dilakukan oleh pasien psikosa yaitu:

1. Hilangnya orientasi terhadap lingkungan sekitarnya
2. Adanya kecenderungan melukai diri sendiri atau bunuh diri

3. Berperilaku kasar
4. Emosi tidak terkontrol
5. Adanya kemungkinan menyerang dan membunuh orang lain
6. Tidak memperhatikan kebersihan diri sendiri dan lingkungannya
7. Adanya kemungkinan merusak segala sesuatu yang dapat dijangkaunya
8. Ada yang bersifat agresif dan menyendiri
9. Kecenderungan melakukan kekerasan dan bertengkar dengan sesama pasien

### 2.1.3 Kategori Pasien Gangguan Jiwa

Kategori pasien gangguan jiwa dibagi menjadi empat yaitu kategori I s/d IV. Menurut Stuart (1995) dalam Nurjannah (2013) menyimpulkan bahwa perbandingan kondisi pasien antara kategori I, II, III, dan IV dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Sistem Kategori Pasien Gangguan Jiwa (*Client Categorization System/ CCS*)

	<b>Kategori I</b> (memerlukan pelayanan keperawatan 1 jam/8 jam shift)	<b>Kategori II</b> (memerlukan pelayanan keperawatan 3 jam/8 jam shift)	<b>Kategori III</b> (memerlukan pelayanan keperawatan 5 jam/8 jam shift)	<b>Kategori IV</b> (memerlukan pelayanan keperawatan 8 jam/8 jam shift)
ADL	Dapat melakukan sendiri/ apabila menolak karena alasan yang dapat diterima dan tidak membahayakan klien	Dapat melakukan sendiri dan perlu pengawasan dari petugas kesehatan untuk memastikan dilakukannya kegiatan	Memerlukan intervensi keperawatan individu dan intervensi dalam menyelesaikan ADL	Tidak bersedia melakukan kegiatan/ melakukan kegiatan dengan intervensi khusus
Program Pengobatan	Aktif berpartisipasi dalam program pengobatan, bersedia mengikuti pengobatan (farmakologi, oral/ injeksi/ ECT dll) dengan 1 kali pengarahan	Berpartisipasi dalam program pengobatan dengan intervensi individu, pengarahan	Bersedia mengikuti pengobatan tetapi dengan intervensi	Tidak bersedia mengikuti pengobatan baik dengan kesadaran maupun tidak atau obat tidak dapat diberikan/ pengobatan dilakukan dengan intervensi khusus
Aktifitas terjadwal dan pengawasan	Mengikuti aktifitas terjadwal yang sudah dikerjakan secara mandiri	Lebih dari satu kali pengarahan, dan perlu pengawasan dan motivasi dan aktifitas dilakukan sesuai rentang waktu yang ditetapkan	Perlu lebih dari satu kali pengarahan	Memerlukan intervensi keperawatan satu persatu sepanjang shift

Tidur	Tidur dengan tenang pada waktu malam	Bisa tidur dengan nyenyak, kadang tidak memerlukan intervensi keperawatan	Tidak dapat tidur nyenyak pada malam hari dan memerlukan intervensi keperawatan/farmakologi	Memiliki gangguan tidur yang sangat kronis
Resiko keamanan	Tidak ada keinginan/ ide mencederai diri atau orang lain	Ada keinginan/ ide mencederai diri/ orang lain, apabila ada halusinasi tingkat 1-2 atau tingkat 3-4 tetapi klien telah mampu mengontrol halusinasi	Resiko mencederai diri sendiri atau orang lain/ memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri/ orang lain, klien belum dapat mengontrol halusinasi	Beresiko mencederai diri sendiri dan orang lain
Mengalami gangguan pada			Menunjukkan gangguan persepsi, kognitif, dan afektif	Menunjukkan gangguan persepsi, kognitif, afektif yang konsisten dan berat
Interaksi sosial	Bersedia melakukan interaksi/ terlibat dengan kelompok besar	Bersedia interaksi dengan lebih dari satu orang	Bersedia interaksi dengan hanya satu orang	Tidak bersedia interaksi/ mematung/ diam/ tidak mampu berinteraksi

Sumber: <http://jalanterus12.blogspot.com>, 2013

Membahas masalah kategori gangguan jiwa Nurjannah (2013):

Tujuan perawatan pada tiap-tiap tahap penanganan pada kategori gangguan jiwa yaitu

- Tahap krisis (kategori IV)
  - Stabilisasi
- Tahap akut (kategori III)
  - Remisi/meredakan penyakit/gejala klien
- Tahap pemeliharaan (kategori II)
  - Kembalinya ke kondisi pasien/recovery
- Tahap peningkatan kesehatan (kategori I)
  - Kesejahteraan yang optimal/wellness

Prinsip intervensi keperawatan pada setiap tahap penanganan

- Tahap krisis
  - Memodifikasi lingkungan untuk sediakan lingkungan yang aman
- Tahap akut

- Perencanaan penanganan bersama dengan klien dan memberikan contoh dan pengajaran mengenai respon yang adaptif
- Tahap pemeliharaan
  - Penguatan dan sokongan pada respon koping adaptif klien dan advokasi
- Tahap peningkatan kesehatan
  - Inspirasi ide dan validasi

Hasil yang diharapkan dari intervensi pada masing-masing tahap penanganan
- Tahap krisis
  - Tidak adanya bahaya pada klien dan orang lain
- Tahap akut
  - Gejala hilang
- Tahap pemeliharaan
  - Meningkatkan fungsi dari klien
- Tahap peningkatan kesehatan
  - Kualitas hidup yang optimal

Berdasarkan komparasi pada Rumah Sakit Jiwa DR. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, Rumah Sakit Jiwa Lali Jiwo, dan Rumah Sakit Jiwa Semarang serta wawancara kepada psikiater dan perawat pada Rumah Sakit Jiwa Lawang, klasifikasi pasien pada Rumah Sakit Jiwa dibagi menjadi tiga golongan yaitu:

1. Golongan *Depressed/ berat* (Gaduh gelisah)

Pasien dengan golongan ini merupakan pasien dengan resiko paling besar (akut) dan membutuhkan bantuan yang besar dalam hal psikiatri. Pasien pada golongan ini membutuhkan penanganan yang intensif.

Pada ruang inap ini terdapat dua jenis tipe ruang yaitu sistem bangsal dan ruang isolasi. Untuk pasien yang memiliki resiko sangat besar untuk melakukan kekerasan/ membahayakan maka dirawat pada ruang isolasi. Jika pasien sudah mulai bias berinteraksi maka dapat ditempatkan pada ruang *depressed* dengan sistem bangsal untuk memudahkan pengawasan terhadap pasien.

2. Golongan *Semi-depressed/ sedang* (Semi tenang)

Pasien pada golongan ini merupakan pasien dengan resiko sedang dan membutuhkan bantuan sedang/ sebagian dalam hal psikiatri. Golongan ini merupakan peralihan kondisi pasien dari golongan akut menuju pemulihan.

3. Golongan *Co-Operative/ ringan* (Tenang)

Pasien pada golongan ini merupakan pasien dengan resiko yang relative kecil dalam masa pemulihan untuk kembali menjalani kehidupan normal dan sudah dikategorikan mandiri dalam hal psikiatri. Oleh karena itu, pasien pada golongan ini sudah bisa mengikuti kegiatan rehabilitasi seperti kegiatan keterampilan, music, dan kesenian.

Berdasarkan klasifikasi klien/ pasien gangguan jiwa tersebut, maka pada perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa, pasien dikelompokkan menjadi 3 golongan/ klasifikasi yaitu:

1. Golongan *depressed/ berat*  
Golongan *depressed/ berat* mewadahi pasien pada kategori III dan IV (*Crisis and Acute/ krisis dan akut*)
2. Golongan *semi-depressed/ sedang*  
Golongan *semi-depressed/ sedang* mewadahi pasien pada kategori II (*Maintenance/ pemeliharaan*)
3. Golongan *co-operative/ ringan*  
Golongan *co-operative/ ringan* mewadahi pasien pada kategori I (*Health promotion/ peningkatan kesehatan*)

**2.2 Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa**

2.2.1 Alur Klien di Ruang Penyembuhan dan Rehabilitasi

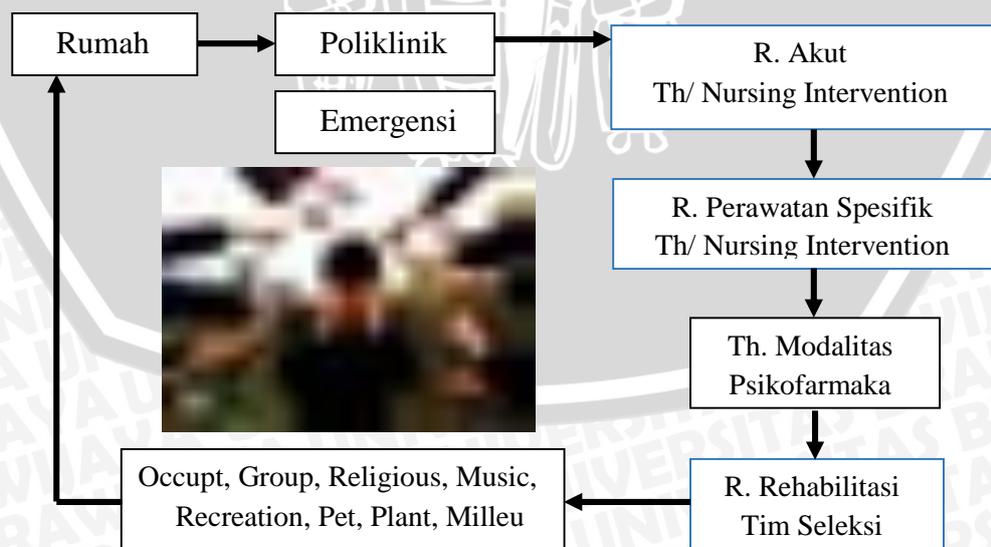


Diagram 2.1 Alur klien gangguan mental  
Sumber: Yosep, 2011



Pelayanan Penyembuhan dan rehabilitasi dirancang untuk meningkatkan proses perbaikan klien yang mengalami gangguan jiwa dalam mengontrol gejala dan penatalaksanaan pengobatan meliputi peningkatan kemampuan diri kembali ke masyarakat, pemberdayaan, meningkatkan kemandirian dan kualitas hidupnya. Untuk mencapai kesembuhan klien gangguan mental terdapat alur yang harus dilalui klien.

Alur pasien gangguan jiwa pada fasilitas kesehatan mental awalnya akan diterima di poliklinik untuk pemeriksaan awal. Jika pasien menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri maupun orang sekitar, maka akan mendapatkan penanganan pada ruang emergensi. Ruang akut merupakan ruang yang diperuntukkan bagi pasien gangguan jiwa berat, pasien pada ruang ini masih memiliki resiko tinggi melakukan kekerasan atau melukai diri sendiri dan orang lain. Ruang akut disebut juga ruang inap *depressed*. Setelah resiko menurun, pasien akan dipindahkan pada ruang perawatan spesifik atau sama dengan ruang inap *semi-depressed* pada Rumah Sakit Jiwa. Terapi-terapi dan penyembuhan melalui obat dilakukan hingga resiko pasien menurun dan pasien menjadi tenang. Setelah melalui tahap ini, pasien akan dipindahkan ke ruang rehabilitasi. Pasien pada ruang ini sudah dapat melakukan kegiatan rehabilitasi seperti ketrampilan, music, dan kesenian. Ruang rehabilitasi dapat dikatakan sebagai ruang inap *co-operative* pada Rumah Sakit Jiwa. Ruang rehabilitasi ini merupakan ruang penanganan terakhir sebelum pasien dapat dipulangkan ke rumah masing-masing.

### 2.2.2 Proses Terjadinya Gangguan Jiwa

Menurut Yosep (2011), proses terjadinya gangguan jiwa melalui beberapa fase antara lain:

#### 1. Fase Promodal

- Berlangsung antara 6 bulan sampai 1 tahun
- Gangguan dapat berupa self care, gangguan dalam akademik, gangguan dalam pekerjaan, gangguan fungsi social, gangguan pikiran dan persepsi

#### 2. Fase aktif

- Berlangsung kurang lebih 1 bulan
- Gangguan dapat berupa gejala psikotik, halusinasi, delusi, disorganisasi proses berpikir, gangguan bicara, gangguan perilaku

### 3. Fase residual

- Klien mengalami minimal 2 gejala, gangguan afek dan gangguan peran, serangan biasanya berulang

Klien yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar disertai halusinasi dan delusi yang meliputi beberapa tahapan antara lain:

#### 1. Tahap *Comforting*

Timbul kecemasan ringan disertai gejala kesepian, perasaan berdosa, klien biasanya mengkompensasikan stressornya dengan coping imajinasi sehingga merasa senang dan terhindar dari ancaman

#### 2. Tahap *Condemning*

Timbul kecemasan moderat, cemas biasanya makin meninggi selanjutnya klien merasa mendengarkan sesuatu, sehingga timbul perilaku menaruk diri.

#### 3. Tahap *Controlling*

Timbul kecemasan berat, klien berusaha memerangi suara yang timbul tetapi suara tersebut terus menerus mengikuti sehingga menyebabkan klien susah berhubungan dengan orang lain.

#### 4. Tahap *Conquering*

Klien merasa panic, suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti perilaku klien dapat bersifat merusak atau dapat timbul perilaku *suicide*.

### 2.2.3 Penyembuhan Gangguan Jiwa

Penyembuhan psikotik dapat dilakukan dengan dua cara, yakni dengan obat-obatan (farmakologi) dan psikoterapi (terapi kejiwaan). Biasanya proses penyembuhan dipadu antara keduanya. (tribunnews, 2013)

Menurut Hawari (2003: 96), penyembuhan terhadap pasien gangguan jiwa dapat dilakukan dalam beberapa cara yaitu:

#### 1. Psikofarmaka

Penanganan penderita gangguan jiwa dengan cara ini adalah dengan memberikan terapi obat-obatan yang akan ditujukan pada gangguan fungsineuro-transmitter sehingga gejala-gejala klinis tadi dapat dihilangkan. Terapi obat diberikan dalam jangka waktu relatif lama, berbulan bahkan bertahun.

#### 2. Psikoterapi

Adalah terapi kejiwaan yang harus diberikan apabila penderita telah diberikan terapi psikofarmaka dan telah mencapai tahapan di mana kemampuan menilai

realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi ini bermacam-macam bentuknya antara lain psikoterapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya.

Psikoterapi Re edukatif dimaksudkan untuk memberikan pendidikan ulang yang maksudnya memperbaiki kesalahan pendidikan di waktu lalu, psikoterapi rekonstruktif dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan menjadi kepribadian utuh seperti semula sebelum sakit, psikologi kognitif dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat) rasional sehingga penderita mampu membedakan nilai-nilai moral etika. Mana yang baik dan buruk, mana yang boleh dan tidak, dsbnya.

Psikoterapi perilaku dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu menjadi perilaku yang mampu menyesuaikan diri, keluarga dimaksudkan untuk memulihkan penderita dan keluarganya. Psikoterapi ini dapat berupa CBT (*Cognitive Behaviour Therapy*).

### 3. Terapi Psikososial

Dengan terapi ini dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban keluarga. Penderita selama menjalani terapi psikososial ini hendaknya masih tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka.

### 4. Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan ternyata masih bermanfaat bagi penderita gangguan jiwa. Dari penelitian didapatkan kenyataan secara umum komitmen agama berhubungan dengan manfaatnya di bidang klinik.

#### 2.2.4 Definisi Rehabilitasi Gangguan Jiwa

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1996: 827), definisi rehabilitasi adalah pemulihan kepada kedudukan (keadaan) yang dahulu (semula); 2 perbaikan anggota tubuh yang cacat dan sebagainya atas individu (missal pasien rumah sakit, korban bencana) supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat.

L.E Hinsie dan R. J Campbell dalam “Psychiatric Dictionary” merumuskan pengertian rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan

latihan vokasional sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal dan untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, sosial, dan vokasional untuk kehidupan penuh sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuan kearah:1). mencapai perbaikan fisik sebesar-besarnya; 2). Penempatan vokasional sehingga dapat bekerja dengan kapasitas yang maksimal; 3). Penyesuaian diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan

Rehabilitasi gangguan jiwa merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, social, dan ketrampilan untuk suatu kehidupan sesuai dengan kemampuannya melalui tindakan fisik, penyesuaian psikologi dan social, serta latihan ketrampilan sesuai dengan kemampuannya. (Nasution dalam Anonim, [jptunimus-gdl-kharisatun-5764-2-babii.pdf](#)) .

### 2.2.5 Fungsi Rehabilitasi Gangguan Jiwa

Menurut Andriansyah (2012: 4), fungsi dari pusat rehabilitasi sendiri antara lain:

1. Melindungi para pasien terhadap segala kemungkinan yang merusakkan diri mereka sendiri, rumah tempat tinggal mereka, pekerjaan mereka, dsb.
2. Memudahkan keberadaan para pasien dengan memberi mereka perlindungan terhadap faktor-faktor lingkungan yang memicu dan mempererat hubungan mereka.
3. Menyediakan perhatian yang mendukung, hubungan perseorangan, dan kesempatan-kesempatan pengungkapan diri.

Dalam rangka mempermudah penyembuhan dan pemulihan kesakitan mental pasien yang mengalami gangguan jiwa, maka fungsi pusat rehabilitasi disini juga harus bisa menjadi sebuah lingkungan yang berpengaruh yaitu aman, dapat melindungi, melayani, memberi perhatian, pemeliharaan dan pembinaan kepada pasien penderita sakit jiwa sampai mencapai tingkat pulih dan dapat melakukan kembali fungsi sosialnya dimasyarakat.

## 2.3 Aspek Keamanan

### 2.3.1 Kriteria Keamanan pada Ruang

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1996: 29), aman adalah keadaan yang bebas dari bahaya, bebas dari gangguan, terlindung atau tersembunyi, tidak mengandung resiko, tentram, tidak merasa takut atau khawatir.

Jadi, aspek keamanan dalam ruang merupakan keadaan yang aman dalam ruang. Pengguna harus merasakan kondisi yang bebas dari bahaya, merasa terlindungi, dan tidak merasa takut ketika berada di dalam ruang.

Kemaman pada ruang, khususnya pada bangunan rehabilitasi gangguan jiwa dapat dicapai melalui fungsi pengawasan. Fungsi pengawasan dapat berupa fisik dan psikologis. Pengawasan secara fisik dapat dicapai dari bangunan/ ruang yang melingkupinya. Elemen-elemen dalam ruang harus bisa meminimalkan pasien dari kemungkinan terluka atau melukai diri dan hal-hal yang membahayakan dirinya sendiri. Elemen-elemen ruang yang dimaksud yaitu lantai, dinding, langit langit, pintu, jendela, dan perabot ruang. Pengawasan secara psikologis dilakukan oleh para tenaga medik atau perawat secara langsung kepada pasien gangguan jiwa. (Saraswati 2003:114)

Berdasarkan standar Pelayanan Rumah Sakit Jiwa (2009) dan Pedoman Sarana Prasarana Rumah Sakit Jiwa (2012) terdapat kriteria mengenai aspek keamanan pasien secara umum terkait dengan ruang yaitu:

Tersedianya fasilitas ruangan, perlengkapan, dan alur kerja yang efisien dan aman untuk pelayanan :

#### 1. Fasilitas ruangan

- a. Dapat menerima pasien termasuk dengan tempat tidur
- b. Ruang yang cukup luasnya sesuai kebutuhan per meter persegi, menghindari pemakaian kaca untuk ruang inap pasien golongan depressed karena beresiko tinggi, sedangkan untuk pasien semi depresi/ semi tenang dapat menggunakan jendela dengan kaca fiber yang transparan sehingga petugas tetap dapat mengamati dari luar kamar.
- c. Dinding kamar yang dilapisi oleh bahan pelindung yang dapat menghindar cedera benturan
- d. Langit-langit yang tinggi sehingga tidak dapat diraih oleh pasien untuk menghindari dari kecelakaan. Tinggi langit-langit ruang isolasi minimal 3 m dengan tujuan untuk memberikan ruang yang luas dan mencegah digunakan pasien untuk meloloskan diri.
- e. Menghindari bentuk-bentuk tajam, bersudut
- f. Menghindari desain dengan detail yang mudah dirusak
- g. Sarana kamar mandi, kakus
- h. Lantai vinyl dengan pola kayu akan memberikan suasana seperti di rumah.

2. Tersedia perlengkapan keamanan pasien antara lain :

- a. penghalang tempat tidur
- b. pegangan pada dinding diruang rawat dan gang. Untuk pegangan hanya dibutuhkan pada area rawat inap untuk pasien dengan sakit fisik dan pasien geriatri.
- c. Meja di area pasien sebaiknya terdiri dari permukaan yang datar dan sederhana. Meja *built-in* dengan permukaan yang solid
- d. Pintu kamar pasien dan pintu kamar mandi terbuka keluar dan dapat dibuka dari luar, untuk mencegah pasien mengurung dirinya sendiri di dalam kamar.
- e. Pintu dapat terbuat dari bahan yang solid seperti kayu dengan rangka metal agar tidak mudah rusak atau dapat menggunakan pintu metal yang kuat.
- f. Daun jendela terbuka ke arah luar dan terbuat dari material yang kuat/ berat untuk menghindari perusakan oleh pasien
- g. adanya penghalang di tempat tidur pasien dan khusus untuk anak ada jeruji yang tidak lolos kepala.
- h. Lemari dan mebel dibuat sedemikian rupa sehingga mudah dibersihkan. Bagian bawah lemari harus terdapat ruangan agar mudah dibersihkan..
- i. Alat pemanas ruangan, ventilasi, dan AC diletakkan pada plafond atau bagian tembok yang tinggi.

Menurut hasil penelitian Saraswati (2003) dan Putri (2005) dapat disimpulkan bahwa elemen ruang berdasarkan aspek keamanan dapat dicapai melalui desain elemen dan pemilihan material yang tepat pada elemen ruang.

Elemen-elemen pada ruang memberikan bentuk pada bangunan, memisahkannya dari ruang luar, dan membentuk pola ruang interior. Elemen-elemen interior terdiri dari langit-langit, dinding, lantai, jendela, pintu, dan perabot ruang ( Ching, 1996).

Tabel 2.2 Kriteria Desain dan Material Elemen Ruang

Elemen ruang	Desain	Material
Plafon	Plafon yang tinggi agar tidak bisa dijangkau pasien	material yang kuat
Dinding	Dinding berkesan tenang, tidak berkesan terlalu tinggi	dilapisi material pelindung yang lunak

Lantai	Lantai tidak licin	material bertekstur pada lantai kamar mandi agar tidak licin
Perabot	Desain tidak tajam, tidak memiliki sudut lancip	material tahan lama, kuat, bahan tidak keras
Pintu	menggunakan pintu sorong, rancangan pintu tidak berkesan mengisolasi pasien	material yang tidak mudah rusak, kuat
Jendela	Jendela lebar untuk pencahayaan dan penghawaan, diberikan teralis yang tidak berkesan menutup, pada kamar mandi jendela sempit agar tidak digunakan untuk melarikan diri	menggunakan kaca yang kuat

Sumber: Saraswati, 2003; Putri, 2005

Dari teori tersebut mengenai aspek keamanan pada ruang, didapatkan kriteria keamanan pada ruang dan cara mencapai keamanan ruang pada hunian rehabilitasi gangguan jiwa. Dalam kaitannya dengan ruang, keamanan dapat dicapai melalui elemen-elemen fisik ruang sehingga perlu adanya pengolahan ruang untuk meningkatkan aspek keamanan bagi pasien gangguan jiwa.

Berdasarkan kriteria dari berbagai sumber tersebut, maka dikomparasikan untuk mendapatkan kesimpulan mengenai kriteria elemen ruang pada fasilitas kesehatan mental

Tabel 2.3 Komparasi Kriteria Desain Elemen Ruang

Elemen ruang	Desain		Kesimpulan
	Saraswati (2003) dan Putri (2005)	Standart Pelayanan RSJ (2009), Pedoman Sarpras RSJ (2012)	
Plafon	Plafon yang tinggi		Plafon yang tinggi
Dinding	Dinding berkesan tenang		Dinding berkesan tenang
Lantai	lantai tidak licin		Lantai tidak licin
Perabot	Desain tidak tajam, tidak memiliki sudut lancip	meja/perabot permanen (built in), tidak menggunakan sudut lancip	Tidak memiliki bentuk tajam, permanen

Pintu	menggunakan pintu sorong	pintu kamar pasien terbuka ke arah luar	Pintu aman dapat menggunakan jenis pintu sorong, pintu yang terbuka ke arah luar
Jendela	Jendela lebar dengan teralis	daun jendela terbuka ke luar	Jendela lebar, terbuka ke arah luar

Tabel 2.4 Komparasi Kriteria Material Elemen Ruang

Elemen ruang	Material		Kesimpulan
	Saraswati (2003) dan Putri (2005)	Standart Pelayanan RSJ (2009), Pedoman Sarpras RSJ (2012)	
Plafon	material yang kuat	menggunakan material gypsum	Material yang kuat
Dinding	dilapisi material pelindung	partisi menggunakan gypsum	Menggunakan lapisan lunak, partisi menggunakan material kuat dan tahan benturan
Lantai	material bertekstur kasar pada kamar mandi	material vinyl dengan pola kayu untuk memberikan suasana seperti di rumah	material bertekstur kasar pada kamar mandi, material bertekstur halus pada ruang rawat
Perabot	material tahan lama, kuat	material tidak mudah rusak, mudah dibersihkan	material kuat, mudah dibersihkan
Pintu	material tidak mudah rusak, kuat	kayu dengan rangka metal, material metal	material yang kuat, tidak mudah rusak
Jendela	material yang kuat	terbuat dari material yang berat,	material yang kuat

### 2.3.2 Persyaratan Ruang Pasien sesuai Kebutuhan Keamanan

Membahas masalah persyaratan ruang bagi pasien, Aby (2013) dan Gaol (2012) menyebutkan bahwa berdasarkan kebutuhan psikologis pasien atau penderita serta kebutuhan keamanan dan pengawasan, maka diperoleh persyaratan ruang sebagai berikut :

#### a. Golongan Depressed Agresif.

Berdasarkan karakteristiknya yang berbahaya, maka pasien ditempatkan dalam ruang dengan persyaratan sebagai berikut :

- Ruang yang tidak menambah atau menimbulkan perasaan ketegangan / tertekan pada diri pasien / penderita secara psikologis, yang dapat memperburuk kondisi pasien serta menghambat usaha penyembuhan (Benson, 1986).

- Memenuhi faktor keamanan dan pengawasan sebagai berikut:

- Elemen pengamanan cukup kuat untuk mencegah pasien keluar dari ruangan sehingga tidak berbahaya bagi orang lain.
- Tidak ada detail, bahan, dan desain yang dapat berbahaya bagi pasien/ menyebabkan pasien terluka karena tindakannya yang tidak terkontrol.
- Untuk itu perlu dihindari adanya sudut tajam dalam ruang (pertemuan dua bidang yang meruncing dalam ruang), maupun ikatan-ikatan lain yang berbahaya. (listrik, scrup).
- Perabot dalam ruang tidak dapat dipindahkan dari tempatnya.
- Diperlukan pengawasan terus- menerus, dimana ruang perawat dapat mengawasi. Secara intensif tingkah pasien dalam ruang.
- Pada dinding dilapisi bantalan busa untuk menghindari pasien melukai dirinya

b. Golongan semi depressed

Berdasarkan karakteristiknya yang sudah tidak berbahaya / menyerang orang lain, maka pasien dapat ditempatkan dalam ruang bersama, dengan persyaratan ruang sebagai berikut:

- Ruang pasien memenuhi persyaratan psikologis :

- Bersifat tenang (secara psikologis tidak menimbulkan / atau menyebabkan pasien merasa cemas). (Kartono, 1979).
- Berkesan akrab (dapat terjadinya komunikasi tibal-balik), serta informal (santai, untuk meredakan kecemasan orang yang tertekan krisis jiwa). Sehingga dapat mendukung interaksi sosial yang dibutuhkan. (Campbell, 1988)

- Memenuhi faktor pengamanan dan pengawasan sebagai berikut :

- Elemen pengamanan cukup kuat untuk mencegah pasien keluar dari unit kuratif tenang tanpa penyertaan petugas.
- Tidak ada detail / bahan maupun desain yang dapat membahayakan bagi pasien/ menyebabkan pasien terluka.
- Untuk itu dihindari adanya sudut tajam dalam ruang ( pertemuan dua bidang yang meruncing), maupun ikatan-ikatan lainnya seperti listrik.

c. Golongan Co Operative

Pasien sudah tidak dalam ruang maupun unit, namun masih di isolasi dalam lingkungan rumah sakit jiwa, dengan kebutuhan interaksi sosial yang lebih luas.

Persyaratan ruangnya adalah sebagai berikut :

1. Persyaratan psikologis.
2. Ruang/ unit pasien memenuhi persyaratan

- Dinamis (tidak kaku/ membosankan).
  - Informal (santai)
  - Akrab (mendukung terjalinnya komunikasi timbal balik)
- Sehingga kegiatan terapi dapat lebih efektif, penderita lebih berani mengungkapkan diri, serta dapat mengurangi ketegangan

## 2.4 Studi Terdahulu/ Kajian Komparasi

### 2.4.1 Yayasan Pembinaan dan Kesembuhan Batin Pakis- Malang

Yayasan ini berdiri pada tahun 1992, berada di Jalan Mangliawan 27 Pakis, Malang. Yayasan ini menerima pasien yang mengalami gangguan jiwa untuk dirawat dan disembuhkan disini. Tidak hanya gangguan jiwa, tetapi juga anak berkebutuhan khusus dan para lansia. Jumlah pasien gangguan jiwa pada tempat ini yaitu sekitar 50 orang dengan kapasitas 100 orang, untuk anak berkebutuhan khusus 10 orang, sedangkan untuk lansia sejumlah 20 orang. Pihak yayasan menyediakan kapasitas untuk gangguan jiwa lebih banyak karena mereka menilai bahwa akan semakin banyak orang yang mengalami gangguan jiwa kedepannya.

Pada bangunan yayasan ini untuk tempat tinggal pasien gangguan jiwa, dibedakan menjadi 3 yaitu kamar dengan kapasitas 4 orang, 2 orang dan 1 orang. Fasilitas lainnya yaitu ruang makan bersama, ruang ibadah, ruang konseling, ruang dokter, serta lapangan olahraga. Untuk pasien yang dianggap berbahaya, disediakan ruang isolasi khusus. Pasien berasal dari berbagai daerah, terdapat juga pasien yang berasal dari limpahan panti rehabilitasi lainnya.

Pengawas untuk pasien gangguan jiwa terdapat 10 orang, mereka tidak bekerja bersamaan tetapi bergantian. Pengawas berkeliling sewaktu-waktu di area pasien dan tidak jarang yang juga berbaur dengan para pasien untuk membentuk kekeluargaan antara pasien dan pengawas. Walaupun sudah dijaga oleh pengawas, masih ada pasien yang melarikan diri melalui dinding halaman luar yang setinggi 3 m. Kurangnya keamanan pada lantai 2 juga mengakibatkan pasien lompat dari balkon yang menyebabkan dirinya terluka.

Aspek keamanan pada bangunan ini didapatkan dari beberapa elemen bangunan yang ada yaitu adanya pagar pembatas yang tinggi pada halaman, tidak adanya plafon pada lantai 1, plafon langsung menggunakan dak beton sehingga pasien tidak dapat merusak plafon, adanya teralis di setiap jendela. Teralis pada

jendela yang ada menggunakan motif persegi (terdapat garis horizontal) dengan letak yang cukup tinggi sehingga dapat digunakan untuk menggantung diri bagi pasien.

Adanya balkon pada lantai dua dapat membahayakan pasien. Pasien dapat melompat melalui balkon pada lantai dua sehingga menimbulkan cedera. Pada lantai dua seharusnya tidak terdapat balkon.



Gambar 2.1 Pagar pembatas halaman  
Sumber: Dokumentasi Pribadi



Gambar 2.2 Tampak bangunan hunian  
Sumber: Dokumentasi Pribadi



Gambar 2.3 Interior ruang tidur  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Tempat tidur pasien menggunakan material besi yang kuat sehingga tidak mudah dirusak pasien. Pada ruang ini juga tidak terdapat perabot lain selain tempat tidur.



Gambar 2.4 Interior ruang transisi pada hunian  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Lantai menggunakan material keramik agar mudah dibersihkan

#### 2.4.2 Pondok Pemulihan Doulos Batu

Pondok Pemulihan Doulos Batu merupakan tempat untuk penyembuhan dan pemulihan gangguan jiwa. Pondok ini berada di Jl. Arundalu Songgoriti Batu.

Pondok ini masih belum memiliki tempat/ bangunan yang layak karena masih menggunakan bangunan vila eksisting. Pasien yang ada pada pondok ini yaitu pasien gangguan jiwa, narkoba, dan kenakalan remaja, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.5 Klasifikasi Jumlah Pasien Gangguan Jiwa Doulos

Jenis Pasien	Laki-laki	Perempuan
Penyalahgunaan narkoba	20	3
Gangguan jiwa	23	18
kenakalan remaja	2	0

Sumber: Data Doulos, Batu 2014

Jumlah total pasien pada pondok ini yaitu 66 orang sesuai dengan kapasitas maksimal pada pondok ini. Pasien berasal dari beberapa daerah di Indonesia. Sekitar 90% pasien berasal dari Jawa Timur. Perkembangan jumlah pasien setiap tahunnya semakin bertambah, bahkan pondok ini sudah menolak beberapa pasien karena keterbatasan kapasitas bangunan.

Fasilitas yang terdapat pada bangunan ini yaitu kamar pasien, yang dibedakan menjadi 3 yaitu kamar pria dengan gangguan jiwa, kamar pria untuk pasien ketergantungan narkoba, dan kamar wanita; aula untuk terapi dan ibadah; Ruang medis; ruang makan; kantor; dapur; ruang makan; dan *laundry*.



Gambar 2.5 Denah pondok pemulihan Doulos, Batu

Sumber: Data Pondok Doulos, 2014

Untuk mengatasi pasien yang kambuh/ mengalami gangguan jiwa parah, disediakan ruang isolasi dan *emergency*. Ruang isolasi digunakan untuk pasien yang

mengamuk atau membahayakan, sedangkan ruang emergency digunakan untuk pasien yang sangat berbahaya sehingga untuk menjaga keamanan juga digunakan borgol pada pasien.

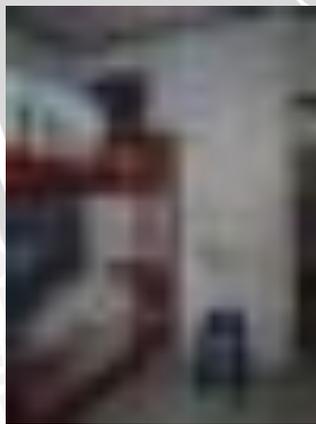
Jumlah pengawas pada pondok ini yaitu 4 orang, dengan jumlah pasien 66 orang maka 1 orang perawat bertanggung jawab terhadap keamanan 16 orang. Pengawasan dilakukan dengan cara berkeliling pada area kamar pasien.



Gambar 2.6 Eksterior Pondok Doulos Batu

Sumber: Dokumentasi Pribadi

Eksterior bangunan ini seperti pada rumah tinggal sehingga pasien akan merasa seperti di rumah (*home likely*). Suasana rumah akan membuat pasien merasa nyaman dan merasa lebih tenang.



Gambar 2.7 Interior kamar pria

Sumber: Dokumentasi Pribadi



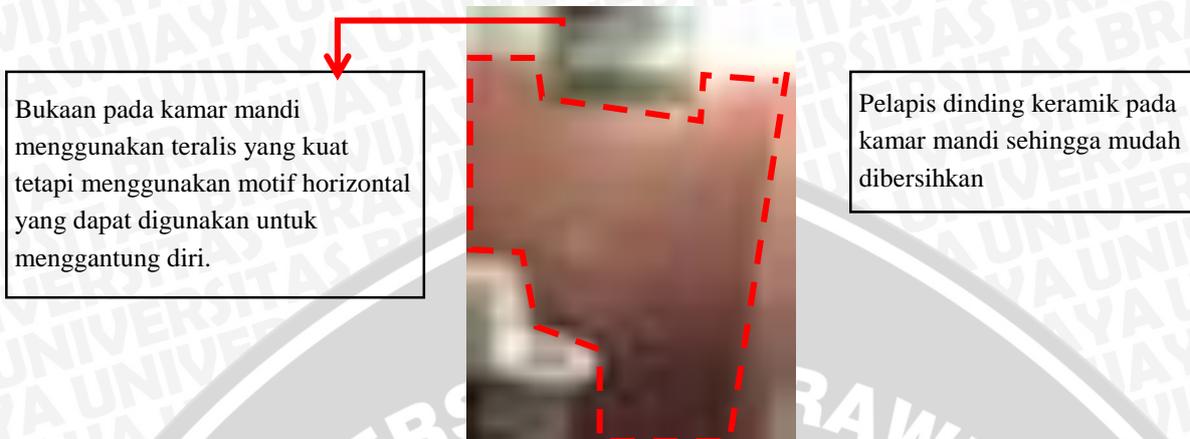
Gambar 2.8 Interior kamar wanita

Sumber: Dokumentasi Pribadi

Pada ruang kamar tidur pasien menggunakan tempat tidur bersusun, pada tempat tidur bagian atas menggunakan penghalang sehingga aman bagi pasien. Dinding pada tempat tidur menggunakan warna putih yang netral dan berkesan tenang.

Pengamanan pada kamar mandi yaitu menggunakan teralis pada bagian bouvenlicht, teralis menggunakan material besi dan berupa garis-garis horizontal. Motif

horizontal pada teralis dapat digunakan sebagai sarana menggantung diri pasien. Dinding kamar mandi menggunakan pelapis keramik setinggi  $\pm 2\text{m}$  agar mudah dibersihkan.



Gambar 2.9 Interior kamar mandi  
Sumber: Dokumentasi Pribadi



Gambar 2.10 Interior kamar isolasi  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Pada ruang isolasi, pengamanan dilakukan dengan meminimalisir perabot pada ruang dan penggunaan teralis besi vertikal pada bagian jendela. Pada ruang ini hanya terdapat perabot berupa tempat tidur sehingga aman bagi pasien. Pintu pada ruang ini menggunakan material besi yang kuat dan hanya dapat dibuka dari luar. Dengan adanya pintu yang kuat, pasien tidak dapat melarikan diri dari ruang ini.

#### 2.4.3 Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

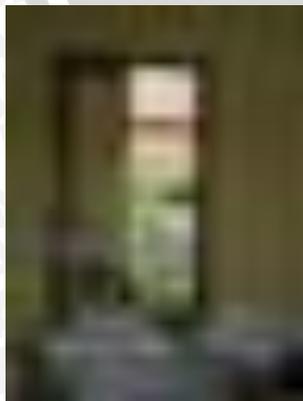
Rumah Sakit Jiwa Wediodiningrat terletak di Lawang dan termasuk ke dalam Rumah Sakit Jiwa Tipe A di Indonesia. Rumah sakit ini memiliki kapasitas pasien rawat inap sejumlah 700 orang pasien. Ruang inap yang terdapat pada rumah sakit ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu Ruang ICU, Ruang inap Intermediet, Ruang Napza, ruang Mental

organik, ruang Geriatri, Ruang anak dan remaja. Kapasitas paling banyak terdapat pada jenis Ruang Rawat Inap Intermediet. Selain rawat inap, fasilitas lain yang terdapat pada Rumah Sakit Jiwa Lawang yaitu Rawat Jalan, IGD psikiatrik dan umum, Laboratorium, kantor pengelola, radiologi, fas. Rehabilitasi.

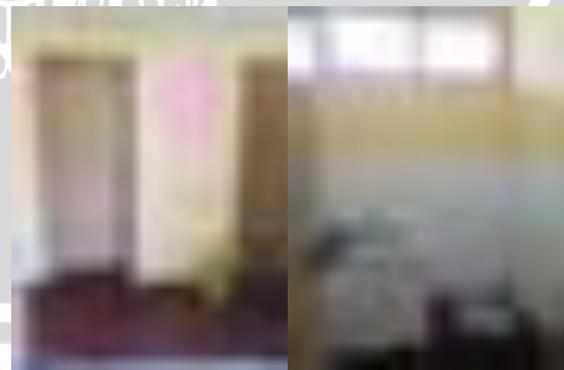


Gambar 2.11 Rumah Sakit Jiwa Lawang  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Pada ruang kamar rawat inap intermediet menggunakan bukaan yang lebar yaitu 0.9mx1.8 m. Pada ruang pasien memang dibutuhkan pencahayaan dan penghawaan yang maksimal karena dapat membantu ketenangan pasien. Material jendela menggunakan kayu dengan teralis besi, material ini kuat sehingga tidak mudah dirusak pasien. Motif teralis berbentuk vertical dan horizontal, motif pada teralis ini dapat digunakan untuk menggantung diri pasien. Motif pada teralis seharusnya tidak menggunakan garis horizontal, tetapi warna teralis pada ruang ini menggunakan warna yang terang sehingga meminimalisir kesan tertutup pada ruang dan dapat memaksimalkan view dari dalam ruang ke luar bangunan.



Gambar 2.12 Interior kamar inap intermediet  
Sumber: Dokumentasi Pribadi



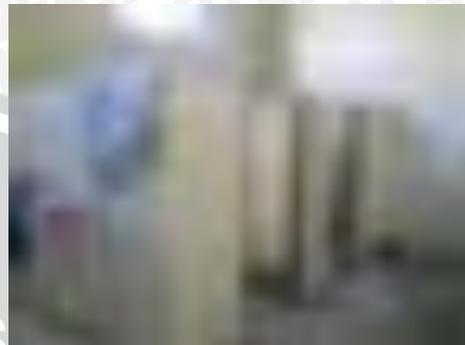
Gambar 2.13 Interior kamar mandi ruang inap intermediet  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Pintu pada kamar mandi ruang inap intermediet menggunakan material kayu, Pintu ini terbuka pada bagian bawahnya setinggi 20 cm, sehingga pengguna kamar mandi

bisa memiliki privasi tetapi juga tetap ada ruang untuk pengawasan. Bukaan pada kamar mandi cukup lebar dan dilapisi dengan kasa kawat yang cukup kuat. Tetapi motif kawat ini dapat dimanfaatkan untuk menggantung diri pasien.



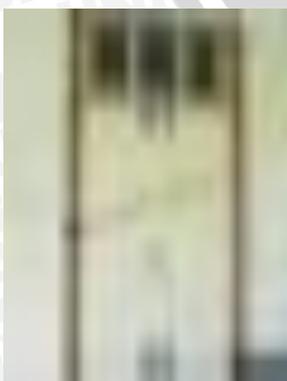
Gambar 2.14 Interior kamar tidur ruang IPCU  
Sumber: Dokumentasi Pribadi



Gambar 2.15 Interior kamar mandi IPCU  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Pada kamar tidur ruang IPCU tidak jauh berbeda dengan kamar tidur pada ruang intermediet. Motif terlalis pada jendela berbahaya bagi pasien karena dapat digunakan untuk menggantung diri, sedangkan warna menggunakan warna terang sehingga dapat meminimalisir kesan menutup pada ruang dan dapat memaksimalkan view ke luar ruang. Adanya tempat tidur dan almari yang tidak permanen terhadap lantai juga berbahaya bagi pasien karena dapat digunakan pasien untuk melakukan kekerasan. Tinggi plafon pada ruang ini sudah tinggi yaitu 4.20m sehingga tidak terjangkau pasien dan pasien tidak dapat melarikan diri melalui plafon.

Sedangkan untuk kamar mandi tidak menggunakan dinding yang tinggi. Pintu kamar mandi juga terbuka pada bagian atas dan bawahnya, menggunakan material kayu. Desain pintu yang seperti ini ditujukan untuk memudahkan pengawasan pasien ketika berada di kamar mandi. Tinggi plafon pada kamar mandi juga tidak dapat dijangkau pasien karena area plafon berpotensi digunakan sebagai sarana untuk melarikan diri. Material plafon juga menggunakan material yang kuat dan tidak mudah rusak.



Pintu keluar pada bangsal IPCU diberikan penghalang besi agar tidak mudah dirusak pasien. Pada bangsal ini diperlukan pengamanan yang maksimal karena pasien lebih berbahaya.

Gambar 2.16 Pintu keluar bangsal IPCU  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

#### 2.4.4 Kesimpulan Studi Komparasi

Dari beberapa obyek komparasi yang telah disebutkan, elemen ruang berperan penting dalam keamanan pasien. Desain elemen ruang yang tidak baik dapat membahayakan dan memberikan efek yang negatif terhadap pasien. Untuk plafon dapat menggunakan bahan yang kuat agar tidak mudah dirusak pasien. Tinggi plafon sebaiknya tidak dapat dijangka pasien agar lebih aman, seperti pada Rumah Sakit Jiwa Lawang yang memiliki tinggi plafon 4.2 m. Dinding sebaiknya menggunakan warna yang tenang untuk meredam emosi pasien, untuk dinding pada kamar mandi bisa menggunakan material yang mudah dibersihkan seperti keramik. Untuk lantai 2 ruang pasien sebaiknya tidak menggunakan balkon karena beresiko digunakan pasien untuk melompat ke bawah. Pintu menggunakan material yang kuat seperti besi, terutama pada ruang isolasi pasien. Jendela menggunakan pengaman teralis besi yang kuat agar aman. Perabot dapat menggunakan material yang berat sehingga sulit dipindahkan atau menggunakan perabot yang permanen.

#### 2.5 Kerangka Teori

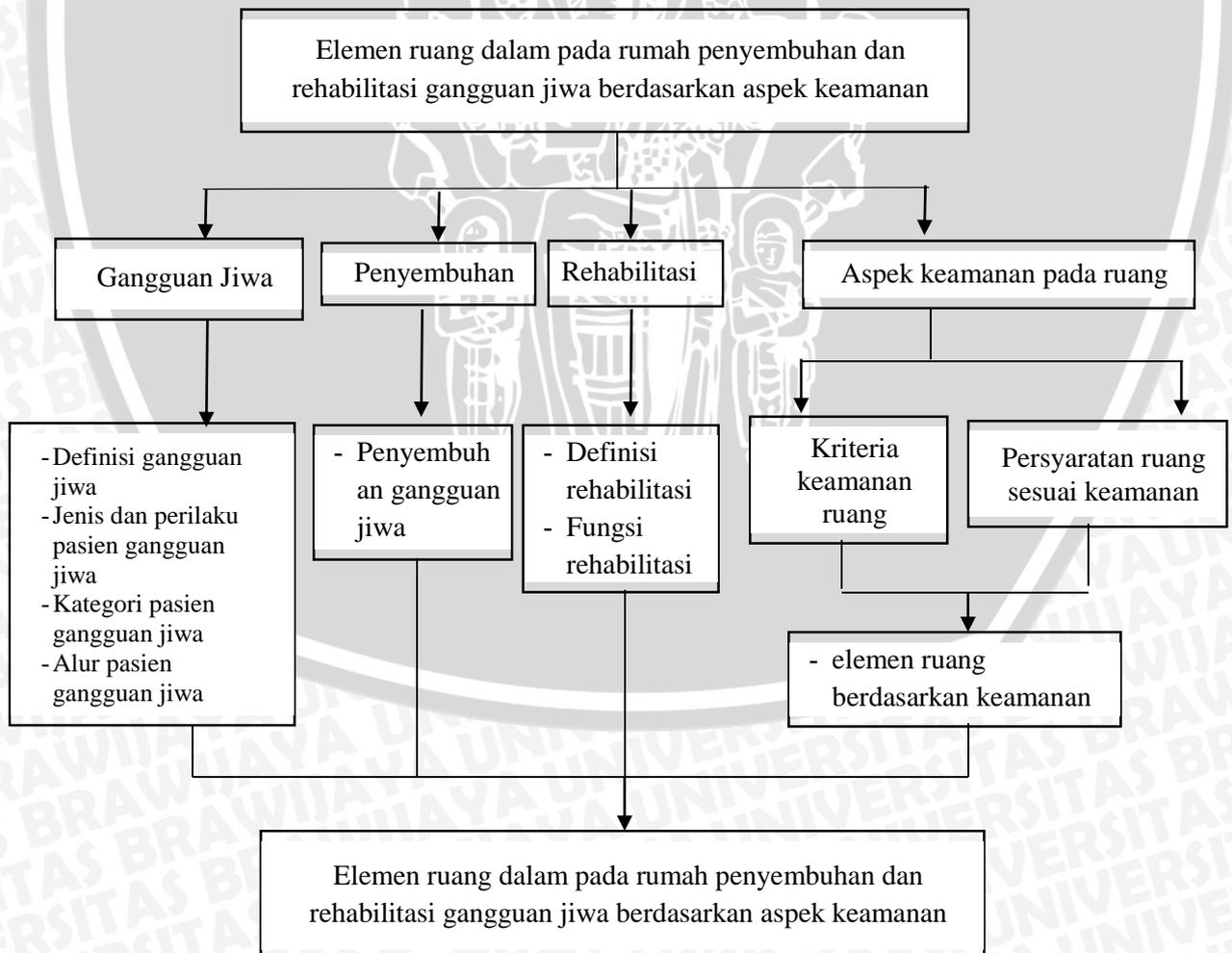


Diagram 2.2 Sistematika Kerangka Teori

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Alur berpikir

Pada rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, aspek utama yang perlu diperhatikan adalah aspek keamanan pasien. Pasien beraktivitas dan banyak melakukan tindakan diluar kesadarannya sehingga diperlukan keamanan yang lebih pada ruang-ruang dalam bangunan rehabilitasi gangguan jiwa. Secara umum, metode yang digunakan dibagi dalam beberapa tahap yaitu pengumpulan data (primer dan sekunder), analisis dan sintesis, konsep, perancangan, pengembangan rancangan, dan pembahasan hasil rancangan.

Pemaparan awal dilakukan dengan metode deskriptif, yaitu memaparkan mengenai fungsi penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, pelaku yang akan ada pada bangunan ini beserta aktivitasnya, Dari fungsi dan aktivitas pelaku pada bangunan, dilakukan analisis yang nantinya dihasilkan fasilitas/ kebutuhan ruang apa saja yang harus ada. Untuk menentukan fasilitas yang akan diwadahi, juga dilakukan komparasi dari beberapa fungsi bangunan yang sudah ada.

Proses selanjutnya yaitu dengan memaparkan data mengenai karakteristik dan perilaku pasien gangguan jiwa berdasarkan klasifikasinya. Data yang dicari selanjutnya yaitu teori mengenai elemen ruang yang berpengaruh terhadap aspek keamanan pasien. Dari beberapa sumber yang didapatkan, dianalisis berdasarkan perilaku pasien, kemudian diambil kesimpulan tentang parameter elemen ruang yang berdasarkan pada aspek keamanan pasien. Dari hasil tersebut, ada dua aspek yang berpengaruh terhadap elemen ruang yaitu desain elemen ruang itu sendiri dan material elemen ruang yang sesuai dengan keamanan pasien. Setelah itu, dilakukan pemaparan tentang alternatif desain elemen ruang dan alternative pemilihan material elemen ruang berdasarkan aspek keamanan pasien.

Tahap selanjutnya yaitu memadukan antara pegklasifikasian pasien gangguan jiwa dengan teori mengenai kriteria elemen ruang berdasarkan aspek keamanan pasien (alternatif desain elemen dan pemilihan material). Tahap setelah itu yaitu sintesa berupa konsep desain tentang hasil dari elemen ruang yang telah memperhatikan aspek keamanan pasien. Hasil ini disajikan dalam bentuk sketsa konsep desain dan deskripsi serta hasil desain yang sudah disajikan dalam bentuk desain ruang secara keseluruhan. Dari konsep desain, selanjutnya yaitu tahap perancangan digunakan metode intuitif dan pragmatik untuk menerjemahkan konsep desain menjadi desain. Tahap pengembangan

rancangan dilakukan setelah tahap perancangan. Tahap terakhir yaitu pembahasan hasil desain yang disesuaikan dengan tujuan awal perancangan.

### 3.2 Tahapan Metode

Perancangan elemen ruang pada bangunan penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa ini menggunakan metode deskriptif analitik yaitu mendeskripsikan perancangan elemen ruang pada bangunan penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa berdasarkan aspek keamanan. Perancangan dilakukan berdasarkan fakta-fakta yang ada mengenai penderita gangguan jiwa. Setelah itu, menganalisis hingga menemukan konsep perancangan yang tepat dengan pendekatan yang dapat menyelesaikan permasalahan yang ada. Perancangan terbagi dalam beberapa tahap

#### 1. Perumusan ide dan gagasan

Pada tahap ini yang dilakukan adalah mencari informasi mengenai perkembangan jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa. Data yang didapatkan merupakan data pernyataan mengenai bertambahnya pasien pada rumah sakit jiwa. Data lainnya yaitu mengenai kurangnya kapasitas pada Rumah Sakit Jiwa dan bangunan rehabilitasi jiwa sehingga dibutuhkan adanya sarana penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa untuk pasien yang tidak terwadahi pada Rumah Sakit Jiwa. Data-data tersebut didapatkan dari internet.

Dari fungsi penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, muncul permasalahan seringkali terjadi peristiwa pasien melarikan diri, percobaan bunuh diri, dan tindakan kekerasan. Permasalahan lainnya yaitu kurangnya jumlah perawat yang menangani pasien. Data mengenai permasalahan tersebut didapatkan dari berita di internet, hasil survey lapangan, serta hasil penelitian orang lain yang dipublikasikan dalam bentuk jurnal ilmiah. Data data yang didapatkan digunakan untuk memperkuat latar belakang dan rumusan masalah. Kurangnya jumlah perawat mengakibatkan kurangnya pengawasan terhadap pasien dan keamanan pasien menjadi tidak maksimal (permasalahan umum), pengawasan yang tidak maksimal mengakibatkan pasien bisa melakukan kekerasan atau melarikan diri. Oleh karena itu muncul ide/gagasan penyelesaian masalah dengan merancang elemen ruang/ interior ruang pada rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa dengan pendekatan aspek keamanan pasien (penyelesaian arsitektural)

## 2. Tahap pengumpulan data (primer dan sekunder)

Tahap setelah merumuskan ide/ gagasan yaitu mengumpulkan data yang diperlukan untuk merancang rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa dan data yang diperlukan untuk merancang elemen interiornya berdasarkan pendekatan aspek keamanan pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan sekunder.

### a. Data primer

Survei lapangan dilakukan pada tapak terpilih untuk mendapatkan data-data mengenai tapak yaitu topografi lingkungan, batas-batas tapak, vegetasi, kebisingan, matahari, angin, sirkulasi sekitar tapak, view ke luar dan ke dalam tapak, analisis pencapaian menuju tapak, dan potensi tapak lainnya.

Wawancara mengenai perilaku pasien gangguan jiwa yang membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain serta mengenai elemen-elemen ruang yang berpengaruh terhadap keamanan dan keselamatan pasien.. Wawancara dilakukan kepada perawat di Rumah Sakit Jiwa atau perawat pada fasilitas rehabilitasi gangguan jiwa lainnya.

Dokumentasi pada tapak terpilih untuk mengetahui kondisi tapak sesungguhnya. Dokumentasi mengenai obyek sejenis yaitu pada Rumah Sakit Jiwa dan fasilitas rehabilitasi gangguan jiwa lainnya.

### b. Data sekunder

#### 1. Studi pustaka

Data sekunder didapatkan dari literature yaitu buku, jurnal ilmiah sejenis, dan internet. Data ini digunakan untuk mendukung segala data primer yang telah didapatkan, sehingga dapat membantu proses analisis yang akan dilakukan.

Data-data yang dibutuhkan yaitu mengenai penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa dan mengenai aspek keamanan pada ruang yang sesuai dengan perilaku pasien gangguan jiwa. Data tersebut diantaranya:

a. Definisi gangguan jiwa, penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa. Data ini digunakan sebagai tinjauan pustaka. Dengan mengetahui definisi gangguan jiwa maka akan mendapatkan batasan pasien yang akan diwadahi dalam bangunan.

b. Jenis dan perilaku gangguan jiwa, yang berguna untuk mengelompokkan zona, ruang-ruang pada bangunan dengan mempertimbangkan aspek keamanan pasien.

- c. Rencana Tata Ruang dan Wilayah lokasi tapak, Rencana Detail Tata Ruang lokasi tapak, digunakan sebagai acuan batasan-batasan perancangan pada tapak.
- d. Data fungsi bangunan penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, kebutuhan ruang/ fasilitas pada rehabilitasi gangguan jiwa, besaran ruang pada bangunan rehabilitasi gangguan jiwa, pelaku dan aktivitas. Data-data tersebut digunakan sebagai dasar perancangan rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa hingga mendapatkan skematik perancangan.
- e. Kriteria aspek keamanan pada ruang terkait perilaku pasien, digunakan sebagai acuan mengenai aspek keamanan yang dibutuhkan pasien yang nantinya diaplikasikan melalui elemen ruang pada bangunan.
- f. Standar pelayanan pada rumah sakit jiwa terkait keamanan pasien, digunakan sebagai pedoman dalam merancang rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, bahwa dalam merancang harus memenuhi ketentuan-ketentuan yang ada pada standar pelayanan.

## 2. Studi komparasi

Studi komparasi dilakukan dengan mencari data tentang obyek Rumah Sakit Jiwa dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa. Data dapat diperoleh dari media internet, buku, maupun tinjauan langsung obyek terkait. Studi komparasi digunakan untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan obyek sejenis yang sudah ada. Kelebihan dari obyek akan digunakan sebagai acuan perancangan, sedangkan kekurangan akan digunakan sebagai evaluasi dan menentukan solusi/perbaikan.

## 3. Tahap analisis data

Pada proses ini, data yang telah dikumpulkan kemudian dideskripsikan dan dianalisis guna mendapatkan suatu konsep perancangan. Analisis yang dilakukan meliputi:

### a. Analisis fungsi

Perancangan bangunan penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa ini ditujukan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mengalami gangguan jiwa agar mereka bisa sembuh kembali dan diterima di masyarakat luas. Analisis fungsi dilakukan dengan mendeskripsikan kembali fungsi penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa sesuai teori yang ada. Dari beberapa sumber yang ada kemudian diambil kesimpulan yang disesuaikan

dengan kebutuhan fungsi pada lokasi perancangan. Hasil yang didapatkan dari analisis ini berupa deskripsi fungsi yang akan diwadahi.

b. Analisis pelaku dan aktivitas

Analisis dilakukan dengan mendeskripsikan pelaku-pelaku yang ada pada bangunan penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa. Kemudian mendeskripsikan aktivitas apa saja yang dilakukan oleh tiap pelaku dan dikelompokkan berdasarkan aktivitasnya. Hasil yang didapatkan berupa table jenis pelaku beserta aktivitas-aktivitasnya. Hasil ini digunakan untuk acuan dalam menentukan fasilitas-fasilitas yang ada dalam bangunan.

c. Analisis ruang

Dari analisis pelaku, didapatkan penyelesaian secara arsitektural yaitu dengan mewadahi aktivitas tersebut ke dalam fasilitas-fasilitas dalam bangunan. Dalam hal ini digunakan metode programatik yang hasilnya berupa kebutuhan ruang, besaran ruang berdasarkan standar/ analisis pelaku, pola hubungan ruang, zoning, serta ruang-ruang pendukung bangunan. Analisis disajikan dalam bentuk uraian atau tabel dan diagram.

d. Analisis tapak

Analisis tapak meliputi unsur pada tapak, potensi tapak, kekurangan dan kelebihan dari tapak yang terpilih. Analisis kondisi eksisting tapak dan sekitarnya yaitu analisis vegetasi, kebisingan, matahari, angin, sirkulasi sekitar tapak, view ke luar dan ke dalam tapak, analisis pencapaian menuju tapak. Analisis tapak dilakukan untuk menentukan letak pencapaian, sirkulasi dalam tapak, massa bangunan, orientasi bangunan, desain ruang dalam pada bangunan, dan desain ruang luar bangunan. Hasil dari analisis tapak disajikan dalam bentuk deskripsi maupun sketsa analisis.

e. Analisis bangunan

Analisis bangunan meliputi analisis bentuk bangunan, tata massa bangunan pada tapak, analisis ruang luar, utilitas. Analisis bentuk dengan mengolah bentukan dasar bangunan yang sesuai dengan karakteristik tapak dan mencerminkan bangunan rehabilitasi. Setelah itu mengolah ruang luar yang sesuai dengan bentuk/ massa bangunan. Analisis bangunan yang dilakukan, menghasilkan bentuk dan tata masa bangunan dalam tapak, konsep ruang luar bangunan, dan system utilitas pada tapak maupun dalam bangunan.

f. Analisis desain dan pemilihan material elemen ruang pada bangunan

Analisis dilakukan dengan data-data yang sudah terkumpul, baik dari teori maupun studi komparasi. Dari data tersebut, dideskripsikan kembali mengenai kriteria desain elemen ruang yang sesuai dengan aspek keamanan pasien. Setelah itu, disajikan alternatif desain yang mungkin digunakan, kemudian tiap alternatif dianalisis mengenai kekurangan dan kelebihanannya, disesuaikan juga dengan perilaku dan klasifikasi pasien gangguan jiwa. Untuk pemilihan materialnya, dilakukan proses yang sama dengan analisis pada desain elemen ruang. Analisis keduanya juga disesuaikan dengan perilaku pasien gangguan jiwa. Hasil dari analisis ini disajikan dalam bentuk deskripsi, sketsa, atau tabulasi. Tujuan analisis ini digunakan untuk menghasilkan elemen ruang yang sesuai dengan aspek keamanan pasien.

#### 4. Tahap sintesa

Tahap sintesa merupakan tahap menyatukan hasil-hasil analisis yang kemudian diambil kesimpulan dan akan menghasilkan usulan-usulan gagasan awal perancangan berupa alternatif-alternatif konsep desain. Konsep yang dihasilkan yaitu:

- a. Konsep fungsi, pelaku, aktivitas
- b. Konsep ruang ( hubungan, organisasi ruang, besaran ruang)
- c. Konsep tapak (zoning, sirkulasi, pencapaian, ruang luar)
- d. Konsep massa bangunan (tampilan bangunan)
- e. Konsep desain elemen ruang (desain elemen ruang yang aman bagi pasien, pemilihan material pada ruang)

#### 5. Metode Perancangan

Dari konsep awal yang didapatkan pada proses sintesa, dilakukan pengembangan dan eksplorasi desain yang ditransformasikan dalam bentuk grafis gambar. Metode yang digunakan yaitu metode pragmatis, yang merupakan transformasi konsep perencanaan ke dalam perancangan grafis. Hasil dari tahap ini berupa sketsa-sketsa ide dan permodelan (2 dimensi dan 3 dimensi)

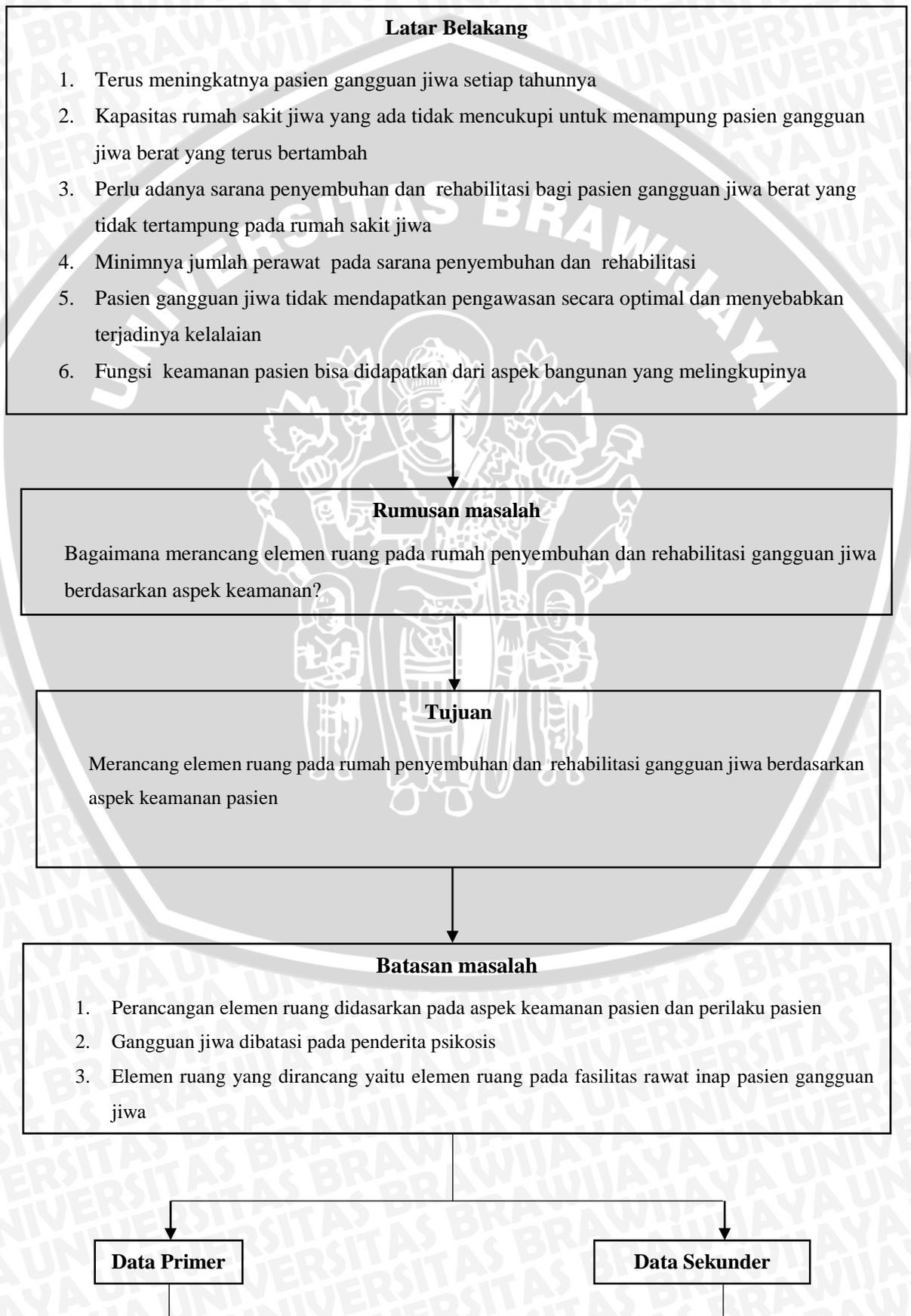
#### 6. Tahap pengembangan rancangan

Tahap ini menghasilkan gambar desain meliputi siteplan, layoutplan, denah, tampak, potongan, perspektif bangunan baik interior maupun interior serta gambar penunjang lainnya. Tahap ini juga menghasilkan hasil desain pada interior yang telah mempertimbangkan aspek keamanan untuk pasien.

#### 7. Tahap pembahasan hasil desain

Pada tahap ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mendeskripsikan hasil desain yang sudah ada dan dievaluasi apakah sudah sesuai dengan teori, analisis, dan konsep desain.

### 3.3 Kerangka Metode

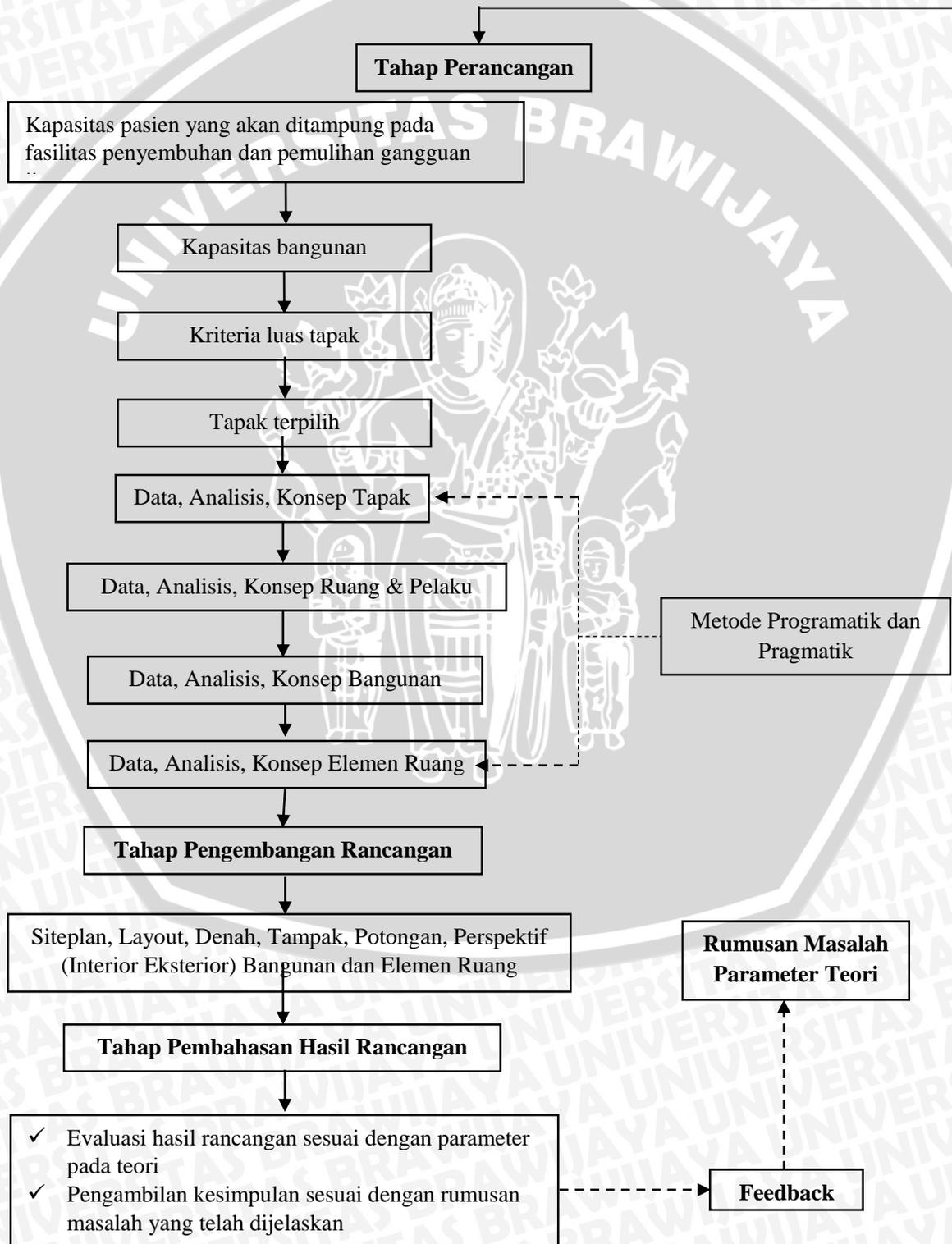




Jenis	Sumber	Data	Analisis	Sintesa
Primer	<b>Survei lapangan</b>	Topografi lingkungan tapak	Analisis tapak dan bangunan	Konsep tapak dan konsep bangunan
		Batas-batas tapak		
		Vegetasi tapak		
		Kebisingan tapak		
		Iklim		
		Sirkulasi		
	View			
	<b>Wawancara</b>	Perilaku pasien	Analisis pelaku dan aktivitas	Konsep ruang dan pelaku
		Hal-hal yang perlu diperhatikan terkait keamanan pasien	Analisis desain dan material elemen ruang	Konsep elemen ruang
		Elemen ruang yang berpengaruh terhadap keamanan pasien		
<b>Dokumentasi</b>	Lingkungan dalam dan sekitar tapak (sirkulasi sekitar tapak, vegetasi pada tapak, batas2 tapak)	Analisis tapak	Konsep tapak	
	Ruang pada bangunan RSJ dan rehabilitasi gangguan jiwa	Analisis ruang	Konsep ruang	
Sekunder	<b>Studi pustaka</b>			
	Kamus Besar Bahasa Indonesia, Nasution	Definisi rehabilitasi gangguan jiwa	Analisis fungsi	Konsep ruang
	Andriansyah (2012)	Fungsi bangunan rehabilitasi		
	Kamus Besar Bahasa Indonesia, Kartono (1986)	Definisi gangguan jiwa	Analisis pelaku dan aktivitas	Konsep ruang dan pelaku
	Kartono (1986), Aedil (2013)	Jenis dan perilaku gangguan jiwa		
	Bappeda	RTRW dan RDTRK	Analisis tapak dan bangunan	Konsep tapak
	Saraswati (2003), Standar Pelayanan Rumah Sakit Jiwa (2009), Putri (2005)	Kriteria aspek keamanan pasien	Analisis desain dan material elemen ruang	Konsep elemen ruang
	Gaol (2012)	Persyaratan ruang pasien sesuai kebutuhan keamanan	Analisis elemen ruang	Konsep elemen ruang
	<b>Obyek Komparasi</b>	Yayasan Pembinaan dan Kesembuhan Batin Pakis		
	Manajemen Yayasan	Data bangunan , kebutuhan ruang dan fungsi bangunan	Analisis ruang dan bangunan	Konsep ruang dan bangunan



Survei lapangan, wawancara	Aspek keamanan pada ruang	Analisis desain dan material elemen ruang	Konsep elemen ruang
<b>Obyek Komparasi</b>	Pondok pemulihan Doulos Batu		
Manajemen Pondok	Data bangunan , kebutuhan ruang dan fungsi bangunan	Analisis ruang dan bangunan	Konsep ruang dan bangunan
Survei lapangan, wawancara	Aspek keamanan pada ruang	Analisis desain dan material elemen ruang	Konsep elemen ruang



## Kerangka Metode (Tematik)

Elemen Ruang pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi  
Gangguan Jiwa Berdasarkan Aspek Keamanan

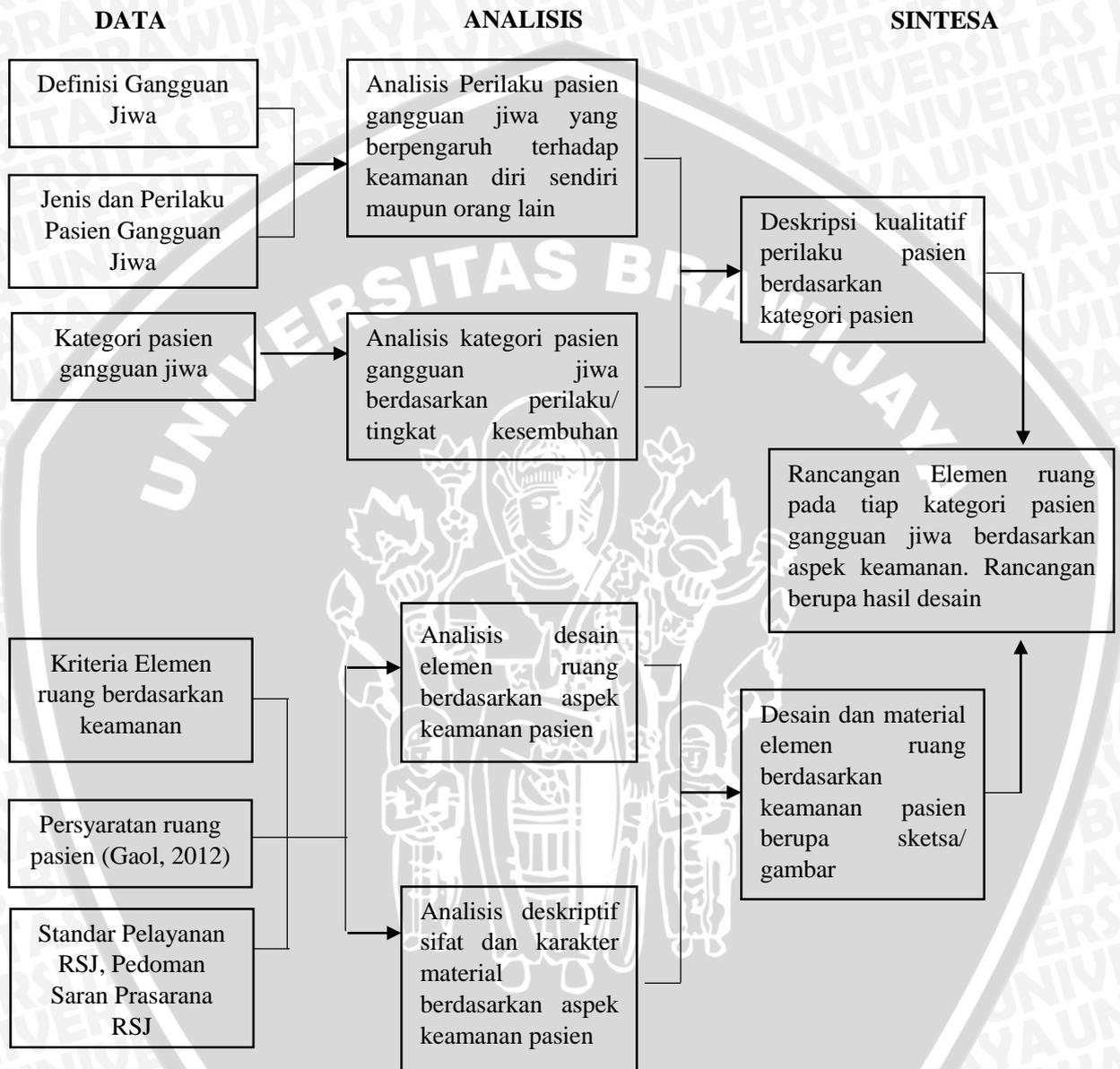


Diagram 3.1 Sistematika Kerangka Metode

## 4.1 Fungsi, Pelaku, Aktifitas, dan Ruang

### 4.1.1 Analisis Fungsi Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa

Pada perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini, secara fungsi bangunan ini merupakan fasilitas kesehatan yang berdiri sendiri dan mengutamakan pada pasien gangguan jiwa yang membutuhkan tempat perawatan yang intensif (rawat inap) tetapi tidak terwadahi pada fasilitas rumah sakit jiwa atau fasilitas rehabilitasi gangguan jiwa yang sudah ada.

Perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini menekankan pada aspek keamanan pada bangunan khususnya pada elemen ruangnya. Hal tersebut ditujukan untuk memaksimalkan pengawasan dan keamanan bagi pengguna bangunan sehingga dapat meminimalisir terjadinya hal-hal yang membahayakan. Pada bangunan ini, secara fungsi dapat dijabarkan sebagai berikut:

#### 1. Fungsi Primer

Fungsi utama pada fasilitas ini yaitu fungsi penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa yang meliputi psikofarmaka, terapi individual, terapi okupasi, terapi music, terapi religious, sport therapy, rekreasi, plant/agro therapy dan terapi lingkungan (milieu)

#### 2. Fungsi Sekunder

Fungsi sekunder merupakan fungsi yang mendukung penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa yaitu fungsi medis meliputi elektromedis, farmasi,; fungsi non medis meliputi laundry, instalasi gizi; fungsi administrasi meliputi kantor pengelola dan rekam medis.

#### 3. Fungsi Tersier

Fungsi tersier mencakup fasilitas umum dan servis yaitu mushola, MEE, pos satpam/security.

### 4.1.2 Analisis Jumlah Pasien

Perhitungan kapasitas pasien rawat inap didasarkan pada komparasi fasilitas sejenis di daerah Batu dan Malang Raya yaitu Yayasan Penyembuhan dan Pemulihan Kesehatan Batin serta Pondok Pemulihan Doulos Batu. Berikut merupakan kapasitas pasien pada fasilitas tersebut.

Yayasan Penyembuhan dan Pemulihan Kesehatan Pakis	: 100 orang
Pondok Pemulihan Doulos	: 60 orang
Rata-rata kapasitas rawat inap	: 80 orang

Berdasarkan rata-rata tersebut, direncanakan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa akan mawadahi hingga 10 tahun ke depan. Untuk menentukan kapasitas tersebut dilakukan perhitungan berdasarkan rumus.

$$P_t = P_o + (1+r)^t$$

Keterangan

$P_t$  : Jumlah Penderita tahun proyeksi

$P_o$  : Jumlah penderita tahun dasar

$r$  : Prosentase penderita rata-rata tiap tahun

$t$  : tahun proyeksi

$$\begin{aligned} P_t &= P_o \times (1+r)^t \\ &= 80 \times (1+0.76)^{10} \\ &= 80 \times (1.76)^{10} \\ &= 86.3 \rightarrow \text{dibulatkan menjadi 100 orang} \end{aligned}$$

Dari hasil perhitungan tersebut, maka kapasitas pasien rawat inap yaitu 100 orang.

Menurut hasil survei pada obyek komparasi fasilitas sejenis, ditemukan bahwa rasio jumlah pasien pria dan wanita = 60 : 40. Sedangkan rasio untuk tiap jenis pasien yaitu:

Golongan *Depressed* : 15%

Golongan *Semi Depressed* : 65%

Golongan *Co-Operative* : 20%

Jadi, perhitungan jumlah pasien pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa yang akan dirancang yaitu:

Tabel 4.1. Jumlah pasien berdasarkan golongan

	Golongan depressed	Golongan semi depressed	Golongan Co-Operative
Pria	10	40	10
Wanita	6	27	7

#### 4.1.3 Analisis Ruang

##### Kebutuhan Ruang

Pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini, kebutuhan ruang didasarkan pada komparasi obyek sejenis dan fasilitas yang direncanakan akan

diwadahi pada perancangan ini. Berikut merupakan kebutuhan ruang yang diwadahi pada obyek komparasi.

Tabel 4.2. Fasilitas ruang pada obyek komparasi

	Yayasan Penyembuhan dan Pemulihan Batin Pakis	Pondok Pemulihan Doulos	Rumah Sakit Jiwa Lawang
Ruang dokter	v	v	v
Ruang konseling	v	v	v
Ruang ibadah	v	-	v
Dapur	v	v	v
Ruang makan	v	v	v
Kantor pengelola	v	v	v
Aula serbaguna	v	v	v
Lapangan	v	-	v
Rawat jalan	-	-	v
Farmasi	-	-	v
Unit rehabilitasi	-	-	v
Poli umum dan gigi	-	-	v
Fisioterapi	-	-	v
Radiologi	-	-	v
Laboratorium	-	-	v
Unit Diklat	-	-	v

Pada fasilitas yang akan dirancang, mewadahi penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa. Berdasarkan komparasi tersebut, maka ruang yang diwadahi pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini yaitu:

1. Fasilitas penerima

Fasilitas merupakan area hall dan resepsionis sebagai awal dari Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa menuju fasilitas-fasilitas lainnya.

## Kebutuhan ruang

Tabel 4.3. Kebutuhan ruang pada fasilitas penerima

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Penerima	Lobi	Merupakan area penerima untuk pengunjung yang data pada bangunan ini dan untuk pasien yang akan memeriksakan diri	Publik
	Resepsionis	Tempat mendapatkan informasi awal bagi pengunjung dan pasien	

## Besaran ruang

Tabel 4.4. Besaran ruang pada fasilitas penerima

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
Lobi	100	NAD	0.65 m <sup>2</sup> / org	65
Resepsionis	2	NAD	4 m <sup>2</sup> /unit	8
Luas				73
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				18.25
Total luas				91.25

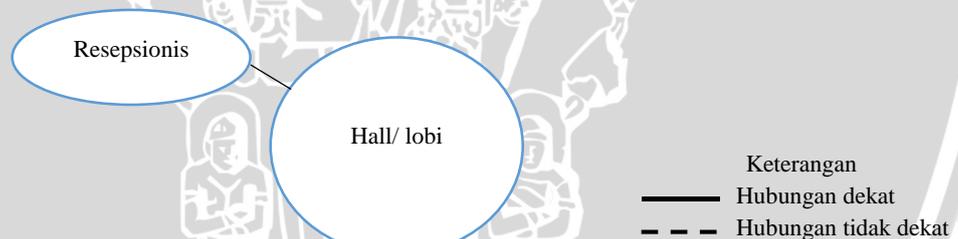


Diagram 4.1 Hubungan ruang pada area penerima  
Sumber: Analisis

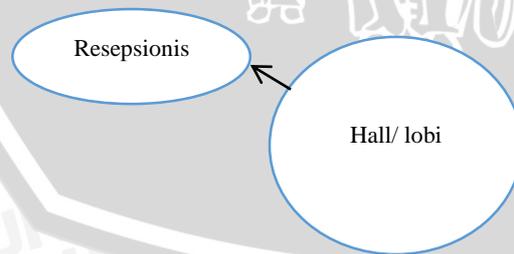


Diagram 4.2 Organisasi ruang pada area penerima  
Sumber: Analisis

Tabel 4.5. Persyaratan kualitatif fasilitas penerima

Ruang	Pencahayaan		Penghawaan		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
Lobi	v	v	v	-	-	v	-

Resepsionis	v	v	v	-	-	v	-
-------------	---	---	---	---	---	---	---

## 2. Rawat jalan

Fasilitas rawat jalan diperuntukkan bagi pasien gangguan jiwa yang tidak membutuhkan perawatan intensif untuk dirawat inap dan pasien yang telah menjalani rawat inap tetapi masih membutuhkan pemantauan (kontrol)

### Analisis Pelaku

#### 1. Psikiater

Merencanakan program, koordinator penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa, konsultasi, serta menentukan tindak lanjut penanganan bagi pasien

#### 2. Psikolog

Berperan dalam seleksi, work assessment, evaluasi perkembangan pasien, terapi kelompok, pengembangan instrument untuk menilai kemampuan rehabilitant/ perkembangan tingkah laku rehabilitant.

#### 3. Dokter

Melakukan pemeriksaan kesehatan rutin pada pasien gangguan jiwa, melakukan penanganan terhadap pasien yang sakit fisik.

#### 4. Perawat

Melakukan perawatan/ pemeliharaan kesehatan pasien, melaksanakan perawatan lanjutan dan membantu psikiater dalam observasi psikiatrik, serta membantu mengawasi pasien dalam aktivitas sehari-hari pasien

#### 5. Terapis

Membimbing dan mendampingi pasien saat melakukan terapi, baik terapi okupasi maupun terapi kelompok; membantu pengembangan adaptasi rehabilitant terhadap lingkungan sosial, keluarga, dan lingkungan kerja

#### 6. Pasien

Merupakan pasien yang menjalani rawat jalan pada fasilitas ini

### Psikiater



Diagram 4.3 Aktifitas psikiater

Sumber: Analisis

Psikolog

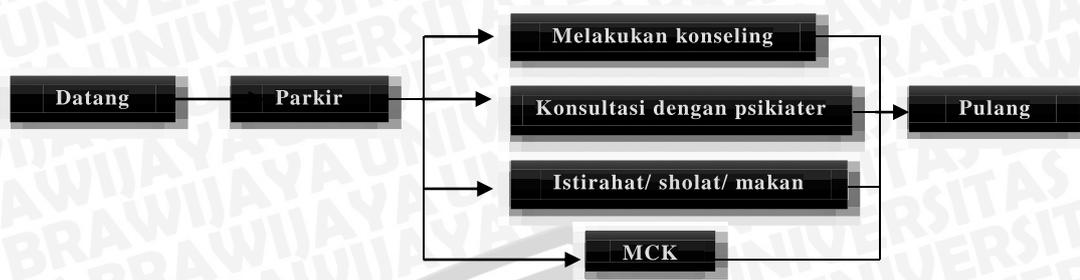


Diagram 4.4 Aktifitas psikolog

Sumber: Analisis

Dokter



Diagram 4.5 Aktifitas dokter

Sumber: Analisis

Perawat



Diagram 4.6 Aktifitas perawat

Sumber: Analisis

Terapis



Diagram 4.7 Aktifitas terapis

Sumber: Analisis

Pasien rawat jalan



Diagram 4.8 Aktifitas pasien rawat jalan

Sumber: Analisis

Kebutuhan ruang

Tabel 4.6 Kebutuhan ruang pada fasilitas rawat jalan

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Rawat jalan	Ruang tunggu	Sebagai tempat untuk menunggu giliran pasien yang akan periksa atau konsultasi serta mendapatkan obat	Publik
	R.psikolog	Pasien akan melakukan konsultasi dengan psikolog	
	R.psikiater	Pemeriksaan kesehatan jiwa oleh psikiater untuk menentukan langkah penyembuhan selanjutnya	
	R.dokter	Tempat untuk pemeriksaan fisik pasien	
	R.perawat jaga	Sebagai fasilitas perawat berjaga atau beristirahat	



R.arsip	Ruangan untuk menyimpan catatan kesehatan pasien	
Apotik	Berfungsi sebagai tempat penyimpanan obat untuk pasien	
R. terapi ECT	Berfungsi untuk tempat terapi ECT pasien	
R. terapi okupasi	Berfungsi untuk tempat terapi okupasi pasien	Semi publik
R. teapi aktivitas kelompok	Berfungsi untuk tempat terapi kelompok pasien	

### Besaran ruang

Tabel 4.7. Besaran ruang pada fasilitas rawat jalan

Nama ruang	kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. psikolog	2	NAD	11.15	11.15
R. psikiater	2	NAD	11.15	11.15
R. dokter	2	NAD	11.15	11.15
R. perawat jaga	2	NAD	7.5 m <sup>2</sup> /unit	7.5
R. arsip	3	DLTCF	10.5	12
R. ECT		TSSBT	22.74	25
R. Okupasi ADL		MHDFG		21
R. TAK		MHDFG		21
Apotik		DLTCF	27.87	30
R. tunggu	15	NAD	20	20
Lobi	30	NAD	0.65 m <sup>2</sup> / org	20
Lavatory	6	NAD	16.5 m <sup>2</sup> /unit	16.5
Luas				206.45
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				51.6125
Total luas				258.0625

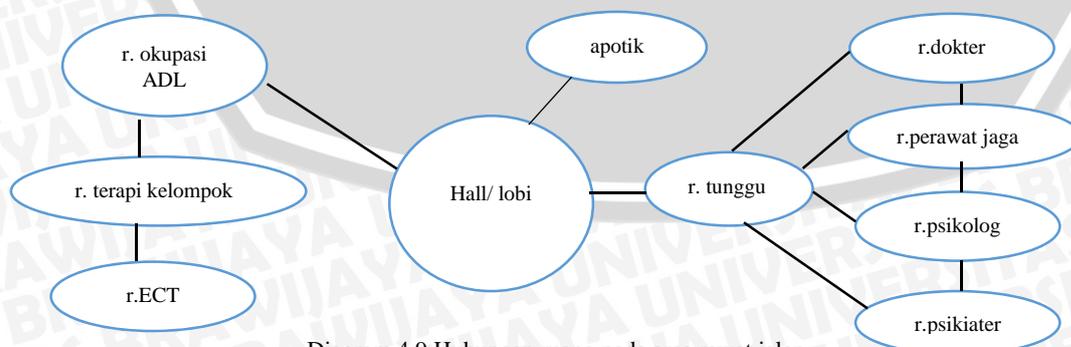


Diagram 4.9 Hubungan ruang pada area rawat jalan

Sumber: Analisis

Keterangan  
 ————— Hubungan dekat  
 - - - - - Hubungan tidak dekat

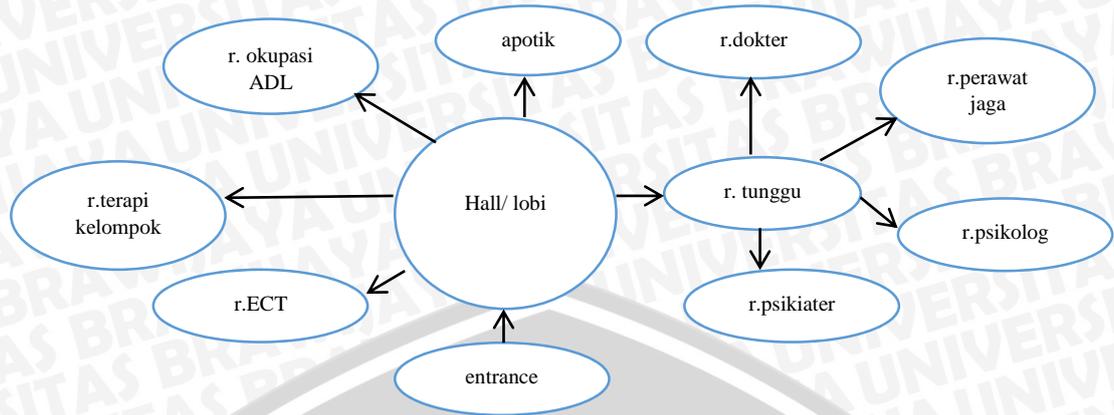


Diagram 4.10 Organisasi ruang pada area rawat jalan  
Sumber: Analisis

Tabel 4.8. Persyaratan kualitatif fasilitas rawat jalan

Ruang	Pencahayaannya		Penghawaannya		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
Ruang tunggu	v	v	v	-	-	v	-
R. psikolog	v	v	v	-	v	v	-
R. psikiater	v	v	v	-	v	v	-
R. dokter	v	v	v	-	v	v	-
R. perawat jaga	v	v	v	-	v	v	-
R. ECT	-	-	-	v	v	-	-
R. okupasi ADL	v	v	v	-	v	v	-
R. TAK	v	v	v	-	-	v	-
R. arsip	v	v	v	-	-	-	-
Apotik	v	v	v	-	-	-	-

3. Rawat inap

Fasilitas rawat inap diperuntukkan bagi pasien yang membutuhkan perawatan intensif dan dalam masa penyembuhan dari penyakit gangguan jiwa.

Kebutuhan ruang

Tabel 4.9 Kebutuhan ruang pada fasilitas rawat inap

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Unit rawat inap	Kamar tidur	Tempat pasien beristirahat	Privat
	Hall serbaguna	Berfungsi sebagai ruang untuk pasien beraktivitas, bersantai, dan juga berfungsi sebagai ruang makan	
	Ruang perawat	Sebagai tempat perawat berjaga, beristirahat	

Pelaku

Pasien

Merupakan penderita gangguan jiwa yang menjalani rawat inap pada fasilitas ini

Pasien rawat inap



Diagram 4.11 Aktifitas pasien rawat inap  
Sumber: Analisis

Fasilitas rawat inap dipisahkan antara pasien pria dan wanita. Masing masing dipisahkan kembali menurut golongannya yaitu ruang inap golongan *depressed*, *semi depressed*, dan golongan *co-operative*.

Besaran ruang

Tabel 4.10. Besaran ruang pada fasilitas rawat inap  
Ruang inap *depressed* (wanita)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	2	NAD	9	18
R. tidur pasien (depressed) wanita	6	PSRSJ	7.5	45
R. makan	6	PSRSJ	1.35/TT	8.1
R. duduk	6	DLTCF	1.39m2/org	8.34
KM/WC	6	PSRSJ	0.7/TT	4.2
Luas				83.64
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				20.91
Total luas				104.55

Ruang inap *semi depressed* (wanita)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	6	NAD	9	54

R. tidur pasien (semi depressed) wanita	27	PSRSJ	7.5	202.5
R. makan	27	PSRSJ	1.35/TT	36.45
R. duduk	27	DLTCF	1.39m <sup>2</sup> /org	37.5
KM/WC	27	PSRSJ	0.7/TT	18.9
Luas				349.35
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				87.3375
Total luas				436.6875

#### Ruang inap *co-operative* (wanita)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	2	NAD	9	18
R. tidur pasien (co operative) wanita	7	PSRSJ	7.5	52.5
R. makan	7	PSRSJ	1.35/TT	9.45
R. duduk	7	DLTCF	1.39m <sup>2</sup> /org	9.73
KM/WC	7	PSRSJ	0.7/TT	4.9
Luas				94.58
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				23.645
Total luas				118.225

#### Ruang inap *depressed* (pria)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	2	NAD	9	18
R. tidur pasien (depressed) pria	10	PSRSJ	7.5	75
R. makan	10	PSRSJ	1.35/TT	13.5
R. duduk	10	DLTCF	1.39m <sup>2</sup> /org	13.9
R. tamu	2		5.5	5.5
KM/WC	10	PSRSJ	0.7/TT	7
Luas				132.9
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				33.23
Total luas				166.125

#### Ruang inap *semi-depressed* (pria)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	10	NAD	9	90
R. tidur pasien (semi depressed) pria	40	PSRSJ	7.5	300
R. makan	40	PSRSJ	1.35/TT	54
R. duduk	40	DLTCF	1.39m <sup>2</sup> /org	55.6

KM/WC	40	PSRSJ	0.7/TT	28
Luas				527.6
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				131.9
Total luas				659.5

Ruang inap *co-operative* (pria)

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. perawat	2	NAD	9	18
R. tidur pasien (co-operative) pria	10	PSRSJ	7.5	75
R. makan	10	PSRSJ	1.35/TT	13.5
R. duduk	10	DLTCF	1.39m <sup>2</sup> /org	21
KM/WC	10	PSRSJ	0.7/TT	7
Luas				134.5
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				33.625
Total luas				168.125

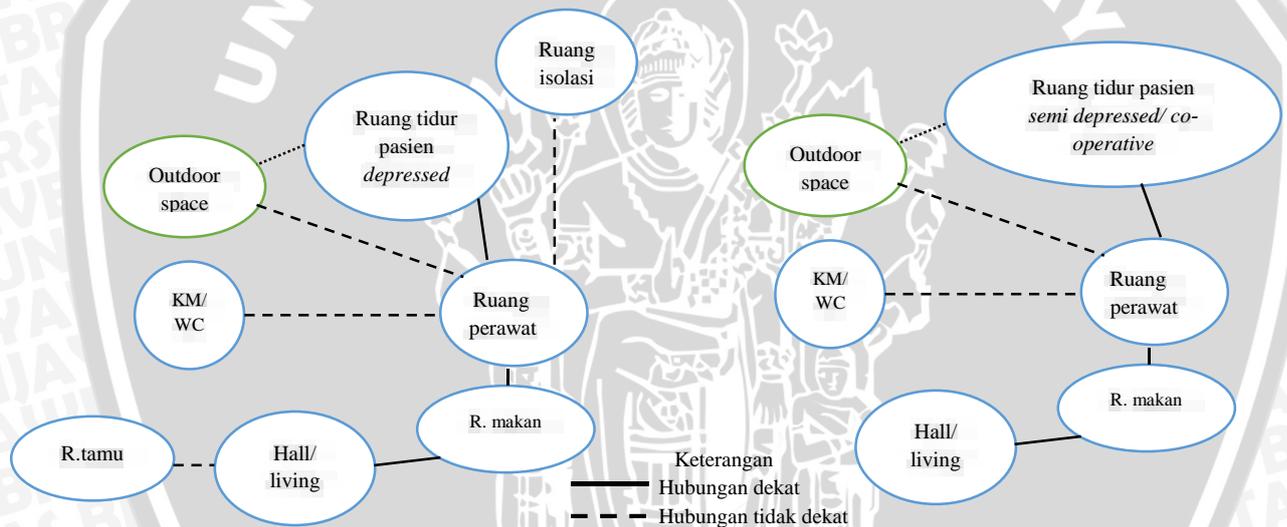


Diagram 4.12 Hubungan ruang inap pasien *depressed*  
 Sumber: Analisis

Diagram 4.13 Hubungan ruang inap pasien *semi depressed* dan *co-operative*  
 Sumber: Analisis

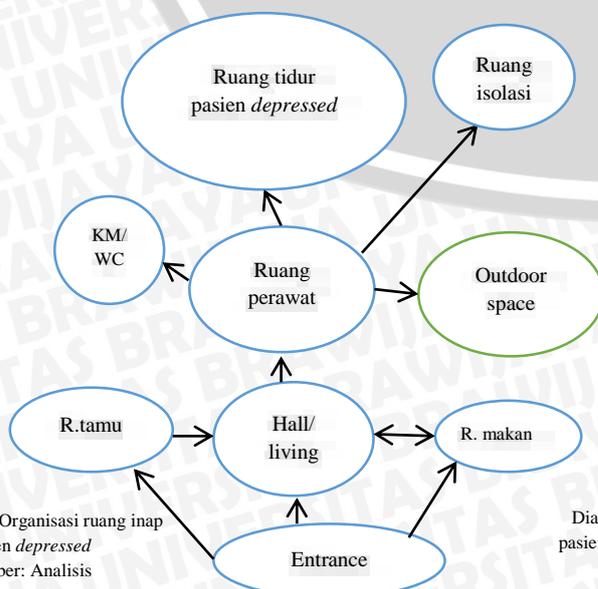


Diagram 4.14 Organisasi ruang inap pasien *depressed*  
 Sumber: Analisis

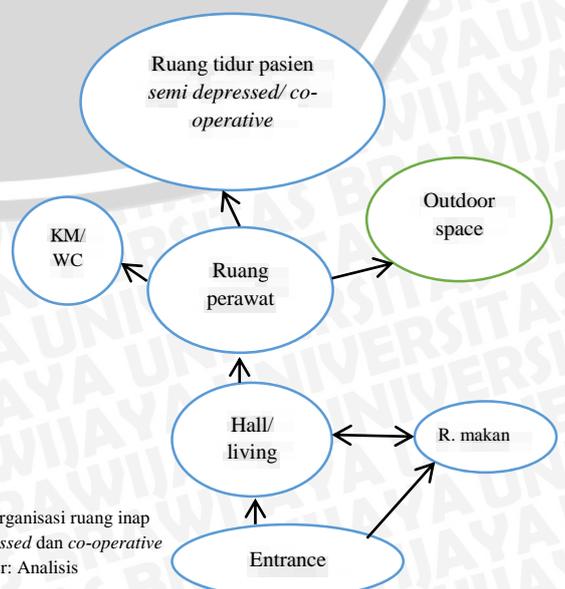


Diagram 4.15 Organisasi ruang inap pasien *semi depressed* dan *co-operative*  
 Sumber: Analisis



## Persyaratan ruang

Tabel 4.11. Persyaratan kualitatif fasilitas rawat inap

Ruang	Pencahayaannya		Pengkawaannya		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
Kamar tidur	v	v	v	-	v	v	-
Hall serbaguna	v	v	v	-	v	v	-
R. makan	v	v	v	-	v	v	-
R. aktivitas	v	v	v	-	v	v	-
R. perawat	v	v	v	-	v	v	-
Kamar mandi	-	v	v	-	-	-	-

### 4. Administrasi

Fasilitas administrasi merupakan fasilitas yang menangani operasional dari keseluruhan fasilitas yang ada

Pelaku

#### 1. Pengelola

Bertugas mengelola dan mengerjakan tugas-tugas administrasi terdiri dari pemimpin/ kepala rumah, bidang keuangan, bidang rumah tangga, bidang pelayanan medis, bidang penunjang medis, bidang perawatan, bidang tata usaha.

Pengelola

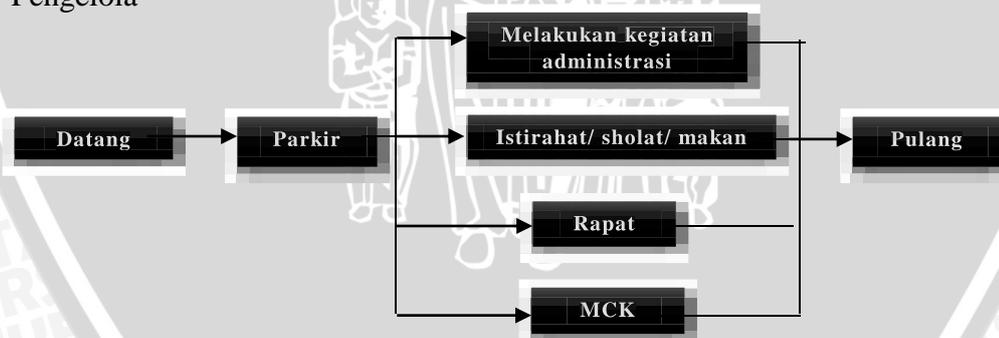


Diagram 4.16 Aktifitas pengelola

Sumber: Analisis

### Kebutuhan ruang

Tabel 4.12 Kebutuhan ruang pada fasilitas pengelola

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Administrasi/ pengelola	R. kerja tiap bidang	Ruang kerja untuk para pekerja administrasi/pengelola	Semi publik

Ruang rapat	Ruang untuk tempat para pengelola/ pengurus berdiskusi mengenai pengelolaan rumah penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa
Mushola	Untuk sarana beribadah bagi para pegawai

Besaran ruang

Tabel 4.13. Besaran ruang pada fasilitas pengelola

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. Kepala rumah	1	NAD	10 m2/org	10
R. bid. Keuangan	1	NAD	6m2/org	6
R.bid.tata usaha	1	NAD	6m2/org	6
R. bid. Pelayanan medis	1	NAD	6m2/org	6
R.bid.pelayanan non medis	1	NAD	6m2/org	6
R.bid.perawatan	1	NAD	6m2/org	6
R.bid.rumah tangga	1	NAD	6m2/org	6
R. rapat	10	NAD	2.25 m2/org	22.5
Mushola			12 m2	12
Lavatory	4	NAD	16.5 m2/unit	16.5
Luas				97
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				24.25
Total luas				121.25

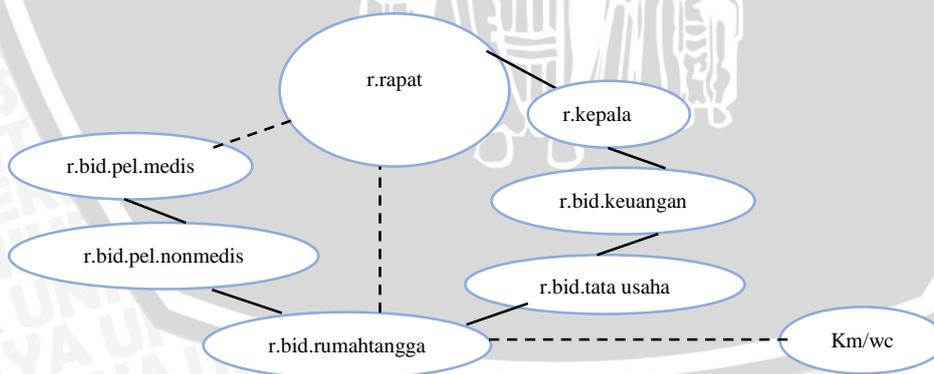


Diagram 4.17 Hubungan ruang fasilitas pengelola  
Sumber: Analisis

Keterangan  
 ————— Hubungan dekat  
 - - - - - Hubungan tidak dekat



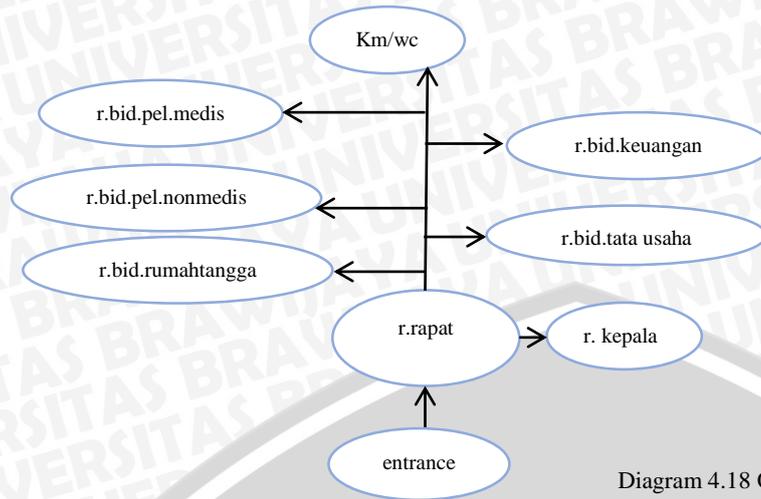


Diagram 4.18 Organisasi ruang fasilitas pengelola  
Sumber: Analisis

Tabel 4.14. Persyaratan kualitatif fasilitas pengelola

Ruang	Pencahayaannya		Penghawaannya		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
R. kerja	v	v	v	-	v	v	-
R rapat	v	v	v	v	v	v	-
Mushola	v	v	v	-	v	-	-

2. Unit rehabilitasi

Unit rehabilitasi berisi fasilitas keterampilan/ kegiatan produktif untuk pasien yang telah memasuki tahap rehabilitasi yaitu pasien golongan *co-operative*

Kebutuhan ruang

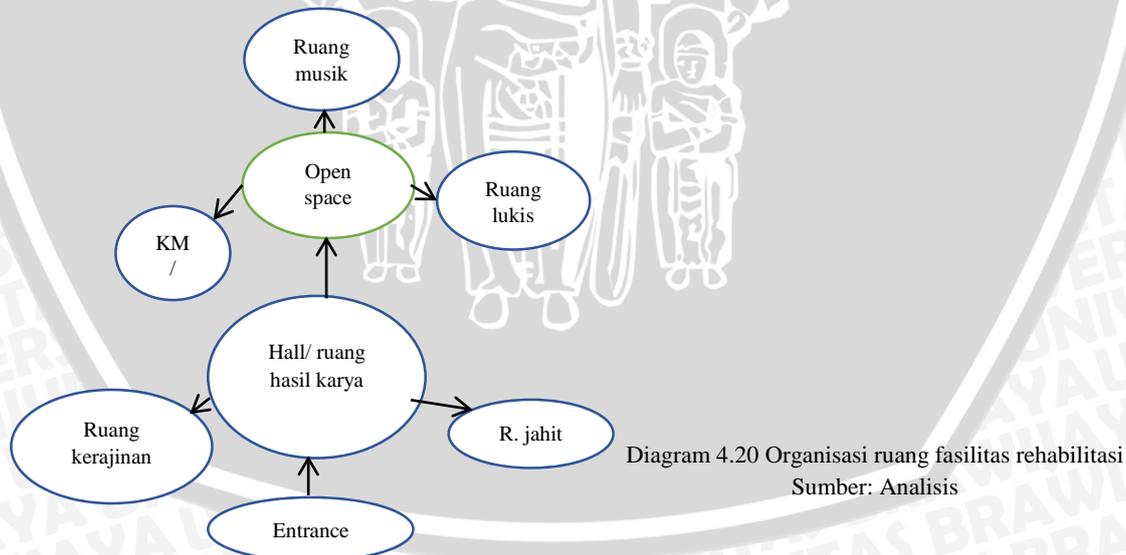
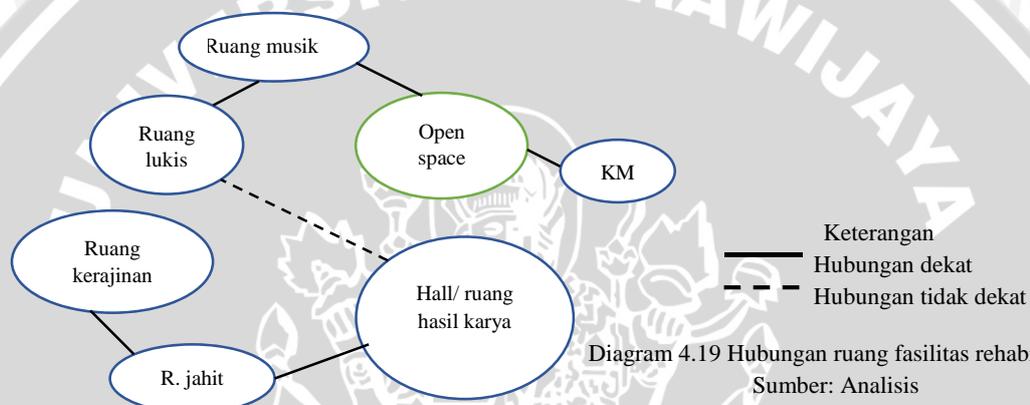
Tabel 4.15 Kebutuhan ruang pada fasilitas rehabilitasi

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Unit rehabilitasi	R. hasil kerja	Tempat untuk memamerkan dan menjual hasil karya rehabilitan	Semi publik
	Gudang alat dan bahan	Tempat untuk menyimpan alat dan bahan kerja	
	Ruang jahit	Ruang untuk kegiatan menjahit bagi rehabilitan	
	Bengkel/ kerajinan	Ruang untuk kegiatan membuat kerajinan bagi rehabilitan	
	Ruang musik	Ruang untuk kegiatan bermain musik	
	Ruang lukis	Ruang untuk kegiatan melukis bagi rehabilitan	

## Besaran ruang

Tabel 4.16. Besaran ruang pada fasilitas rehabilitasi

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R. hasil kerja		RSJS	9m <sup>2</sup>	9
Gudang alat dan bahan		TSSBT	8 m <sup>2</sup>	8
R.jahit	15	Asumsi	30 m <sup>2</sup>	30
Bengkel/ kerajinan	15	Asumsi	30 m <sup>2</sup>	30
R.musik		Asumsi	40 m <sup>2</sup>	40
R.lukis		Asumsi	30 m <sup>2</sup>	30
Luas				147
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				36.75
Total luas				183.75



Tabel 4.17. Persyaratan kualitatif fasilitas rehabilitasi

Ruang	Pencahayaann		Penghawaan		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
R. hasil kerja	v	v	v	-	-	-	v

Gudang alat dan bahan	-	v	v	-	-	-	-
R. jahit	v	v	v	-	-	-	-
Bengkel/kerajinan	v	v	v	-	-	-	-
R. musik	v	v	v	-	-	v	-
R. lukis	v	v	v	-	v	v	-

### 3. Instalasi area cuci dan dapur

Instalasi area cuci dan dapur merupakan fasilitas pelayanan kebersihan dan penyediaan makanan untuk pengguna bangunan

Kebutuhan ruang

Tabel 4.18 Kebutuhan ruang pada fasilitas dapur dan area cuci

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Instalasi dapur dan area cuci	Dapur	Tempat memasak, menyiapkan makanan untuk para pasien	Servis
	Area cuci	tempat mencuci, menjemur, dan menyiapkan pakaian untuk pasien	

Besaran ruang

Tabel 4.19. Besaran ruang pada fasilitas dapur dan area cuci

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
R.karyawan		NAD	12 m <sup>2</sup>	12
Gudang alat dan bahan		DLTCF	16.58-23.23	20
R.cuci		RSJS	12	12
R.masak		HD	20% r.makan	30
Pantry		HD		10
R. cuci pakaian		PSRSJ	33.75	30
R. setrika		PSRSJ	33.75	30
R. jemur pakaian		Asumsi	25	25
Lavatory	6	NAD	16.5 m <sup>2</sup> / unit	16.5
Luas				185.5
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				46.375
Total luas				231.875

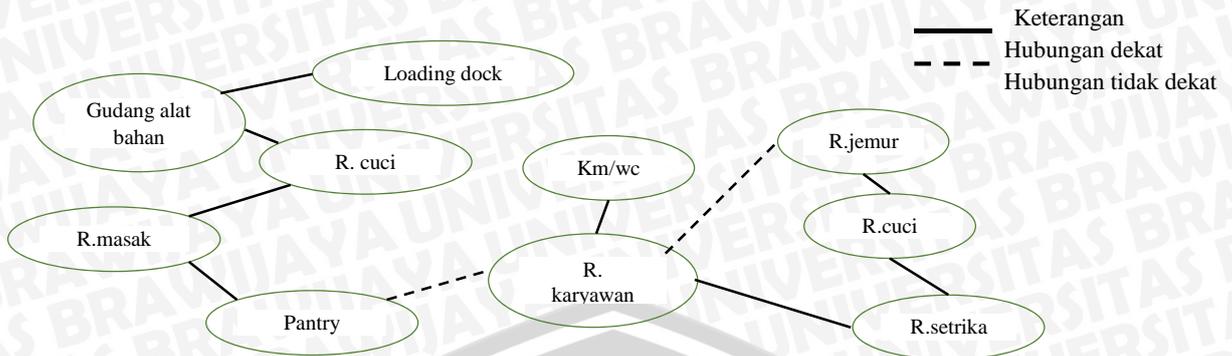


Diagram 4.21 Hubungan ruang fasilitas dapur dan area cuci  
 Sumber: Analisis

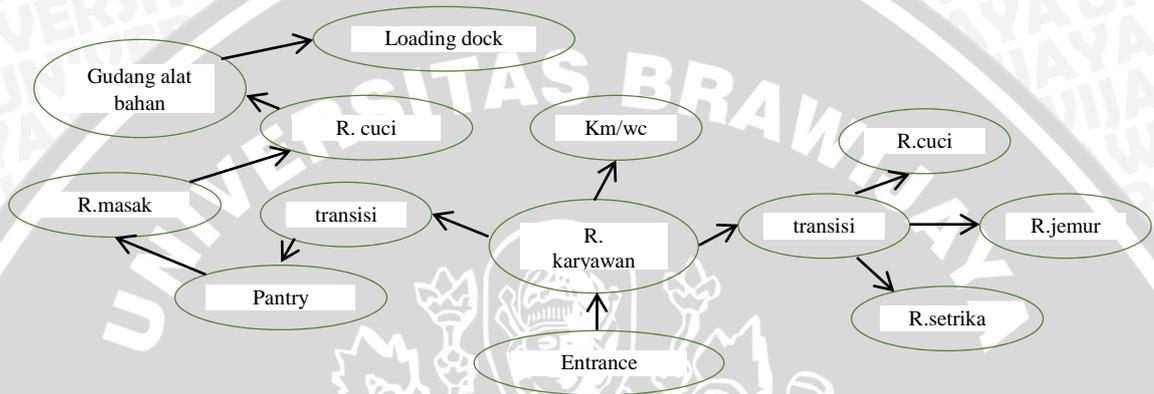


Diagram 4.22 Organisasi ruang fasilitas dapur dan area cuci  
 Sumber: Analisis

Tabel 4.20. Persyaratan kualitatif fasilitas dapur dan area cuci

Ruang	Pencahayaannya		Pengaruhannya		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
R. karyawan	v	v	v	-	-	-	-
Gudang alat dan bahan	-	v	v	-	-	-	-
R. cuci	v	v	v	-	-	-	-
R. masak	v	v	v	-	-	-	-
Pantry	-	v	v	-	-	-	-
R. cuci pakaian	-	v	v	-	-	-	-
R. setrika	-	v	v	-	-	-	-
R. jemur	v	v	v	-	-	-	-
Lavatory	-	v	v	-	v	-	-

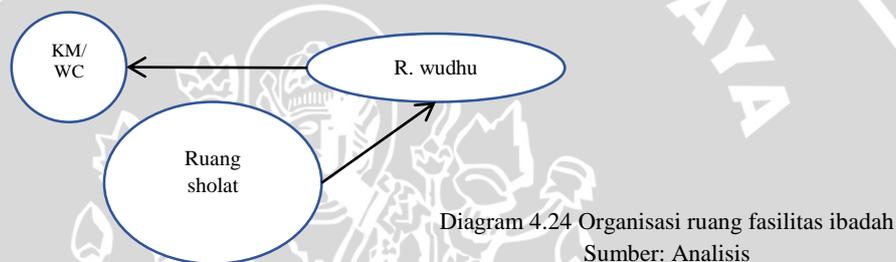
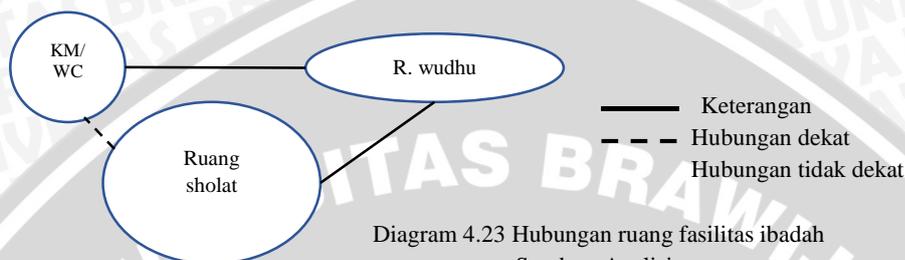
4. Ruang ibadah

Ruang ibadah berupa mushola pada fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa diperuntukkan bagi pasien untuk beribadah sebagai bagian dari terapi religious pasien



Tabel 4.21 Kebutuhan ruang pada ruang ibadah

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Ruang ibadah	Mushola	Tempat para penghuni, pengurus, dan pengunjung untuk beribadah	Semi publik
	Kamar mandi	Area servis bagi pengguna mushola	
	Area wudhu	Area untuk berwudhu bagi pengguna mushola	



Tabel 4.22. Persyaratan kualitatif ruang ibadah

Ruang	Pencapaian		Penghawaan		Ketenangan	View	
	Alami	Buatan	Alami	Buatan		D-L	L-D
R. sholat	v	v	v	-	v	-	-
Kamar mandi	-	v	v	-	-	-	-
R. wudhu	v	v	v	-	-	-	-

## 5. Area ruang luar

Pasien gangguan jiwa membutuhkan banyak area outdoor untuk membantu penyembuhan pasien. Area outdoor terdapat di setiap bangunan rawat inap pasien, selain itu juga disediakan area lapangan sebagai sarana olahraga pasien dan area perkebunan untuk kegiatan bercocok tanam.

### Kebutuhan ruang

Tabel 4.23 Kebutuhan ruang pada fasilitas outdoor

Fasilitas	Ruang	Deskripsi	Sifat ruang
Area ruang luar	Lapangan	Area olahraga bagi pasien	Semi publik

Perkebunan	Area para rehabilitan melakukan aktivitas berkebun/ bertani
Area parkir	Tempat para pengunjung, pengelola memarkir kendaraan

Besaran ruang

Tabel 4.24. Besaran ruang pada fasilitas outdoor

Nama ruang	Kapasitas	Sumber	Standar	Jumlah
Lapangan	1		600	600
Area perkebunan				400
Parkir pengelola	10	MH	12 m2	120
Parkir pengunjung mobil	20	MH	12 m2	240
motor	30	NAD	2m2/ mtr	60
Loading dock	3	NAD	15 m2	45
Luas				1465
Sirkulasi 25% (Planing The Architect's Handbook)				366.25
Total luas				1831.25

Persyaratan Kualitas Ruang

Tabel 4.25. Persyaratan ruang pada fasilitas kesehatan mental

Ruang	Persyaratan ruang
Ruang inap pasien	Memiliki jendela/ bukaan yang mengarah ke luar/ eksterior Menggunakan perabot yang aman, tidak mudah rusak
Kamar mandi pasien	Menggunakan material lantai yang tidak licin
Ruang aktivitas	Desain ruangan yang nyaman dengan perabot yang sulit dipindahkan dan digunakan sebagai senjata/ berbahaya Menggunakan perabot yang tidak mudah rusak dan mudah dibersihkan
Area terapi kelompok	Menggunakan perabot yang tidak mudah dipindahkan dan tidak mudah rusak
Ruang makan	Ruang ini bisa tertutup atau terbuka Meja makan seharusnya berat dan tidak mudah dipindahkan
Ruang perawat/ penjaga	Ruang sebaiknya terbuka dan tidak tertutup

Area tempat tidur pasien, area aktivitas utama pasien harus terlihat secara langsung dari ruang perawat

Meminimalisir alat-alat yang dapat digunakan sebagai senjata oleh pasien

Ruang ini seharusnya tidak memiliki batas fisik yang membatasi interaksi perawat dan pasien

---

Ruang luar

Dibatasi pagar untuk keamanan, privasi

Pohon pada area ini tidak bisa digunakan untuk memanjat melalui pagar

Tidak menggunakan batu, kerikil, dan material yang bisa digunakan sebagai senjata

Tidak menggunakan tanaman/ material yang beracun

Outdoor space harus memiliki penerangan yang cukup

Furnitur pada outdoor space menggunakan furnitur yang sulit/ tidak bisa dipindahkan

---

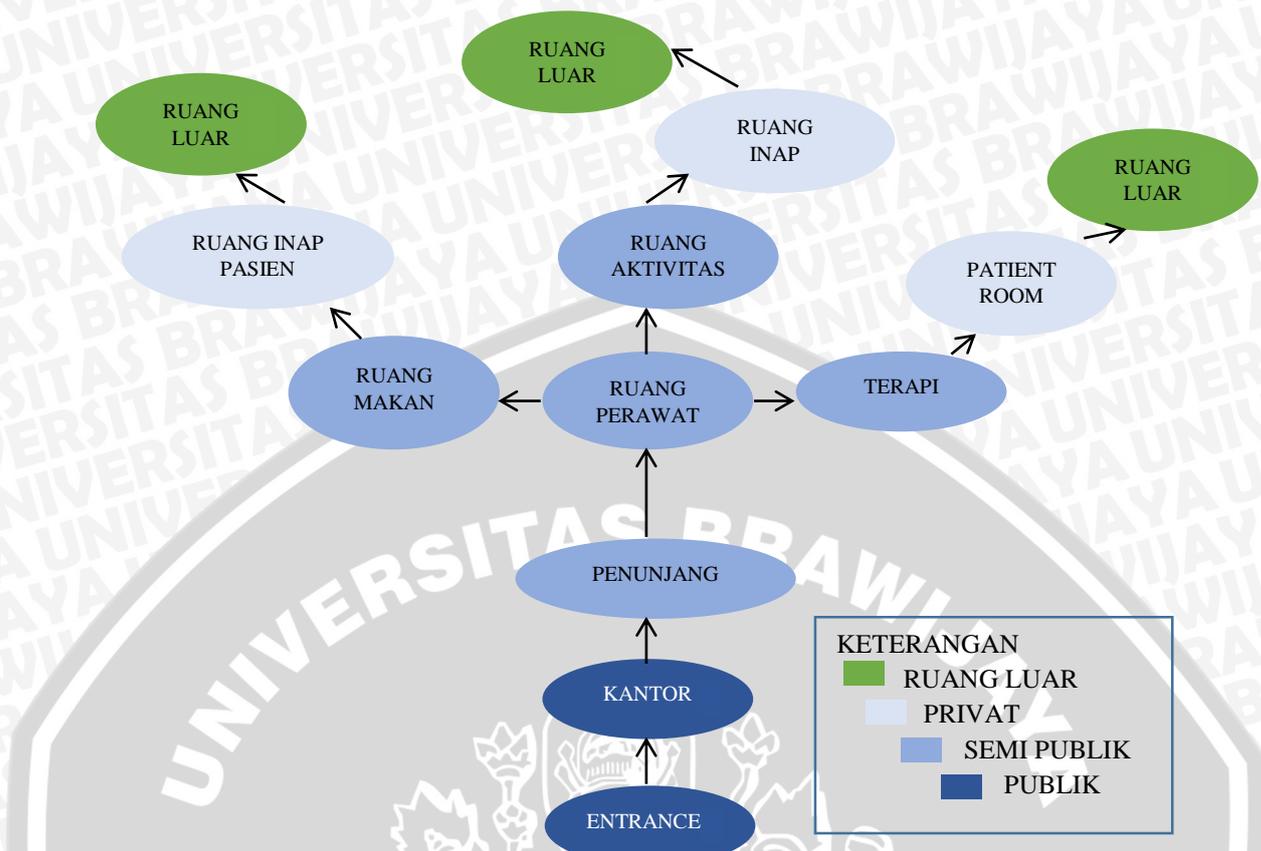


#### 4.1.4 Organisasi Ruang

Berdasarkan *Mental Health Facilities Design Guide* (Departement of Veterans Affairs, 2010), organisasi ruang untuk fasilitas kesehatan mental yaitu menggunakan pola radial dan linier. Pola linier digunakan untuk memudahkan sirkulasi pengguna. Pola radial pada fasilitas kesehatan mental, dibutuhkan untuk sistem pengawasan pada pasien. Dengan menempatkan ruang untuk perawat pada pusat sirkulasi, maka akan memudahkan perawat dalam memberikan pengawasan terhadap pasien. Ruang untuk tidur pasien disusun berjajar dan berhadapan, dipisahkan oleh koridor. Untuk ruang bersama seperti ruang aktivitas dan ruang makan diletakkan diantara tempat tidur dan dekat dengan ruang perawat.



Gambar 4.1 Organisasi ruang pada fasilitas kesehatan mental  
Sumber: *Mental Health Facilities Design Guide*



**KETERANGAN**

- RUANG LUAR
- PRIVAT
- SEMI PUBLIK
- PUBLIK

Diagram 4.25 Organisasi ruang pada fasilitas kesehatan mental  
 Sumber: *Mental Health Facilities Design Guide*

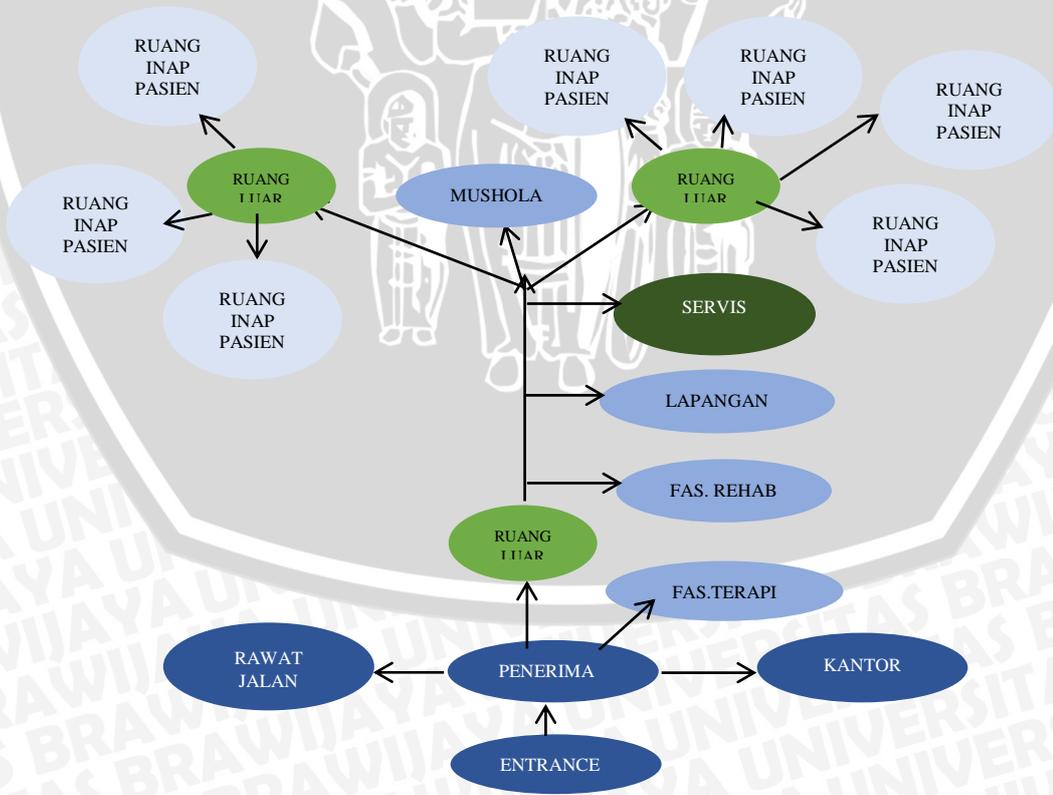


Diagram 4.26 Organisasi ruang pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa  
 Sumber: *Analysis*

Pola hubungan dan organisasi ruang yang terdapat pada *Mental Health Facilities Design Guide* dijadikan pedoman untuk hubungan dan organisasi ruang pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa yang akan dirancang. Untuk pola yang digunakan yaitu menggunakan pola linier dan radial dengan menyesuaikan dengan kebutuhan ruang yang telah direncanakan sebelumnya.

## 4.2 Tinjauan Lokasi

### 4.2.1 Kriteria Pemilihan Lokasi

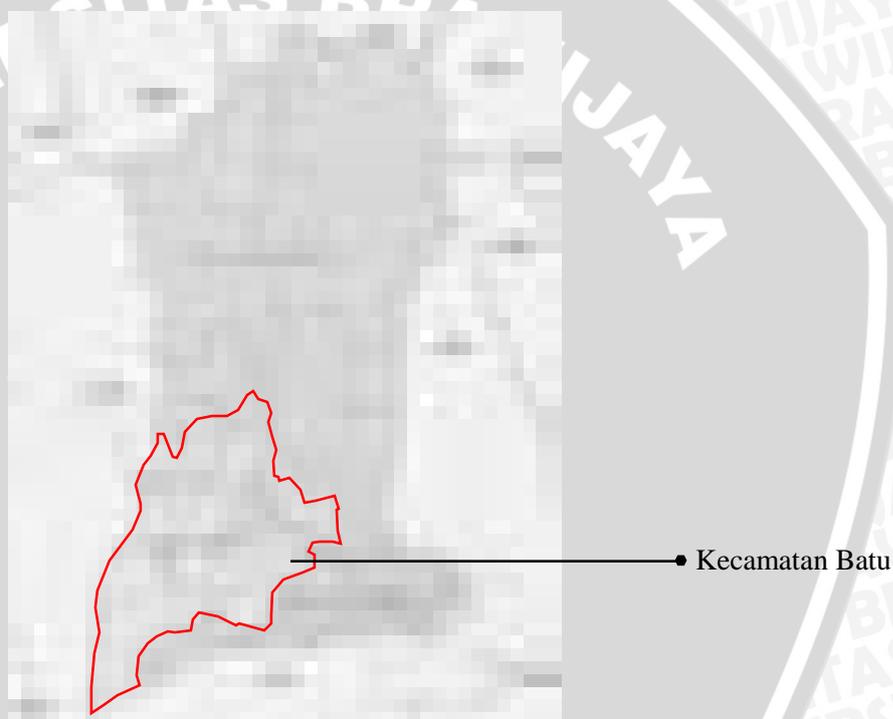
Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini merupakan fasilitas kesehatan untuk penderita gangguan jiwa. Fasilitas kesehatan ini tentunya mempunyai kriteria untuk pemilihan lokasi sesuai dengan kebutuhan penghuni dan aspek eksternal lingkungan sekitarnya. Berdasarkan standarisasi rumah (Departemen Sosial) dan kebutuhan dari fungsi bangunan terdapat beberapa kriteria lahan untuk rumah rehabilitasi

- Aksesibilitas mudah (maksimal 3 km dari pusat perekonomian dan kesehatan, dilewati transportasi umum seperti angkot, bus, dan lain lain)
- Lokasi dapat diakses melalui dua arah jalur
- Dekat dengan daerah permukiman
- Lokasi tidak di pinggir jalan arteri primer (kebisingan tinggi)
- Lokasi memiliki jalan kolektor sekunder yaitu jalan yang memiliki tingkat keramaian lebih rendah dibandingkan jalan arteri primer. Ciri- ciri perjalanan jarak sedang dengan laju kendaraan minimal 20 km/jam dan lebar jalan min.7 m
- Kelengkapan sarana dan infrastruktur
- Lahan bebas banjir dan tidak rawan bencana, kontur relatif datar, cuaca daerah sejuk sehingga memudahkan terapi
- Subur, dapat digunakan untuk pertanian dan perkebunan
- Adanya lahan untuk kemungkinan pengembangan

### 4.2.2 Tinjauan Umum Lokasi

Perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini, seperti sudah disebutkan sebelumnya akan mengambil lokasi di Kota Batu, Jawa Timur. Pemilihan lokasi di Kota Batu didasarkan pada kondisi alam dan iklim

Kota Batu yang mendukung proses penyembuhan mental pasien. Potensi alam tersebut yaitu kondisi udara yang masih bersih dan sejuk. Tapak berada di Kecamatan Batu yang termasuk dalam BWK I (BWK Batu), pusat pelayanan di sekitar Alun Alun Batu. Kegiatan primer yang dikembangkan pada BWK I yaitu pasar induk, pusat perdagangan dan jasa (kawasan komersial), obyek wisata rekreasi dan pusat pelayanan usaha jasa wisata, fasilitas umum dan sosial skala Kota dan BWK, yaitu perkantoran, kesehatan, pendidikan, gedung kesenian, dan lain sebagainya. Jadi, perancangan fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa di Kecamatan Batu sesuai dengan rencana struktur kegiatan fungsional Kota Batu.



Gambar 4.2 Peta Kota Batu

Sumber:

Tapak berada pada pusat pelayanan Unit Lingkungan I (Kelurahan Sisir) dengan pengembangan kegiatan perdagangan dan jasa intensitas sedang-tinggi, fasilitas umum dan sosial, serta intensitas tinggi.

Tapak merupakan lahan kosong di Jalan Sultan Agung Batu. Berdasarkan Rencana Tata Ruang Wilayah Kota Batu, tapak memiliki fungsi sebagai fasilitas umum dan Ruang Terbuka Hijau. Fasilitas Penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa termasuk ke dalam fasilitas umum dengan fungsi kesehatan dan sosial.



Gambar 4.3 Peta Kota Batu  
Sumber:

#### 4.2.3 Tinjauan Mengenai Rencana Pengembangan Kawasan Kota

Seperti yang telah dijelaskan bahwa tapak berada pada BWK 1 Kota Batu. Pengembangan Fasilitas umum dan social termasuk dalam kegiatan primer yaitu kegiatan fasilitas yang mempunyai jangkauan pelayanan kota dan regional dengan didukung potensi, daya dukung lahan, sosial budaya dan system jaringan jalan yang ada maupun yang akan dikembangkan. Perancangan Rumah Penyembuhan dan rehabilitasi Gangguan Jiwa ini nantinya akan melayani seluruh warga Kota batu dan wilayah Jawa Timur. Berdasarkan RDTRK 1 Kota Batu, konsentrasi fasilitas umum dan sosial berada di Jalan Panglima Sudirman, Sultan Agung, Agus Salim, Samadi, Ikhwan Hadi, WR Supratman, dan seterusnya.

### 4.3 Analisis Tapak

#### 4.3.1 Deskripsi Umum Tapak

Tapak yang berada di Jalan Sultan Agung Batu merupakan lahan kosong seluas 4.1 Ha. Untuk perancangan Rumah Penyembuhan dan rehabilitasi Gangguan Jiwa ini tidak menggunakan keseluruhan dari lahan kosong yang ada, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan ruang yang ada. Tapak ditumbuh banyak vegetasi menunjukkan bahwa kondisi tanah pada tapak subur. Lokasi tapak strategis berada di Kecamatan Batu berjarak  $\pm 1.5$  m dari pusat Kota Batu. Lokasi tapak yang strategis sesuai dengan fungsi bangunan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa, karena pada bangunan ini dibutuhkan kemudahan akses menuju dan dari tapak. Kondisi sekitar tapak yang tidak bising diharapkan dapat memberikan ketenangan

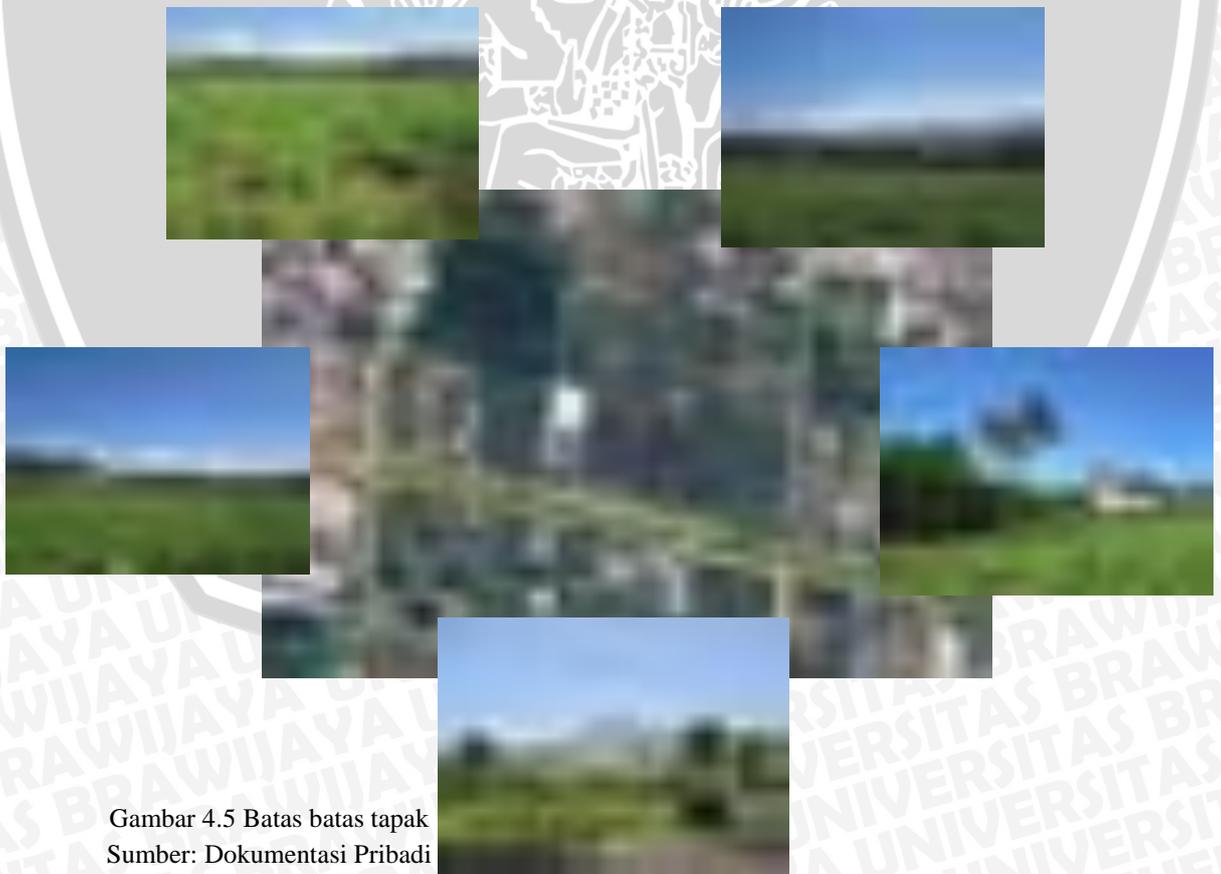
pada pasien yang akan diwadahi pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini.



Gambar 4.4 Kondisi tapak  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

Batas- batas tapak yaitu

- Utara : Rumah penduduk
- Selatan : Jalan Sultan Agung, Lahan Kosong
- Barat : Lahan kosong/ kebun
- Timur : Rumah penduduk, Stadion Brantas



Gambar 4.5 Batas batas tapak  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

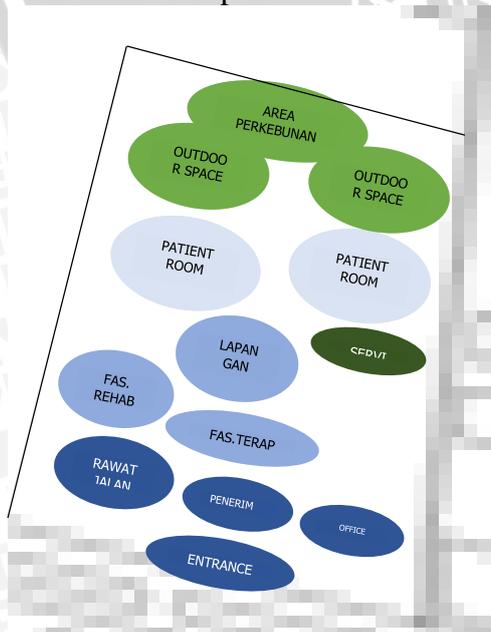
Berdasarkan RTRW Kota Batu, peraturan bangunan untuk fasilitas umum dan sosial bidang kesehatan, memiliki KDB 40-60%. Untuk Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa membutuhkan ruang luar yang luas sebagai bagian dari terapi pasien, sehingga direncanakan KDB bangunan 20-30%. Untuk jumlah lantai bangunan direncanakan 1 lantai untuk fasilitas pasien karena mempertimbangkan aspek keamanan pasien. Untuk fasilitas lainnya dimungkinkan memiliki 2 lantai.

Luas dan ukuran tapak



Gambar 4.6 Ukuran tapak  
Sumber: Dokumentasi Pribadi

### 4.3.2 Zonifikasi Tapak



Berdasarkan organisasi ruang yang telah ditentukan, fungsi-fungsi yang terdapat pada fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa ini diletakkan pada tapak yang telah ditentukan.

Gambar 4.7 Peletakan fungsi pada tapak  
Sumber: Analisis

### 4.3.3 Analisis Kebisingan

Secara umum, tapak merupakan area lahan kosong yang cukup tenang. Kebisingan pada tapak akan mempengaruhi peletakan fasilitas- fasilitas pada bangunan. Sebelah utara tapak berbatasan dengan rumah penduduk. Area ini memiliki kebisingan yang sedang. Kebisingan paling tinggi terdapat pada Jalan Sultan Agung yaitu di sisi sebelah selatan tapak. Kebisingan pada area ini berasal dari suara kendaraan yang melalui jalan Sultan Agung, kebisingan pada jalan ini tidak terlalu tinggi karena intensitas kendaraan yang tidak terlalu banyak. Pada sisi timur tapak memiliki kebisingan yang rendah. Jalan pada sisi timur tapak jarang dilalui oleh kendaraan. Batas sebelah timur tapak yang merupakan lahan kosong dan hanya terdapat 2 rumah penduduk menjadikan area sisi timur tapak menjadi tenang. Pada sisi barat tapak, hanya terdapat lahan kosong perkebunan, sehingga bagian barat tapak merupakan area yang cukup tenang. Area sisi barat dan timur tapak sesuai untuk area privat pada bangunan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini.



Gambar 4.8 Kebisingan pada tapak  
Sumber: Analisis

Peletakan tiap fungsi pada bangunan disesuaikan dengan zona masing-masing fungsi.

Zona publik : area penerima

rawat jalan

area parkir

Zona semi public : fasilitas terapi

fasilitas rehabilitasi

dapur dan laundry

lapangan

area perkebunan

Zona privat : Area rawat inap pasien

#### 4.3.4 Analisis Tata Massa

Berdasarkan fungsi-fungsi yang diwadahi pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa, maka terdapat beberapa massa bangunan yaitu:

a. Massa fasilitas penerima

Massa ini terletak di dekat entrance karena merupakan massa awal sebagai penerima dari pengunjung. Massa ini berisi fasilitas rawat jalan, fasilitas terapi pasien, serta kantor pengelola. Massa fasilitas penerima harus mudah dicapai dari pintu masuk pada tapak.

b. Massa fasilitas rehabilitasi

Fasilitas rehabilitasi diperuntukkan bagi kegiatan keterampilan dan kesenian pasien golongan co-operative. Massa fasilitas ini berada pada zona semi publik karena pasien yang berada pada fasilitas rehabilitasi sudah mendekati sembuh dan mereka membutuhkan interaksi dengan orang lain/ pengunjung. Pada massa rehabilitasi ini terdapat ruang untuk memamerkan/ menjual hasil karya pasien (ruang hasil karya). Pada ruang ini, memungkinkan pasien dan pengunjung dapat melakukan interaksi. Letak massa bangunan rehabilitasi ini seharusnya juga mudah dijangkau oleh pengunjung.

c. Massa fasilitas rawat inap

Fasilitas rawat inap dibagi menjadi dua zona yaitu untuk pria dan wanita. Fasilitas ini berada pada zona privat karena membutuhkan ketenangan dan tidak mengganggu fungsi lain. Zona rawat inap pria dan wanita diletakkan terpisah. Massa bangunan rawat inap dapat dijangkau dari masa fasilitas dapur dan cuci.

d. Massa fasilitas ibadah

Fasilitas ibadah pada Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini berupa mushola yang diperuntukkan bagi pasien pria dan wanita. Oleh karena itu, mushola diletakkan di antara zona rawat inap pria dan zona rawat inap wanita.

e. Massa fasilitas gizi dan cuci

Fasilitas ini memberikan pelayanan untuk keperluan makanan dan cuci pakaian pasien. Fasilitas ini termasuk pada zona servis/ semi public. Letak masa bangunan dapat menjangkau zona rawat inap pasien.

f. Massa fasilitas asrama

Fasilitas ini digunakan untuk tempat beristirahat/ menginap bagi dokter, perawat. Fasilitas ini termasuk pada zona privat dan harus dapat menjangkau area rawat inap pasien.

Setelah ditentukan zonasi tiap fungsi berdasarkan tingkat kebisingan, maka didapatkan penataan massa. Jenis massa merupakan massa banyak karena diperlukan adanya pemisahan antar fungsi pada bangunan dan pada pasien



Gambar 4.9 Peletakan masa pada tapak

Sumber: Analisis

Pola tata massa yang dapat digunakan pada perancangan Rumah Penyembuhan dan rehabilitasi Gangguan Jiwa ini antara lain:

1. Pola Linier

Organisasi linier pada dasarnya terdiri dari sederetan ruang. Ruang ini dapat berhubungan secara langsung satu dengan yang lain/ dihubungkan melalui ruang linier yang berbeda dan terpisah. Pola sirkulasi linier digunakan pada area semi public, pada fasilitas rehabilitasi, atau fasilitas penunjang

2. Pola Terpusat

Merupakan komposisi terpusat dan stabil yang terdiri dari sejumlah ruang sekunder, dikelompokkan mengelilingi sebuah ruang pusat. Pola terpusat digunakan pada masa fasilitas rawat inap pasien. Beberapa massa ruang inap akan disatukan dengan suatu ruang terbuka sebagai pusat penataan massa.

3. Pola radial

Organisasi ini terdiri dari ruang pusat yang dominan di mana sejumlah organisasi linier berkembang menurut arah jari-jarinya. Pola radial digunakan setelah masa fasilitas penerima, terdapat pusat berupa plaza yang nantinya akan berkembang secara radial menuju fasilitas- fasilitas lain.



Keterangan

- Pola linier
- Pola radial
- Pola terpusat

Gambar 4.10 Pola Peletakan masa pada tapak  
Sumber: Analisis

#### 4.3.5 Analisis Bentuk Bangunan

Bentuk bangunan pada massa-massa Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa disesuaikan dengan fungsi yang dibutuhkan. Bentuk bangunan antar masa harus menyatu, karena keseluruhan bangunan merupakan masa banyak/majemuk. Bentuk bangunan yang dapat dipakai yaitu:

a. Bentuk persegi

Bentuk yang mudah dimodifikasi dan merupakan bentuk yang paling fungsional dan fleksible. Bentuk ini sangat efektif terhadap penataan perabot dan sangat optimal.

b. Bentuk segitiga

Bentuk ini tidak terlalu fungsional dibandingkan bentuk persegi karena terdapat sudut lancip yang merupakan sudut mati. Sudut lancip tidak efektif terhadap penataan perabot dan dapat menyebabkan ruang terbangun/ tidak dapat digunakan. Bagi pasien gangguan jiwa, adanya sudut mati akan mengakibatkan pasien merasa tertekan dan menjadi tidak tenang.

c. Bentuk lingkaran

Merupakan bentuk yang tidak bersudut dan tidak umum digunakan pada bangunan fasilitas kesehatan. Bentuk lingkaran memberikan kesan fleksibel dan tidak kaku. Jika menggunakan perabot standar akan menyebabkan banyak ruang yang terbangun.

Fungsi bangunan yang akan dirancang adalah untuk pasien gangguan jiwa. Pasien membutuhkan lingkungan yang nyaman. Berdasarkan buku *Mental Health Facilities Design Guide*, rancangan bangunan fasilitas kesehatan mental harus dibuat seperti pada rumah tinggal. Hal ini ditujukan agar pasien merasa seperti di rumah sehingga pasien akan merasa lebih tenang. Bentuk juga harus fungsional sesuai dengan kebutuhan pasien. Jadi, bentuk dasar yang digunakan pada perancangan ini adalah bentuk persegi, bentuk ini sederhana dan mudah dimodifikasi. Bentuk persegi juga merupakan bentuk yang umum digunakan pada rumah tinggal, sesuai dengan kriteria pada fasilitas kesehatan mental.



Gambar 4.11 Peletakan masa dan bentuk bangunan pada tapak  
Sumber: Analisis

Bentukan massa mengambil bentukan persegi karena merupakan bentuk yang paling efisien dibandingkan dengan bentukan bentukan lainnya. Dengan bentukan persegi, ruang ruang dalam massa akan termanfaatkan dengan maksimal.



Gambar 4.12 Perspektif Peletakan masa dan bentuk bangunan pada tapak  
Sumber: Analisis

#### 4.3.6 Analisis Pencapaian dan Sirkulasi



Gambar 4.13 Analisis pencapaian dan sirkulasi  
Sumber: Analisis

Jalan pada sisi selatan tapak dimungkinkan untuk dijadikan entrance utama pada tapak karena pencapaiannya mudah dan jalan cukup lebar. Jalan ini tidak terlalu ramai dilewati kendaraan sehingga jika entrance tapak/ pencapaian pada tapak melalui jalan ini maka tidak akan menimbulkan kemacetan. Jalan pada sisi timur tapak digunakan untuk outrance dari tapak. Jalan ini memiliki lebar yang lebih sempit daripada jalan di sisi selatan tapak.

Untuk area parkir dipisahkan antara parkir mobil dan motor. Area parkir diletakkan dekat dengan area entrance dan outrance tapak untuk memudahkan sirkulasi kendaraan. Sirkulasi kendaraan pada tapak dibuat searah karena intensitas kendaraan yang lalu lalang pada tapak tidak terlalu tinggi.

Sirkulasi kendaraan pada tapak dimulai dari entrance yang berada di Jl. Sultan Agung, dari entrance terdapat drop off di depan massa penerima yang kemudian parkir pada area parkir, Untuk sirkulasi kendaraan servis memasuki tapak melalui entrance yang sama dengan kendaraan pengunjung, tetapi memiliki outrance yang berbeda dengan kendaraan pengunjung.

Pada sisi selatan tapak terdapat pedestrian dengan lebar 1.8m. Kondisi pedestrian terawat dan masih baik. Pedestrian ini akan dipertahankan sebagai sirkulasi pejalan kaki menuju tapak.

Pada tapak terdapat jalan pada dua sisi tapak yaitu di sisi timur dan selatan tapak. Jalan utama berada di sisi selatan tapak yaitu jalan Sultan Agung Batu. Jalan ini dilalui berbagai macam kendaraan. Sedangkan jalan di sisi timur tapak merupakan jalan lingkungan yang memiliki lebar 4m. Jalan ini jarang dilalui kendaraan.

Pejalan kaki masuk melalui entrance pada Jl. Sultan Agung juga kemudian menuju massa penerima. Dari massa bangunan penerima menggunakan sirkulasi liner dan radial menuju fasilitas rehabilitasi dan fasilitas rawat inap pasien.

Untuk sirkulasi antar massa pada tapak, digunakan pedestrian. Akses antar massa hanya diperuntukkan untuk pejalan kaki dan kursi roda, tidak untuk kendaraan bermotor. Pedestrian pada tapak tidak memiliki kemiringan yang tajam dan tangga. Hal ini dikarenakan adanya pertimbangan keamanan untuk pasien. Pedestrian pada tapak juga menggunakan penutup atap.



Gambar 4.14 Analisis pencapaian dan sirkulasi  
Sumber: Analisis



Gambar 4.15 Perspektif pencapaian dan sirkulasi  
Sumber: Analisis

### 4.3.7 Analisis View dan Orientasi

#### View ke Luar Tapak



Gambar 4.16 View keluar tapak

Sumber: Analisis

Berdasarkan kondisi view ke arah luar tapak, view ke arah utara merupakan view yang positif dengan adanya view rumah penduduk dan pegunungan. View ini dapat memberikan ketenangan terhadap pasien gangguan jiwa. View ke arah selatan merupakan vila/ bangunan hunian dan jalan Sultan Agung, view ini juga termasuk view positif untuk bangunan nantinya. View ke arah timur merupakan lahan kosong, jalan lingkungan permukiman, dan rumah penduduk. View ke arah barat merupakan lahan kosong dan pegunungan. View ini juga positif bagi penderita gangguan jiwa karena dapat memberikan suasana yang tenang. Letak ruang luar untuk pasien golongan depressed menghadap ke view yang positif (ke arah barat).



Gambar 4.17 Analisis view tapak

Sumber: Analisis

#### 4.3.8 Analisis Ruang Luar

Pada Fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini diperlukan banyak ruang luar karena dapat memberikan kenyamanan dan ketenangan terhadap pasien, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan pasien. Ruang luar pasien haruslah memiliki keamanan yang cukup (*secure courtyard*). Pasien harus tetap terawasi walaupun sedang berada di luar bangunan.

Berdasarkan *Mental Health Facilities Design Guide*, ruang luar pasien dilingkupi oleh massa bangunan pada dua sisinya, sehingga ruang luar tersebut lebih aman bagi pasien. Ruang luar pasien juga dapat tercapai secara visual dari ruang tidur pasien.



Gambar 4.18 Ruang luar pasien rawat inap  
Sumber: *Mental Health Facilities design*

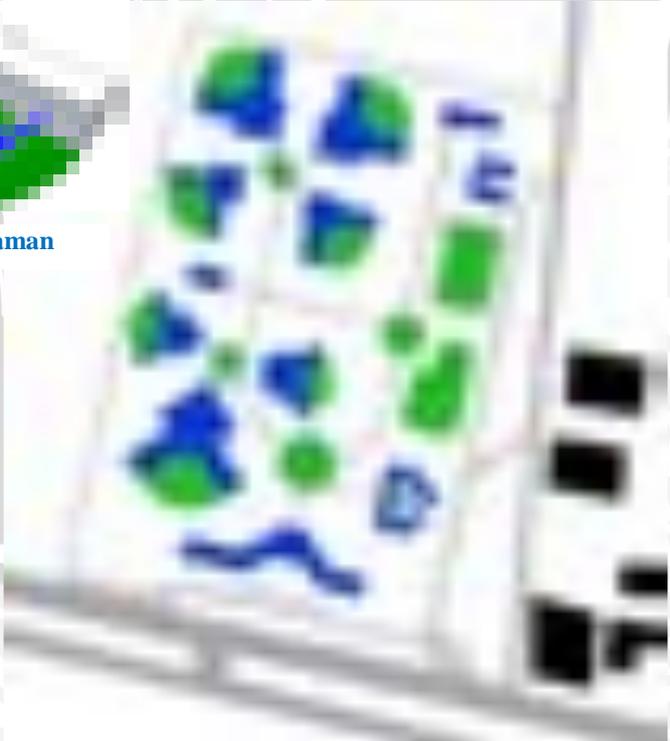


Ruang luar tidak aman



Ruang luar aman

Dengan bentuk persegi, ruang luar hanya terlingkupi oleh satu sisi bangunan. Pada ruang inap pasien gangguan jiwa dibutuhkan ruang luar yang aman. Oleh karena itu, bentuk bangunan diubah menjadi bentuk L (siku) agar ruang luar terlingkupi oleh 2 sisi bangunan sehingga lebih aman dan memudahkan pengawasan pasien.



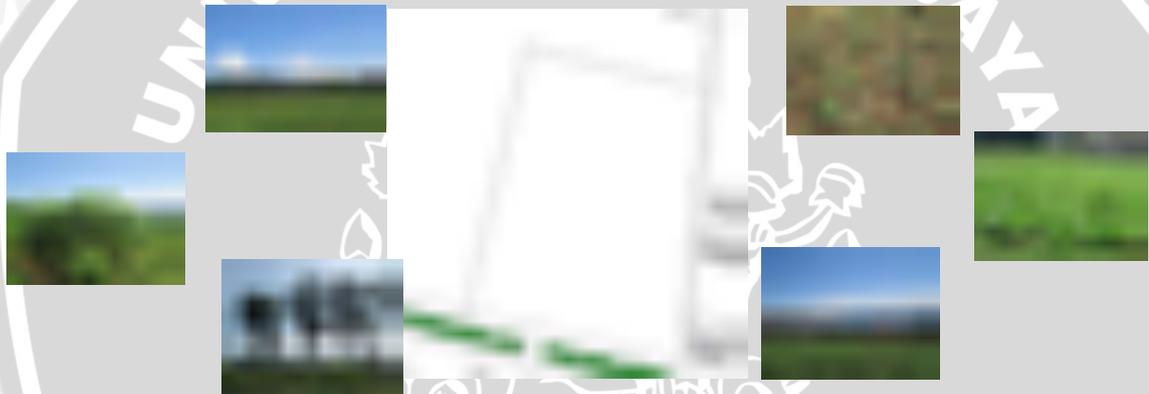
Gambar 4.19 Analisis ruang luar pasien rawat inap



Gambar 4.20 Perspektif luar bangunan

Sumber: Analisis

#### 4.3.9 Analisis Vegetasi



Gambar 4.21 Vegetasi pada tapak

Sumber: Dokumentasi Pribadi

Kondisi eksisting tapak merupakan area perkebunan yang subur dan ditanami berbagai macam tanaman rendaah. Pada area selatan tapak terdapat pohon peneduh di tepi jalan. Pohon ini dipertahankan keberadaannya sebagai peneduh. Untuk sebelah barat tapak di rencanakan ditanami pohon yang berfungsi sebagai barrier dari panas matahari sore hari. Untuk arah timur tapak direncanakan akan ditanami tanaman yang berfungsi sebagai peredam kebisingan dari jalan permukiman. Pada area parkir di tapak ditambahkan vegetasi untuk penyerap polusi udara yang berasal dari kendaraan. Pada area tapak dibutuhkan banyak ruang hijau dan vegetasi untuk memberikan udara yang sejuk dan lingkungan yang tenang sehingga dapat mendukung kesembuhan pasien gangguan jiwa.



Gambar 4.22 Analisis vegetasi pada tapak  
 Sumber: Dokumentasi Pribadi

Jenis vegetasi yang akan digunakan pada tapak yaitu

- vegetasi peneduh
- vegetasi penyerap debu/ polusi
- vegetasi pengarah jalan
- vegetasi penghalang panas matahari

Tabel 4.26. Analisis vegetasi yang akan digunakan

Jenis vegetasi	Nama vegetasi	Keterangan
Peneduh dan penyerap debu/polusi	Pohon angšana 	Lebar tajuk ±4 m, berbentuk bulat bebas  Ditanam berbaris pada area parkir, pohon ini juga berfungsi untuk menyerap polusi udara yang berasal dari kendaraan bermotor
	Pohon kersen 	Lebar tajuk ±4.5 m Memiliki tajuk yang lebar dan teduh, pohon ini juga dapat menyerap partikel debu di udara

Pengarah jalan

Pohon palem

Ditanam sebagai pengarah jalan kendaraan pada tapak



Penghalang panas matahari

Pohon tanjung

Memiliki tajuk yang luas dan sangat rindang sehingga cocok digunakan untuk menghalangi panas matahari



Gambar 4.23 Perspektif vegetasi pada tapak  
Sumber: Analisis

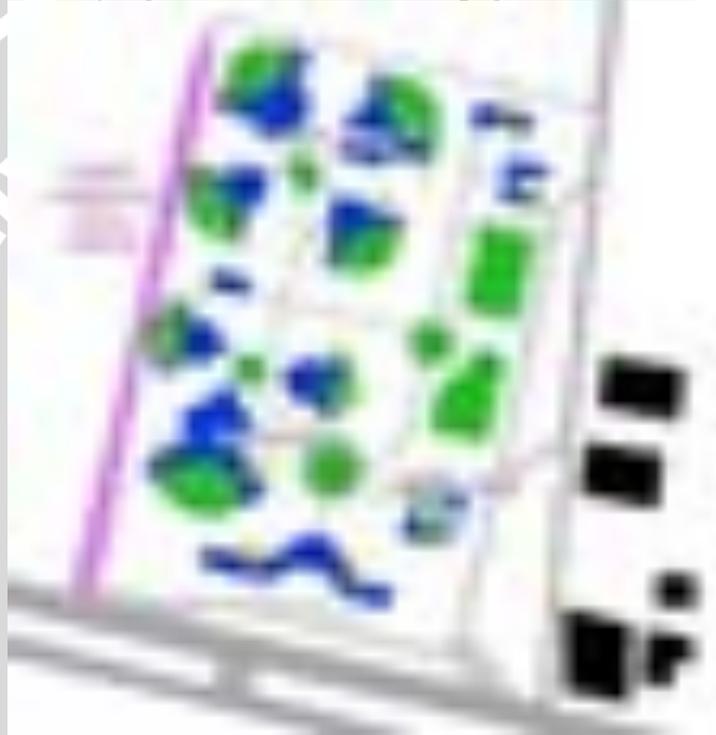
#### 4.3.10 Analisis Iklim



Lokasi tapak yang berupa lahan kosong memungkinkan bangunan mendapatkan cahaya/panas matahari yang besar terutama pada sisi barat tapak. Arah angin pada tapak yaitu dari tenggara menuju barat laut dapat dimanfaatkan untuk penghawaan alami.

Gambar 4.24 Iklim pada tapak  
Sumber: Analisis

Lahan kosong di sebelah barat tapak dan rumah penduduk yang hanya 1-2 lantai memungkinkan cahaya matahari maksimal masuk ke dalam tapak, Tapak memanjang arah utara-selatan. Untuk menghindari panas matahari dari arah barat, pada area sebelah barat tapak diberi barrier vegetasi. Sisi panjang bangunan diusahakan menghadap ke arah utara-selatan untuk memaksimalkan pencahayaan alami pada bangunan. Untuk bukaan dimaksimalkan di arah utara-selatan atau timur. Bukaan pada bangunan yang menghadap ke arah barat diminimalisir untuk menghindari panas matahari pada sore hari. Untuk peletakan lapangan nantinya diletakkan di area yang terkena sinar matahari pagi.



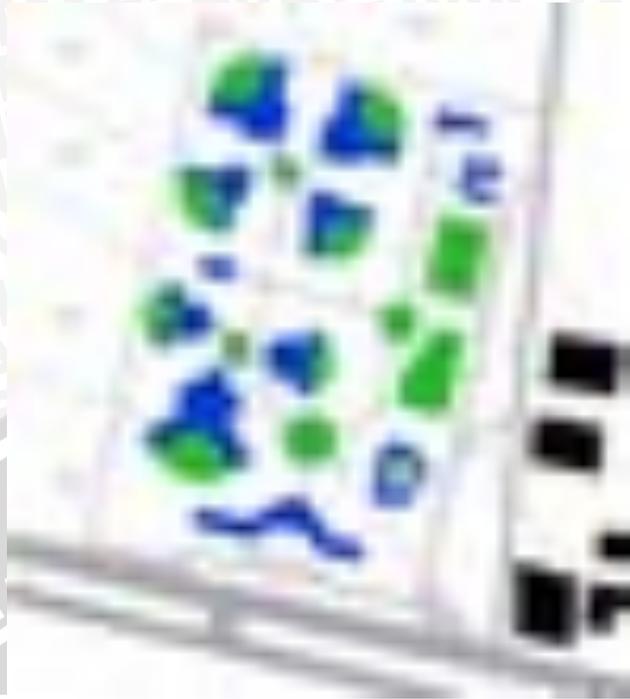
Gambar 4.25 Analisis iklim pada tapak

Sumber: Analisis

Angin pada tapak bergerak dari arah tenggara menuju barat laut. Angin pada tapak tidak kencang karena tapak merupakan lahan kosong dan hanya didominasi tanaman dengan ketinggian yang relative rendah. Angin yang relatif tidak kencang ini dimanfaatkan untuk penghawaan alami pada massa bangunan menggunakan ventilasi silang sehingga memaksimalkan penghawaan alami.

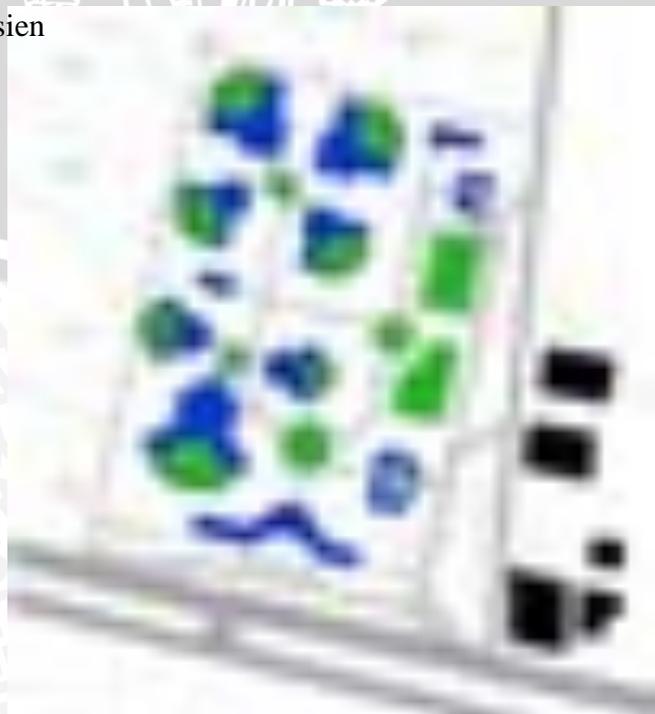
#### 4.3.11 Analisis Kontur

Area tapak merupakan area perkebunan dan memiliki kontur yang tidak teralu curam. Pada fasilitas penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa ini direncanakan tidak banyak perbedaan ketinggian kontur karena dapat membahayakan pasien.



Gambar 4.26 Kondisi kontur pada tapak  
Sumber: Analisis

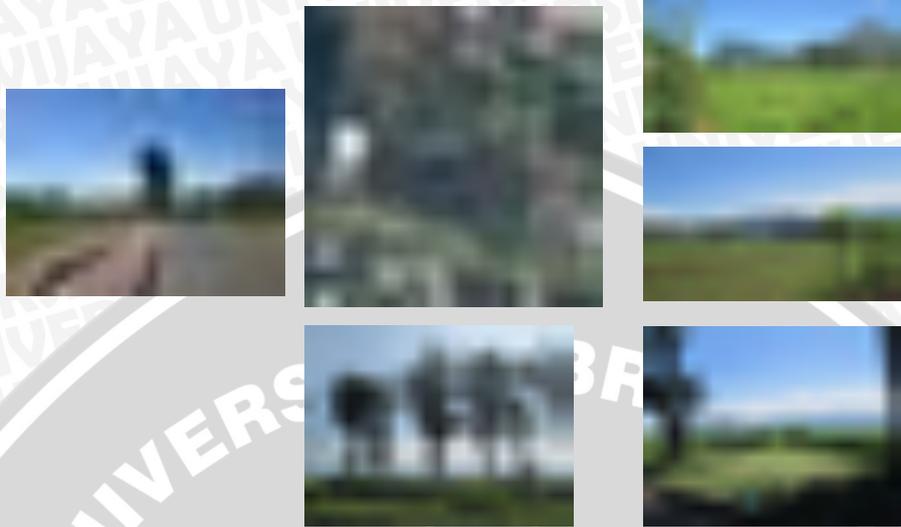
Pengolahan kontur menggunakan system *cut and fill* dan sebisa mungkin tidak banyak mengubah kontur yang ada. Pengolahan kontur disesuaikan dengan penataan bangunan pada tapak agar memudahkan sirkulasi bagi pengguna bangunan. Perbedaan ketinggian kontur tidak terlalu tinggi yaitu 50 cm sehingga tidak membahayakan pasien. Untuk sirkulasi vertikal pada tapak menggunakan ramp agar aman bagi pasien



Gambar 4.27 Pengolahan  
kontur pada tapak  
Sumber: Analisis

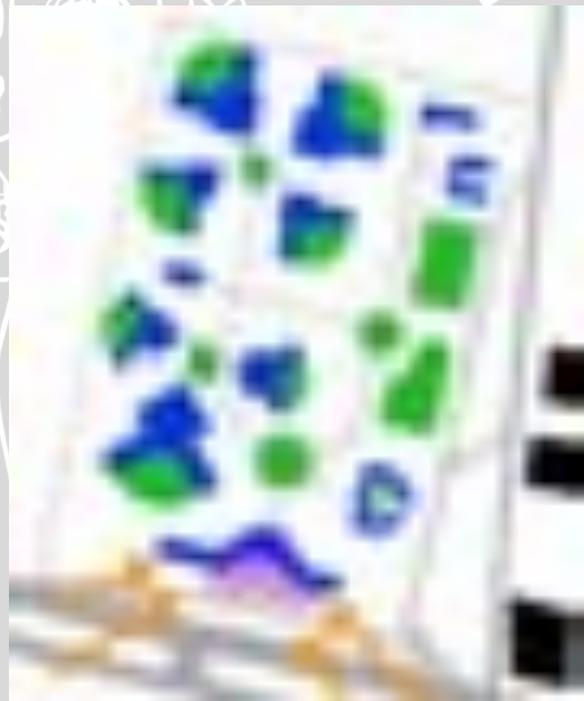
View ke Dalam Tapak

View ke dalam tapak berpengaruh terhadap pandangan orang dari sekitar tapak terhadap bangunan yang akan di rancang.

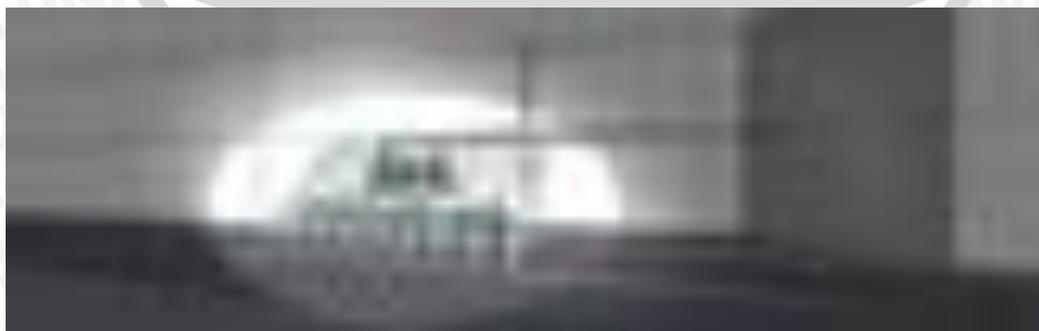


Gambar 4.28 View ke dalam tapak  
 Sumber: Dokumentasi pribadi

Berdasarkan view dari luar ke dalam tapak, view yang tertangkap dari arah jalan Sultan Agung yaitu pada sisi tenggara tapak, sehingga pada sisi ini akan diberikan *signage* bangunan.



Gambar 4.29 Analisis view ke dalam tapak  
 Sumber: Analisis



Gambar 4.30 Pengolahan view ke dalam tapak  
 Sumber: Analisis

#### 4.3.12 Analisis Tampilan Bangunan

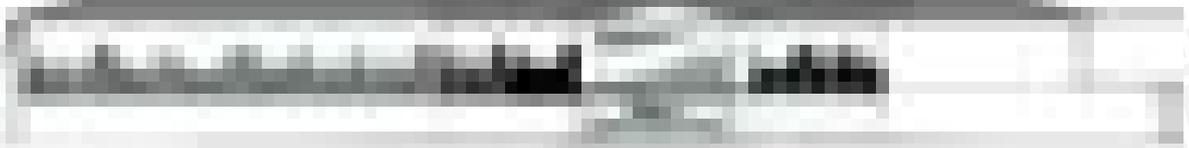
Berdasarkan buku *Design Guide Mental Health Facilities*, pada prinsip-prinsip pelayanan kesehatan jiwa disebutkan bahwa fasilitas untuk pelayanan kesehatan jiwa harus memiliki lingkungan terapik. Lingkungan yang dimaksud dapat dicapai dengan memberikan lingkungan yang seperti lingkungan rumah (*home-like*), lingkungan yang tidak asing, memiliki akses visual dan fisik ke lingkungan luar (alam) untuk penyembuhan. Menciptakan lingkungan yang familiar, lingkungan yang membantu terapi dapat meningkatkan program penyembuhan. Eksterior dan interior bangunan dari fasilitas kesehatan mental harus meningkatkan *home-like* dalam hal wujud dan lingkungan non fisik. Fasilitas kesehatan mental seharusnya memiliki banyak ruang luar yang dapat memberikan pencahayaan alami yang maksimal dan view alam bagi pasien. Oleh karena itu, fasilitas kesehatan mental sebaiknya berupa bangunan dengan banyak masa yang saling terkoneksi daripada berbentuk satu masa bangunan yang besar.

Untuk tampilan bangunan sesuai dengan prinsip bangunan kesehatan mental, tampilan dirancang agar menyerupai rumah hunian untuk mewujudkan suasana seperti pada rumah tinggal (*home-like*). Pada perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini akan digunakan atap perisai dan pelana sesuai dengan kebanyakan atap pada rumah rumah di Indonesia. Untuk fasad bangunan dirancang seperti pada rumah.



Gambar 4.31 Tampilan bangunan rumah tinggal  
Sumber:

Pada rumah hunian fasad menggunakan garis garis horizontal dan vertical lurus dan tidak banyak ornamen. Pada fasad Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan jiwa ini, fasad dirancang sederhana dengan menggunakan garis garis lurus seperti pada rumah hunian.



Gambar 4.32 Tampilan bangunan pada Fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa  
Sumber: Analisis

## 4.4 Analisis Elemen Ruang

### 4.4.1 Analisis Elemen Ruang pada Rumah Penyembuhan dan rehabilitasi Gangguan Jiwa

Ruang rawat inap pasien merupakan ruang yang menjadi tempat tinggal pasien. Ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam merancang ruang rawat inap pasien yaitu:

- Memiliki jendela yang memberikan view ke ruang luar bangunan
- Perabot pada ruang inap pasien harus aman, tidak mudah rusak, menggunakan karpet untuk menambahkan kesan *home-like* dan aman bagi pasien
- Tidak menggunakan sudut-sudut tajam pada ruang, menggunakan warna-warna yang lembut pada ruang dalam
- Menggunakan perabot yang tertanam dalam dinding untuk keamanan pasien
- Menggunakan lantai dengan material vinyl/ wood grain agar suasana ruang seperti pada rumah tinggal
- Menggunakan ventilasi alami yang maksimal, serta penanganan kebisingan

Ruang rawat pasien yang tradisional merupakan ruangan yang memiliki panghalang massif antara pasien dan staf/ perawat/ penjaga. Tetapi, sekarang sudah menggunakan konsep *open nursing station* sehingga tidak ada lagi batasan yang massif antara pasien dan para perawat dan akan memberikan interaksi sosial yang baik.

Berdasarkan kesimpulan dari sumber pustaka pada bab 2, maka persyaratan elemen ruang pada bangunan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut.

Tabel 4.27 Elemen Ruang pada Fasilitas Kesehatan Mental

Elemen ruang	Desain	Material
Plafon	Plafon yang tinggi agar tidak bisa dijangkau pasien	material yang kuat
Dinding	Dinding berkesan tenang	dilapisi material pelindung yang lunak, partisi menggunakan material kuat dan tahan benturan
Lantai	Tidak memiliki perbedaan ketinggian yang terlalu tinggi	material bertekstur kasar pada kamar mandi, material bertekstur halus pada ruang rawat
Perabot	Tidak memiliki bentuk tajam, permanen	Material kuat, mudah dibersihkan
Pintu	Pintu aman dapat menggunakan pintu geser/	material yang tidak mudah rusak, kuat

	pintu yang terbuka kearah luar, pintu tidak berkesan mengisolasi pasien	
Jendela	Jendela lebar, terbuka kea rah luar	Material yang kuat

Untuk merancang interior pada ruang rawat inap, perlu diketahui penggolongan pasien gangguan jiwa. Kategori pasien gangguan jiwa menurut *Stuart and Sundeen* pada buku *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Kategori klien 1 (kategori *health promotion/* peningkatan kesehatan) dengan skor 0-30
2. Kategori klien 2 (*kategori maintenance/* pemeliharaan) dengan skor 31-59
3. Kategori klien 3 (*acute/* akut) dengan skor 60-119
4. Kategori klien 4 (*crisis/* krisis) dengan skor >120 (data pada lampiran)

Pada rumah sakit jiwa/ fasilitas untuk gangguan jiwa, penggolongan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu kategori pasien depressed, pasien semi-depressed, dan pasien rehabilitation.

Pada perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa, pasien dikelompokkan menjadi 3 golongan/ klasifikasi yaitu:

1. Golongan *depressed/* berat  
Golongan *depressed/* berat mewadahi pasien pada kategori III dan IV (*Crisis and Acute/* krisis dan akut)
2. Golongan *semi-depressed/* sedang  
Golongan *semi-depressed/* sedang mewadahi pasien pada kategori II (*Maintenance/* pemeliharaan)
3. Golongan *co-operative/* ringan  
Golongan *co-operative/* ringan mewadahi pasien pada kategori I (*Health promotion/* peningkatan kesehatan)

Berikut merupakan perilaku pasien berdasarkan kategori pasien.

Tabel 4.28 Perilaku Pasien Berdasarkan kategori Pasien

	<b>Pasien Golongan Co-Operative (tenang)</b>	<b>Pasien Golongan Semi Depressed (Semi Tenang)</b>	<b>Pasien Golongan Depressed (gaduh gelisah)</b>
	<b>kategori I skor 0-30</b>	<b>kategori II skor 31- 59</b>	<b>kategori IV dan III skor 60- 120</b>
<b>Mencederai diri/ orang lain</b>	tidak ada keinginan mencederai diri atau orang lain/ secara fisik tidak mampu mencederai diri/ orang lain	Ada keinginan mencederai diri/ orang lain (tapi tidak ingin melakukan setelah mengetahui konsekuensi/ apabila ada halusinasi tingkat 1-2 atau 3-4 tetapi klien tetap mampu mengontrol halusinasi	Ada keinginan mencederai diri/ orang lain (meskipun mengetahui konsekuensinya)/ memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri/ orang lain tetapi klien belum dapat mengontrol halusinasi
	Ada keinginan mencederai diri/ orang lain (tapi tidak ingin melakukan setelah mengetahui konsekuensi/ apabila ada halusinasi tingkat 1-2 atau 3-4 tetapi klien tetap mampu mengontrol halusinasi	Ada keinginan mencederai diri/ orang lain (meskipun mengetahui konsekuensinya)/ memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri/ orang lain tetapi klien belum dapat mengontrol halusinasi	Telah atau sedang melakukan perilaku mencederai diri/ orang lain/ memiliki halusinasi tingkat 3-4 dengan isi halusinasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri/ orang lain/ halusinasi berisi perintah untuk melarikan diri dan klien ingin/ sudah melaksanakan perintah tersebut
<b>ADL</b>	Dapat melakukan sendiri/ apabila menolak karena alasan yang dapat diterima dan tidak membahayakan klien	Dapat melakukan sendiri dan perlu pengawasan dari petugas kesehatan untuk memastikan dilakukannya kegiatan	Memerlukan intervensi keperawatan individu dan intervensi dalam menyelesaikan ADL - Tidak bersedia melakukan kegiatan
<b>Pengobatan</b>	Aktif berpartisipasi dalam program pengobatan	Berpartisipasi dalam program pengobatan dengan intervensi individu, pengarahan	Tidak memahami/ menolak program pengobatan
<b>Interaksi sosial</b>	Mebutuhkan interaksi sosial, bersedia melakukan interaksi/ terlibat dalam kelompok besar	Mulai membutuhkan interaksi sosial (interaksi 1 orang atau lebih), dan mulai membutuhkan privasi	Tidak bersedia interaksi atau beredia berinteraksi hanya dengan 1 orang, belum membutuhkan privasi
<b>Tidur/ istirahat</b>	Tidur tenang pada waktu malam	bisa tidur nyenyak/ tidak, bisa memerlukan intervensi keperawatan	Tidak dapat tidur nyenyak, memiliki gangguan tidur yang sangat kronis
<b>Aktifitas terjadwal</b>	Mengikuti aktifitas terjadwal yang sudah dikerjakan secara mandiri	Perlu lebih dari satu kali pengarahan, perlu pengawasan dan motivasi aktifitas	Tidak mampu mengikuti pengarahan aktivitas baik dalam keadaan sadar/ tidak

4.4.1 Analisis Elemen Ruang pada Ruang Inap Pasien

Elemen	Desain	Analisa	Material		
Plafon	<p>Plafon yang tinggi ditujukan agar pasien tidak dapat melarikan diri melalui plafon. Tinggi plafon ditentukan sesuai dengan tinggi pasien dan perabot yang ada sehingga plafon tidak dapat dijangkau pasien. Analisa tinggi plafon tanpa perabot dan dengan perabot</p> 		GRC	<p>Kelebihan: Material GRC berupa lembaran yang berukuran 1.20x 2.40 m2. Material GRC sifatnya keras dan kuat karena berbahan dasar semen, serta tidak mudah bocor. Material ini tahan terhadap benturan serta kedap suara. Dapat diaplikasikan dengan rangka metal atau kayu, harga relatif lebih murah dibandingkan triplek, tahan api dan air</p> <p>Kekurangan: sulit didapatkan di daerah tertentu</p>	
	 <p>Tinggi plafon tanpa perabot (1 orang) 2.20m. Dengan tinggi plafon seperti ini, maka orang akan merasa tertekan karena plafon terlalu rendah walaupun tidak dapat dijangkau</p>	 <p>Tinggi plafon tanpa perabot (2 orang) 3.70m. Tinggi plafon ini tidak dapat dijangkau pasien</p>		PVC	<p>Kelebihan: memiliki sifat yang ringan, tidak mudah rapuh/ patah, mudah dipasang dan mudah dirawat, tahan terhadap benturan dan goresan, dapat meredam suara dan hawa panas</p> <p>Kekurangan: harganya lebih mahal</p>
	 <p>Tinggi plafon dengan perabot sofa (tinggi 0.4m) (2 orang) 4.10m. Tinggi plafon tidak dapat dijangkau pasien</p>	 <p>Tinggi plafon dengan perabot kursi makan (tinggi 0.5m) (2 orang) 4.25m. Tinggi plafon tidak dapat dijangkau pasien</p>	 <p>Tinggi plafon dengan perabot meja makan (tinggi 0.7m) (2 orang) 4.35m. Tinggi plafon tidak dapat dijangkau pasien</p>	Gypsum	<p>Kelebihan: tahan terhadap kelembaban, tahan benturan (benturan tubuh manusia, trolley, meja dan kursi, dll) , mudah diperbaiki jika rusak,</p> <p>Kekurangan: pemasangan tidak mudah, tidak tahan terhadap air</p>
	<p>Dinding    Sebaiknya dinding menggunakan warna yang terang dan teduh, permukaan dinding rata dan tidak bertekstur,</p>		<p>Material pelapis dinding yang lunak digunakan agar aman jika terjadi benturan pada pasien, Jenis bahan pelapis dinding yang dapat digunakan yaitu vinil, busa, gasket. A. vinil, B. busa, C. gasket</p>		
		<p>Warna yang akan digunakan adalah warna dingin/ sejuk karena warna-warna ini memberikan kesan damai, tenang dan meredakan. Warna yang tergolong dalam warna dingin/ sejuk yaitu warna hijau, hujai biru, biru, biru ungu, ungu, dan ungu merah. Warna ungu bersifat tenang dan lembut, istirahat. Warna biru sangat sejuk, segar, tenang. Warna hijau mengesankan dekat dengan alam, memberikan ketenangan. Warna-warna tersebut dapat dikombinasikan dalam penggunaannya pada dinding ruang rawat inap pasien gangguan jiwa.</p>		Vinyl	<p>Kelebihan: Pemasangannya mudah, dapat meredam suara dan benturan karena sifatnya yang lunak, stabil terhadap suhu, air, dan udara;</p> <p>Kekurangan: Rentan terhadap goresan, tingkat usia pakai lebih pendek dibandingka parket</p>
				Busa	<p>Kelebihan: memiliki ketebalan lebih daripada inyl sehingga lebih lunak</p>
		<p>Adanya garis horisontal pada dinding akan memberikan kesan yang tenang bagi pasien. Garis horisontal ini memberi kesan tenang, istirahat, cenderung melebarkan ruang, bersifat informal. Garis ini dapat dikombinasikan dengan jenis garis lain yaitu garis vertikal, diagonal maupun lengkung</p>		Rubber sheet	<p>Kelebihan: lebih fleksible dan mudah dibentuk/ dilengkungkan</p>

Analisa

Desain

Material



Keramik



Kelebihan: material ini cocok diterapkan pada dinding kamar mandi karena tidak dapat menyerap air dan mudah dibersihkan

Kekurangan: memiliki permukaan yang keras

Lantai Pasien dengan gangguan jiwa yang berat (Golongan Depressed) memiliki perilaku yang sangat tidak stabil dan dibutuhkan tingkat keamanan yang tinggi. Salah satu perilaku pasien yaitu suka berlari-larian yang beresiko terpelelet terjatuh. Untuk meminimalisir hal tersebut, lantai selain menggunakan material yang tepat, desain lantai sebaiknya meniadakan/ meminimalisir adanya perbedaan ketinggian lantai antar ruang. Untuk pembatas antar ruang dapat digunakan warna/ motif lantai yang berbeda antar ruang

Material yang digunakan pada lantai juga harus disesuaikan dengan fungsi ruang yang ada selain kriteria yang telah disebutkan. Material lantai yang dapat digunakan pada ruang aktivitas, ruang makan, dan ruang tidur diantaranya yaitu: parket, vinyl, keramik, karpet,



Parket



Kelebihan: Parket mudah dirawat dan mudah dibersihkan; cukup aman karena sifatnya lunak dibandingkan lantai hard flooring; jika tergores, cukup mudah untuk diperbaiki

Kekurangan: Memiliki kemampuan menyerap air sehingga beresiko jenuh, rentan terhadap rayap, rentan terhadap sinar matahari

Vinyl



Kelebihan: Pemasangannya mudah, dapat meredam suara dan benturan karena sifatnya yang lunak, stabil terhadap suhu, air, dan udara; mempunyai daya resistance yang tinggi dan tidak menimbulkan slip

Kekurangan: Rentan terhadap goresan, tingkat usia pakai lebih pendek dibandingka parket

Karpet



Karpet dapat meredam kebisingan dan bersifat sangat lunak/ lembut

Kekurangan: mudah terserang jamur, tidak tahan terhadap air, karpet mudah kotor karena rentan debu

Keramik



Kelebihan: Kuat dan tahan lama; perawatannya mudah, lebih than debu dibandingkan karpet; mudah dibersihkan; tidak menyerap air

Kekurangan: Menghantarkan dingin, mudah retak dan pecah, memiliki permukaan yang keras dan licin

Untuk ruang kamar mandi harus menggunakan material yang benar-benar tahan air dan tidak licin, selain itu juga diperlukan material yang tidak terlalu keras

Matras karet anti licin



Kelebihan: mudah dalam pemasangan, memiliki permukaan yang tidak keras/ lunak, tidak licin sehingga tidak menyebabkan terpelelet, memiliki permukaan yang bertekstur, mudah dibersihkan

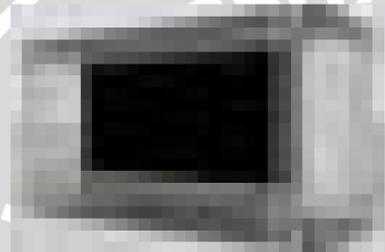
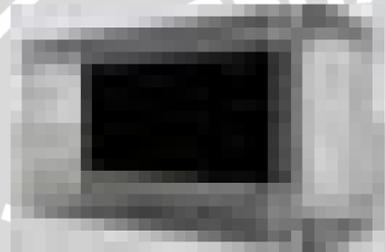
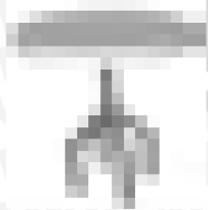
Kekurangan:

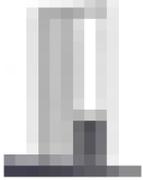
Keramik



Kelebihan: keramik yang digunakan pada kamar mandi haruslah keramik yang memiliki tekstur yang kasar sehingga tidak licin dan aman; material ini mudah dibersihkan

Kekurangan: memiliki permukaan yang keras

Elemen		Analisa		Material	
Perabot	Desain	Analisa	Material	Kelebihan	Kekurangan
<p>Ruang aktivitas: sofa dan televisi</p>  <p>Pada bagian bawah sofa terdapat rongga, hal ini akan menyulitkan untuk membersihkan lantai. Sofa ini tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya bagi pasien. Pada sofa ini terdapat penyangga untuk tangan yang akan membatasi interaksi dengan pengguna kursi lainnya</p>  <p>Televisei akan tidak aman jika tidak menggunakan penghalang karena benda ini dapat dengan mudah dirusak oleh pasien yang mengamuk</p> <p>Adanya kerangka besi pada televisei sebagai pengaman televisei.</p>	 <p>Pada bagian bawah sofa terdapat rongga yang sempit, hal ini akan menyulitkan untuk membersihkan lantai. Sofa ini tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya bagi pasien. Pada sofa ini tidak terdapat penyangga untuk tangan sehingga pengguna akan mudah berinteraksi dengan pengguna lainnya</p>  <p>Televisei akan tidak aman jika tidak menggunakan penghalang karena benda ini dapat dengan mudah dirusak oleh pasien yang mengamuk</p> <p>Adanya kerangka besi pada televisei sebagai pengaman televisei.</p>	<p>Sofa ini tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya, pada bagian bawah tidak terdapat rongga sehingga mudah perawatannya. Terdapat penyangga untuk tangan yang dapat membatasi interaksi antar pengguna sofa</p>  <p>Televisei akan tidak aman jika tidak menggunakan penghalang karena benda ini dapat dengan mudah dirusak oleh pasien yang mengamuk</p> <p>Adanya kerangka besi pada televisei sebagai pengaman televisei.</p>	<p>Material perabot menggunakan material yang kuat agar tidak mudah rusak. Material juga sebaiknya menggunakan material yang tidak keras agar tidak membahayakan pasien.</p> <p><b>Metal</b></p>  <p><b>Kayu</b></p>  <p><b>Akriik</b></p> 	<p>Kelebihan: perawatan mudah, beberapa jenis metal tahan terhadap noda dan minyak, sangat kuat dan tahan lama</p> <p>Kelebihan: mudah dibersihkan, tahan lama dan kuat, tidak mudah rusak</p> <p>Kelebihan: perawatan mudah, bersifat keras tetapi tidak mudah pecah seperti kaca sehingga lebih aman, harga lebih murah dibandingkan material lain, mudah dibersihkan</p>	<p>Kekurangan:</p> <p>Kekurangan: bersifat keras</p> <p>Kekurangan:</p>
<p>Ruang tidur: tempat tidur</p>   <p>Desain tempat tidur tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya, terdapat penghalang pada bagian kepala dan kaki untuk pengaman. Penghalang ini juga dapat difungsikan sebagai penahan tali untuk mengikat pasien jika pasien tidak terkontrol. Selain penghalang pada bagian kepala dan kaki, penghalang juga dapat dibuat pada bagian samping agar lebih aman</p>	 <p>Desain tempat tidur tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya, tidak terdapat penghalang sama sekali pada desain ini sehingga tidak ada pengaman.</p>	<p>Desain tempat tidur tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya, tidak terdapat penghalang sama sekali pada desain ini sehingga tidak ada pengaman.</p> 	<p><b>Plastik</b></p>	<p>Kelebihan: mudah dibersihkan, tidak mudah rusak dan tidak dapat berkarat</p>	<p>Kekurangan: mudah dibanting karena bersifat ringan</p>
<p>Ruang makan: kursi dan meja makan</p>  <p>Pada kursi ini terdapat penyangga untuk tangan sehingga dapat membatasi antara pengguna kursi dengan orang lain.</p>	 <p>Desain kursi tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya. Kursi tidak memiliki sandaran sehingga tidak nyaman bagi pengguna dan dapat mengakibatkan pengguna jatuh</p>	 <p>Desain kursi tidak memiliki sudut yang tajam sehingga tidak berbahaya. Kursi tidak memiliki sandaran sehingga tidak nyaman bagi pengguna dan dapat mengakibatkan pengguna jatuh</p>			

Elemen		Desain	Analisa	Material	
Ruang makan: kursi dan meja makan 			Meja berbentuk persegi/ persegi panjang dengan ujung tumpul sehingga tidak berbahaya bagi pengguna. Bentuk meja ini lebih efektif dan efisien dalam penggunaannya, tidak banyak ruang yang tidak terpakai		
Pintu	Pintu swing 	Ayunan pintu pada jenis pintu ini dapat membahayakan pasien karena dapat digunakan untuk melukai diri sendiri maupun orang lain	Pintu swing dapat digunakan pada ruangan yang luas, karena pintu ini membutuhkan ruang membuka dan menutup. Pintu ini juga dapat digunakan pada ruang yang privat karena pengguna tidak berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak berbahaya	Kayu 	Kelebihan: kuat, tidak mudah rusak, menciptakan suasana hangat Kekurangan: butuh pemeliharaan rutin (dicat, divernis), bisa terserang rayap
	Pintu sorong 	Letak pintu yang berada di dalam dinding ketika pintu dibuka tidak berbahaya bagi pasien karena tidak mudah dijangkau pasien	Pintu sorong berkantung dapat digunakan pada ruangan yang sempit atau ruangan yang menjadi tempat berkumpul/ berinteraksi pasien. Pintu ini ditempatkan pada ruangan yang memiliki resiko berbahaya yang cukup tinggi	Besi 	Kelebihan: kuat, tidak mudah rusak, perawatan mudah, tahan terhadap benturan, tidak terpengaruh terhadap cuaca Kekurangan:
Pintu sorong		Pintu ini lebih aman dibandingkan dengan jenis pintu swing Pintu sorong dapat digunakan pada ruangan yang sempit dan dapat ditempatkan pada ruangan yang memiliki resiko berbahaya sedang	Campuran fiberglass 	Kelebihan: tahan lama, mudah perawatannya, tahan benturan, tidak mudah rusak, murah Kekurangan: tidak memiliki pori sehingga akan mudah luntur jika dicat	
			Jenis kamar mandi pada bangunan ini yaitu kamar mandi basah, sehingga dibutuhkan material pintu yang tahan terhadap air. Jenis material pintu yang dapat digunakan yaitu pintu PVC, pintu aluminium	PVC 	Kelebihan: tidak perlu finishing seperti kayu, harganya murah, tahan terhadap kondisi kamar mandi yang basah Kekurangan: tidak tahan benturan, tidak tahan perubahan iklim
			Aluminium 	Kelebihan: tahan terhadap air, lebih kuat daripada pintu PVC/ plastik, perawatan mudah Kekurangan: tidak meredam kebisingan, untuk bahan yang kurang baik bisa terjadi korosi	

Elemen		Analisa			
		Desain		Material	
Jendela	Jendela dengan engsel di atas 	Jendela jenis dengan engsel di atas ini tidak membuka terlalu lebar sehingga tidak memaksimalkan penghawaan ke dalam ruang. Untuk keamanan, jenis jendela ini cukup aman karena ayunan daun jendela tidak terlalu lebar seperti pada jendela casement	Jendela jenis ini bisa digunakan pada kamar tidur untuk menjaga privasi	Kaca fiber 	Kelebihan: tidak transparan, ringan, sederhana, murah harganya Kekurangan:
Jendela casement	 Jendela casement yang memiliki arah membuka ke luar tidak berbahaya bagi pasien yang berada di dalam ruang tetapi tidak terlalu aman bagi pasien yang berada di luar ruang	Jendela ini dapat digunakan pada ruang yang tidak membutuhkan banyak privasi tetapi membutuhkan pencahayaan dan penghawaan yang maksimal	Jendela ini dapat digunakan pada ruang yang tidak membutuhkan banyak privasi tetapi membutuhkan pencahayaan dan penghawaan yang maksimal	Tempered safety glass 	Kelebihan: mempunyai daya tahan lentutan dan benturan keras 3-5 kali lebih kuat dibandingkan kaca biasa. Pecahan kaca akan berbentuk kecil, tumpul, dan aman (tidak runcing, tajam, dan berbahaya) Kekurangan: tidak dapat diproses lagi setelah melalui proses tempered
Jendela mati	 Jendela yang tidak bisa dibuka ini, cukup tidak beresiko seperti jendela casement dan jalousie. Tetapi material kaca yang digunakan bisa berbahaya dan berpotensi dipukul/dipecahkan ketika pasien marah/ingin melakukan kekerasan	Dapat diterapkan pada ruang yang membutuhkan pencahayaan maksimal dan ruang yang membutuhkan view keluar	Dapat diterapkan pada ruang yang membutuhkan pencahayaan maksimal dan ruang yang membutuhkan view keluar		
Jendela geser	 Jendela yang dibuka dan ditutup dengan cara didorong ini dapat memaksimalkan pencahayaan dan penghawaan alami pada ruang. Jendela ini tidak memiliki ayunan seperti pada jendela lain sehingga aman bagi pasien.	Dapat digunakan pada ruang aktivitas dan ruang makan (ruang yang membutuhkan pencahayaan, penghawaan, view ke luar yang cukup banyak)	Dapat digunakan pada ruang aktivitas dan ruang makan (ruang yang membutuhkan pencahayaan, penghawaan, view ke luar yang cukup banyak)		
Teralis	Teralis tidak berkesan menutup dan rapat, sebaiknya menggunakan pola/ motif yang tidak bisa digunakan sebagai alat penambat yaitu menggunakan motif vertikal (tidak menggunakan motif horisontal)  motif horisontal memberikan kesan tenang, tetapi motif ini dapat digunakan sebagai penambat untuk menggantungkan diri. Jadi sebaiknya tidak digunakan pada pasien golongan depressed/ yang masih ada kemungkinan untuk bunuh diri	 Teralis rapat dengan motif vertikal memiliki tingkat keamanan yang tinggi karena tidak dapat digunakan untuk menggantungkan diri, Tetapi motif ini memberikan kesan yang menutup (seperti pada sel penjara) yang akan membuat suasana menjadi tegang (tidak menenangkan)	 Teralis rapat (10cm) dengan motif vertikal dan sedikit diagonal juga aman bagi pasien. Teralis ini masih berkesan menutup dan menagangkan	 Teralis rapat dengan motif vertikal dan sedikit diagonal juga aman bagi pasien.. Jarak antar teralis sedikit lebar (15-20 cm) tetapi masih tidak bisa dilewati pasien sehingga masih aman. Teralis ini tidak berkesan menutup dan tidak menimbulkan perasaan menegangkan	Material yang digunakan untuk teralis haruslah material yang bersifat keras, kuat, dan tidak mudah rusak karena pasien berpotensi untuk merusak teralis untuk melarikan diri atau untuk melukai orang lain Besi Kelebihan: kuat, tidak mudah rusak, perawatan mudah, tahan terhadap benturan, tidak terpengaruh terhadap cuaca Kekurangan:

## 4.5 Konsep Perancangan

### 4.5.1 Konsep Fungsi dan Ruang



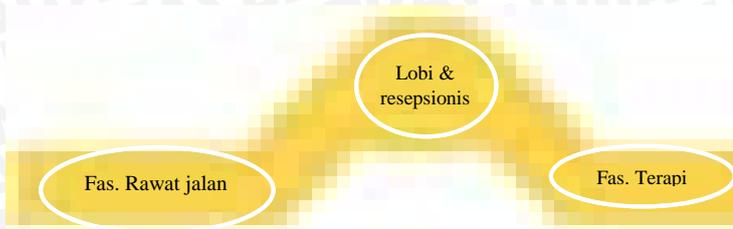
Gambar 4.33 Konsep Peletakan fungsi pada tapak  
Sumber: Analisis

Peletakan fungsi bangunan pada tapak disesuaikan dengan hubungan antar fungsi yang ada dan aspek keamanan dari bangunan itu sendiri.

Berdasarkan analisis fungsi bangunan Fasilitas Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa pada subbab sebelumnya, fungsi utama bangunan ini terdiri dari fungsi fasilitas penerima dan rawat jalan; rawat inap; rehabilitasi; instalasi dapur dan cuci; mushola; dan asrama. Berikut merupakan konsep ruang sesuai dengan massa bangunan.

#### 1. Fasilitas penerima dan rawat jalan

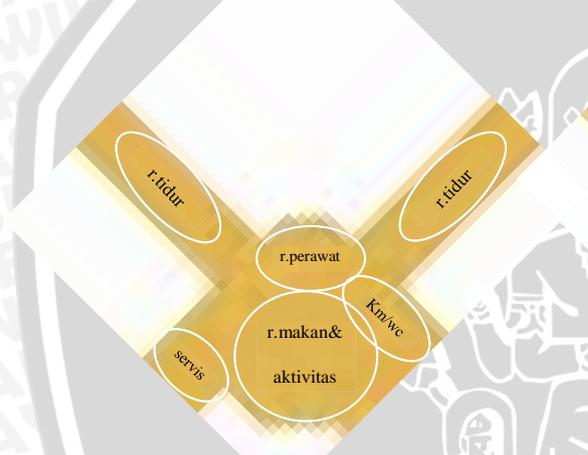
Fasilitas penerima berupa lobi diletakkan di depan drop off bangunan. Pada massa bangunan ini terdapat ruang lobi dan resepsionis; fasilitas rawat jalan yaitu ruang psikolog, ruang psikiater, ruang dokter, ruang perawat jaga, ruang arsip, ruang ECT, ruang okupasi ADL, ruang TAK, apotik, dan ruang tunggu. Ruang-ruang tersebut berada pada lantai 1 dari massa bangunan ini. Sedangkan pada lantai 2 terdapat fasilitas kantor pengelola yang terdiri dari ruang kerja, ruang rapat, toilet, dan mushola. Pada lantai 1 entrance diawali dari lobi penerima dan resepsionis yang kemudian menyebar menuju fasilitas rawat jalan dan fasilitas terapi. Pada fasilitas rawat jalan dan terapi menggunakan sirkulasi linier.



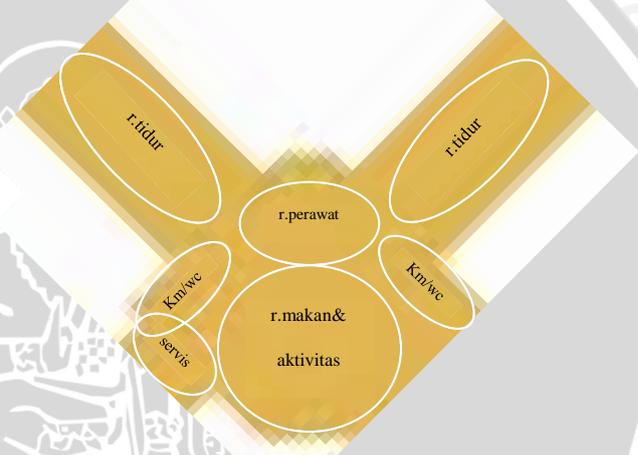
Gambar 4.34 Konsep Ruang Massa Penerima

2. Rawat inap

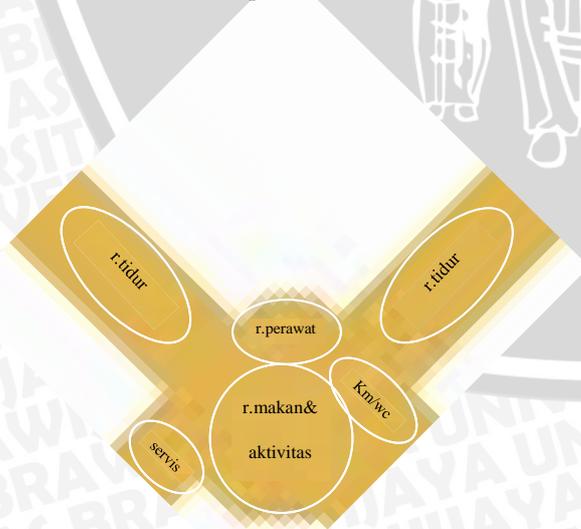
Fasilitas rawat inap pasien dibagi menjadi 2 yaitu untuk pria dan untuk wanita. Fasilitas rawat inap pria berkapasitas 60 orang, sedangkan wanita 40 orang. Untuk ruang inap pria dibagi menjadi 4 massa bangunan yaitu untuk golongan depressed 1 massa (kapasitas 10 orang), golongan semi-depressed 2 massa (kapasitas 40 orang), dan golongan co-operative 1 massa (kapasitas 10 orang). Untuk ruang inap wanita dibagi menjadi 3 massa yaitu golongan depressed (kapasitas 6 orang), golongan semi-depressed (kapasitas 27 orang), dan golongan co-operative (kapasitas 7 orang).



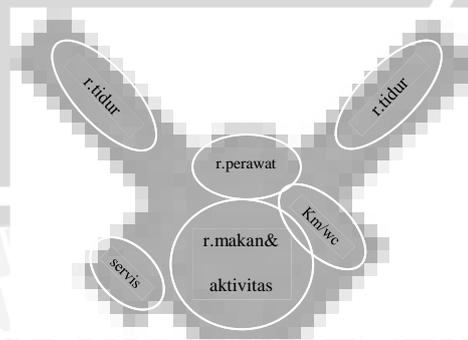
Gambar 4.35 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Depressed Pria



Gambar 4.36 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Semi Depressed Pria

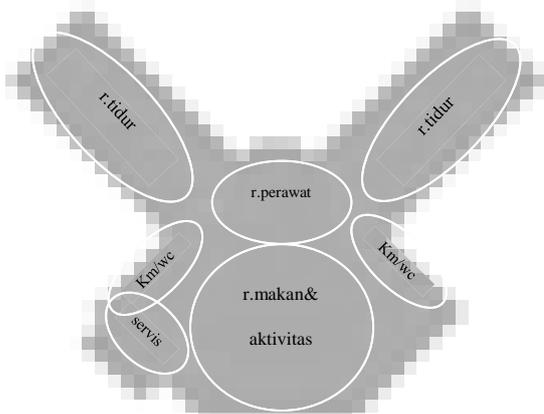


Gambar 4.37 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Co-Operative Pria

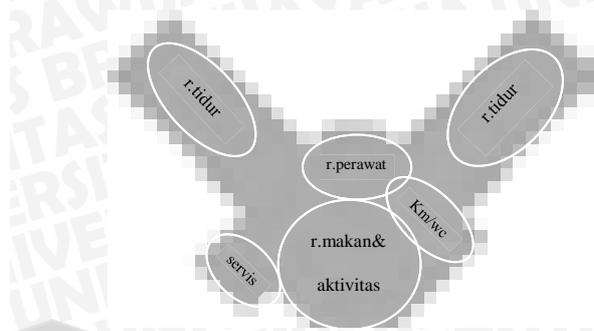


Gambar 4.38 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Depressed Wanita





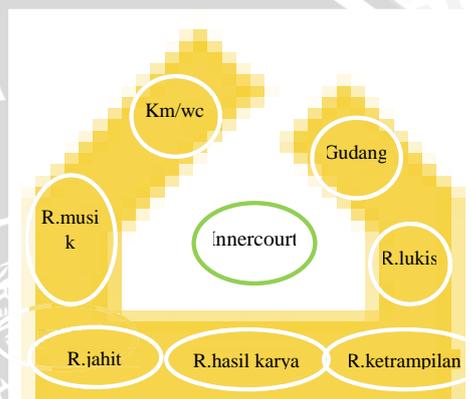
Gambar 4.39 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Semi Depressed Wanita



Gambar 4.40 Konsep Ruang Massa Rawat Inap Co-Operative Wanita

### 3. Rehabilitasi

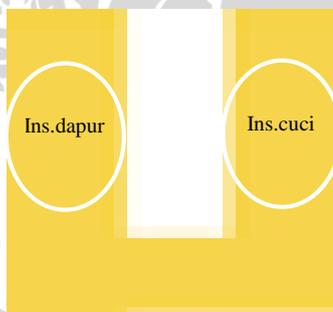
Fasilitas rehabilitasi terdiri dari ruang pameran untuk memamerkan hasil ketrampilan pasien, ruang music, ruang jahit, ruang ketrampilan, ruang lukis, gudang dan kamar mandi



Gambar 4.41 Konsep Ruang Massa Rehbililitasi

### 4. Instalasi dapur dan cuci

Massa fasilitas ini terdiri dari ruang untuk kebutuhan dapur dan cuci. Pada fasilitas dapur terdapat ruang cuci, ruang masak, gudang, dan pantry. Pada fasilitas cuci terdapat ruang cuci, ruang jemur, dan ruang setrika.



Gambar 4.42 Konsep Ruang Massa Instalasi dapur dan cuci

### 5. Mushola

Ruang mushola terletak di antara area rawat inap pria dan wanita. Mushola ini diperuntukkan bagi pasien dan pengunjung.



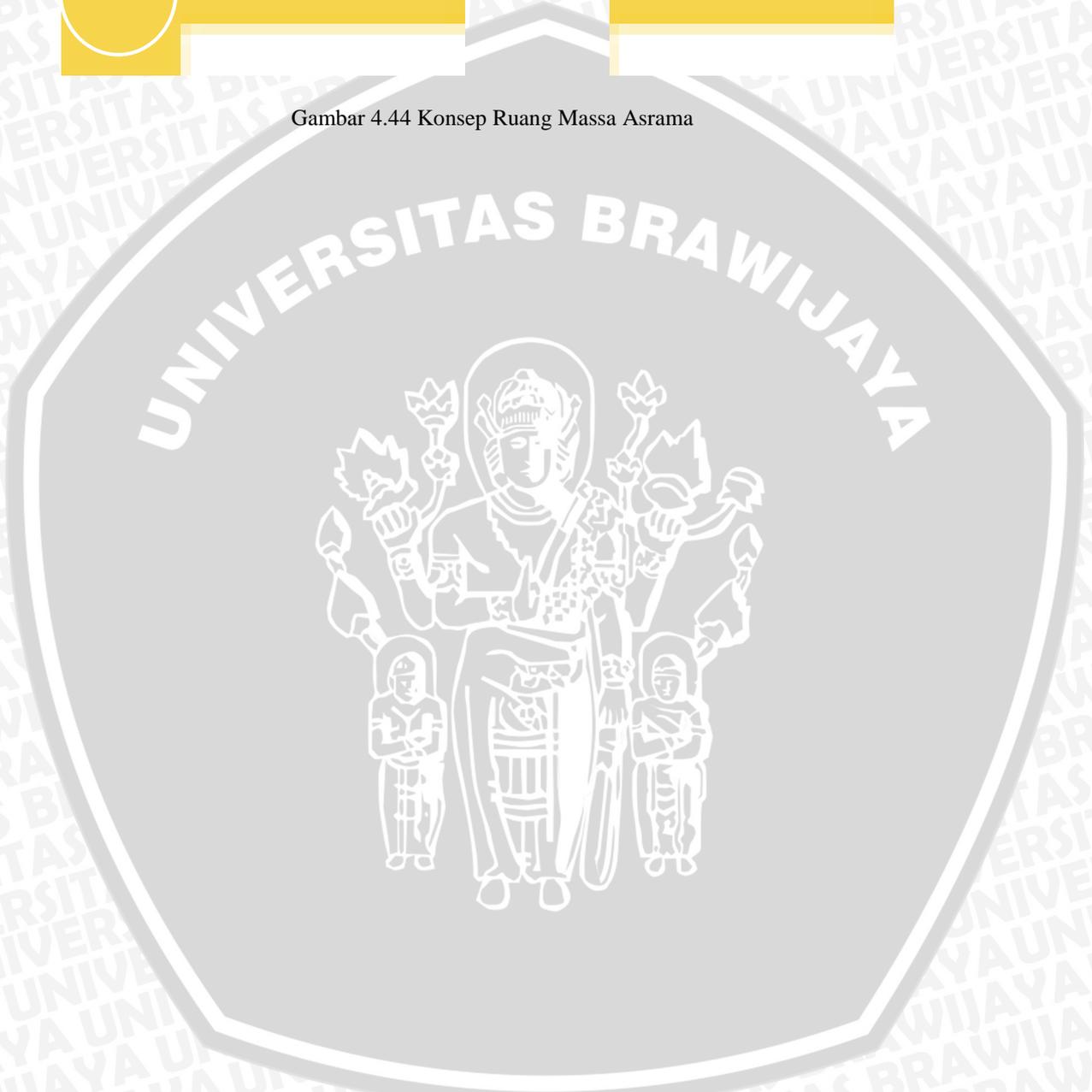
Gambar 4.43 Konsep Ruang Massa Mushola

6. Asrama

Pada fasilitas asrama terdapat ruang tidur dengan kapasitas 8 orang, ruang bersama, dan kamar mandi.



Gambar 4.44 Konsep Ruang Massa Asrama



## 4.5.2 Konsep Tapak dan Bangunan

Tabel 4.29 Konsep Perancangan

Jenis	Hasil Analisa	Gambar dan Keterangan
Kebisingan	Peletakan ruang rawat inap terletak pada area yang memiliki ketenangan sangat tinggi karena pasien gangguan jiwa membutuhkan suasana yang tenang untuk penyembuhannya.	
Pencapaian dan sirkulasi	Pencapaian dari luar tapak melalui jalan utama pada tapak yaitu Jl Sultan Agung. Konsep sirkulasi pada tapak menggunakan sirkulasi yang linier dan terpusat agar memudahkan mobilitas pengguna dan pasien.	

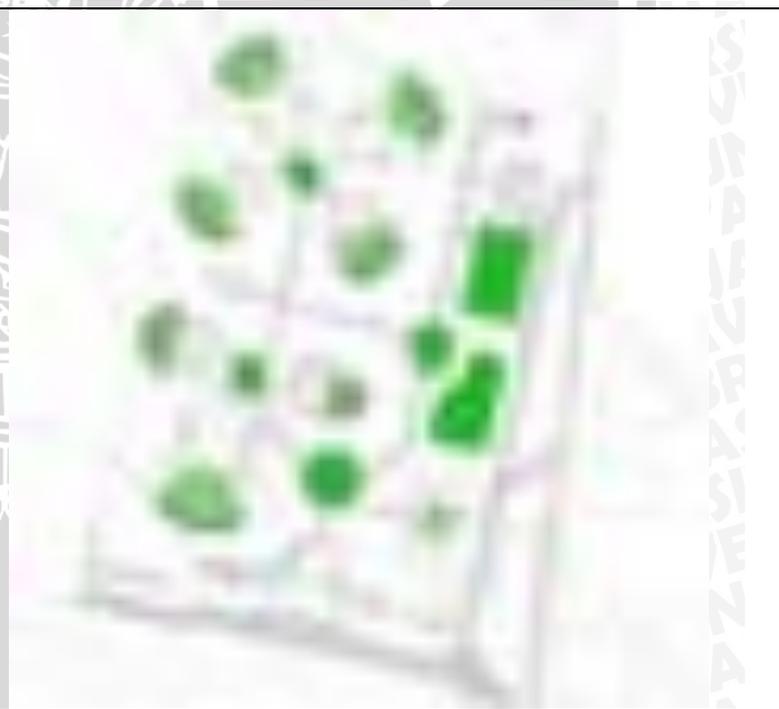
View ke luar

View positif keluar tapak terletak pada bagian timur tapak. View ini dimanfaatkan untuk ruang rawat inap pasien golongan I (golongan 1) agar pasien memperoleh suasana yang lebih tenang. Bukaan pada ruang rawat inap ini diarahkan menuju view ke luar tapak.



Ruang luar tapak

Pada perancangan Fasilitas Penyembuhan dan rehabilitasi gangguan jiwa ini membutuhkan banyak ruang luar, terutama untuk fasilitas rawat inap yang ada. Pada fasilitas rawat inap, ruang luar harus aman agar tidak mengakibatkan hal negatif terjadi seperti pasien melarikan diri. Ruang luar juga harus terjangkau oleh perawat/ penjaga untuk keperluan pengawasan pasien.



Vegetasi

Jenis vegetasi yang digunakan yaitu vegetasi peneduh, penyerap polusi, pengarah jalan, dan penghalang panas matahari.



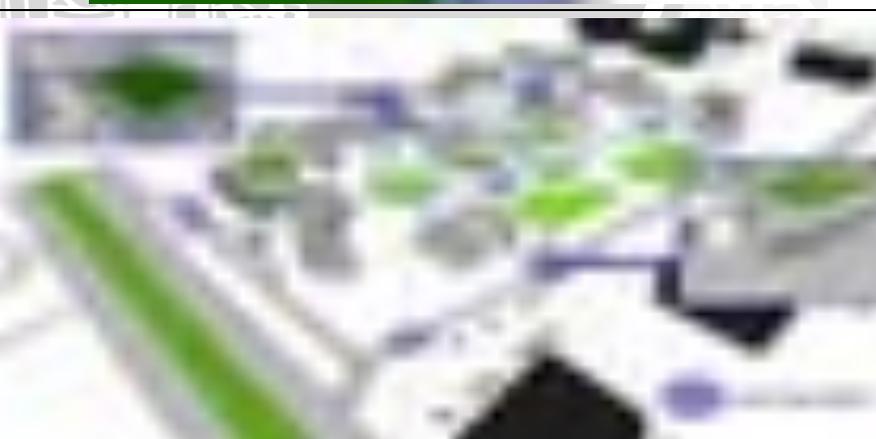
Iklim

Pasien gangguan jiwa memerlukan pencahayaan dan penghawaan alami yang maksimal. Pada masa bangunan rawat inap akan digunakan sistem ventilasi silang untuk memaksimalkan penghawaan alami dan menggunakan banyak bukaan untuk memasukkan cahaya alami ke dalam bangunan.



Kontur

Pengolahan kontur disesuaikan dengan tata letak bangunan. Kontur hanya memiliki perbedaan ketinggian 50 cm tiap kontur. Untuk sirkulasi vertikal menggunakan ramp agar tidak berbahaya bagi pasien.



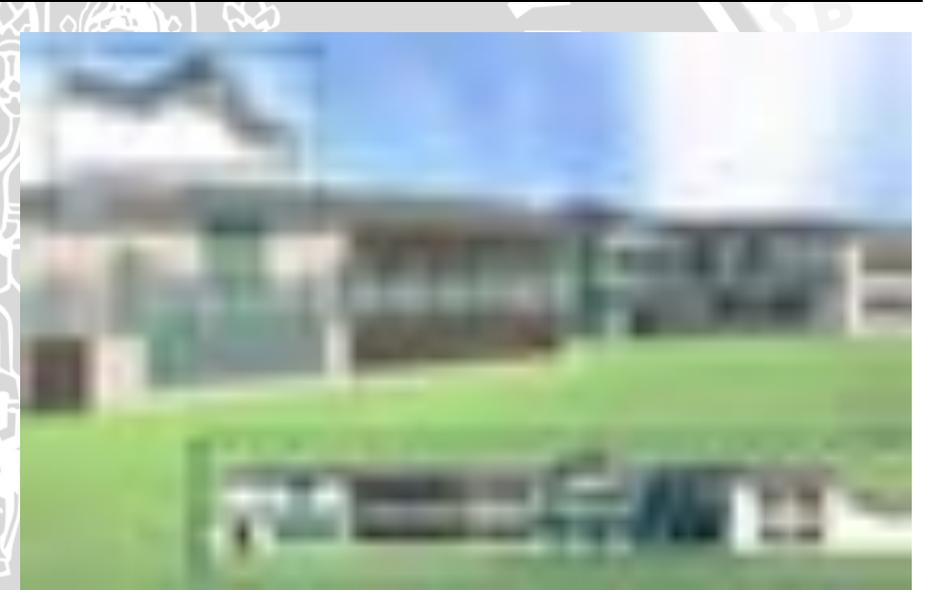
View ke dalam  
tapak

Penambahan signage pada sisi tenggara tapak sebagai penanda adanya bangunan ini. Sisi tenggara tapak merupakan view yang tertangkap dari jalan utama tapak yaitu Jalan Sultan Agung.

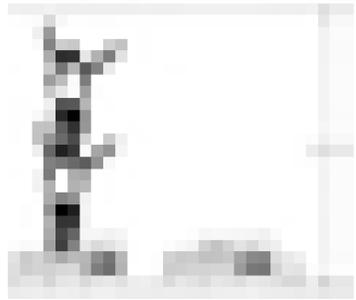


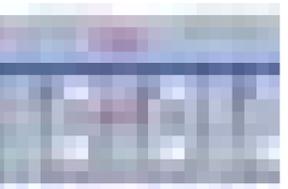
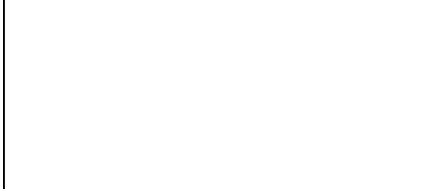
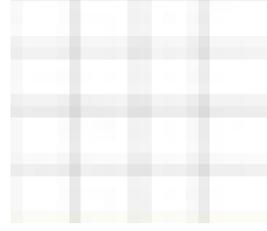
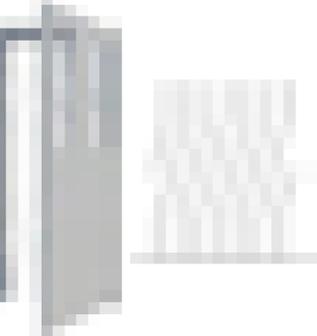
Tampilan  
bangunan

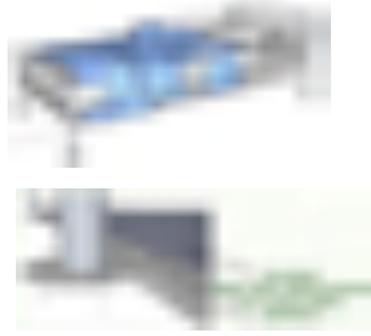
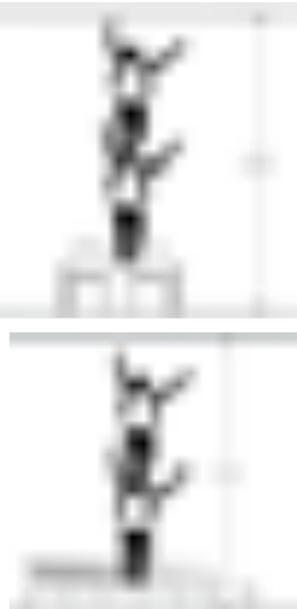
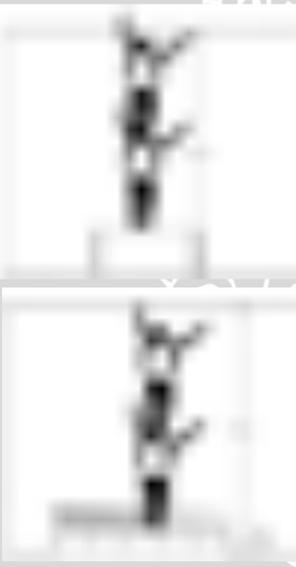
Fasilitas kesehatan jiwa sebaiknya memiliki lingkungan yang tidak asing/ seperti lingkungan rumah, sehingga pasien merasa berada pada rumah mereka sendiri. Bentuk atap menggunakan bentuk seperti pada rumah pada umumnya yaitu perisai dan pelana. Bentuk atap ini juga sesuai dengan keadaan iklim pada lokasi perancangan.

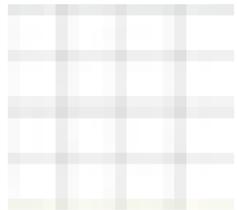
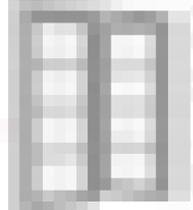


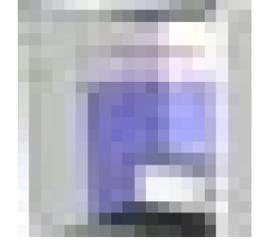
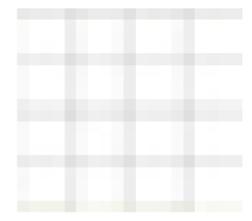
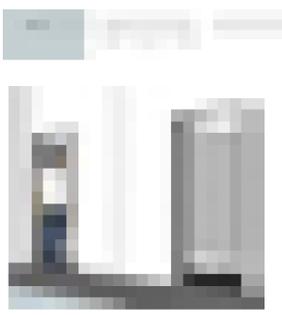
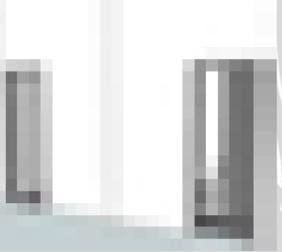
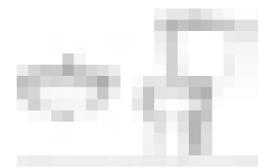
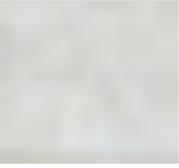
4.5.3 Konsep Elemen Ruang Rawat Inap

Nama Ruang	Elemen Ruang	Golongan Depressed		Golongan Semi Depressed		Golongan Co Operative	
		Kategori III dan IV (skor 60-120 dan >120)		Kategori II (skor 31-59)		Kategori IV (skor 0-30)	
		ada keinginan mencederai diri/ orang lain tetapi klien belum dapat mengontrol, telah/ sedang melakukan perilaku mencederai diri/ orang lain halusinasi melakukan kekerasan dan melarikan diri		ada keinginan mencederai diri, mampu mengontrol-tidak mampu mengontrol, pengawasan sedang, mulai membutuhkan privasi		mandiri, tidak ada keinginan mencederai-ada keinginan tetapi mampu mengontrol, interaksi sosial, tenang	
Ruang tidur	Plafon	<p>Desain plafon memiliki tinggi yang tidak dapat dijangkau pasien. Ketinggian plafon yang digunakan ditentukan dari ketinggian perabot yang ada pada ruang tidur. Pada ruang tidur pasien depressed hanya terdapat perabot berupa tempat tidur. Ketinggian plafon di atas area tidur yaitu +4.25 m. Tetapi pada area sirkulasi yang tidak terdapat perabot apapun sehingga tinggi plafon minimal 3.70 m. Pada ruang isolasi, kapasitas per ruang hanya satu orang dan hanya ada perabot berupa tempat tidur sehingga ketinggian minimal plafon yaitu 3.00 m.</p>  	<p>Menggunakan material plafon yang kuat dan tahan lama. Material yang digunakan yaitu material GRC. Pada area ini, plafon tidak dapat dijangkau pasien sehingga tidak diperlukan penghalang di atas plafon untuk keamanan.</p> 	<p>Plafon tidak terlalu tinggi untuk memberikan kesan akrab karena pasien semi-depressed sudah mulai membutuhkan interaksi sosial, terdapat penghalang di atas plafon untuk mengantisipasi pasien yang kabur melalui plafon. Ketinggian plafon pada ruang tidur ini ± 4.00 m. Ketinggian plafon dapat dijangkau pasien.</p> 	<p>Menggunakan material plafon yang kuat, material yang digunakan yaitu material gypsum, material ini lebih tahan benturan daripada material GRC sehingga lebih aman digunakan.</p> 	<p>Plafon tidak terlalu tinggi untuk memberikan kesan akrab karena pasien co-operative sudah mulai membutuhkan interaksi sosial. Ketinggian plafon pada ruang tidur ini ± 3.5 m.</p> 	<p>Menggunakan material yang kuat, tidak mudah rusak untuk mengantisipasi adanya pasien yang melarikan diri melalui plafon. Material yang dapat digunakan yaitu material gypsum, material ini lebih tahan terhadap benturan tubuh manusia, meja, kursi, dan lain lain.</p> 

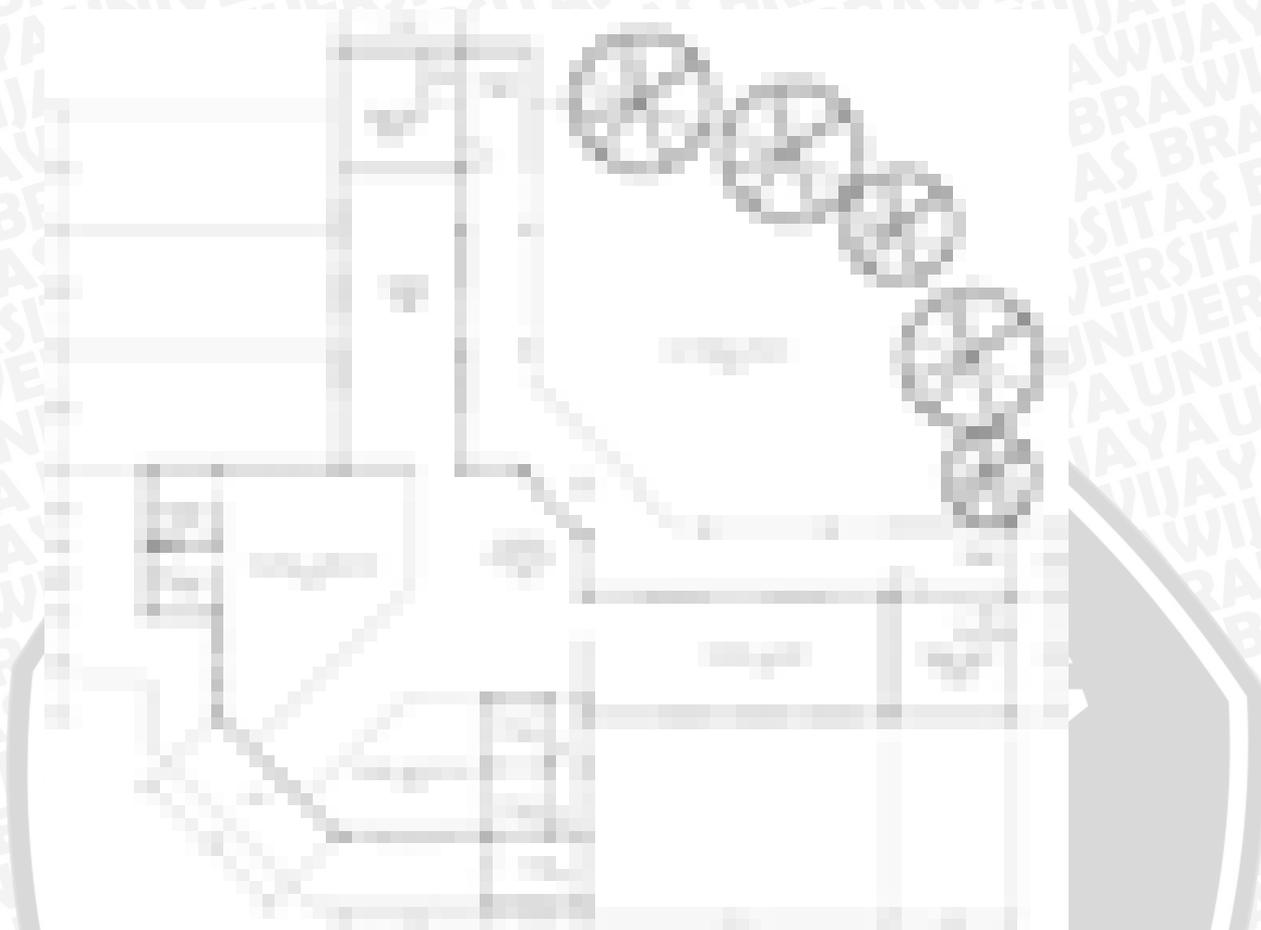
Nama Ruang	Elemen Ruang	Golongan Depressed		Golongan semi depressed		Golongan Co Operative	
		Kategori III dan IV (skor 60-120 dan >120)		Kategori II (skor 31-59)		Kategori IV (skor 0-30)	
Ruang tidur	Dinding	Dinding harus berkesan tenang untuk meminimalisir perilaku berbahaya pasien. Pada dinding menggunakan garis horisontal yang memberikan kesan tenang karena pasien pada golongan depressed masih sangat tidak stabil. Pasien juga memiliki gangguan tidur yang sangat kronis sehingga sangat dibutuhkan ketenangan pada kamar tidur.	Material dinding dilapisi lapisan busa setinggi +2.00 m agar aman bagi pasien.	Dinding berkesan tenang untuk membantu pasien mengontrol halusinasi karena pasien pada golongan ini masih mengalami halusinasi dan kadang belum mampu mengontrol halusinasi. Untuk mencapai kesan tenang dapat menggunakan dinding dengan warna yang dingin/ garis horisontal.	Tidak menggunakan pelapis dinding yang lunak, dinding hanya menggunakan material batu bata dengan finishing cat	Klien terkadang masih mengalami halusinasi tingkat 1-2 atau 3-4, klien sudah dapat mengontrol halusinasi. Adanya halusinasi menunjukkan adanya kecemasan sehingga masih diperlukan sedikit kesan yang tenang pada dinding. Dinding menggunakan warna yang tenang dan berkesan akrab/ santai.	Tidak menggunakan pelapis dinding yang lunak karena klien sudah bisa mengontrol halusinasi yang ada, dinding menggunakan batu bata dengan finishing cat
							
		Warna yang digunakan pada dinding yaitu warna biru (tenang) dengan skema warna monokromatik	Pada dinding bagian atas (di atas busa) menggunakan dinding batubata dengan finishing cat warna terang				
	Lantai	Lantai tidak memiliki perbedaan ketinggian anatar area perabot (tempat tidur) dan area sirkulasi pada kamar tidur	Menggunakan pelapis lantai vinil yang tidak licin dan tidak mudah rusak. Kelebihan material vinil yaitu pemasangannya mudah, dapat meredam suara dan benturan karena sifatnya yang lunak, stabil terhadap suhu, air, dan udara; mempunyai daya resistance yang tinggi dan tidak menimbulkan slip	Lantai tidak memiliki perbedaan ketinggian anatar area perabot (tempat tidur) dan area sirkulasi pada kamar tidur	Material lantai menggunakan keramik yang tidak licin tetapi tidak lunak	Lantai tidak memiliki perbedaan ketinggian anatar area perabot (tempat tidur) dan area sirkulasi pada kamar tidur	Material lantai menggunakan keramik yang tidak licin tetapi tidak lunak
							
	Pintu/jendela	Desain teralis rapat (jarak 15 cm), tidak bermotif horisontal karena motif horisontal pada teralis bisa digunakan untuk menggantung diri sehingga berbahaya bagi pasien golongan depressed. Pintu pada ruang isolasi menggunakan teralis besi dan arah buka pintu ke arah luar.	Menggunakan material teralis yang kuat, material yang digunakan yaitu menggunakan besi. Kelebihan besi yaitu kuat, tidak mudah rusak, perawatan mudah, tahan terhadap benturan, tidak terpengaruh terhadap cuaca. Pintu pada ruang isolasi menggunakan material besi agar tidak mudah dirusak pasien.	Menggunakan pintu sorong agar tidak membahayakan karena pada ruang ini akan ada interaksi antar pasien yang memungkinkan terjadinya perselisihan, tidak memiliki sudut tajam, Desain teralis tidak rapat (20 cm), tidak menggunakan motif horisontal	Teralis menggunakan material yang kuat, yaitu besi. Pintu menggunakan material yang solid yaitu dapat menggunakan kayu	Pintu pada kamar pasien menggunakan jenis pintu swing, desain teralis tidak rapat (20 cm), tidak menggunakan motif horisontal dan tidak berkesan menutup, teralis pada ruang pasien golongan co-operative hanya digunakan pada ruang tidur sedangkan pada ruang lain tidak menggunakan teralis	Teralis menggunakan material yang kuat, yaitu besi. Pintu menggunakan material kayu.
							

Nama Ruang	Elemen Ruang	Golongan Depressed		Golongan semi depressed		Golongan Co Operative	
		Kategori III dan IV (skor 60-120 dan >120)		Kategori II (skor 31-59)		Kategori IV (skor 0-30)	
Ruang tidur	Perabot	Desain tempat tidur permanen terhadap lantai, desain tempat tidur memiliki penghalang besi di bagian samping agar aman 	Menggunakan material yang kuat, material yang dapat digunakan yaitu material besi karena material ini kuat dan tidak mudah rusak, tetapi bersifat keras sehingga cukup berbahaya bagi pasien jika terbentur. Untuk itu, dapat dilapisi dengan material yang lebih lunak seperti rubber sheet pada rangka tempat tidur.	Pasien sudah tidak terlalu berbahaya, perabot tidak permanen desain perabot tidak tajam/ lancip 	Menggunakan material yang kuat, tidak berbahaya, tidak mudah rusak, Menggunakan material yang kuat agar tidak mudah dipindahkan, menggunakan material besi untuk rangka tempat tidur	Perabot tidak permanen dan memiliki desain yang tidak lancip/ tajam 	menggunakan material yang kuat dantahan lama, menggunakan material kayu/ melamin yang berkesan akrab
Ruang makan & aktivitas	Plafon	Desain plafon memiliki tinggi yang tidak dapat dijangkau pasien, perabot tertinggi yaitu meja makan sehingga tinggi plafon min. 4.35 m. Pada ruang aktivitas, tinggi plafon min 4.10 m 	Menggunakan material plafon yang kuat, memberikan penghalang di atas plafon, material yang dapat digunakan yaitu material GRC 	Plafon tidak terlalu tinggi untuk memberikan kesan akrab karena pasien semi-depressed sudah mulai membutuhkan interaksi sosial, terdapat penghalang di atas plafon untuk mengantisipasi pasien yang kabur melalui plafon. Ketinggian plafon padaruang ini 4m 	Menggunakan material yang kuat dan tahan benturan serta tidak mudah rusak, yaitu material gypsum 	Plafon tidak terlalu tinggi untuk memberikan kesan akrab karena pasien co-operative sudah mulai membutuhkan interaksi sosial. Ketinggian plafon pada ruang tidur ini ± 3.5 m. 	Menggunakan material yang kuat yaitu gypsum, tidak mudah rusak untuk mengantisipasi adanya pasien yang melarikan diri melalui plafon 
	Dinding	Dinding harus berkesan tenang untuk meminimalisir perilaku berbahaya pasien	Material dinding dilapisi lapisan vinyl/ gasket setinggi +2.00 m agar aman bagi pasien	Memberikan kesan tenang dan akrab untuk mendorong pasien agar berinteraksi dengan sesama pasien	Tidak menggunakan material yang lunak karena resiko pasien sudah mulai berkurang	berkesan tenang dan akrab/ santai	Tidak menggunakan material yang lunak karena resiko pasien sudah mulai berkurang

Nama Ruang	Elemen Ruang	Golongan Depressed		Golongan semi depressed		Golongan Co Operative	
		Kategori III dan IV (skor 60-120 dan >120)		Kategori II (skor 31-59)		Kategori IV (skor 0-30)	
Ruang makan & aktivitas	Lantai	Tidak memiliki perbedaan ketinggian dengan ruang lain, menggunakan warna/ motif yang berbeda dengan area sirkulasi. Warna lantai menggunakan warna gelap agar tidak mudah kotor. 	Menggunakan material lantai yang mudah dibersihkan, tidak keras, dan tidak licin yaitu material vinil. 	Memiliki perbedaan ketinggian dengan lantai pada area sirkulasi 	Pasien sudah berkurang resiko nya dan mulai bisa berinteraksi dengan lebih dari 1 orang. Material lantai dapat menggunakan parket untuk mendapatkan suasana hangat dan akrab. Untuk ruang makan, menggunakan winyl dengan motif kayu agar lebih mudah dibersihkan 	Terdapat perbedaan ketinggian lantai untuk pemisah/ batas ruang 	Menggunakan material yang mudah dibersihkan yaitu material keramik. Lantai tidak memerlukan material yang lunak karena kesadaran pasien sudah hampir pulih 
	Pintu/ jendela	Menggunakan jenis pintu sorong berkantung dan menggunakan teralis pada pitu untuk pengamanan 	Material pintu kuat, tidak mudah dirusak, tahan benturan	Menggunakan pintu sorong agar tidak membahayakan karena pada ruang ini akan ada interaksi antar pasien yang memungkinkan terjadinya perselisihan, tidak memiliki sudut tajam 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat yaitu dapat menggunakan material kayu	Pintu menggunakan jenis pintu swing, jendela memiliki bukaan yang lebar dan tidak menggunakan teralis 	Untuk pintu menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat (kayu), sedangkan jendela dapat menggunakan material kaca yang kuat yaitu material kaca tempered
	Perabot	Desain meja dan kursi permanen, tidak memiliki sudut lancip/ tajam 	Material yang kuat, tidak mudah rusak, dan tidak berbahaya. Untuk kaki kursi dan meja menggunakan material besi agar kuat dan tidak mudah rusak.	Kursi dan meja tidak permanen tetapi sulit dipindahkan (berat) dan tidak memiliki sudut lancip/ tajam 	Menggunakan material yang kuat, tidak berbahaya, tidak mudah rusak, dan mudah dibersihkan, dapat menggunakan material kayu 	Kursi dan meja tidak permanen dan mudah dipindahkan, tidak memiliki sudut lancip/ tajam	Material yang kuat, tidak mudah rusak, material yang dapat digunakan yaitu material plastik karena material ini cukup kuat, tahan lama dan ringan.
Kamar mandi	Plafon	Tinggi plafon tidak dapat dijangkau pasien. Perabot tertinggi pada kamar mandi yaitu bak mandi dengan tinggi 0.64 m, sehingga tinggi plafon yang tidak dapat dijangkau pasien yaitu min. 3m 	Material yang kuat, tidak mudah rusak, dan kedap suara yaitu GRC, seperti pada ruang lainnya 	Plafon tidak dapat dijangkau pasien 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat 	Ketinggian plafon tidak dapat dijangkau pasien 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat 

Nama Ruang	Elemen Ruang	Golongan Depressed		Golongan semi depressed		Golongan Co Operative	
		Kategori III dan IV (skor 60-120 dan >120)		Kategori II (skor 31-59)		Kategori IV (skor 0-30)	
Kamar mandi	Dinding	Pada pasien golongan depressed, pasien cenderung melakukan kekerasan terhadap diri sendiri di kamar mandi misalnya membenturkan kepala ke dinding, untuk itu dinding kamar mandi diberi lapisan lunak setinggi 2m 	Material yang mudah dibersihkan, tidak keras, tahan air. Material yang dapat digunakan yaitu material karet laminasi tahan air	Menggunakan pelapis dinding yang mudah dibersihkan 	Menggunakan material keramik 	Menggunakan pelapis dinding yang mudah dibersihkan 	Menggunakan material keramik 
	Lantai	Lantai harus memiliki kemiringan yang cukup untuk mengalirkan air dengan cepat (kemiringan 2-3cm antara level lantai satu sisi ke sisi lainnya)	Menggunakan material yang lunak dan bertekstur, Material yang dapat digunakan yaitu material atlas karet anti licin. Material ini mudah dalam pemasangan, memiliki permukaan yang tidak keras/ lunak, tidak licin sehingga tidak menyebabkan terpeleset, memiliki permukaan yang bertekstur, mudah dibersihkan 	Menggunakan material keramik bertekstur. keramik yang digunakan pada kamar mandi haruslah keramik yang memiliki tekstur yang kasar sehingga tidak licin dan aman; material ini mudah dibersihkan 	Menggunakan material keramik bertekstur. keramik yang digunakan pada kamar mandi haruslah keramik yang memiliki tekstur yang kasar sehingga tidak licin dan aman; material ini mudah dibersihkan 		
	Pintu/jendela	desain bukaan sempit, menggunakan pintu yang tidak tertutup sepenuhnya (terdapat celah dibagian atas dan bawah pintu untuk memudahkan pengawasan 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat. Material yang dapat digunakan yaitu material pintu aluminium. Material ini memiliki kelebihan tahan terhadap air, lebih kuat daripada pintu PVC/ plastik, perawatan mudah 	bukaan sempit, pintu terbuka pada bagian bawah sedangkan pada bagian atas tertutup karena pasien golongan ini sudah membutuhkan privasi tetapi juga masih membutuhkan pengawasan 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat, yaitu material aluminium 	bukaan sempit, pintu tertutup sepenuhnya karena pasien golongan ini sudah memerlukan privasi 	Menggunakan material yang tidak mudah rusak/ kuat, yaitu material aluminium 
	Perabot	Pada kamar mandi tidak menggunakan bak mandi karena beresiko disalahgunakan oleh pasien. Oleh karena itu menggunakan toilet duduk, wastafel, dan shower sensor. 	Menggunakan material porselen yang kuat dan aman	Desain bak mandi tidak tinggi 	Material tidak licin, menggunakan material keramik bertekstur 	Desain bak mandi tidak tinggi 	Material tidak licin, menggunakan material keramik bertekstur 

#### 4.5.4 Hasil Desain Interior Ruang Inap Depressed



Gambar 4.45 Denah ruang rawat inap *depressed*



Gambar 4.46 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap *depressed*

Pada ruang rawat inap depressed, ruang perawat berada di area tengah agar dapat menjangkau area aktivitas, area makan, dan ruang tidur sehingga memudahkan pengawasan terhadap pasien.

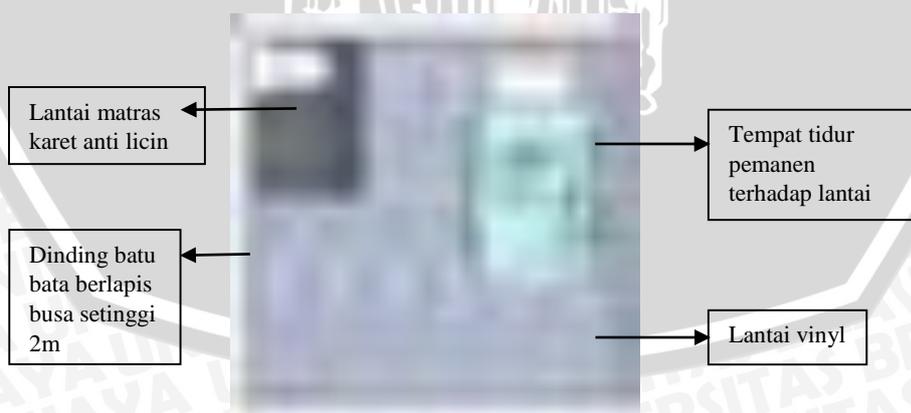
### 1. Ruang tidur



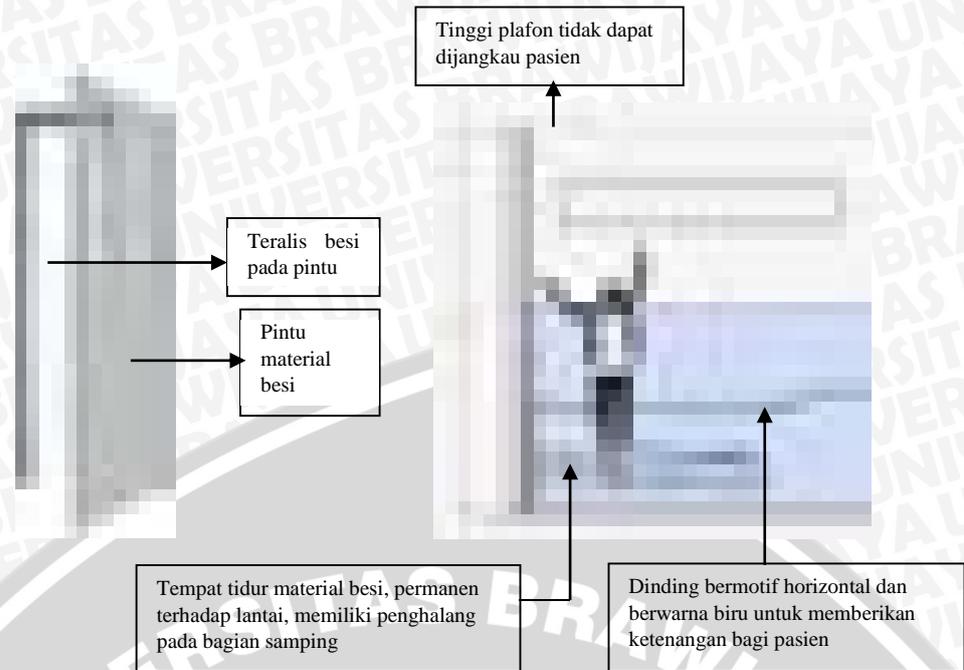
Gambar 4.47 Denah ruang tidur rawat inap *depressed*

Ruang tidur pada area ini dibagi menjadi dua yaitu ruang tidur dengan system bangsal dan ruang isolasi. Ruang isolasi diperuntukkan bagi pasien yang masih sangat berbahaya/ resiko sangat tinggi, ruang tidur bangsal diperuntukkan bagi pasien yang mulai bisa berinteraksi dengan orang lain dan memiliki resiko yang lebih rendah daripada pasien pada kamar isolasi.

Pada ruang isolasi, satu pasien dijaga oleh satu orang perawat. Pada ruang ini, pasien sangat berbahaya sehingga diperlukan pengamanan yang maksimal. Pintu pada ruang ini menggunakan pintu teralis dan pintu besi agar tidak dapat dirusak oleh pasien. Tinggi plafon tidak dapat dijangkau pasien yaitu 3.75m.



Gambar 4.48 Denah ruang tidur rawat inap *isolasi*

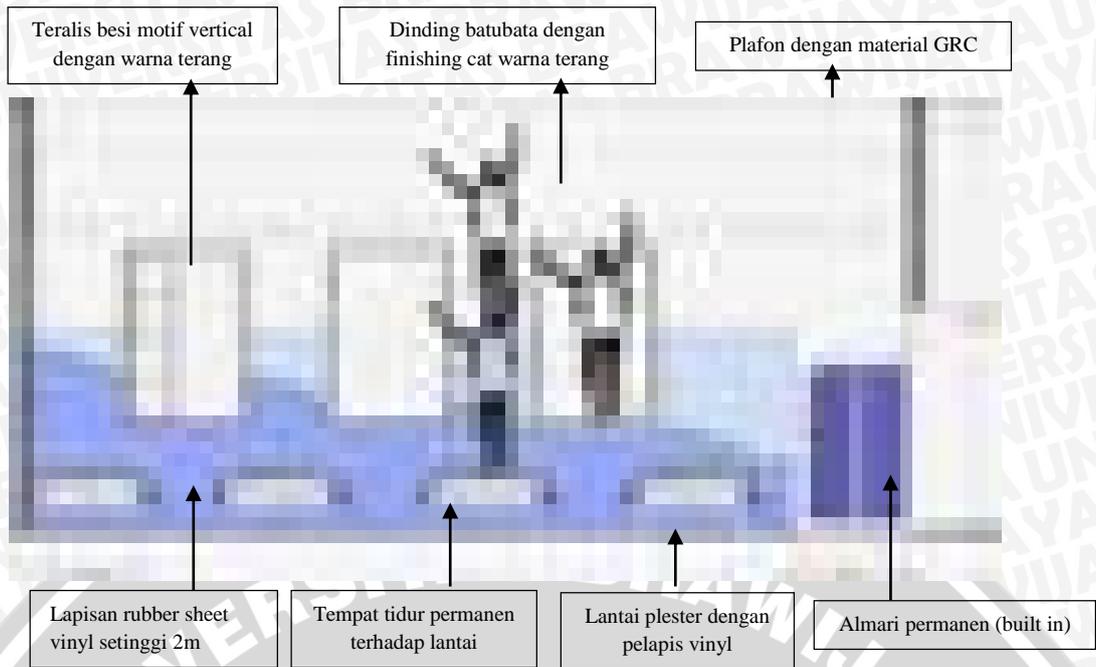


Gambar 4.49 Potongan ruang isolasi



Gambar 4.50 Perspektif ruang tidur rawat inap *depressed*

Antara ruang tidur pasien *depressed* dan ruang perawat tidak terdapat pintu untuk akses karena untuk memudahkan pengawasan pasien dan pasien pada golongan ini tidak membutuhkan privasi. Pada ruang tidur pasien *depressed* sebisa mungkin tidak terdapat perabot karena dapat dimanfaatkan pasien untuk melakukan kekerasan sehingga pada ruang tidur ini hanya terdapat tempat tidur dan almari untuk pakaian pasien. Semua perabot ini permanen terhadap lantai agar aman.



Gambar 4.51 Potongan ruang tidur rawat inap *depressed*



Gambar 4.52 Perspektif ruang tidur rawat inap *depressed*

Dengan tinggi plafon 4.25m, maka pasien tidak dapat menjangkau plafon sehingga tidak dapat melarikan diri melalui plafon. Jendela dirancang berteralis besi dengan jarak 15 cm sehingga tidak dapat dilalui pasien. Teralis menggunakan warna yang terang agar motif vertikal pada teralis tidak dapat memberikan kesan menutup pada pasien dan pasien bisa melihat view di luar bangunan. Garis horizontal yang dominan dan warna biru pada ruang ini memberikan kesan tenang.



Gambar 4.53 Tempat tidur pada ruang rawat inap *depressed*



Gambar 4.54 Ruang tidur pada ruang rawat inap *depressed*

Ruang golongan *depressed* sangat membutuhkan suasana yang menenangkan. Suasana yang tenang dapat diperoleh dengan penggunaan warna tenang yaitu warna biru. Skema warna yang digunakan pada ruang ini yaitu monokromatik. Untuk menghindari ruang yang monoton, diberikan pusat perhatian dengan menggunakan warna biru hijau.

## 2. Ruang aktivitas dan ruang makan

Ruang aktivitas dan ruang makan menjadi satu dengan ruang perawat yang terbuka. Pasien golongan *depressed* memiliki kesadaran yang sangat rendah sehingga tidak ada perbedaan ketinggian lantai antar ruang. Untuk membatasi ruang hanya digunakan perbedaan warna lantai.



Gambar 4.55 Ruang makan dan aktivitas pada ruang rawat inap *depressed*



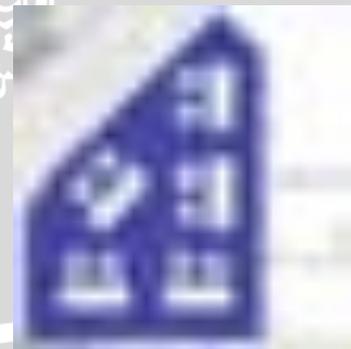
Televisi

Sofa

Di ruang aktivitas hanya terdapat tempat duduk berupa sofa dan televisi. Televisi diletakkan di bagian atas dinding dan menggunakan kerangka besi agar aman dari pasien. Sofa pada ruang ini permanen terhadap lantai.

Gambar 4.56 Ruang aktivitas pada ruang rawat inap *depressed*

Kursi dan meja makan disusun tidak saling berhadapan karena pasien pada golongan ini hanya bersedia melakukan interaksi dengan 1 orang lain. Kursi dan meja juga dirancang permanen terhadap lantai.

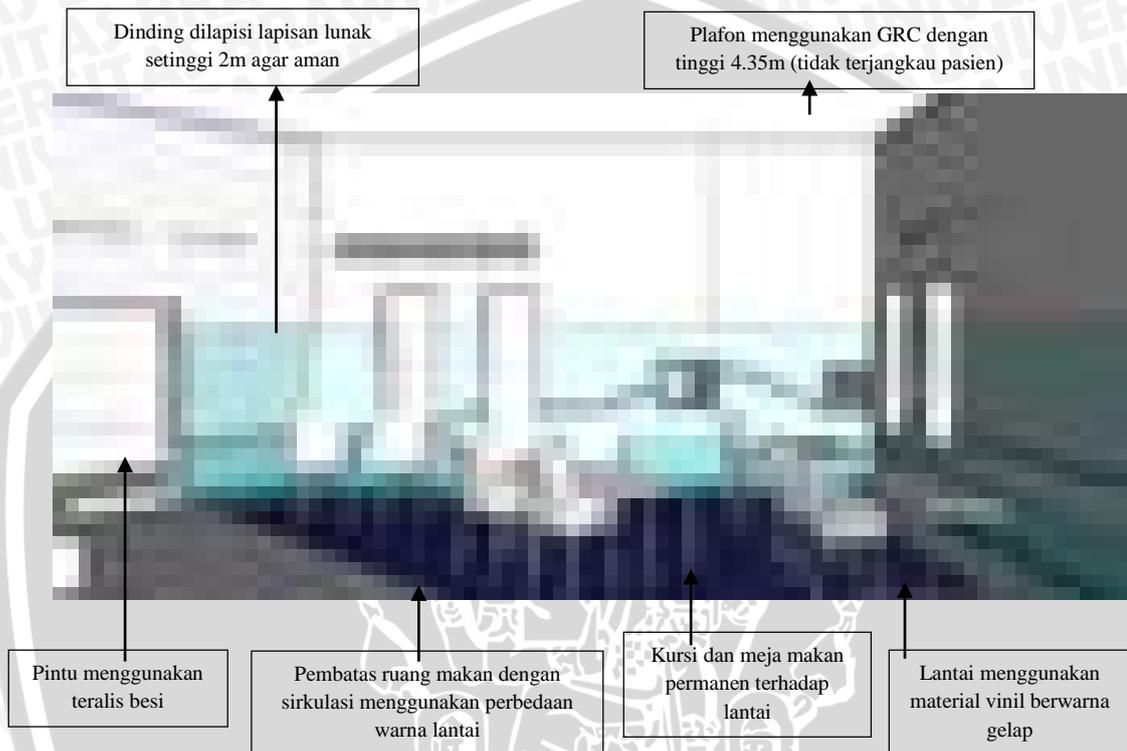


Gambar 4.57 Ruang makan pada ruang rawat inap *depressed*

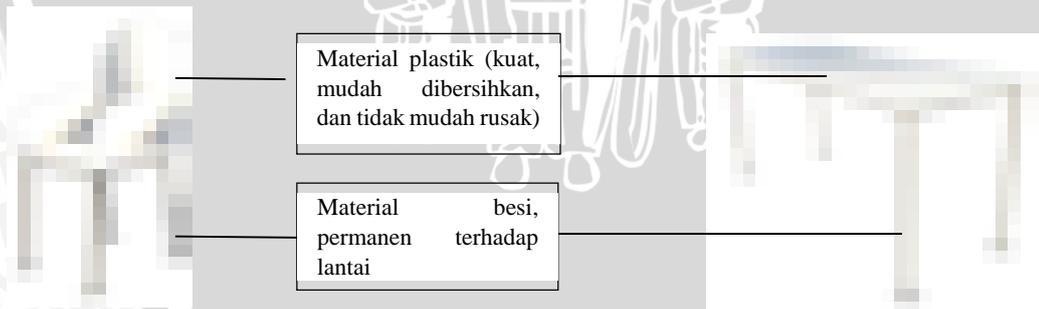
Sofa disusun berbaris pada ruang ini. Desain sofa dan kursi makan memiliki penyangga tangan sehingga ada batas antar sofa/ kursi. Hal ini bertujuan untuk membatasi interaksi antar pasien karena pasien memang belum mampu untuk berinteraksi



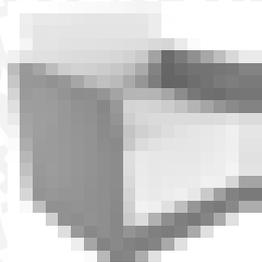
Gambar 4.58 Kursi makan dan sofa pada ruang rawat inap *depressed*



Gambar 4.59 Perspektif ruang makan pada ruang rawat inap *depressed*

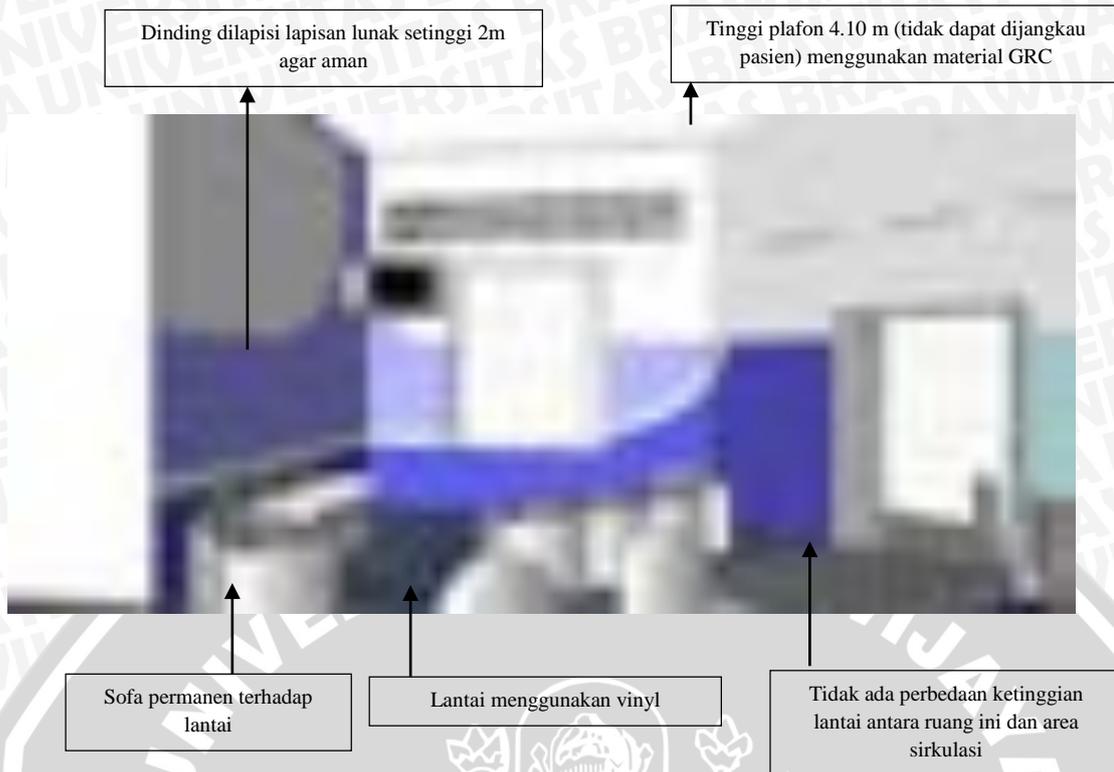


Gambar 4.60 Kursi dan meja makan pada ruang inap *depressed*



Desain sofa permanen terhadap lantai. Sofa menggunakan material rangka kayu, untuk pelapis sofa menggunakan material nilon. Nilon merupakan jenis pelapis sofa kain sintetis yang tahan lama, tidak mudah robek, dan tahan air.

Gambar 4.61 Sofa pada ruang inap *depressed*



Gambar 4.62 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap *depressed*



Gambar 4.63 Ruang makan pada ruang inap *depressed*

Pada ruang makan menggunakan warna analogus biru dan biru hijau. Warna biru hijau digunakan dengan beberapa intensitas yang berbeda. Warna biru digunakan untuk mendapatkan ketenangan dan sebagai warna pengikat antar ruang. Warna netral putih dan abu-abu digunakan sebagai pelengkap.



Gambar 4.64 Ruang aktivitas pada ruang inap *depressed*

Ruang aktivitas menggunakan skema monokromatik biru untuk memberikan ketenangan terhadap pasien. Warna lain yang digunakan yaitu warna netral seperti putih dan abu-abu. Agar tidak monoton, digunakan juga warna biru hijau pada elemen garis di dinding.



Gambar 4.65 Ruang makan dan aktivitas pada ruang inap *depressed*

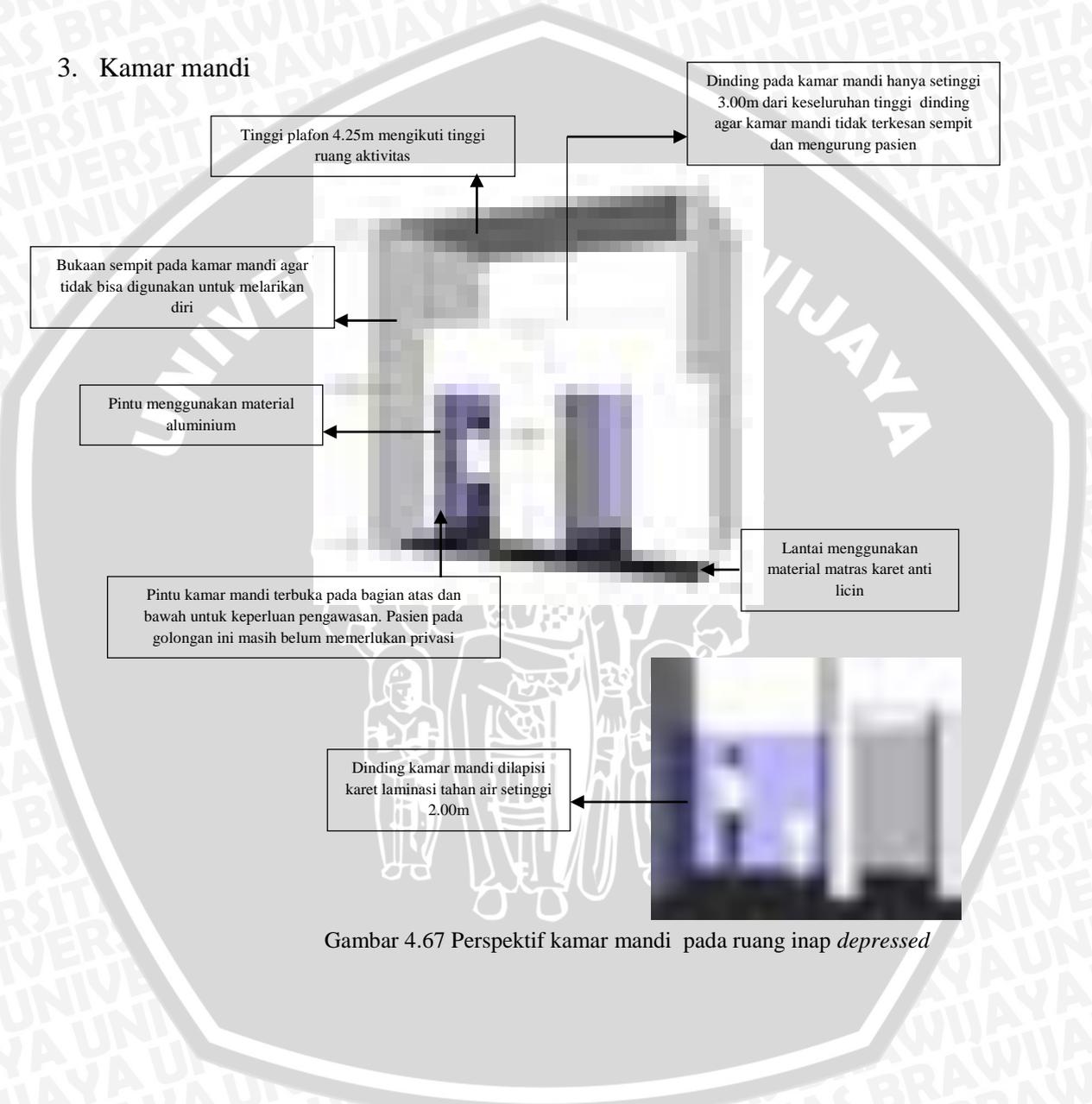
Sebagai penyatu antara ruang makan dan ruang aktivitas, digunakan garis horizontal pada bagian atas dinding berwarna biru.

Garis horizontal biru pada plafon untuk kesatuan warna pada ruang



Gambar 4.66 Potongan ruang makan dan aktivitas pada ruang inap *depressed*

### 3. Kamar mandi



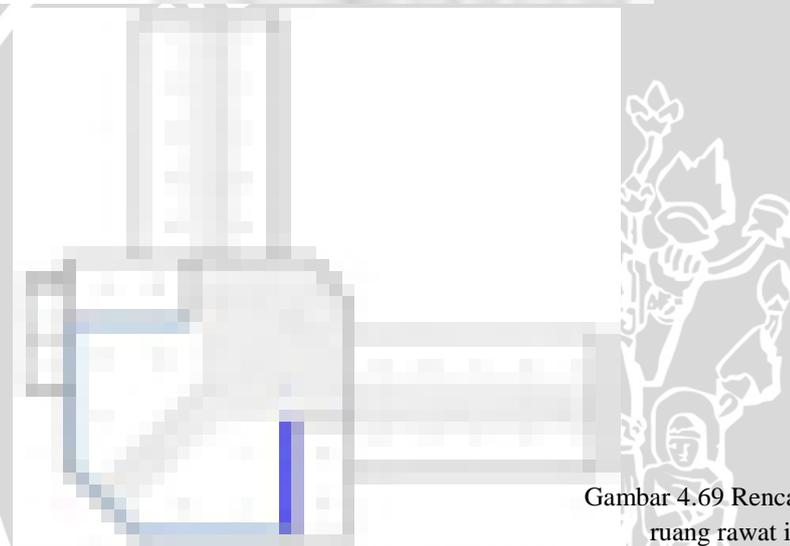
Gambar 4.67 Perspektif kamar mandi pada ruang inap *depressed*



#### 4.5.5 Hasil Desain Interior Ruang Inap Semi Depressed



Gambar 4.68 Denah ruang inap *semi depressed*



Gambar 4.69 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap *semi depressed*

Pada ruang rawat inap *semi depressed*, sama seperti pada ruang inap *depressed* ruang perawat berada di area tengah agar dapat menjangkau area aktivitas, area makan, dan ruang tidur sehingga memudahkan pengawasan terhadap pasien. Pada ruang rawat inap *semi depressed* ini, orientasi perawat juga menghadap ke area luar bangunan karena pasien pada ruang ini sudah diperbolehkan berada di luar dengan pengawasan yang cukup.

##### 1. Ruang tidur

Ruang rawat inap ini berkapasitas 20 pasien. Untuk ruang tidur dibagi menjadi 2 dengan kapasitas masing-masing 10 pasien.

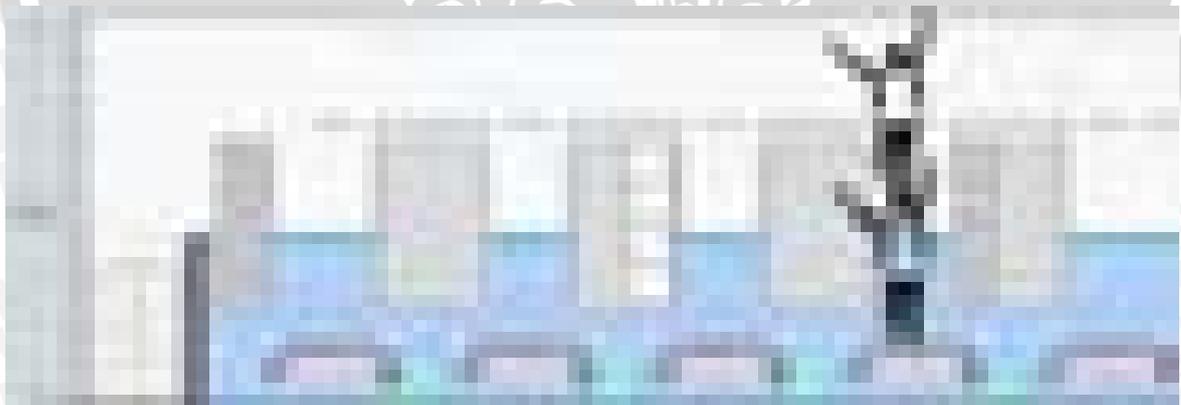
Tempat tidur disusun berbaris tiap baris berisi 5 tempat tidur. Antara baris satu dengan yang lainnya dipisahkan oleh sekat/ partisi karena pasien golongan ini sudah mulai

memerlukan privasi. Pada area kamar tidur juga disediakan ruang ganti untuk pasien. Untuk tiap pasien disediakan nakas untuk meletakkan keperluan pasien.

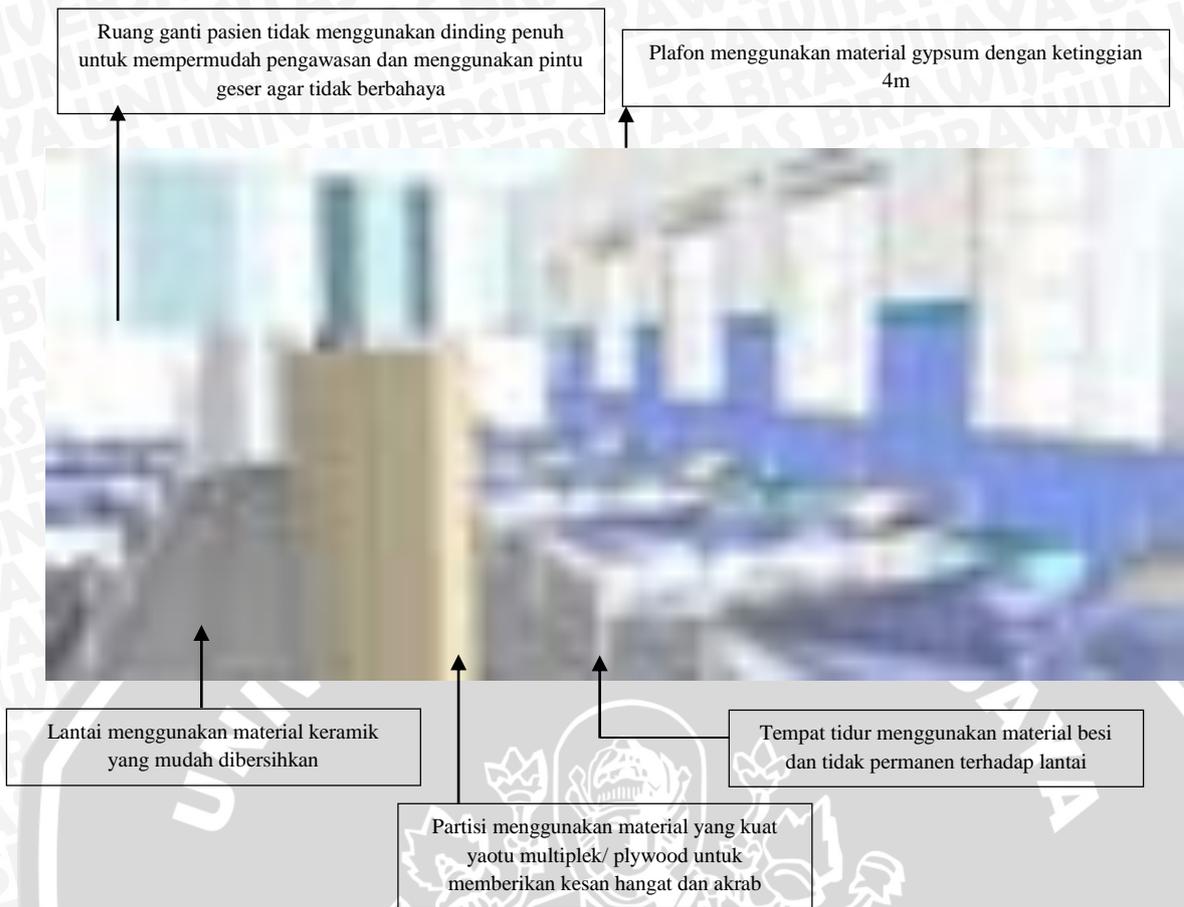


Gambar 4.70 Denah ruang tidur pada inap semi depressed

Tinggi plafon pada area kamar tidur dapat dijangkau pasien karena resiko melarikan diri pasien sudah berkurang dan pasien membutuhkan suasana yang akrab untuk memulai interaksi dengan orang lain, tetapi material plafon menggunakan material yang sangat kuat dan tidak mudah rusak oleh benturan. Pasien tidak bisa melarikan diri melalui jendela karena masih terdapat teralis seperti pada ruang rawat inap depressed.



Gambar 4.71 Potongan ruang tidur pada ruang inap semi depressed



Gambar 4.72 Perspektif ruang tidur pada ruang inap *semi depressed*



Gambar 4.73 Ruang tidur pada ruang inap *semi depressed*

Pada ruang tidur ini menggunakan warna yang tenang karena pasien pada golongan ini terkadang masih belum bisa mengontrol halusinasinya sehingga kondisi jiwa pasien belum stabil. Warna yang digunakan yaitu menggunakan warna biru, biru hijau, dan warna hijau dengan intensitas rendah sebagai pusat perhatian. Pusat perhatian dicapai

dengan perbedaan garis dengan garis yang mendominasi ruang yaitu menggunakan garis vertikal.

## 2. Ruang aktivitas dan ruang makan

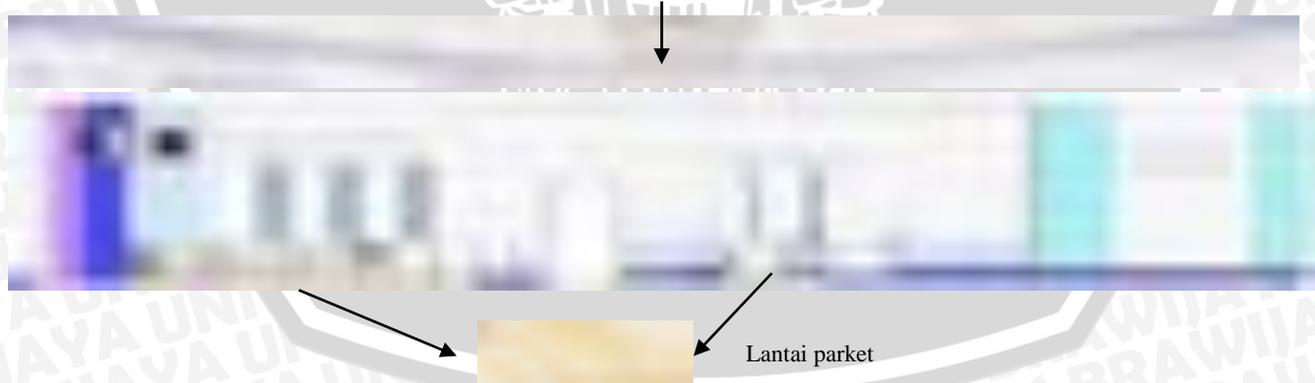


Terdapat perbedaan ketinggian lantai antara area sirkulasi dengan ruang makan dan ruang aktivitas pasien sebesar 15 cm. Batas antar ruang pada area ini hanya menggunakan perbedaan ketinggian lantai.

Gambar 4.74 Denah ruang makan dan aktivitas pada ruang inap *semi depressed*

Pada ruang aktivitas, sofa disusun saling berhadapan untuk mendorong adanya interaksi antar pasien. Ruang ini juga dapat digunakan untuk kegiatan terapi aktivitas kelompok. Pada ruang makan, Meja dan kursi juga disusun berhadapan untuk memwadhahi interaksi antar pasien karena pasien pada golongan ini sudah bisa berinteraksi terutama dalam kelompok kecil (1-4 orang).

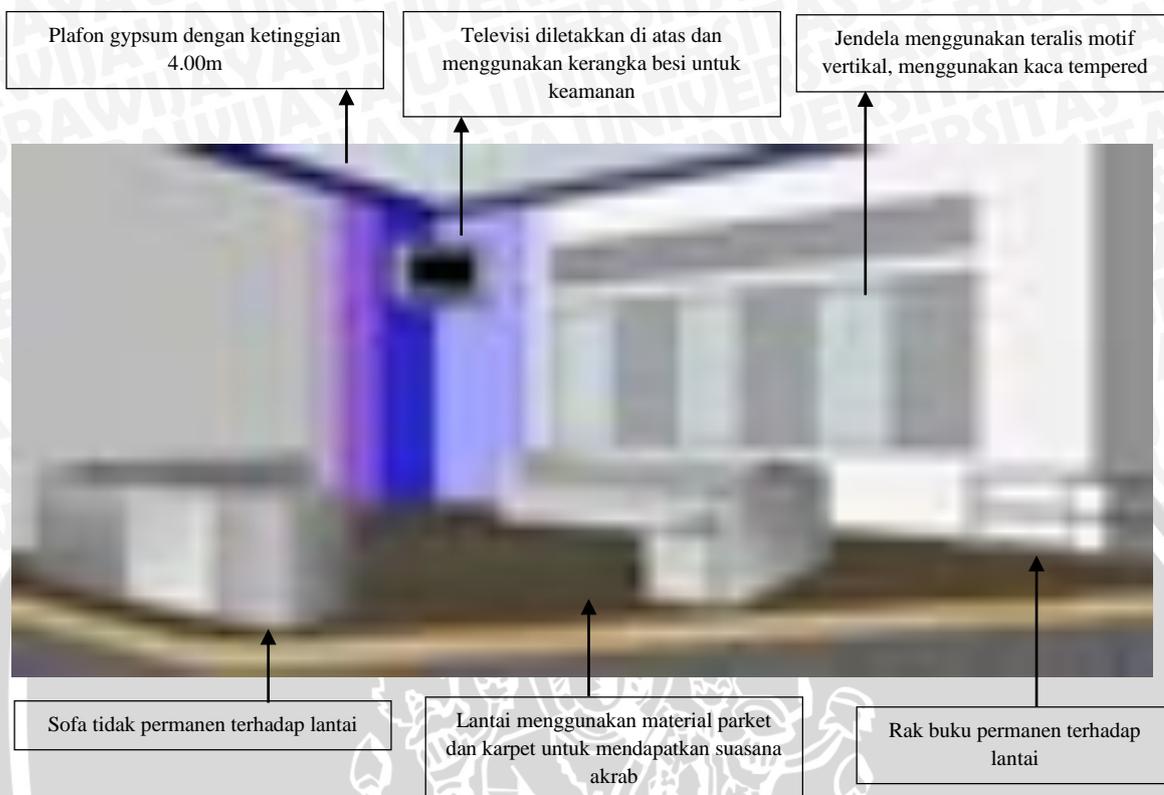
Garis horizontal biru pada plafon untuk kesatuan warna pada ruang



Gambar 4.75 Potongan ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap *semi-depressed*

Pada ruang makan dan ruang aktivitas di golongan *semi-depressed* ini masih membutuhkan suasana yang tenang untuk mengantisipasi kekerasan oleh pasien dan suasana yang akrab untuk mendorong interaksi antar pasien maupun pasien dengan perawat. Warna yang digunakan pada ruang ini yaitu warna yang berkesan tenang,

digunakan skema analogus yaitu warna biru ungu, biru, biru hijau dengan dominasi warna biru. Untuk lantai digunakan warna coklat (parket) untuk mendapatkan suasana akrab.



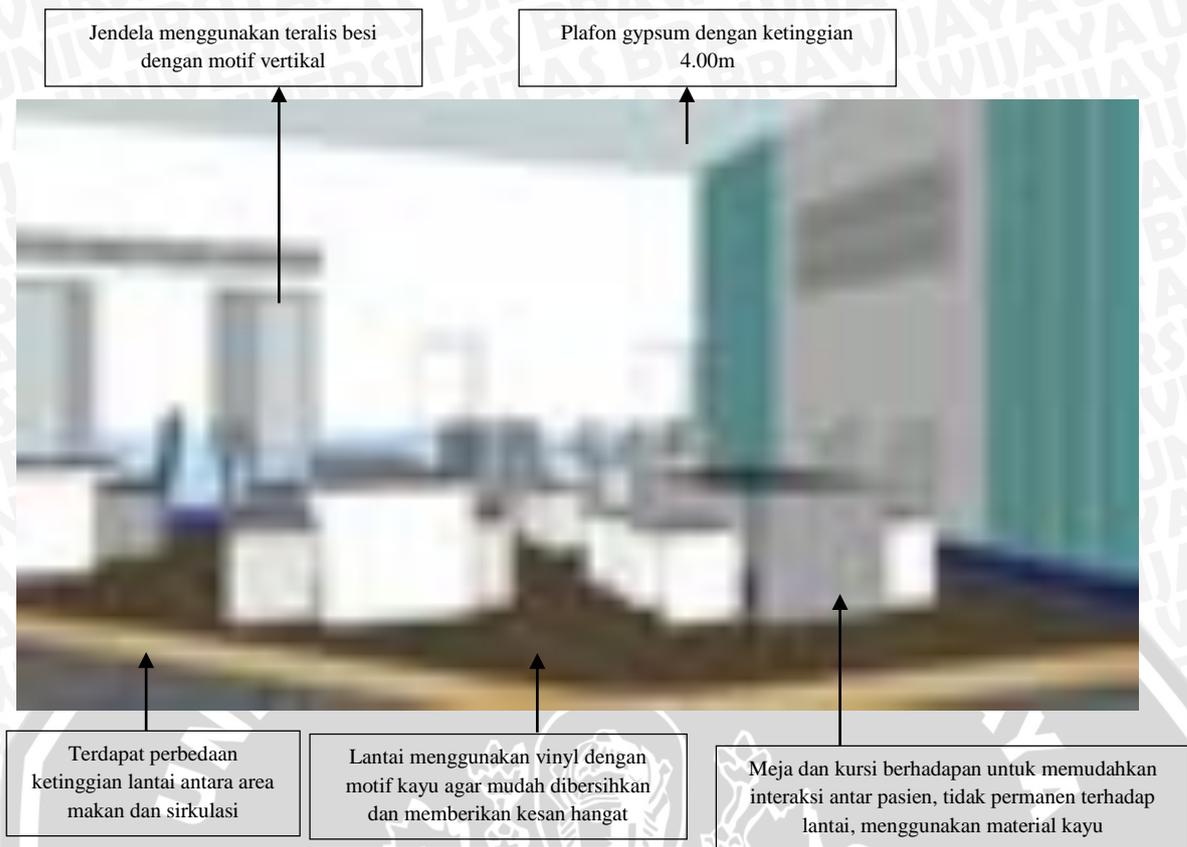
Gambar 4.76 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap *semi depressed*



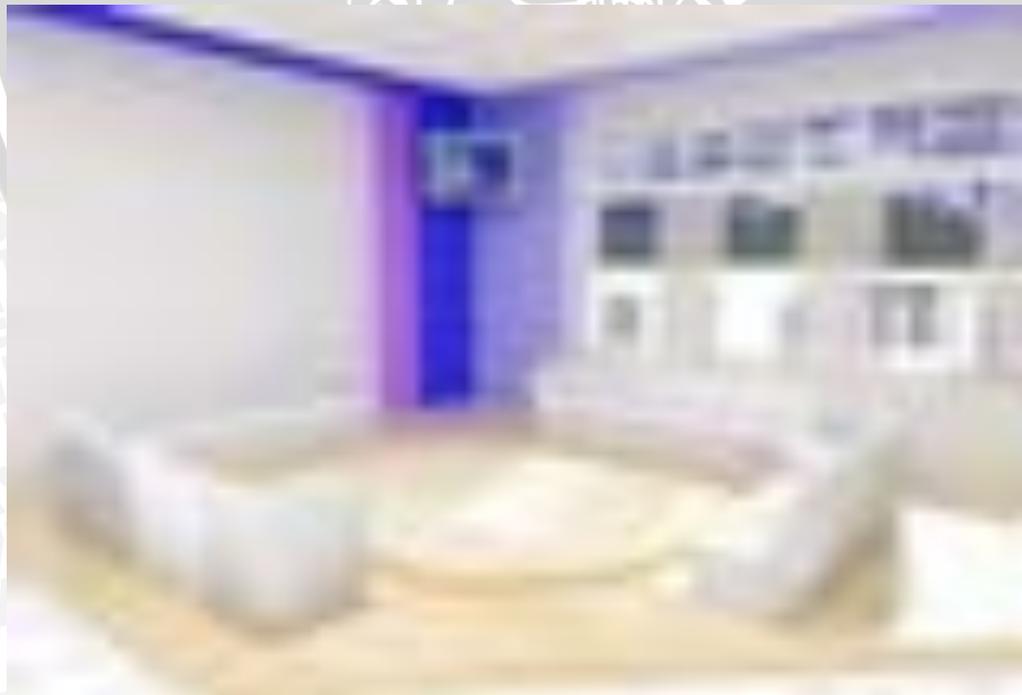
Gambar 4.77 Kursi dan meja pada ruang inap *semi depressed*

Desain sofa tidak permanen terhadap lantai. Desain seperti ini dapat mendorong dan memudahkan interaksi antar pasien karena tidak ada batasan antar sofa.

Desain kursi dan meja makan tidak memiliki sudut yang tajam sehingga aman bagi pasien. Material kursi menggunakan material yang kuat, tidak mudah rusak, dan tidak mudah kotor/ mudah dibersihkan karena pasien masih mengalami halusinasi tingkat 2, material yang dapat digunakan yaitu material kayu.



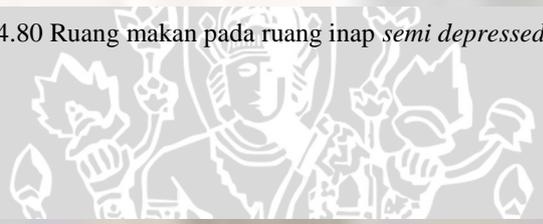
Gambar 4.78 Perspektif ruang makan pada ruang inap *semi depressed*



Gambar 4.79 Ruang aktivitas pada ruang inap *semi depressed*



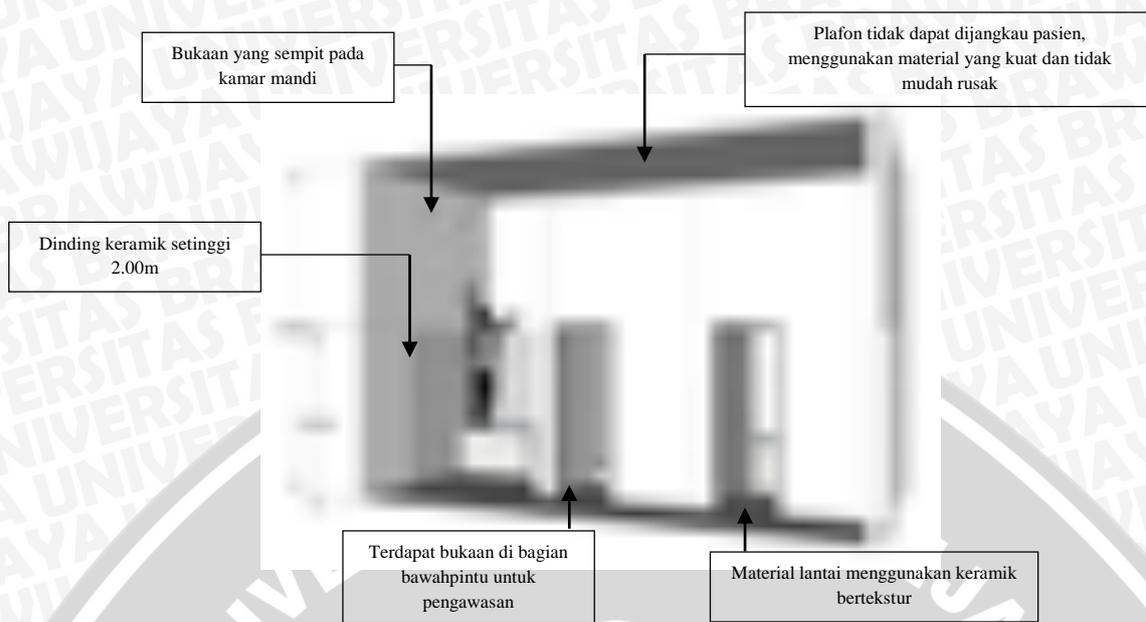
Gambar 4.80 Ruang makan pada ruang inap *semi depressed*



Gambar 4.81 Ruang makan dan ruang aktivitas pada ruang inap *semi depressed*



### 3. Kamar mandi

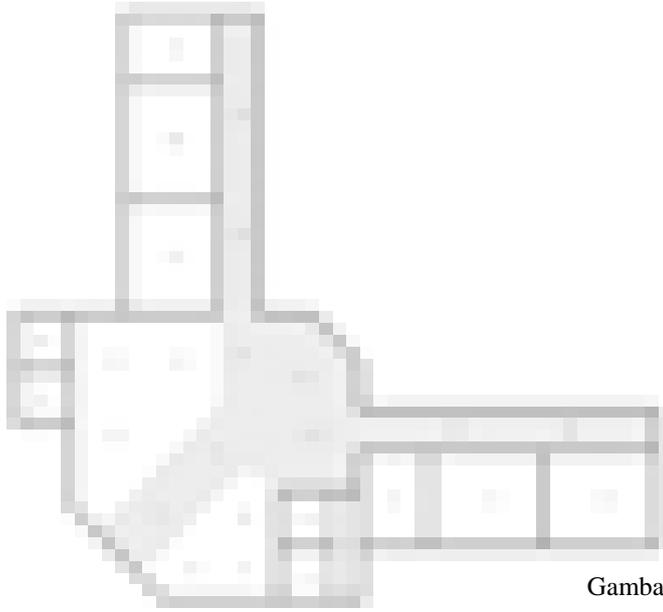


Gambar 4.82 Perspektif kamar mandi pada ruang inap *semi depressed*

#### 4.5.6 Hasil Desain Interior Ruang Inap *Co-Operative*



Gambar 4.83 Denah ruang inap *co-operative*

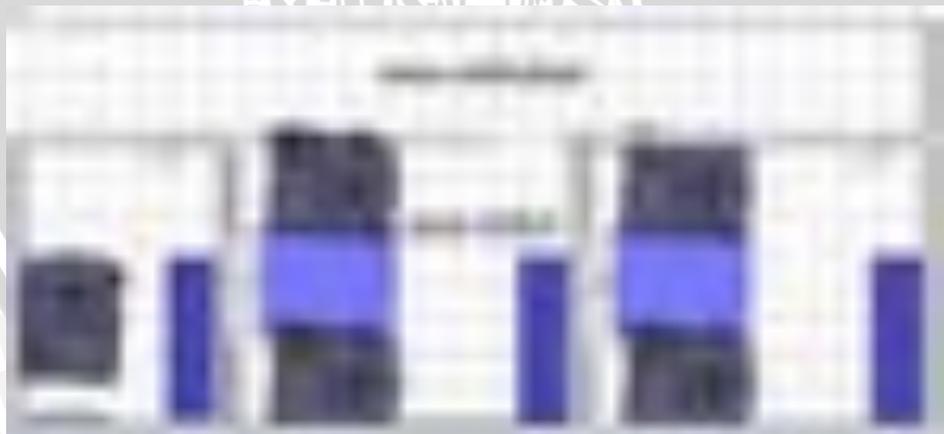


Gambar 4.84 Rencana plafon dan titik lampu ruang rawat inap *co-operative*

Pada ruang rawat inap *co-operative*, kesadaran pasien sudah mulai pulih. Ruang perawat masih seperti pada ruang inap *depressed* dan *semi depressed* yaitu dapat menjangkau seluruh bagian ruang lain. Tetapi pasien pada ruang ini sudah lebih membutuhkan privasi sehingga untuk ruang tidur tidak terjangkau dari ruang perawat.

#### 1. Ruang tidur

Pada ruang inap *co-operative* ini berkapasitas 10 orang. Karena pada ruang ini, pasien sudah hampir pulih dan membutuhkan privasi, maka pasien ditempatkan pada tempat tidur dengan kapasitas yang kecil yaitu 1-2 orang/kamar.

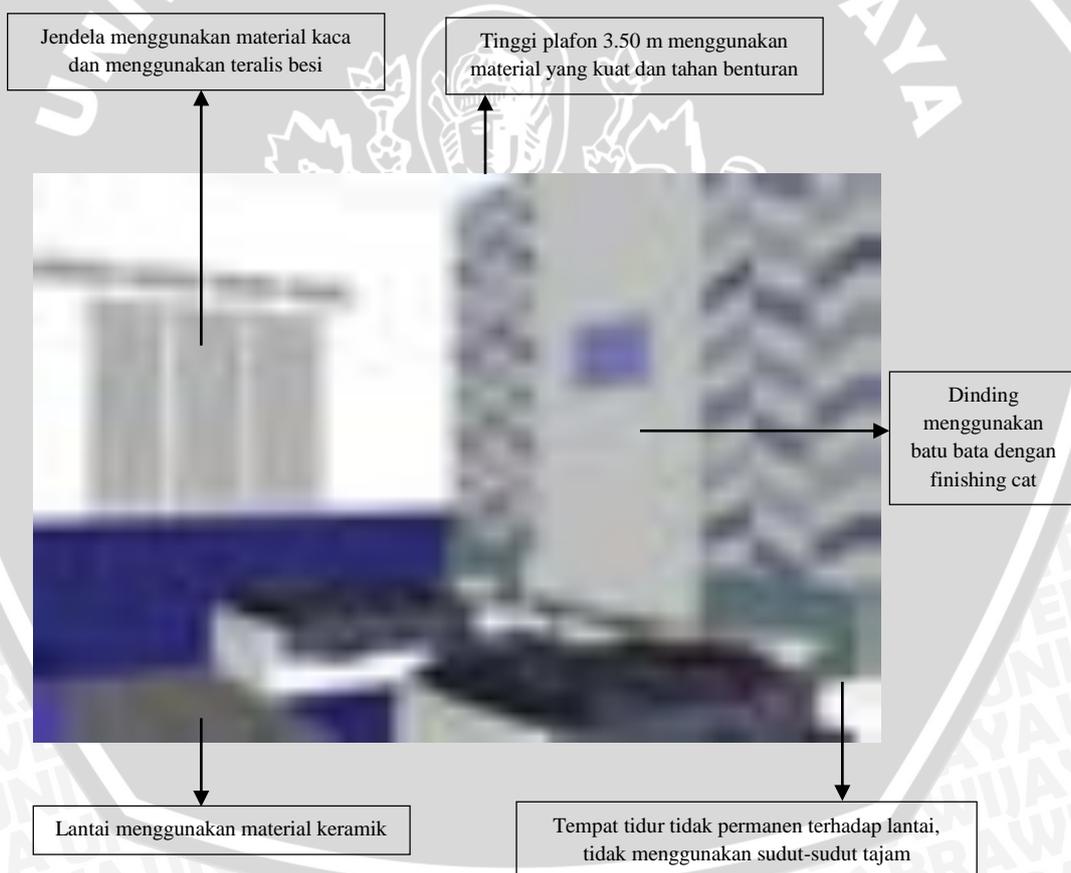


Gambar 4.85 Denah ruang tidur pada ruang inap *co-operative*

Pada kamar tidur pasien, tinggi plafon dapat dijangkau pasien yaitu 3.50m karena pasien pada golongan ini hanya beresiko kecil sekali untuk melarikan diri. Tetapi, plafon tetap menggunakan material yang kuat, tidak mudah rusak, dan tahan benturan.

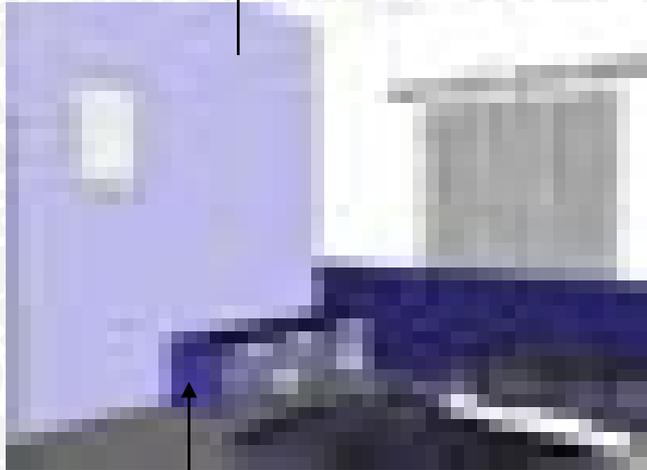


Gambar 4.86 Potongan ruang tidur pada ruang inap *co-operative*



Gambar 4.87 Perspektif ruang tidur pada ruang inap *co-operative*

Dinding menggunakan warna biru untuk mendapatkan kesan tenang



Walaupun pasien pada golongan ini sudah tidak berbahaya, tetapi masih diperlukan keadaan yang tenang agar tidak beresiko melakukan kekerasan

Rak untuk menyimpan pakaian dan barang pasien, tidak menggunakan sudut tajam, tidak permanen terhadap lantai

Gambar 4.88 Perspektif ruang tidur pada ruang inap *co-operative*



Gambar 4.89 Ruang tidur pada ruang inap *co-operative*

Ruang tidur pada golongan *co-operative* menggunakan skema analogus yaitu biru ungu, biru, biru hijau. Warna biru digunakan untuk mendapatkan ketenangan. Untuk pusat perhatian menggunakan motif garis diagonal untuk memberikan kesan dinamis.

## 2. Ruang aktivitas dan ruang makan

Ruang aktivitas dan ruang makan pasien berada dalam jangkauan ruang perawat. Untuk batas antara ruang aktivitas/ ruang makan dengan area sirkulasi menggunakan perbedaan ketinggian lantai.

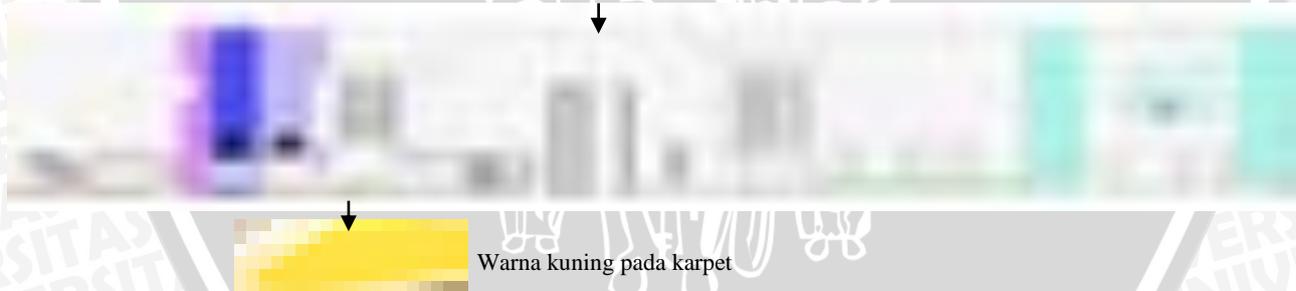


Pasien pada golongan ini sudah bisa berinteraksi dengan beberapa orang ataupun banyak orang. Pasien bisa melakukan kegiatan bersama disini ( kegiatan terapi aktivitas kelompok, menonton televisi, membaca buku).

Gambar 4.90 Denah ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap *co-operative*

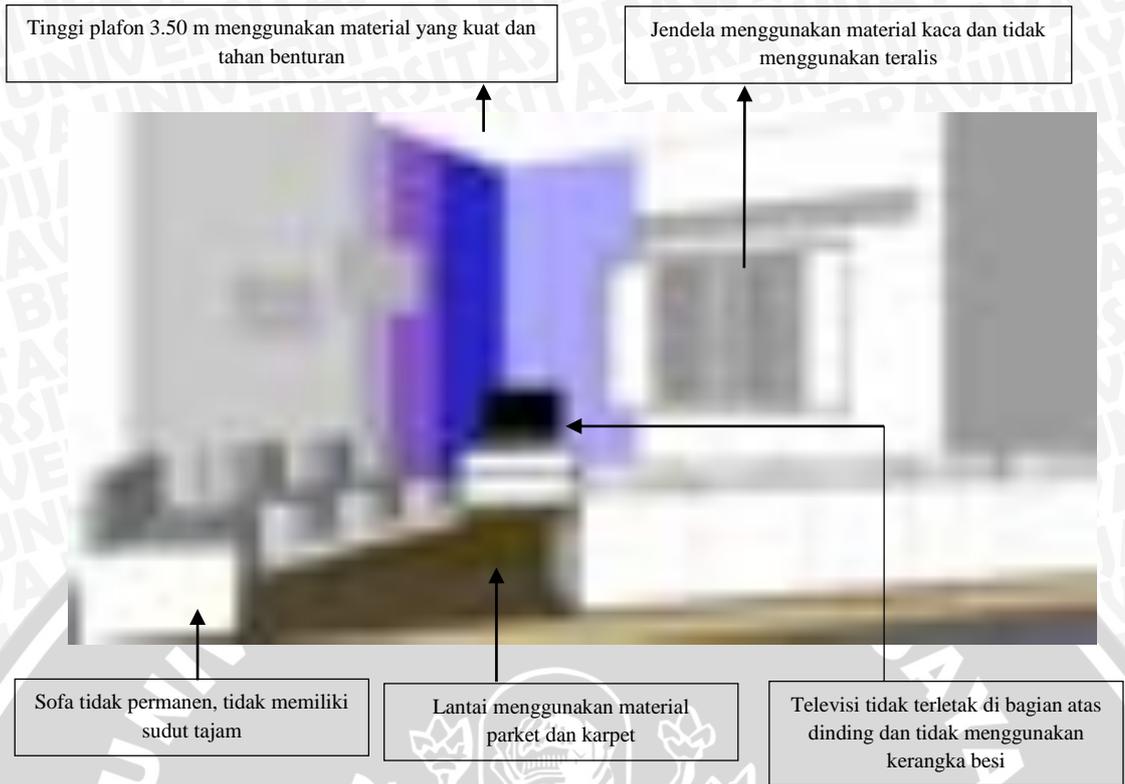
Terdapat jendela lebar yang mengarah ke luar untuk mendapatkan view ke luar ruang sehingga pasien menjadi lebih tenang. Material jendela sudah menggunakan kaca yang kuat karena resiko pasien semakin kecil.

Garis horizontal biru pada dinding bagian atas untuk kesatuan warna pada ruang



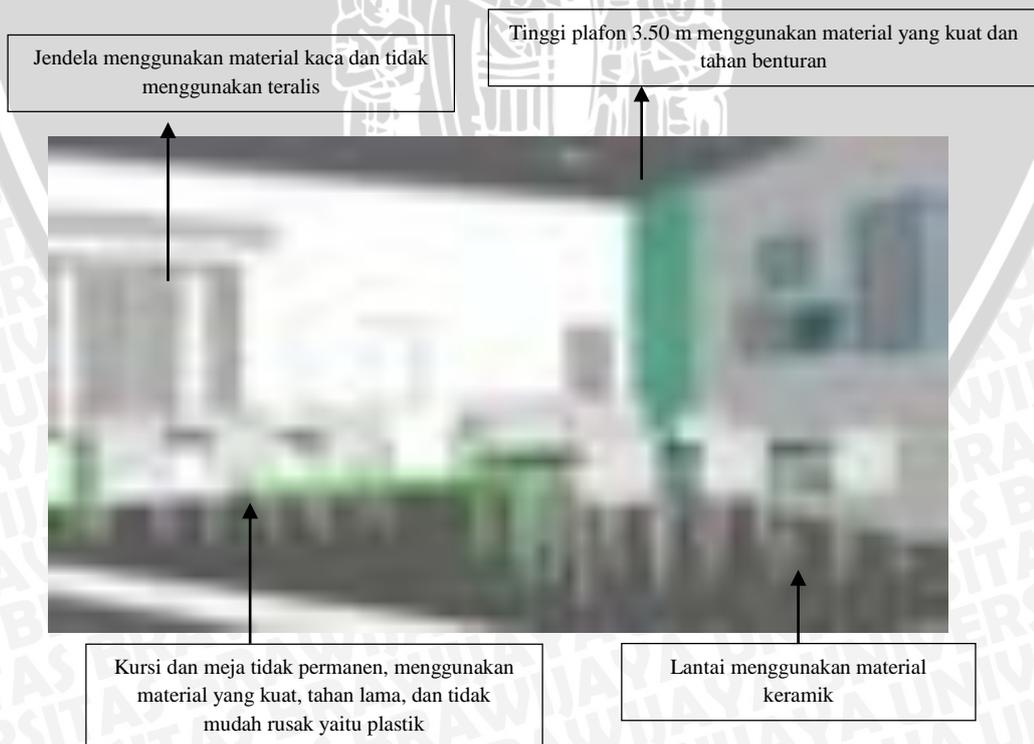
Gambar 4.91 Potongan ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap *co-operative*

Pada ruang aktivitas di ruang inap *co-operative* memerlukan suasana yang tenang, diperlukan suasana yang aktif juga untuk mendukung interaksi pasien. Warna yang digunakan yaitu warna dengan skema analogus biru ungu, biru, dan ungu. Untuk mendapatkan kesan aktif diberikan warna kontras kuning pada karpet. Pada ruang makan menggunakan skema warna analogus biru, biru hijau, dan hijau. Warna biru pada bagian atas dinding sebagai warna pengikat antara ruang aktivitas dan ruang makan.



Gambar 4.92 Perspektif ruang aktivitas pada ruang inap *co-operative*

Pada ruang makan, kursi dan meja makan dapat dipindahkan dengan mudah sehingga lebih dinamis dan bebas. Kursi dan meja makan menggunakan desain yang tidak berbahaya dan menggunakan material yang tahan lama, kuat, dan mudah dibersihkan yaitu plastik.



Gambar 4.93 Perspektif ruang makan pada ruang inap *co-operative*



Gambar 4.94 Ruang aktivitas pada ruang inap *co-operative*



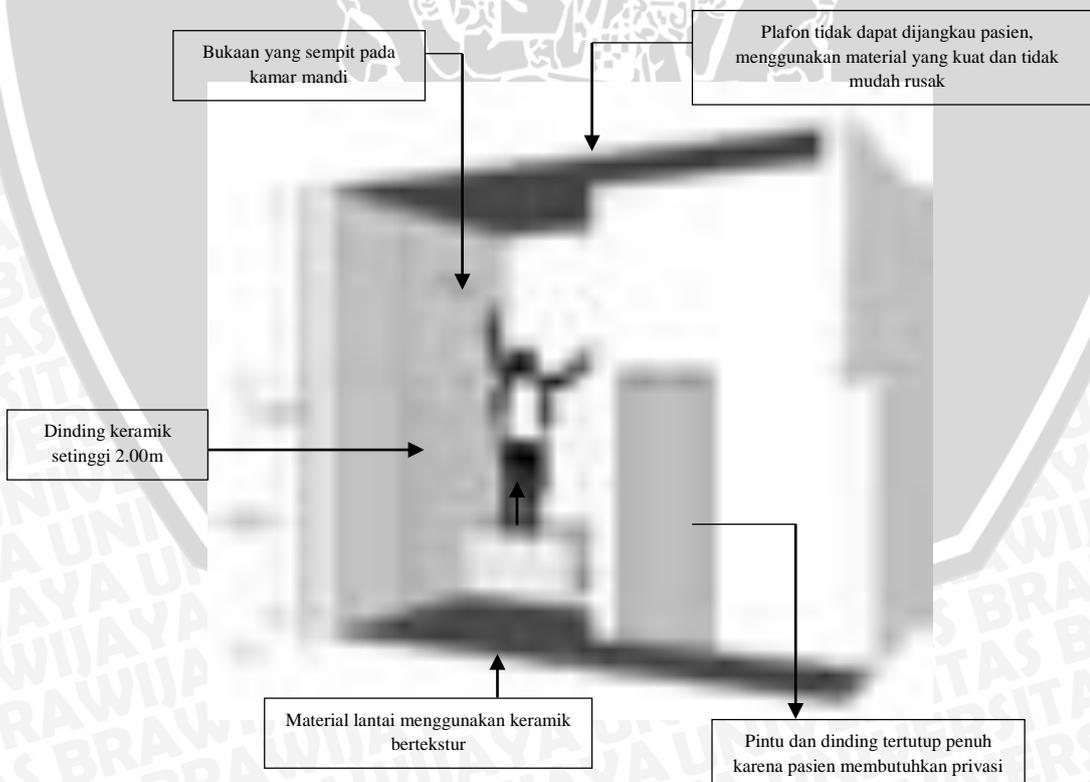
Gambar 4.95 Ruang makan pada ruang inap *co-operative*





Gambar 4.96 Ruang aktivitas dan ruang makan pada ruang inap *co-operative*

3. Kamar mandi



Gambar 4.97 Perspektif kamar mandi pada ruang inap *co-operative*

## BAB V

### KESIMPULAN

#### 5.1 Kesimpulan dan Saran

##### 5.1.1 Kesimpulan

Pada perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini, ruang rawat inap pasien harus dibedakan berdasarkan tingkatan kesembuhan pasien. Terdapat 3 kategori/ golongan/ tingkatan pasien yaitu Pasien Golongan *Depressed*, Golongan *Semi Depressed* dan Golongan *Co-Operative*. Perancangan elemen pada ruang rawat inap pada tiap golongan berbeda-beda disesuaikan dengan karakter/ perilaku pasien. Pasien golongan *depressed* merupakan pasien yang memiliki skor 60-120 atau pasien dengan resiko besar, pasien golongan *semi depressed* merupakan pasien yang memiliki skor 31-59 atau pasien dengan resiko sedang, dan pasien golongan *co-operative* merupakan pasien yang memiliki skor 0-30 atau pasien dengan resiko kecil.

Tingkat keamanan yang dibutuhkan pada ruang inap tiap golongan berbeda-beda. Tingkat keamanan tertinggi dibutuhkan pada pasien Golongan *Depressed* sedangkan tingkat keamanan paling rendah pada pasien Golongan *Co-Operative*.

Tiap golongan pasien membutuhkan ketenangan karena pasien masih berpotensi untuk berhalusinasi yang dapat menimbulkan kecemasan.

Pada Ruang Inap Golongan *Depressed* dibutuhkan pengawasan dan keamanan yang maksimal karena pasien masih berbahaya dan sangat berpotensi melakukan kekerasan, bunuh diri, atau melarikan diri. Elemen ruang yang ada pada ruang ini harus aman dan tidak dapat digunakan pasien untuk melakukan kekerasan atau melarikan diri. Ruang harus memiliki suasana yang tenang untuk meredam emosi pasien.

Pada Ruang Inap Golongan *Semidepressed* dibutuhkan pengawasan yang lebih sedikit dibandingkan pada pasien Golongan *Depressed*. Pasien pada golongan ini sudah tidak terlalu berbahaya tetapi masih membutuhkan pengawasan. Pasien sudah mulai membutuhkan privasi dan interaksi. Pengamanan ditujukan untuk menghindari perselisihan akibat dari adanya interaksi pasien. Pasien masih berpotensi melakukan kekerasan karena pasien terkadang belum dapat mengontrol halusinasinya.

Pada Ruang Inap *Co-Operative* dibutuhkan pengawasan minimal. Pasien sudah dapat mengontrol halusinasinya dan kesadaran pasien sudah hampir pulih. Pengamanan hanya dilakukan pada ruang privat/ ruang yang tidak terjangkau perawat/ penjaga.

### 5.1.2 Saran

Perancangan Rumah Penyembuhan dan Rehabilitasi Gangguan Jiwa membutuhkan kriteria khusus karena pengguna bangunan merupakan orang dengan gangguan jiwa. Berdasarkan klasifikasi dan tingkatan gangguan jiwa, maka perancangan elemen ruang disesuaikan dengan kebutuhan keamanan tiap golongan.

Pada perancangan yang telah dilakukan dibatasi pada ruang dalam pasien karena intensitas pasien lebih banyak pada ruang dalam. Oleh karena itu, perlu adanya perancangan elemen ruang luar yang aman bagi pasien karena ruang luar juga berpotensi membahayakan keamana pasien sendiri. Sehingga pasien akan aman di dalam maupun di luar bangunan.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



## DAFTAR PUSTAKA

- Andriansyah, Ahmad., Triansyah, Tommy., Agustini, Halida. 2012. Pengaruh Rancangan Tata Bangunan Dalam Membantu Proses Penyembuhan Pasien Gangguan Kejiwaan Di Yayasan Krisnantung Tasikmalaya. Usulan Program Kreativitas Mahasiswa. [downloads.ftumj.ac.id/.../PKM-P PENGARUH RANCANGAN TATA BANGUNAN.pdf](http://downloads.ftumj.ac.id/.../PKM-P PENGARUH RANCANGAN TATA BANGUNAN.pdf) (diakses 12 November 2013 jam 13.43)
- Aedil, Muhammad & Syafar, Muhammad. Perilaku Petugas Kesehatan dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2013. Diakses tanggal 23 November 2013.
- Anonim. 2013. Rehabilitasi Gangguan Jiwa. <http://www.psychologymania.com/2013/04/rehabilitasi-gangguan-jiwa.html>. (diakses 17 November 2013 jam 07.20)
- Anonim.2012. <http://digilib.unimus.ac.id/download.php?id=6173jtptunimusgdlkharisatun-5764-2-babii.pdf> (diakses 12 November 2013 jam 13.56)
- Anonim. 2014. Daftar Panti Rehabilitasi dan Rumah Sakit. <http://www.allthingsnow.com/day/education/shared/31696439/Daftar+Panti+Rehabilitasi+Rumah+Sakit> (diakses tanggal 13 Maret 2014)
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas 2013). Jakarta. Diakses dari <http://depkes.go.id/downloads/riskesdas2013/Hasil%20Rikesdas%202013.pdf> pada tanggal 13 Maret 2013
- Ching, Francis D K. 1996. *Ilustrasi Desain Interior*. Jakarta: Erlangga.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Jiwa*. Xa.yimg.com/kq/groups/27461618/1816710423/name/Draft. (diakses 17 Desember 2013 jam 01.15)
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1996. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi ke 2*. Jakarta: Balai Pustaka.
- El Quussy, Abdul Aziz, Prof. Dr., Darajat, Zakiah, Dr. 1974. *Pokok Pokok Kesehatan Jiwa/ Mental*. Jakarta : Bulan Bintang.
- Gaol, Niko Jaya Lumban. 2012. Pusat Penyembuhan Penyakit jiwa dan Gangguan Kejiwaan di Yogyakarta. <http://e-journal.uajy.ac.id/153/6/5TA12720.pdf>. Univ Atma Jaya Yogyakarta (diakses tanggal 16 Januari 2014 jam 05.46)

Gunarsa, Singgih D, Prof. Dr., Gunarsa, Singgih D, Dra. 1995. *Psikologi Praktis : Anak, Remaja, dan Keluarga*. Jakarta : PT BPK Gunung Mulia.

Hawari, Dadang. 2003. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Irfan, Helena Andreani & Kwanda, Timoticin.2014. Fasilitas Rehabilitasi Psikotik di Surabaya. *Jurnal eDimensi Arsitektur*. II No.1 (121-128) diakses tanggal 27 Maret 2014.

Kartono, Kartini Dr. 1986. *Patologi Sosial 3 : Gangguan Gangguan Kejiwaan*. Jakarta : Rajawali.

Maramis, W F. 1986. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press.

Nurjannah, Intansari. 2013. Client Categorization System (CCS). <http://nursediscovery.com/wp-content/uploads/2013/09/Client-Categorization-System-CCS.pdf> (diakses tanggal 30 Maret 2014)

Puji, DR. 2012. *Pedoman Sarana dan Prasarana di Rumah Sakit Jiwa*. Bandung.

Putri, Rr. 2005. Evaluasi Purna Huni pada Bangsal Perawatan Penderita di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang. *Skripsi*. Malang: Universitas Brawijaya.

Saraswati, Titien. & Haryangsah, Ranu. 2003. *Pengaruh Tata Ruang Bangsal Rumah Sakit Jiwa Terhadap Keselamatan dan Keamanan Pasien*. XXXI (2): 111-119 diakses tanggal 11 Desember 2013.

Sarwono, Sarlito Wirawan. 1995. *Psikologi Lingkungan*. Jakarta : Grasindo.



# LAMPIRAN

FOTO MAKET

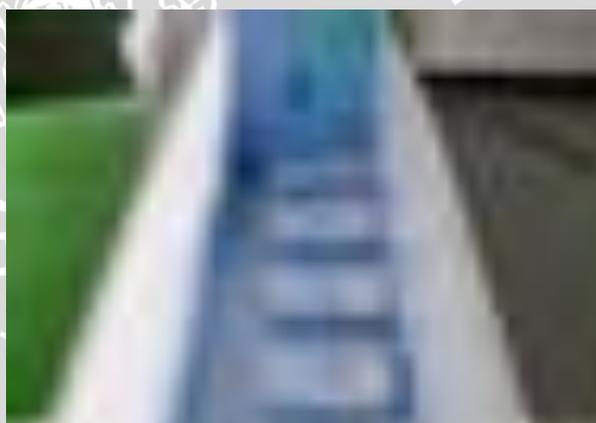
RUANG RAWAT INAP *DEPRESSED* (PRIA)



DENAH ORTOGONAL



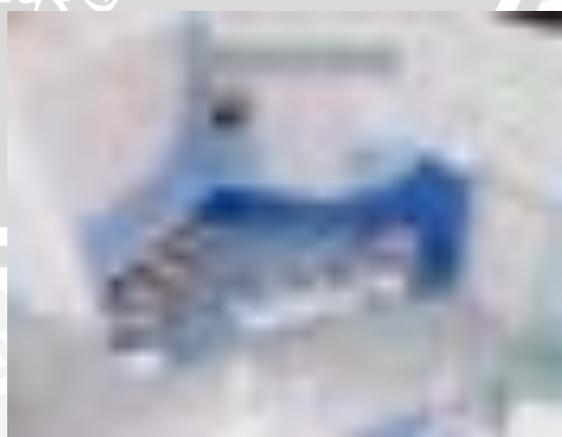
RUANG TIDUR (ISOLASI)



RUANG TIDUR (BANGSAL)



RUANG MAKAN



RUANG AKTIVITAS

RUANG RAWAT INAP SEMI-DEPRESSED (PRIA)



DENAH ORTOGONAL



RUANG AKTIVITAS



RUANG TIDUR



RUANG MAKAN



RUANG RAWAT INAP CO-OPERATIVE (PRIA)



DENAH ORTOGONAL



RUANG TIDUR



RUANG MAKAN



RUANG AKTIVITAS





KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

**DED**  
**[DETAIL ENGINEERING DESIGN]**

*date of revision : DESEMBER 2014*

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

*PROJECT*

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

*DRAWING*

**PRA-RANCANGAN:**

*DATE* **DESEMBER, 2014** *SCALE* **1:1000**

*DRAWING NUMBER*  
**1**

*DOSEN PEMBIMBING*

**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

*DOSEN PENGUJI*

**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
*FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA*

*MAHASISWA*

**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
**105060501111008**





KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

**DED**  
[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : **DESEMBER 2014**

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT  
**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING  
**PRA-RANCANGAN:**

DATE **DESEMBER, 2014** SCALE **1:1000**

DRAWING NUMBER **1**

DOSEN PEMBIMBING  
**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

DOSEN PENGUJI  
**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

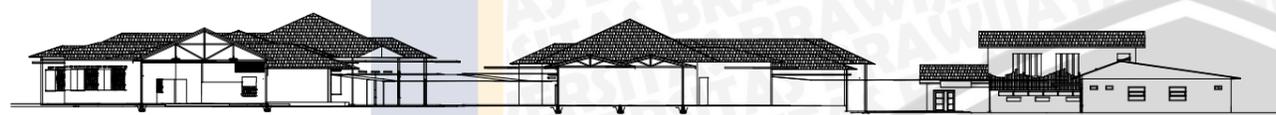
**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA  
**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
**105060501111008**

NOTE  
-



POTONGAN TAPAK AA'  
SKALA 1:800



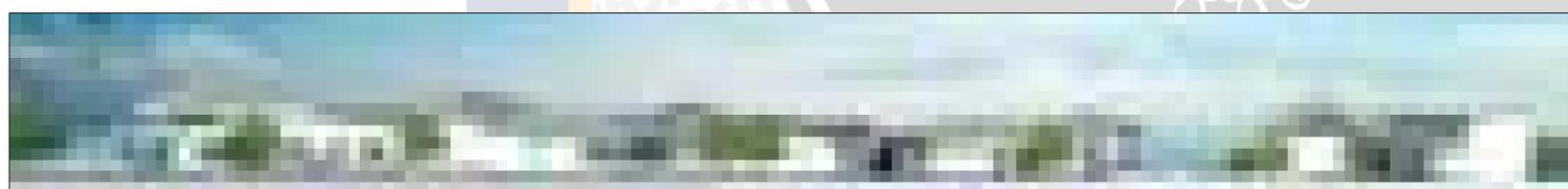
POTONGAN TAPAK BB'  
SKALA 1:800



TAMPAK UTARA TAPAK  
SKALA 1:800



TAMPAK TIMUR TAPAK  
SKALA 1:800



TAMPAK BARAT TAPAK  
SKALA 1:800



TAMPAK SELATAN TAPAK  
SKALA 1:800



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:800

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT  
**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING  
**PRA-RANCANGAN:**

DATE  
**DESEMBER, 2014** SCALE  
**1:200**

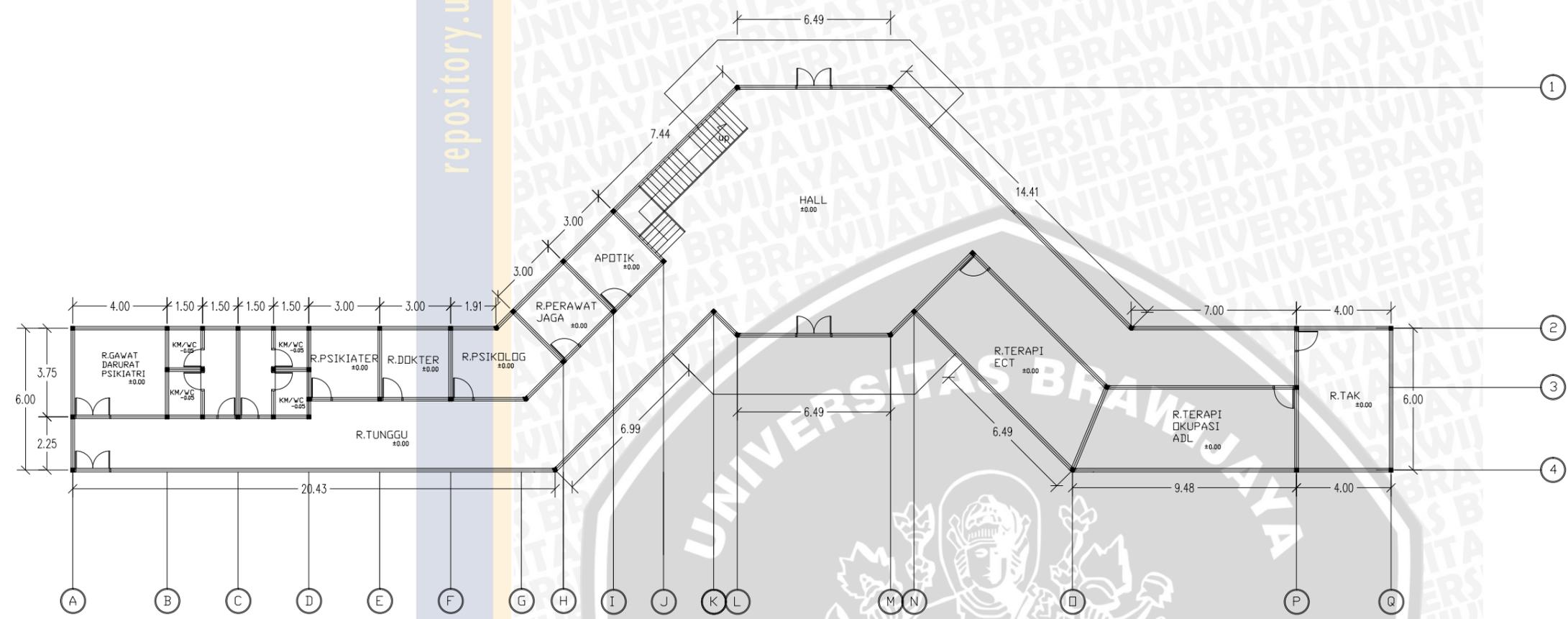
DRAWING NUMBER  
1

DOSEN PEMBIMBING  
**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

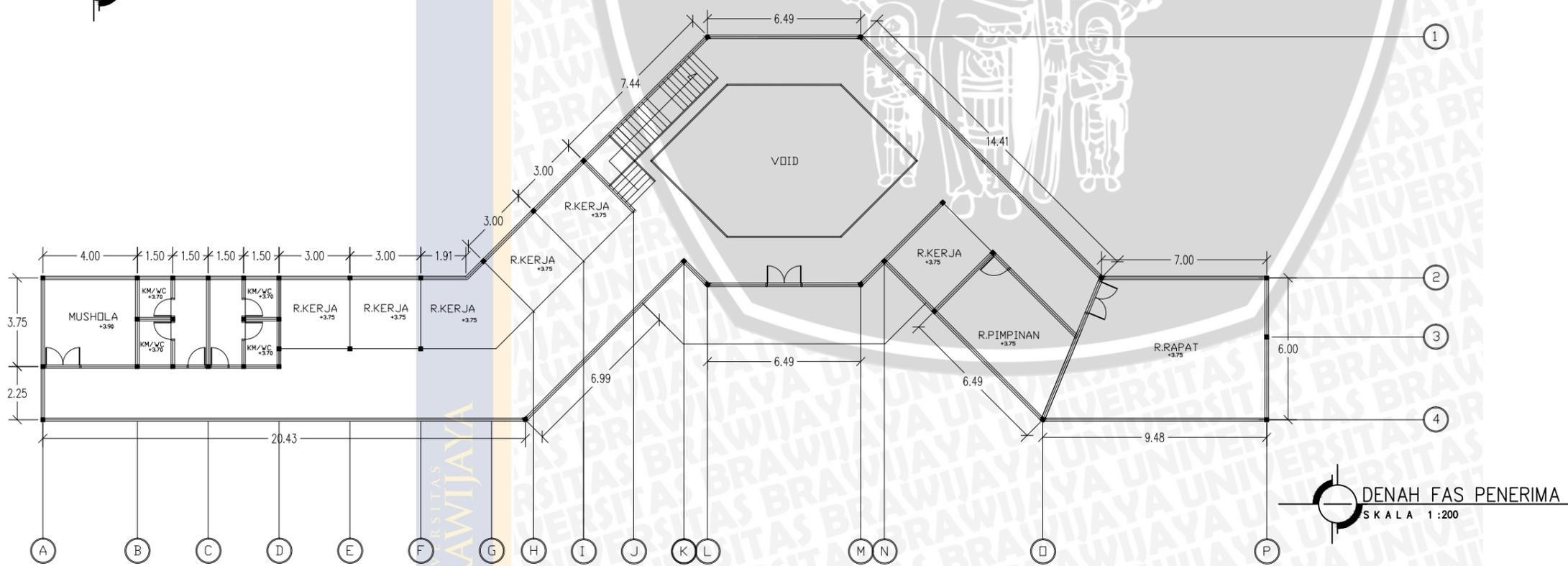
DOSEN PENGUJI  
**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA  
**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
**105060501111008**



**DENAH FAS. PENERIMA LT.1**  
SKALA 1:200



**DENAH FAS PENERIMA LT.2**  
SKALA 1:200



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE  
DESEMBER, 2014

SCALE  
1:200

DRAWING NUMBER  
1

DOSEN PEMBIMBING

**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

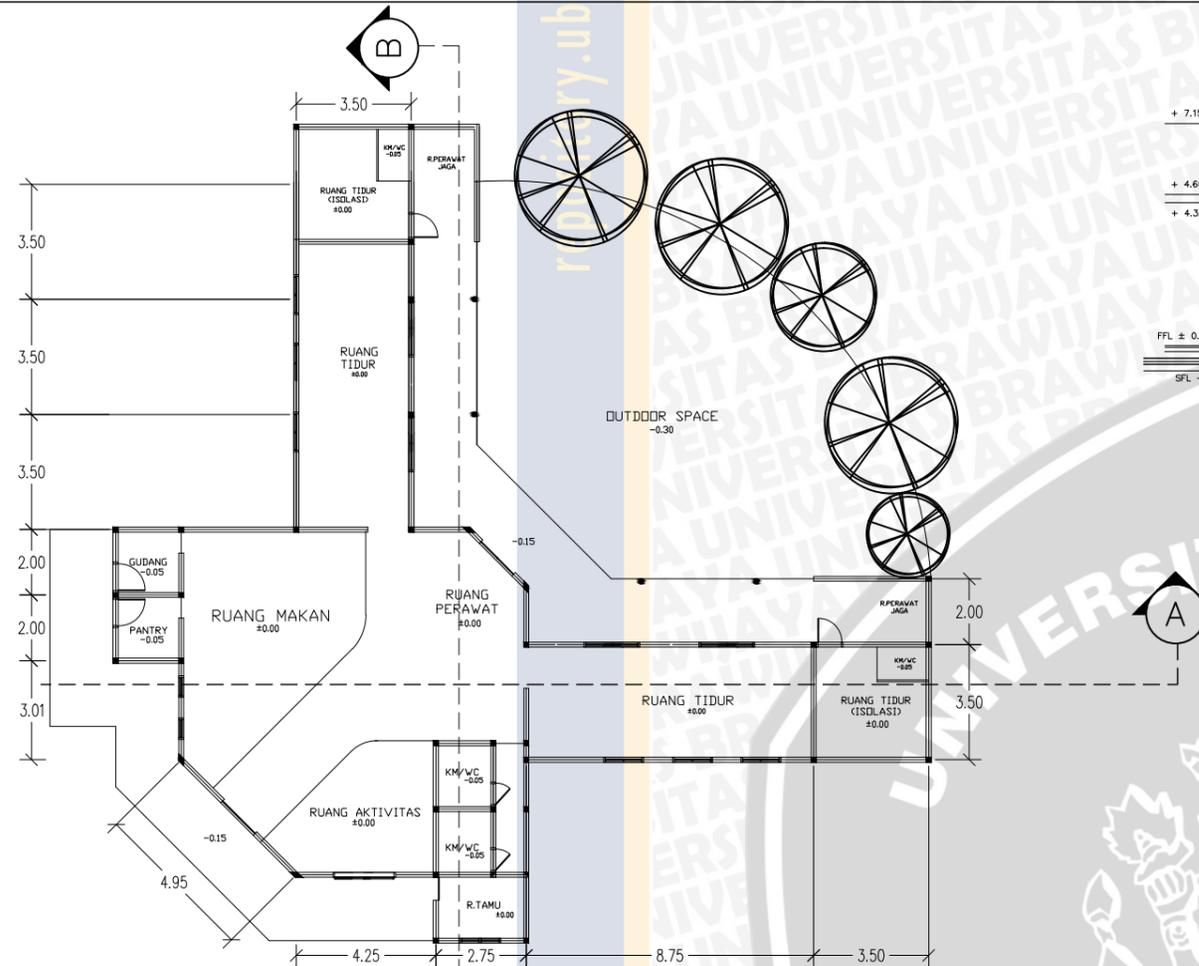
DOSEN PENGUJI

**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

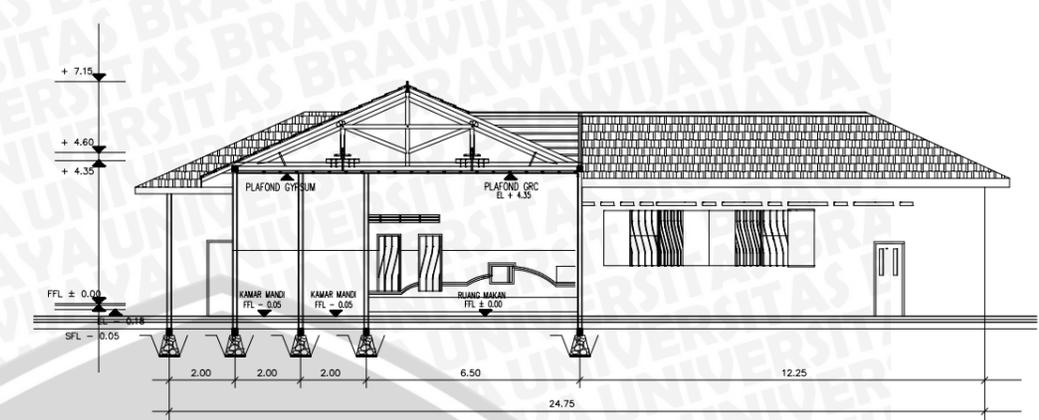
**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
105060501111008



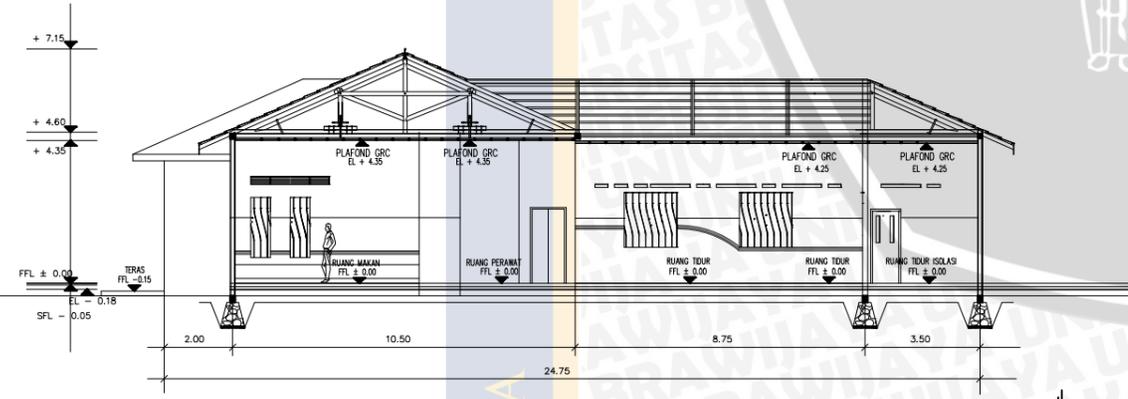
**DENAH RUANG RAWAT INAP DEPRESSED PRIA**  
SKALA 1:200



**POTONGAN B-B'**  
SKALA 1:200



**TAMPAK DEPAN**  
SKALA 1:200



**POTONGAN A-A'**  
SKALA 1:200



**TAMPAK SAMPING**  
SKALA 1:200



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE  
DESEMBER, 2014

SCALE  
1:200

DRAWING NUMBER  
1

DOSEN PEMBIMBING

**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

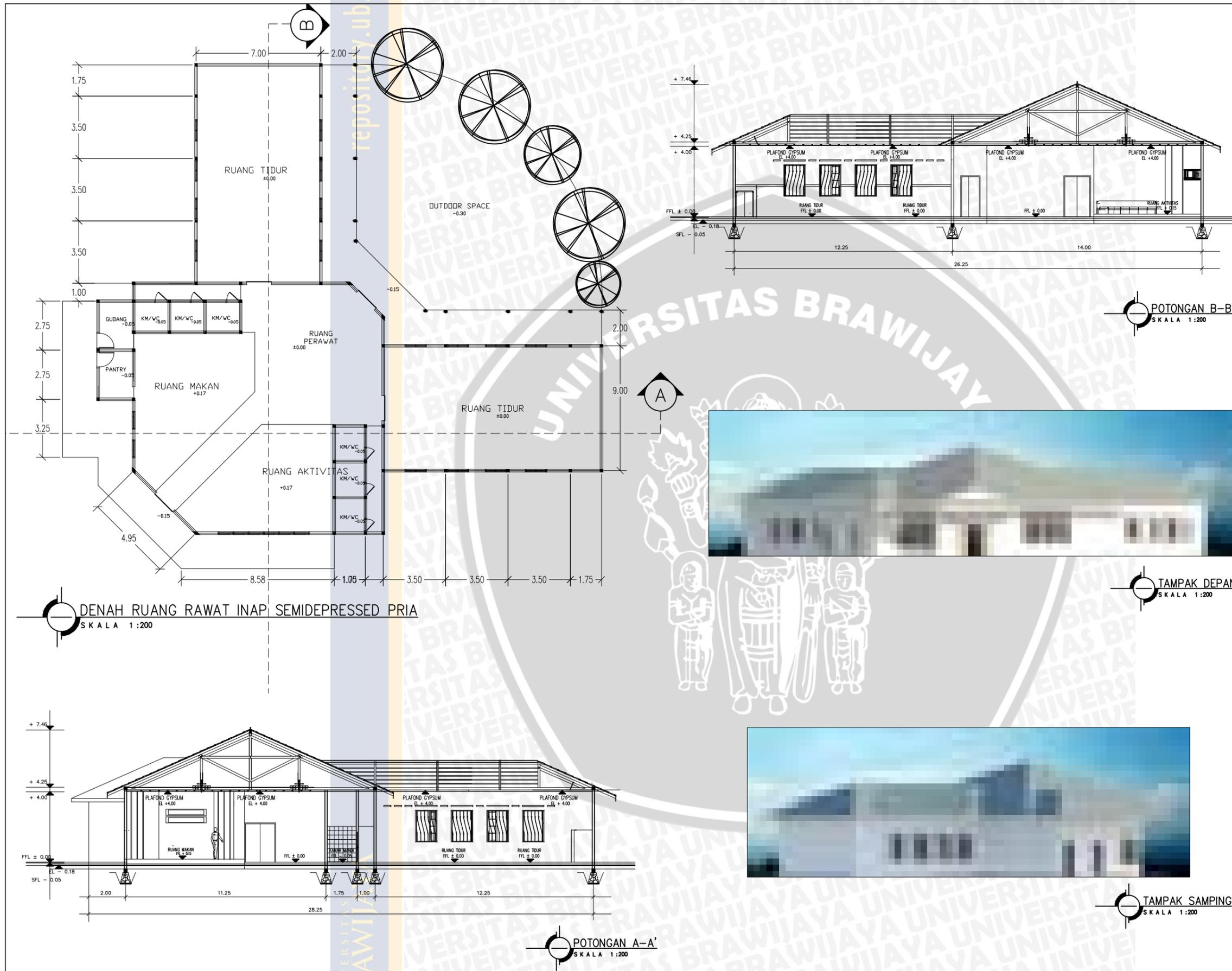
DOSEN PENGUJI

**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
105060501111008



DENAH RUANG RAWAT INAP SEMIDEPRESSED PRIA  
SKALA 1:200

POTONGAN B-B'  
SKALA 1:200

TAMPAK DEPAN  
SKALA 1:200

POTONGAN A-A'  
SKALA 1:200

TAMPAK SAMPING  
SKALA 1:200



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE  
DESEMBER, 2014

SCALE  
1:200

DRAWING NUMBER  
1

DOSEN PEMBIMBING

**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

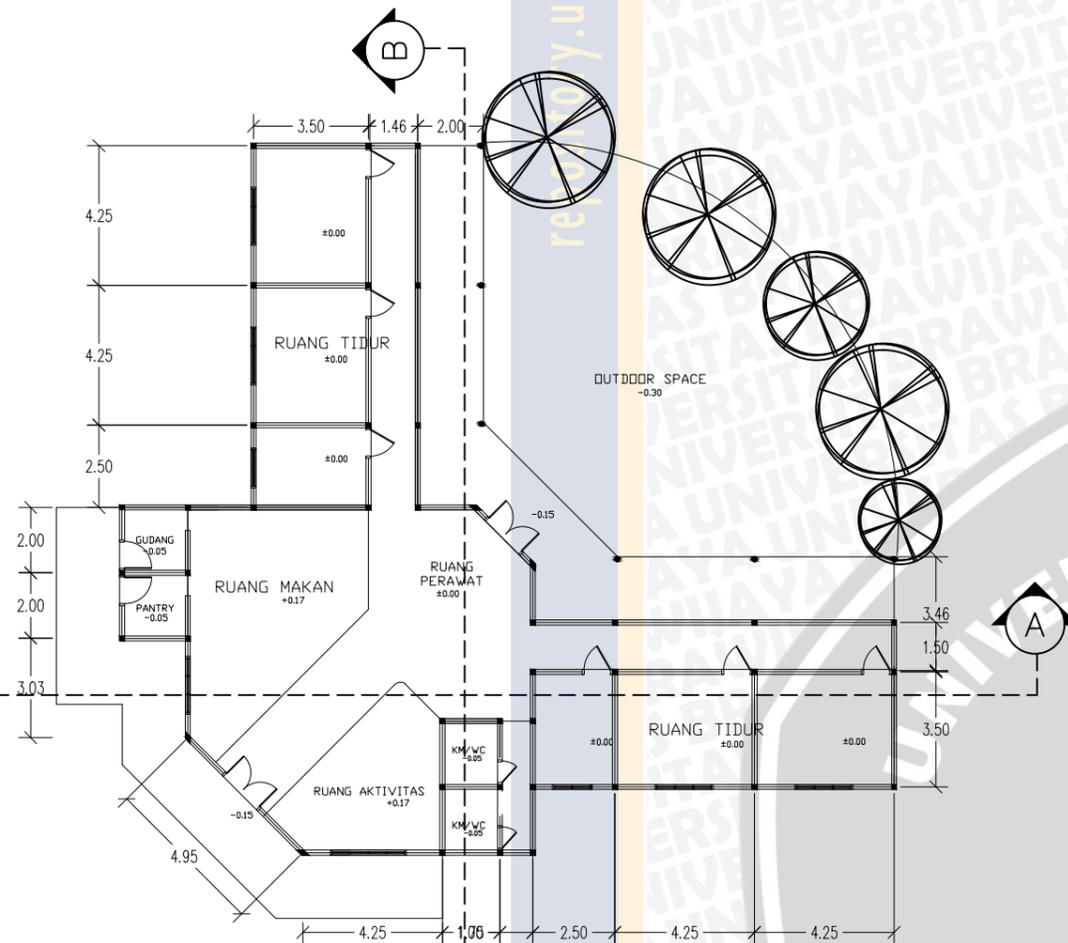
DOSEN PENGUJI

**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

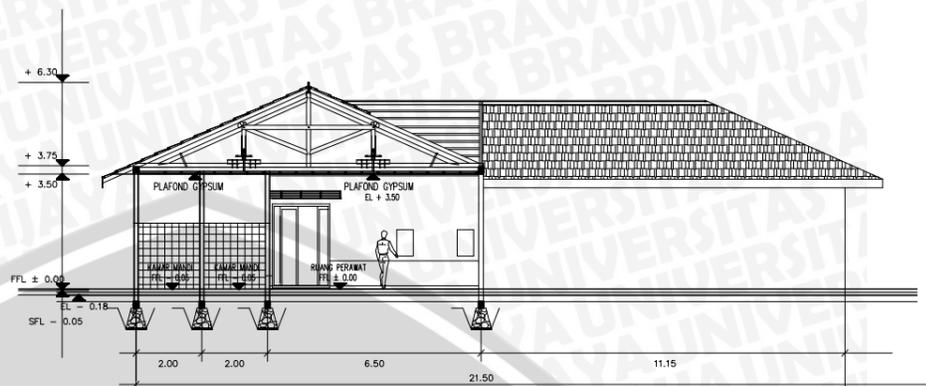
**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
**105060501111008**



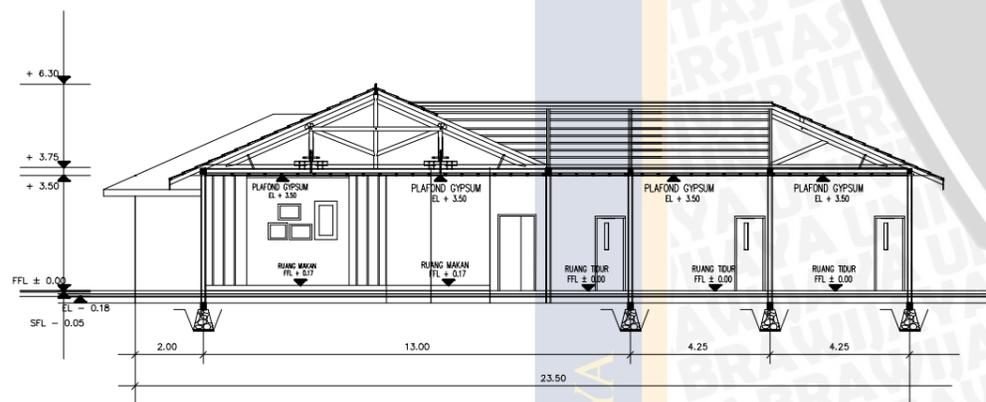
**DENAH RUANG RAWAT INAPI CO-OPERATIVE PRIA**  
SKALA 1:200



**POTONGAN B-B'**  
SKALA 1:200



**TAMPAK DEPAN**  
SKALA 1:200



**POTONGAN A-A'**  
SKALA 1:200



**TAMPAK SAMPING**  
SKALA 1:200

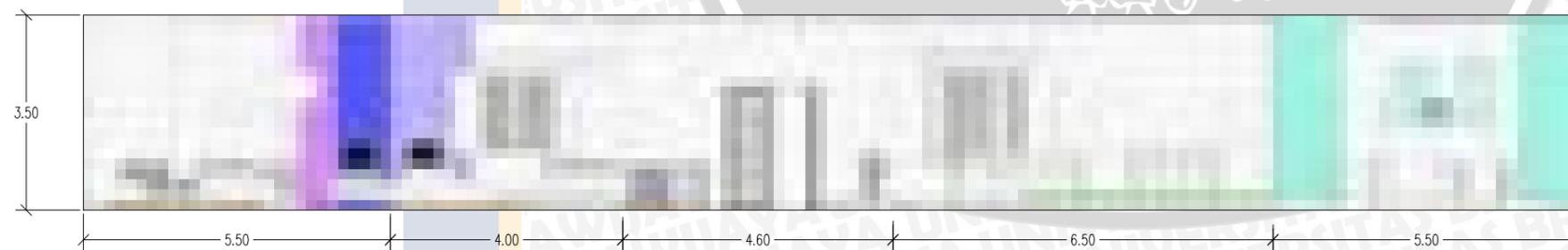
# RUANG RAWAT INAP PRIA



POTONGAN R.AKTIVITAS & R.MAKAN (GOL.DEPRESSED)  
SKALA 1:100



POTONGAN R.AKTIVITAS & R.MAKAN (GOL.SEMI-DEPRESSED)  
SKALA 1:100



POTONGAN R.AKTIVITAS & R.MAKAN (GOL.CO-OPERATIVE)  
SKALA 1:100



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT  
**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING  
**PRA-RANCANGAN:**

DATE  
**DESEMBER, 2014** SCALE  
**1:100**

DRAWING NUMBER  
**1**

DOSEN PEMBIMBING  
**Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

DOSEN PENGUJI  
**Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA  
**AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008**





KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:200

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

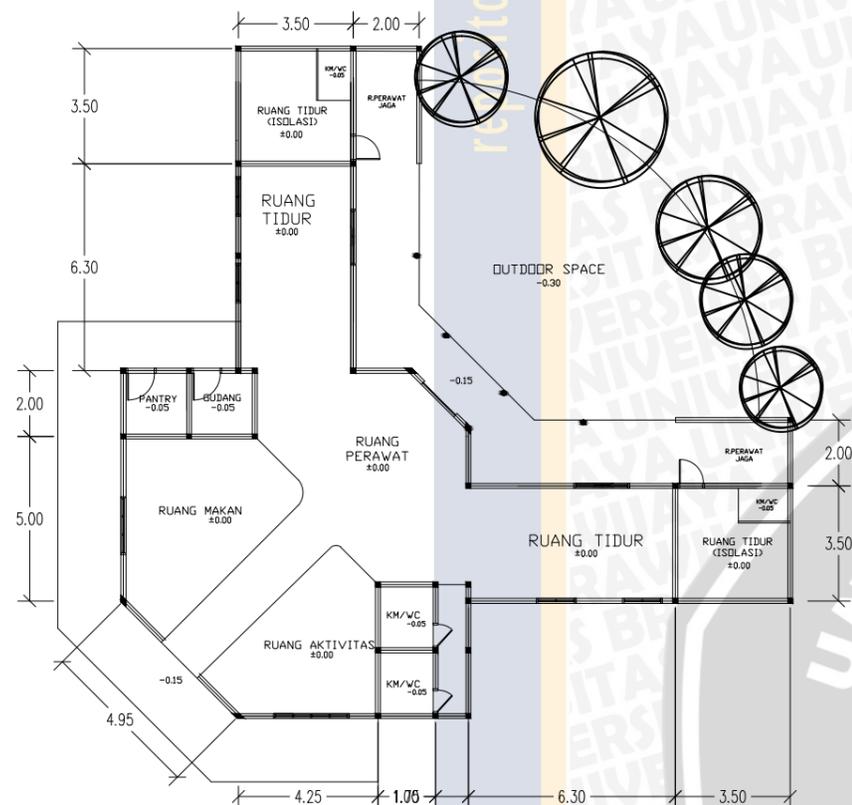
DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

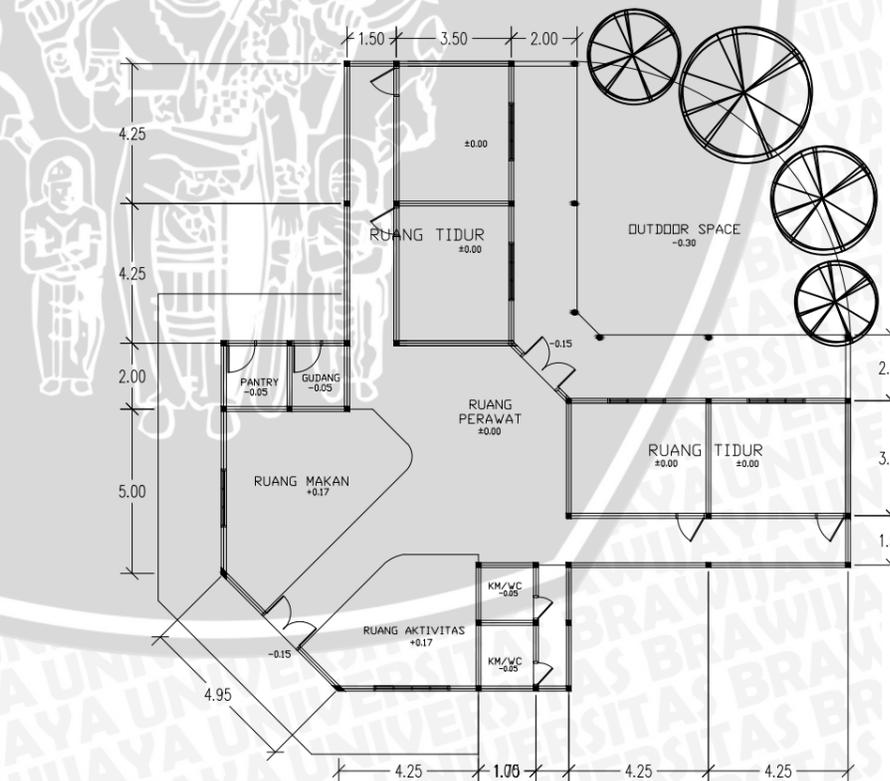
JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



**DENAH RUANG RAWAT INAP DEPRESSED WANITA**  
SKALA 1:200

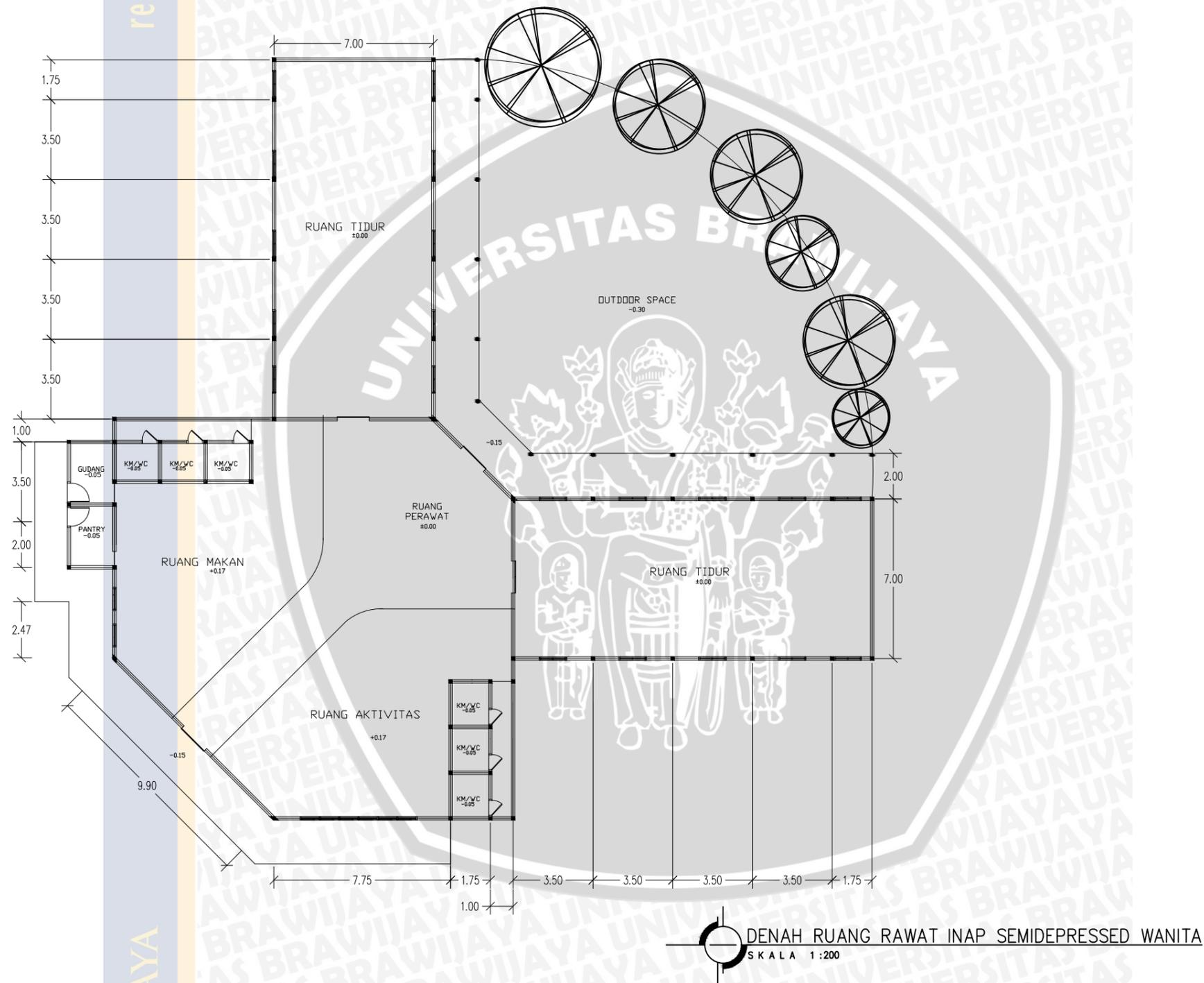


**DENAH RUANG RAWAT INAP CO-OPERATIVE WANITA**  
SKALA 1:200

repository.ub.ac.id

UNIVERSITAS BRAWIJAYA





KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

**[DETAIL ENGINEERING DESIGN]**

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT  
**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING  
**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:200

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING  
**Ir. Rinawati P. Handajani, MT**  
**Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

DOSEN PENGUJI  
**Ir. Damayanti Asikin, MT**  
**Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA  
**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
**105060501111008**



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:200

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

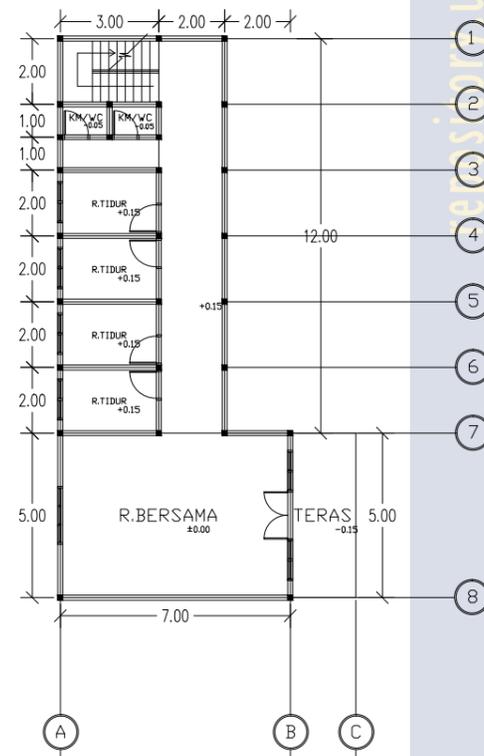
DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

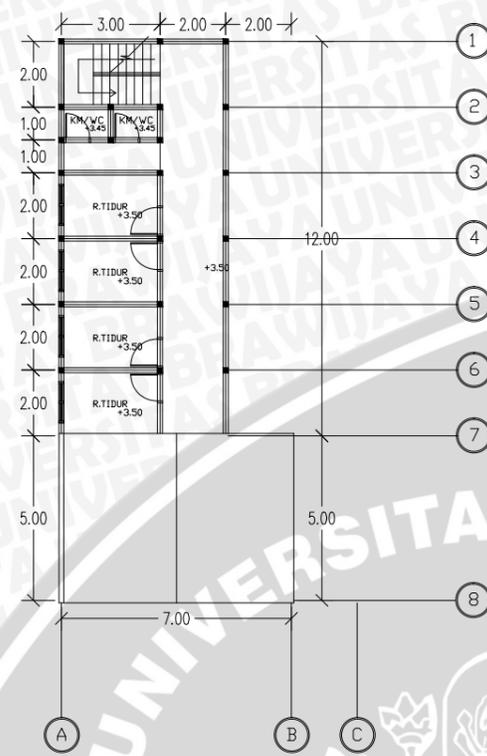
JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

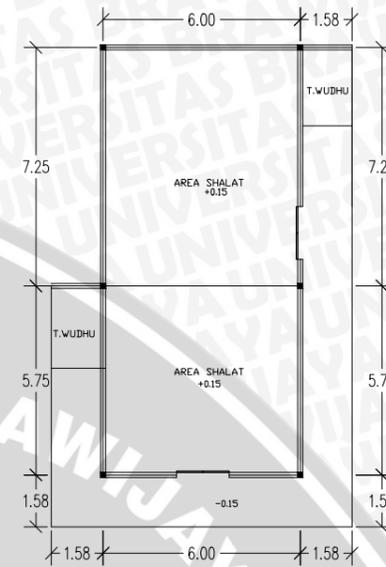
AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



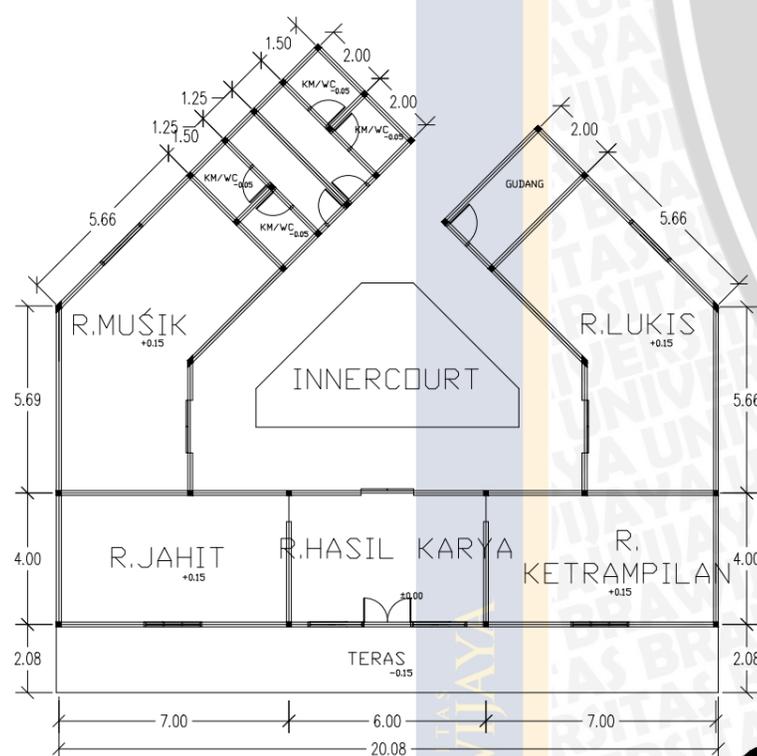
DENAH ASRAMA LT.1  
SKALA 1:200



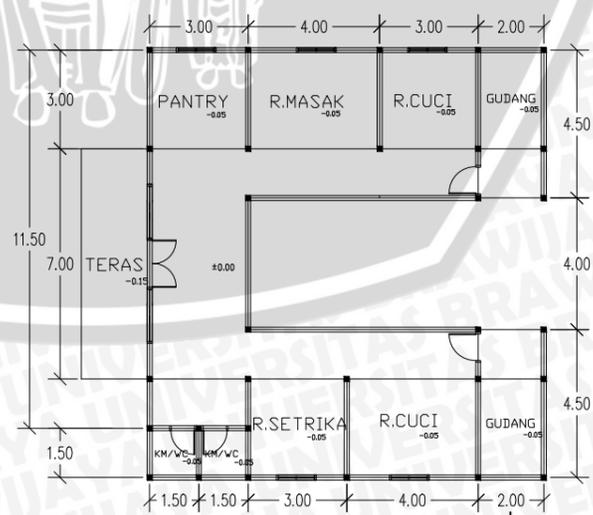
DENAH ASRAMA LT.2  
SKALA 1:200



DENAH MUSHOLA  
SKALA 1:200



DENAH FAS.REHABILITASI  
SKALA 1:200



DENAH INST.CUCI DAN DAPUR  
SKALA 1:200



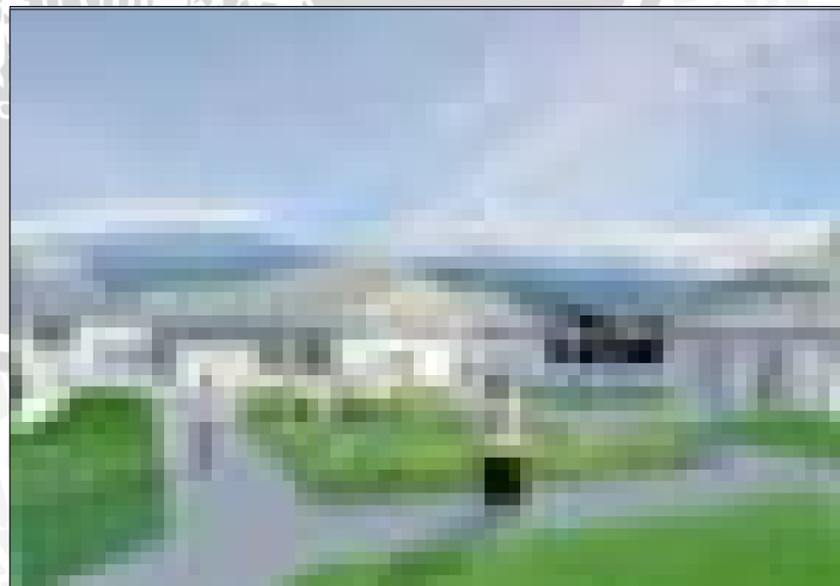
PERSPEKTIF MATA BURUNG  
SKALA 1:



PERSPEKTIF MATA MANUSIA  
SKALA 1:



PERSPEKTIF MATA MANUSIA  
SKALA 1:



PERSPEKTIF MATA MANUSIA  
SKALA 1:



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE **DESEMBER, 2014** SCALE

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

**Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS**

DOSEN PENGUJI

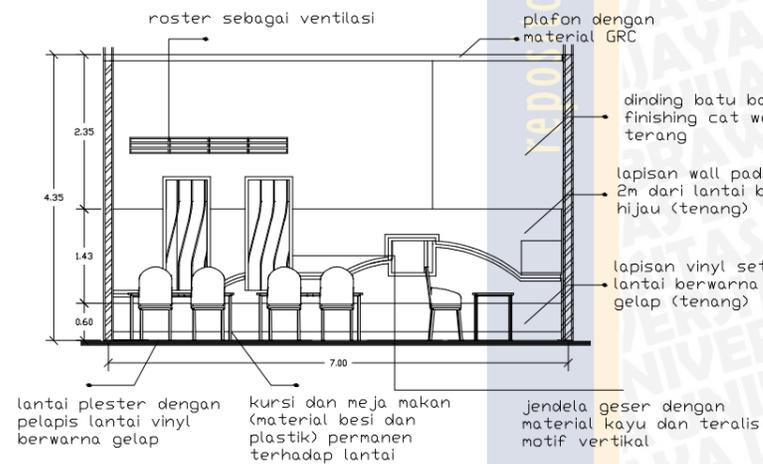
**Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati**

**JURUSAN ARSITEKTUR**  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

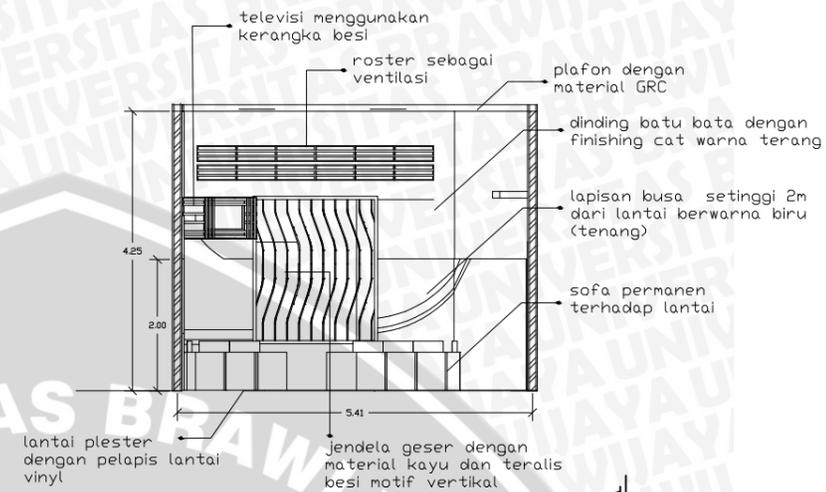
MAHASISWA

**AZHARI AZIZAH RIFQI**  
105060501111008

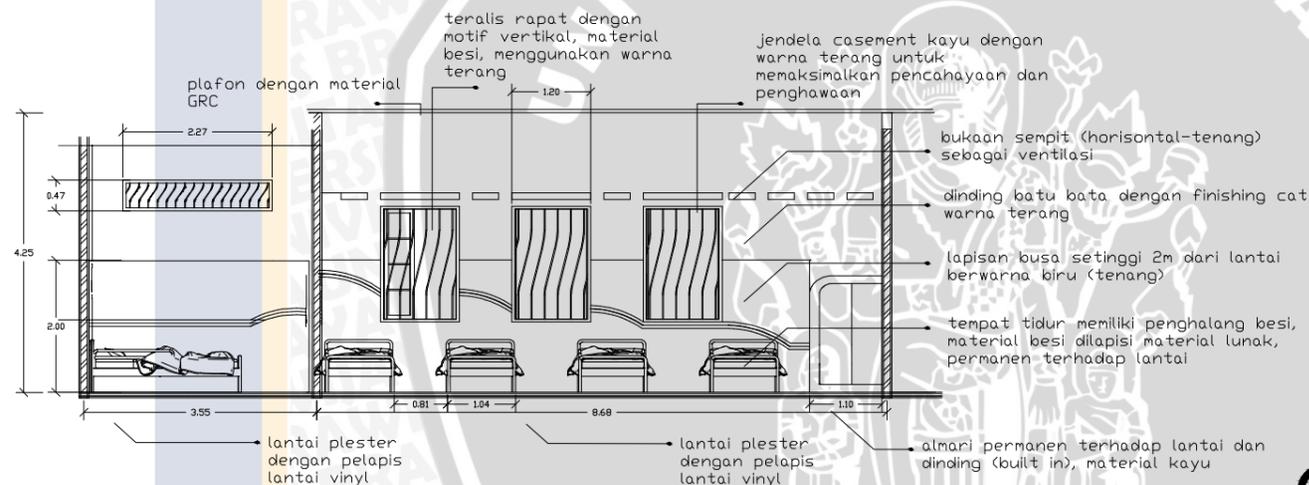
# RUANG INAP DEPRESSED



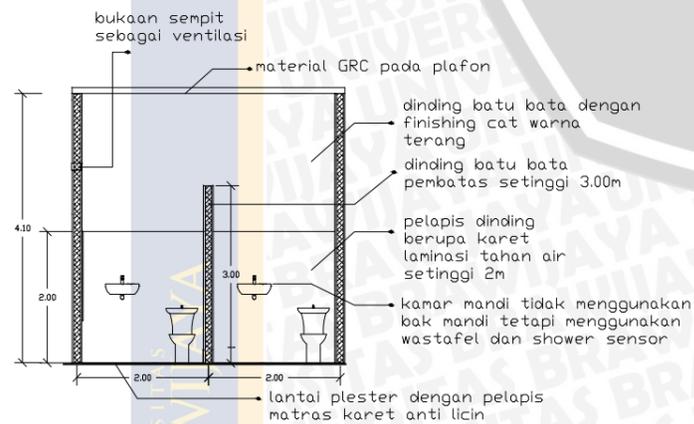
**POTONGAN RUANG MAKAN**  
SKALA 1:100



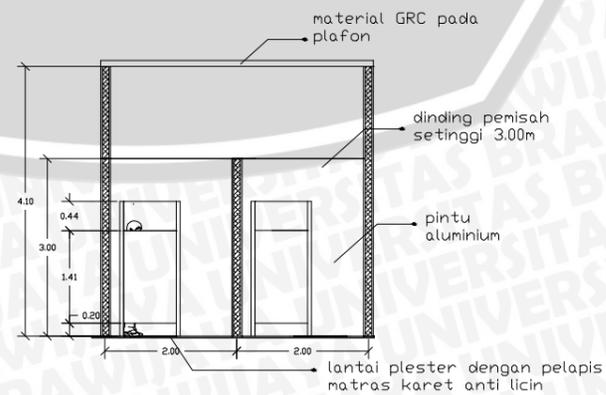
**POTONGAN RUANG AKTIVITAS**  
SKALA 1:100



**POTONGAN RUANG TIDUR**  
SKALA 1:100



**POTONGAN KAMAR MANDI**  
SKALA 1:100



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:100

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU

DRAWING

PRA-RANCANGAN:

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:100

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

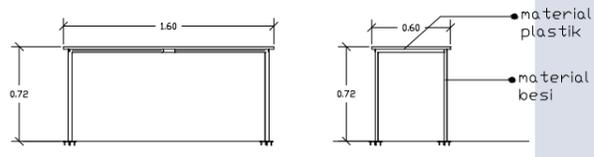
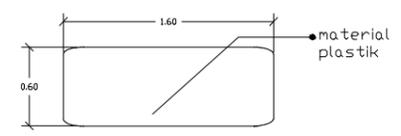
DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

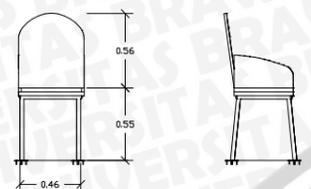
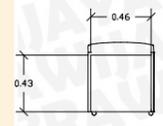
JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

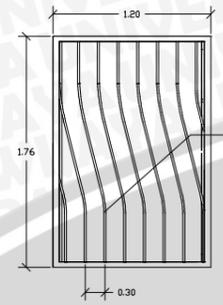
AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



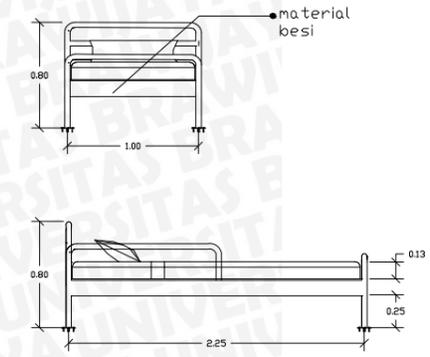
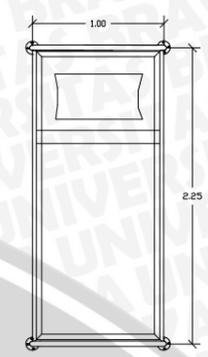
DETAIL MEJA MAKAN  
SKALA 1:50



DETAIL KURSI MAKAN  
SKALA 1:50

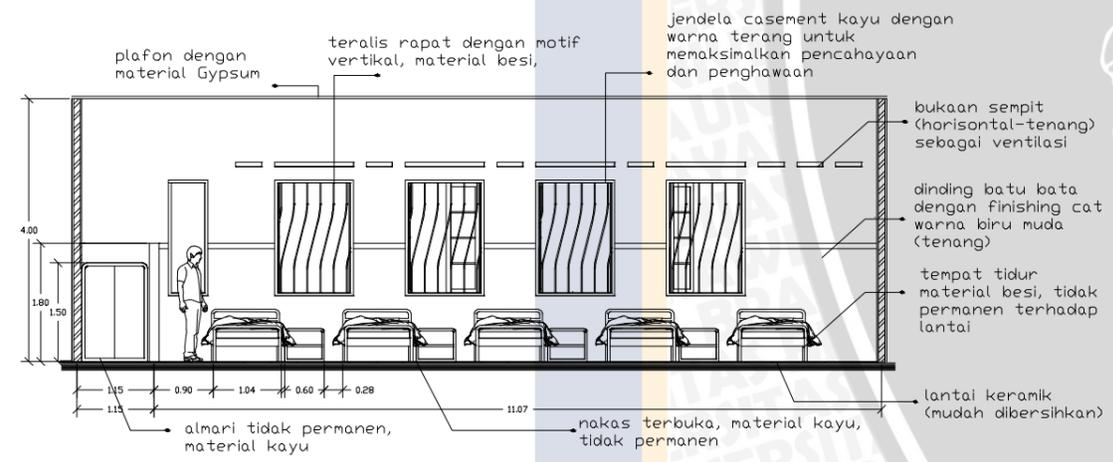


DETAIL TERALIS  
SKALA 1:50

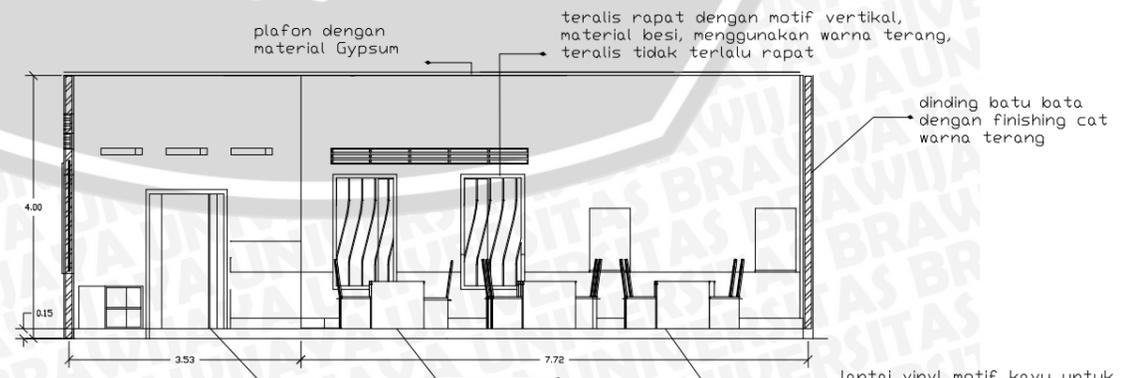


DETAIL TEMPAT TIDUR  
SKALA 1:50

RUANG INAP SEMI DEPRESSED



POTONGAN RUANG TIDUR  
SKALA 1:100



POTONGAN RUANG MAKAN  
SKALA 1:100



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON  
SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY  
DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY  
WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION  
WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS  
DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF  
THE ARCHITECT

PROJECT

RUMAH PENYEMBUHAN DAN  
REHABILITASI GANGGUAN  
JIWA DI BATU

DRAWING

PRA-RANCANGAN:

DATE  
DESEMBER, 2014

SCALE  
1:100

DRAWING NUMBER  
1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

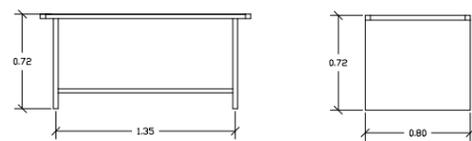
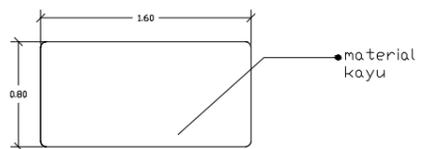
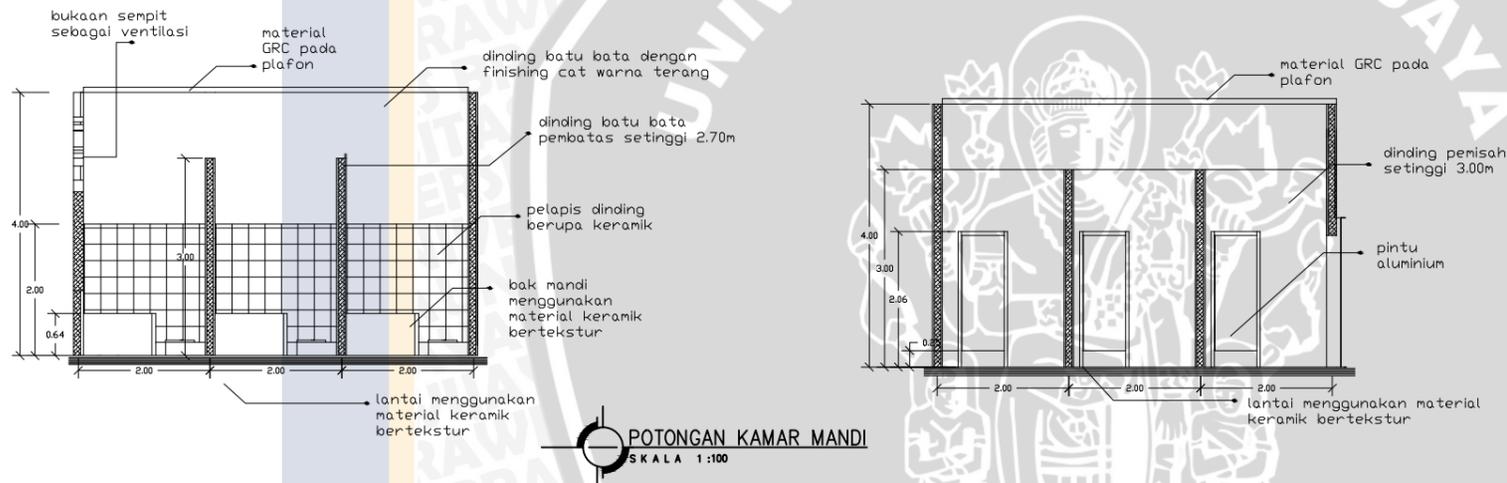
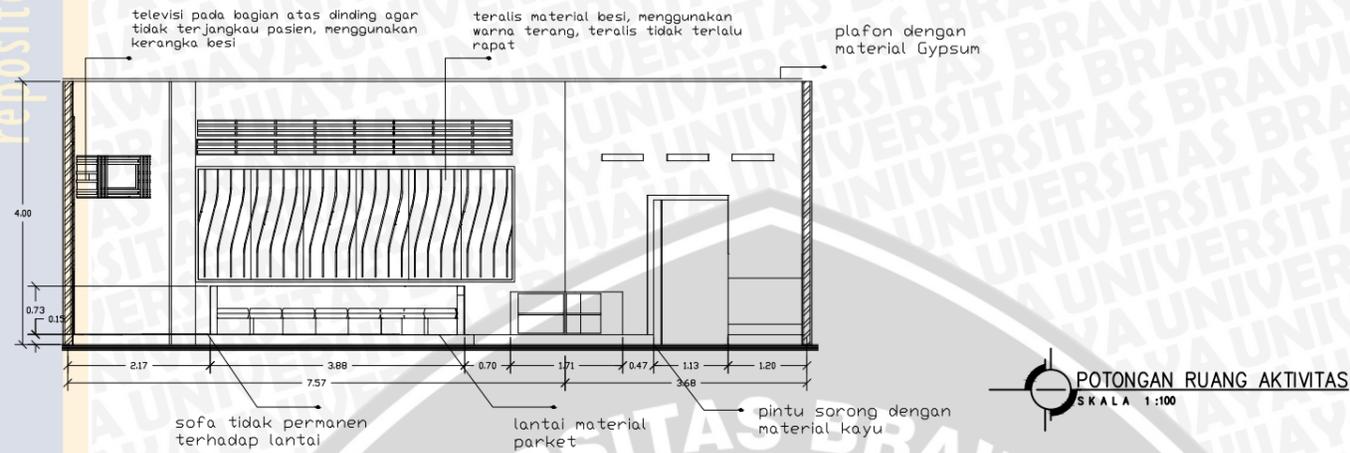
DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

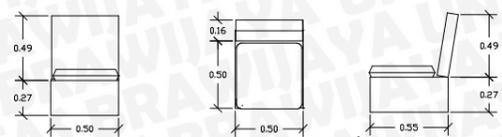
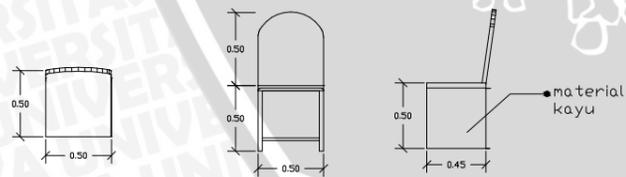
JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

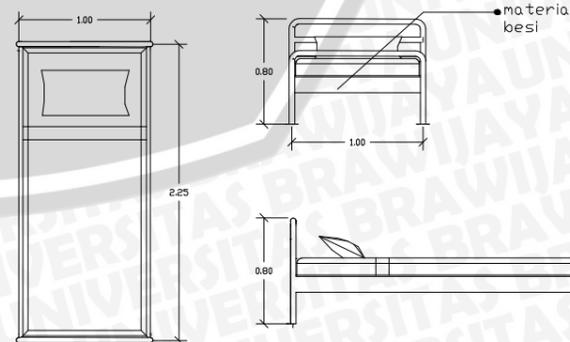
AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008



DETAIL MEJA MAKAN  
SKALA 1:50

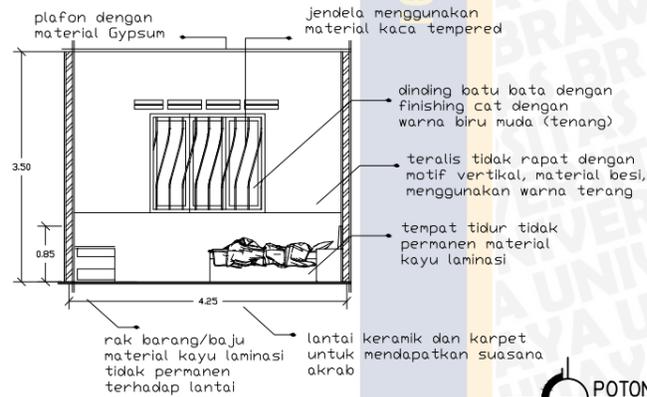


DETAIL SOFA  
SKALA 1:50

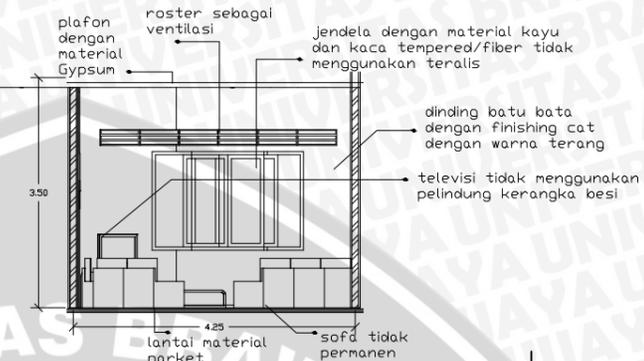


DETAIL TEMPAT TIDUR  
SKALA 1:50

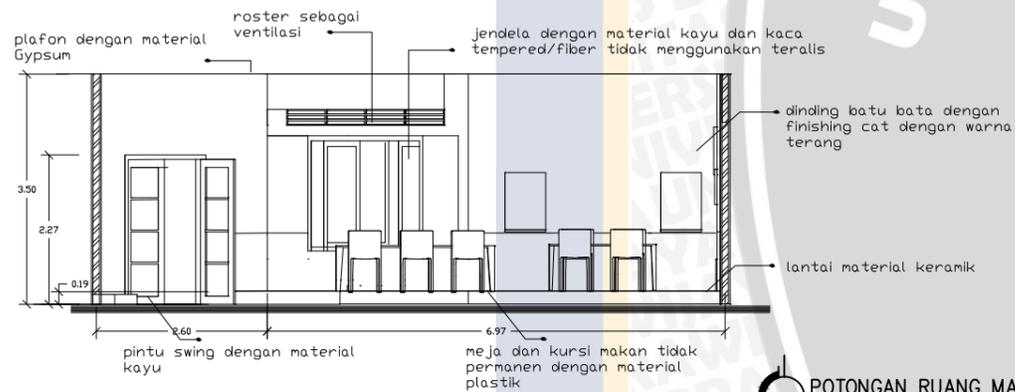
# RUANG INAP CO-OPERATIVE



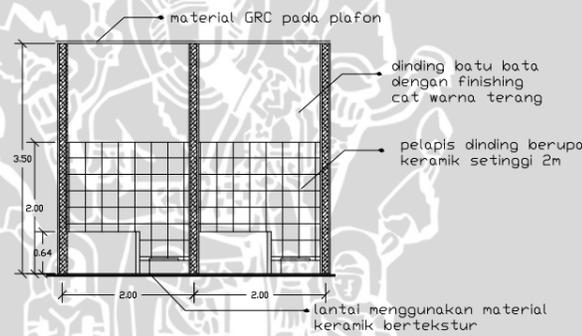
**POTONGAN RUANG TIDUR**  
SKALA 1:100



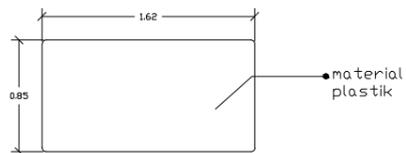
**POTONGAN RUANG AKTIVITAS**  
SKALA 1:100



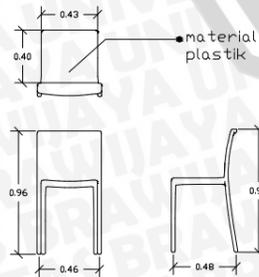
**POTONGAN RUANG MAKAN**  
SKALA 1:100



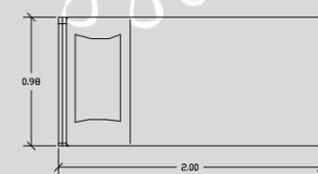
**POTONGAN KAMAR MANDI**  
SKALA 1:100



**DETAIL MEJA MAKAN**  
SKALA 1:50



**DETAIL KURSI MAKAN**  
SKALA 1:50



**DETAIL TEMPAT TIDUR**  
SKALA 1:50



KEMENTERIAN PENDIDIKAN  
NASIONAL  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
Jalan Veteran, Malang

[DETAIL ENGINEERING DESIGN]

date of revision : DESEMBER 2014

ALL WORK IS TO BE CHECKED AND VERIFIED ON SITE PRIOR TO CONSTRUCTION  
ARCHITECT MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY OF ANY DISCREPANCIES PRIOR TO COMMENCEMENT OF ANY WORK  
THESE DRAWINGS MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH ALL CONSULTANTS AND SUB CONTRACTORS DRAWINGS  
THESE DRAWINGS IS COPYRIGHTED AND PROPERTY OF THE ARCHITECT

PROJECT

**RUMAH PENYEMBUHAN DAN REHABILITASI GANGGUAN JIWA DI BATU**

DRAWING

**PRA-RANCANGAN:**

DATE DESEMBER, 2014 SCALE 1:100

DRAWING NUMBER 1

DOSEN PEMBIMBING

Ir. Rinawati P. Handajani, MT  
Ir. Nurachmad Sujudwijono AS

DOSEN PENGUJI

Ir. Damayanti Asikin, MT  
Ir. Triandi Laksmiwati

JURUSAN ARSITEKTUR  
FAKULTAS TEKNIK - UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MAHASISWA

AZHARI AZIZAH RIFQI  
105060501111008