

**KRITERIA DESAIN RUANG *HOSPICE*
UNTUK PASIEN ANAK PENDERITA KANKER**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan
memperoleh gelar Sarjana Teknik



Disusun Oleh :
INSANI AULIA QISTI
115060501111025

**KEMENTRIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS TEKNIK**

MALANG

2016



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.1.1 Pasien anak penderita kanker di Indonesia	1
1.1.2 Perawatan paliatif pada pasien anak penderita kanker.....	2
1.1.3 Pentingnya kriteria desain <i>hospice</i> pada pasien anak penderita kanker di Indonesia	3
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Batasan Masalah.....	5
1.5 Tujuan Penelitian.....	6
1.6 Manfaat Penelitian.....	6
1.7 Sistematika Penulisan.....	6
1.8 Kerangka Pemikiran	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
2.1 Definisi Operasional.....	9
2.2 Tinjauan Pasien Anak Penderita Kanker	10
2.2.1 Kasus pasien anak penderita kanker	10
2.2.2 Gangguan aktivitas pasien anak penderita kanker	12
2.2.3 Gangguan psikologis pasien anak penderita kanker	14
2.2.4 Antropometri anak	19
2.2.5 Tinjauan Perawatan Paliatif pada <i>Hospice</i>	20
2.3 Tinjauan Ruang <i>Hospice</i>	22
2.4.1 Panduan desain <i>hospice</i>	23
2.4.2 Persyaratan teknis ruang pelayanan kesehatan di Indonesia.....	31
2.4.3 Persyaratan teknis ruang kesehatan untuk anak.....	33
2.5 Tinjauan Studi Terdahulu dan Bangunan Komparasi	41

2.5.1 Resume jurnal komparasi.....	41
2.5.2 Studi Komparasi Bangunan	47
BAB III METODE PENELITIAN	53
3.1 Metode Umum	53
3.2 Tahap Penelitian.....	54
3.2.1 Perumusan ide/ gagasan.....	54
3.2.2 Pengumpulan data.....	54
3.2.3 Kajian Literatur.....	56
3.2.4 Analisa data.....	56
3.2.4 Sintesa.....	57
BAB IV HASIL & PEMBAHASAN.....	59
4.1 Gambaran Umum	59
4.2 Karakteristik Pasien Anak Penderita Kanker di Indonesia	60
4.2.1 Analisis gangguan fisik pasien anak penderita kanker di Indonesia	60
4.2.2 Kebutuhan psikologi ruang <i>hospice</i> untuk pasien anak penderita kanker di Indonesia	68
4.3 Fasilitas dan Ruang Perawatan Paliatif di <i>Hospice</i>	77
4.3.1 Analisis kebutuhan fasilitas <i>hospice</i>	77
4.3.2 Analisis kebutuhan ruang <i>hospice</i>	80
4.4 Persyaratan dan Kebutuhan Luas Ruang <i>Hospice</i>	84
4.4.1 Analisis persyaratan ruang <i>hospice</i>	84
4.4.2 Analisis kebutuhan luas ruang <i>hospice</i>	88
4.4.3 Analisis dimensi perabot anak	92
4.5 Kriteria Desain Ruang <i>Hospice</i> untuk Pasien Anak Penderita Kanker di Indonesia ..	100
4.5.1 Organisasi ruang	102
4.5.2 Sirkulasi	109
4.5.3 Tata dan dimensi perabot.....	112
4.5.4 Keamanan	126
4.5.5 Material/ <i>finishing</i>	129
4.5.6 Warna.....	132
4.5.7 Pencahayaan.....	133
4.5.8 Penghawaan	133
4.5.9 Akustik.....	134
4.5.10 Desain ruang luar	135

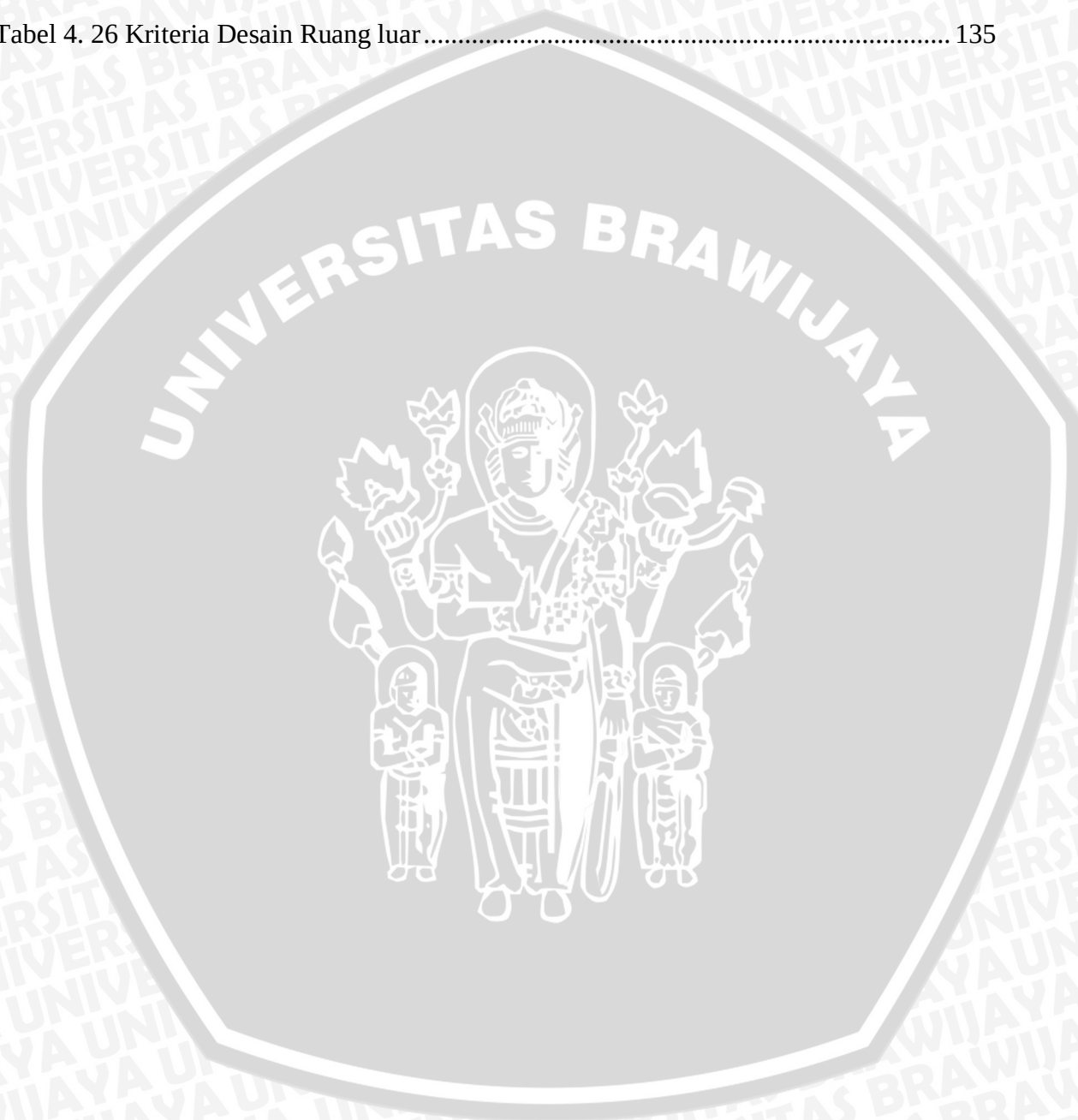
4.6 Rekomendasi Desain	137
BAB V PENUTUP	153
5.1 Kesimpulan.....	153
5.2 Saran.....	155
DAFTAR PUSTAKA	157



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tabel gangguan pasien anak penderita kanker.....	18
Tabel 2. 2 Antropometri Struktural Anak Indonesia.....	19
Tabel 2. 3 Antropometri Fungsional Anak Indonesia	20
Tabel 2.4Kebutuhan pencahayaan pada ruangan	33
Tabel 2.5 Dimensi koridor untuk pengguna kursi roda.....	34
Tabel 2.6 Pengaruh Warna pada Psikologis Anak	40
Tabel 2. 7 warna untuk ruang rumah sakit anak.....	41
Tabel 2. 8 Tabel Studi Komparasi.....	45
Tabel 2.9 Tabulasi Studi Terdahulu	46
Tabel 2.10 Tabulasi Studi Komparasi	50
Tabel 4.1 Analisis pengelompokan gangguan fisik pasien anak penderita kanker	61
Tabel 4.2 Analisis kebutuhan aspek arsitektural	63
Tabel 4.3 Analisis kebutuhan psikologi ruang	69
Tabel 4.4 Tabel Analisis Aspek Arsitektural Kebutuhan Psikologi Ruang	70
Tabel 4.5 Analisis aktivitas berdasarkan fasilitas dan pelaku.....	79
Tabel 4.6 Analisis kebutuhan ruang <i>hospice</i>	81
Tabel 4.7 Tabel Analisis persyaratan khusus ruang pada <i>hospice</i>	84
Tabel 4.8 Tabel Kebutuhan Luas Ruang.....	89
Tabel 4.9 Tabel perbandingan tinggi badan	93
Tabel 4.10 Analisis perbandingan letak ketinggian rak	94
Tabel 4.11 Tabel perbandingan tinggi bangku dan lemari pribadi.....	95
Tabel 4.12 Tabel Dimensi Perabot Kamar Mandi.....	97
Tabel 4.13 Tabel perbandingan dimensi perabot kamar mandi	98
Tabel 4.14 Tabel Ruang Gerak Manusia.....	99
Tabel 4.15 Analisis Pengelompokan Zona Ruang	103
Tabel 4.16 Tabel Analisis Organisasi Ruang Mikro	106
Tabel 4.17 Tabel Analisis Sirkulasi	109
Tabel 4.18 Kriteria Desain perabot kamar tidur.....	113
Tabel 4. 19 Tata perabot <i>hoist</i> di kamar mandi.....	122
Tabel 4.20 Kriteria Desain perabot kamar mandi	122

Tabel 4.21 Tabel Kriteria Desain Material/ <i>finishing</i>	129
Tabel 4. 22Kriteria desain warna.....	132
Tabel 4. 23 Kriteria desain pencahayaan.....	133
Tabel 4. 24 Kriteria desain penghawaan	134
Tabel 4. 25 Kriteria desain akustik.....	134
Tabel 4. 26 Kriteria Desain Ruang luar	135



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Diagram Kerangka Pemikiran	8
Gambar 2. 1 Standar Ramp	31
Gambar 2. 2 Dimensi Handrail untuk anak-anak	34
Gambar 2.3 Pencahayaan tidak langsung	37
Gambar 2.4 Dimensi Perabot Tempat Tidur	37
Gambar 2. 5 Dimensi Perabot pada Kamar Mandi Anak	38
Gambar 2. 6 Dimensi Wastafel pada Anak	38
Gambar 2. 7 Dimensi Perabot Umum	39
Gambar 2.8 gambar karpet dengan kepadatan yang tinggi	39
Gambar 2. 9 Denah <i>Bear Cottage</i>	47
Gambar 2. 10 (a) Eksterior dan Interior <i>Bear Cottage</i> Eksterior <i>Bear Cottage</i>	48
Gambar 2. 11 Denah George Mark Hospice, Sans Fransisco	49
Gambar 2. 12 George Mark Hospice, Sans Fransisco	50
Gambar 2. 13 Diagram Alur Teori	52
Gambar 3.1 Diagram Kerangka Pnenelitian	58
Gambar 4.1 Siklus masa pemulihan anak setelah perawatan/pengobatan	68
Gambar 4.2 Gambar tinggi mata pandang anak	93
Gambar 4.3 Gambar jangkauan anak pada rak	94
Gambar 4.4 Gambar Ukuran tinggi bangku dan lemari	95
Gambar 4.5 Gambar dimensi <i>handrailing</i>	96
Gambar 4.6 Gambar Dimensi Perabot Kamar Mandi	97
Gambar 4.7 Dimensi kursi mandi	99
Gambar 4.8 Gambar Aksesibilitas Manusia	100
Gambar 4. 9 Diagram Perumusan Kriteria Desain	101
Gambar 4.10 Diagram alur aktivitas	103
Gambar 4.11 Diagram <i>Bubble</i> pengelompokan zona	104
Gambar 4.12 Gambar Dimensi Hoist	121
Gambar 4.13 Dimensi shower	124
Gambar 4.14 Dimensi perabot umum pada <i>hospice</i>	125
Gambar 4.15 Organisasi ruang radial	137

Gambar 4.16 Sirkulasi radial	138
Gambar 4.17 Denah radial.....	139
Gambar 4. 18 Potongan Organisasi Radial.....	140
Gambar 4. 19 Suasana Koridor dengan Organisasi Radial	140
Gambar 4. 20 Suasana Ruang dengan Organisasi Radial.....	141
Gambar 4. 21 Suasana Ruang dengan Organisasi Radial.....	141
Gambar 4.22 Organisasi Ruang Linier	142
Gambar 4.23 Sirkulasi Linier	142
Gambar 4. 24 Denah linier	143
Gambar 4. 25 Potongan Organisasi Linier	144
Gambar 4. 26 Suasana Koridor Organisasi Linier.....	144
Gambar 4. 27 Suasana Ruang Organisasi Linier	145
Gambar 4. 28 Denah Kamar tidur usia 2-4 tahun.....	146
Gambar 4. 29 Potongan Kamar Tidur Usia 2-4 tahun.....	146
Gambar 4. 30 Perspektif Kamar Tidur Usia 2-4 tahun.....	147
Gambar 4. 31 Denah kamar tidur anak usia 4-7 tahun	148
Gambar 4. 32 Potongan Kamar tidur.....	148
Gambar 4. 33 Gambar Perspektif Kamar Tidur	149
Gambar 4. 34 Perspektif kamar tidur anak usia 4-7 tahun	149
Gambar 4. 35 Gambar Denah Kamar Mandi.....	150
Gambar 4. 36 Potongan Kamar Mandi.....	150
Gambar 4. 37 Gambar Perspektif Kamar Mandi.....	151



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

1.1.1 Pasien anak penderita kanker di indonesia

Penyakit kanker merupakan penyakit mematikan yang tidak mengenal umur, tak hanya orang dewasa anak-anak pun dapat terjangkit penyakit tersebut. Sebuah badan riset Internasional IARC (International Agency of Research Cancer) menyebutkan bahwa terdapat 200.000 kasus kanker anak di dunia, 80% berasal dari negara berkembang termasuk Indonesia.

Angka ketahanan hidup pada negara maju sebanyak 80% sedangkan pada Negara berkembang hanya 35% saja. Hal ini disebabkan oleh kurangnya fasilitas dan pengetahuan masyarakat pada negara berkembang, sehingga kasus kanker pada anak baru ditangani setelah mencapai stadium akhir. (Metzger *et al.*, 2003; Lilleyman, 2003; Pui *et al.*, 2004; Eden *et al.*, 2004 dan Howard *et al.*, 2004). Di Negara berkembang, unit onkologi anak merupakan masalah yang harus ditangani. Masalah tersebut timbul karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang masalah kesehatan, menyebabkan penundaan dalam konsultasi ke dokter (Mostert *et al.*, 2006).

Di Indonesia sendiri kanker pada anak dijumpai sekitar 4,9%, yaitu sebanyak 4100 dari keseluruhan jumlah pasien kanker (riset KPAI, 2011). Kanker pada anak dijumpai leukemia 33,7%, neuroblastoma 7%, retinoblastoma 5,3%, osteosarcoma 4,8%, dan lymphoma non hodgkin 4,8%. Dari semua usia, kanker pada anak dijumpai sekitar 4,9%. Kanker pada anak laki-laki lebih banyak yaitu 53,5% dibandingkan dengan anak-anak perempuan yaitu 46,5% (Menkes, 2005). Kanker darah menempati urutan pertama yang paling banyak ditemukan pada pasien anak, disusul oleh kanker otak, dan pada urutan ketiga yaitu kanker mata. Pasien kanker meningkat setiap tahunnya dari 4,3 per 1000 penduduk dan diperkirakan akan melonjak tujuh kali lipat oleh WHO pada tahun 2030.

Dr. Yana Sp.A dari RS Kanker Dharmais mengatakan bahwa penderita kanker pada anak meningkat setiap tahunnya, bukan menurun. Hal ini disebabkan salahnya pola pikir masyarakat Indonesia terhadap penanganan kanker, khususnya pada anak. Pola pikir masyarakat Indonesia masih menyepelekan gejala kanker dan rendahnya kesadaran masyarakat dalam mendeteksi kanker. Kebanyakan masyarakat tidak segera ke dokter karena kanker belum ganas. Hal inilah yang menyebabkan sering ditemuinya kasus kanker pada anak yang sudah stadium lanjut.

1.1.2 Perawatan paliatif pada pasien anak penderita kanker

Setiap penderita sakit kronis atau yang disebut *terminal illness* yaitu kondisi pasien yang sudah tidak bisa disembuhkan dengan pengobatan, akan menerima perawatan untuk memperbaiki kualitas hidupnya. Hal ini didukung oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007: penyakit kronis, susah atau tidak bisa disembuhkan seperti penyakit kanker penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, *stroke*, parkinson, gagal jantung *heart failure*, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/ AIDS memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sayangnya pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktifitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif. (Doyle & Macdonald, 2003: 5).

Perawatan paliatif pada anak berbeda dengan perawatan paliatif pada pasien kanker dewasa. Teknologi medis hanya digunakan ketika beban lebih berat pada anak ketika hanya menggunakan pengobatan medis dalam ketahanan hidupnya (Policy Statement: AAP Publications Reaffirmed and Retired *Pediatrics* 2012). Selain itu anak cenderung kurang bisa mengungkapkan rasa sakit yang sedang dideritanya. Oleh karena itu lebih

membutuhkan perawatan yang intensif untuk mengetahui kebutuhan pasien anak penderita kanker.

Perkembangan pada masa anak-anak terutama usia 2-12 tahun merupakan perkembangan yang paling berarti dalam siklus hidup perkembangan manusia. Pada usia anak 2-12 tahun anak sudah mulai mengenali lingkungan dan beradaptasi. Perkembangan fisik, kognitif, dan social pada anak dalam tahap pembentukan ketika berada pada usia 2-12 tahun. Ketika anak-anak mengalami sebuah penyakit maka akan mengganggu masa perkembangannya, namun tingkat ketahanan hidup harus diperhatikan karena mereka mempunyai hak untuk mendapatkan *end of life* yang baik.

1.1.3 Pentingnya kriteria desain hospice pada pasien anak penderita kanker di Indonesia

Perawatan paliatif pada pasien anak tersebut dapat diwadahi dalam *hospice* yang dapat menunjang kebutuhan mereka. Di Indonesia *hospice*/perawatan paliatif baru dimulai pada tanggal 19 Februari 1992 di RS Dr. Soetomo (Surabaya), disusul RS Cipto Mangunkusumo (Jakarta), RS Kanker Dharmas (Jakarta), RS Wahidin Sudirohusodo (Makassar), RS Dr. Sardjito (Yogyakarta), dan RS Sanglah (Denpasar). Di RS Dr. Soetomo perawatan paliatif dilakukan oleh Pusat Pengembangan Paliatif dan Bebas Nyeri. Pelayanan yang diberikan meliputi rawat jalan, rawat inap (konsultatif), rawat rumah, *day care*, dan *respite care*.

Ditinjau dari besarnya kebutuhan dari pasien, jumlah dokter yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas. Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, maka diperlukan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan paliatif (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007). Perawatan paliatif yang dikhususkan untuk anak hanya ada di Jakarta, yaitu Rumah Rachel, sebuah *hospice* anak pertama di Indonesia yang didirikan oleh orang tua pasien anak yang menderita kanker.

Usaha pemerintah tidak berhenti pada penetapan *hospice*/paliatif sebagai hak pasien. Sosialisasi dilakukan di rumah sakit, klinik, dan masyarakat luas mengenai pentingnya perawatan paliatif untuk pasien kanker namun belum ada sebuah wadah atau tempat khusus untuk menampung itu semua. Ketika usaha pemerintah masih dalam tahap sosialisasi jumlah pasien anak penderita kanker meningkat tajam. Perawatan intensif bagi

anak perlu diperhatikan karena anak masih sedang menjalani perkembangan fisik maupun kognitif anak. Di samping itu anak masih memiliki 80% ketergantungan terhadap orang tuanya. Perawatan paliatif di *hospice* diharapkan akan memaksimalkan perkembangan anak secara kognitif dengan keterbatasan perkembangan fisik yang terhambat oleh penyakitnya. Perawatan paliatif sebenarnya bisa dilakukan di rumah sakit, rumah (*home care*), dan terutama *hospice*.

Ketiga tempat tersebut memiliki kurang lebihnya sendiri. Bila perawatan dilakukan di rumah sakit maka intensitas pengawasan dapat maksimal karena tenaga medis di rumah sakit lengkap, namun permasalahan ada pada kualitas ruang rumah sakit. Ruang di rumah sakit dimaksimalkan pada fungsional ruang tersebut. Ketika perawatan tersebut dilakukan di rumah sakit kualitas ruang inap anak tidak mendukung faktor psikologis anak dalam menjalani perawatan, anak akan merasa tidak nyaman karena ruang rumah sakit. Keberadaan orang tua yang tidak bisa mendampingi anak terus menerus juga menjadi faktor yang menyebabkan kualitas hidup anak menurun. Fasilitas yang tersedia tidak memenuhi kebutuhan anak secara sekaligus, padahal anak membutuhkan fasilitas yang menunjang perkembangan kognitif, kreativitas, serta tetap melakukan aktivitasnya secara baik sampai akhir hidupnya.

Apabila melakukan perawatan di rumah anak akan merasa lebih nyaman tentunya karena berada di lingkungannya sendiri, namun dalam hal perawatan orang tua akan mengalami kesusahan dalam melakukan perawatan intensif kepada anak. Di rumah sakit observasi akan dilakukan secara berkala, namun apabila di rumah maka perawatan akan hanya pada saat perawat atau dokter melakukan *home care*. Pada *hospice* anak akan mendapatkan perawatan secara berkala, ruang yang disesuaikan dengan kebutuhan dan ergonomik anak, fasilitas yang menunjang perkembangan mereka namun sudah diadaptasi dengan keterbatasan fisik akibat penyakit mereka.

Masih kurang berkembangnya *hospice*/perawatan paliatif di Indonesia akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien di akhir hayatnya. Ini berbeda dengan negara maju yang sudah mengembangkan perawatan paliatif untuk pasien kanker dan menyediakan *hospice* khusus untuk pasien. Hak pasien anak penderita kanker untuk hidup harus tetap dipertahankan, adanya *hospice* merupakan salah satu upaya untuk memperbaiki kualitas hidup mereka. Oleh karena itu dibutuhkan kriteria desain. *Hospice* untuk pasien anak penderita kanker yang diharapkan nantinya akan bisa menjadi sebuah pedoman dalam merancang *hospice*.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas berikut permasalahan yang ditemukan:

1. Jumlah pasien anak penderita kanker di Indonesia sebanyak 4100 dihitung dari jumlah total pasien kanker di Indonesia, dalam setahun Indonesia peningkatan kasus kanker pada pasien anak yang sangat besar yaitu 4,3/1000 anak, peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan Amerika yang hanya 0,125/1000 anak (Greenlee *et al.*, 2000; Gurney *et al.*, 1996; Gurney *et al.*, 1995; Moore *et al.*, 2003; Li *et al.*, 2008).
2. Tingkat ketahanan hidup pasien anak di Indonesia masih 35% dibandingkan dengan negara maju yaitu sudah mencapai 80%, hal ini disebabkan oleh kurangnya kualitas fasilitas penyembuhan yang ada serta kesadaran dalam penanganan kanker sendiri.
3. Kualitas hidup pasien anak penderita kanker stadium akhir lebih tinggi daripada kualitas hidup pasien kanker stadium awal, hal ini akan berpengaruh pada sisi psikologis pasien yang mampu membantu menyembuhkan penyakit mereka atau membantu menciptakan *end of life* yang baik untuk mereka.
4. Perbedaan perawatan paliatif pasien kanker dewasa dengan perawatan pasien anak penderita kanker yang masih kurang diperhatikan dari segi fungsional dan arsitektural.
5. Belum baiknya kualitas ruang *hospice* untuk perawatan paliatif di Indonesia khususnya untuk anak, karena belum adanya standar dan preseden *hospice* yang ideal.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah yang ada maka rumusan masalah yang dibahas pada penelitian ini adalah bagaimana kriteria desain pada *hospice* untuk pasien anak penderita kanker di Indonesia?

1.4 Batasan Masalah

Pembahasan akan difokuskan terhadap *hospice* pada pasien anak penderita kanker, maka terdapat batasan masalah sebagai berikut:

1. Tinjauan terhadap pasien anak usia 2-12 tahun (Kartono, 1990) yang sedang menderita penyakit kanker stadium lanjut dengan tingkat harapan hidup rendah.
2. Penentuan kriteria desain melalui pendekatan pada gangguan keterbatasan pasien anak penderita kanker dalam melakukan aktivitas perawatan paliatif di *hospice*.
3. Penentuan kriteria desain juga melalui pendekatan psikologi ruang untuk pasien anak yang sedang melakukan perawatan.

4. Analisa dimensi berdasarkan pada antropometri anak sebagai subjek utama dengan tambahan analisa ruang gerak anak.

1.5 Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang ada muncul, diharapkan penelitian ini dapat mengetahui kriteria desain ruang *hospice* pada pasien anak penderitakanker di Indonesia.

1.6 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini untuk berbagai kalangan, sebagai berikut:

1. Bagi Akademisi
Melalui penelitian ini manfaat bagi para akademisi berupa proses penerapan arsitektural pada pelayanan kesehatan. Penelitian ini juga dapat digunakan sebagai komparasi dalam objek pelayanan kesehatan yang sama atau tematik yang sama.
2. Bagi Dinas Kesehatan
Melalui penelitian ini diharapkan hasil yang dapat membantu Dinas Kesehatan untuk mengembangkan *hospice* di Indonesia, sehingga akan ada usaha dari pemerintah untuk memperbaiki fasilitas yang sudah ada namun belum ideal. Serta akan muncul penelitian penelitian lain yang akan dilanjutkan mengenai *hospice* ini.
3. Bagi Masyarakat
Penelitian ini diharapkan akan berimbas kepada masyarakat luas, khususnya penderita penyakit kronis stadium lanjut yang memerlukan *hospice*. Dengan berkembangnya *hospice* akan membantu pasien untuk mendapatkan haknya yaitu menghabiskan akhir hidupnya dengan bermanfaat, serta akan membantu keluarga pasien dalam meningkatkan ketahanan hidup dan kualitas hidup pasien.

1.7 Sistematika Penulisan

Bab I Pendahuluan

Pada bab ini akan dijelaskan latar belakang pengambilan topik bahasan tentang *hospice* pada pasien anak penderita kanker. Kemudian permasalahan diidentifikasi yang akan menemukan rumusan masalah sebagai fokus kajian. Dilanjutkan dengan batasan masalah sebagai ruang lingkup dari kajian ini, tujuan kajian dan manfaat kajian.

Bab II Tinjauan Teori

Tinjauan teoritis disajikan dalam bab ini untuk menjawab permasalahan, pustaka yang digunakan berasal dari buku, kajian teoritis dan artikel terkait. Tinjauan tersebut

antara lain mengenai pedoman desain *hospice*, pedoman perawatan paliatif, gangguan pada pasien anak penderita kanker, dan kajian komparasi bangunan sejenis.

Bab III Metode Penelitian

Tahap penelitian pada skripsi ini akan dijelaskan metode yang akan digunakan, dimulai dengan tahap metode umum penulisan dan tahapan kajian penelitian.

Bab IV Hasil dan Pembahasan

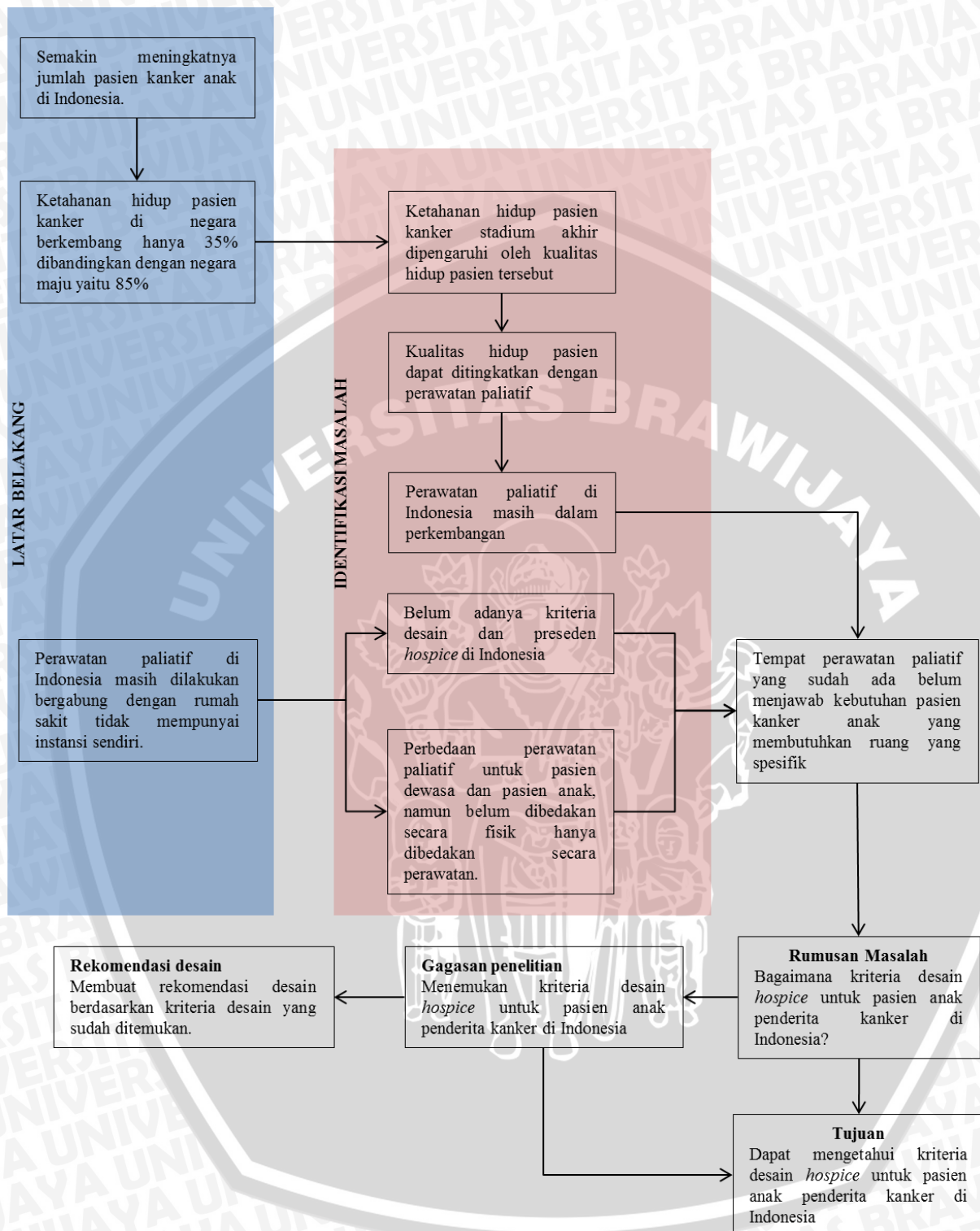
Pada bab ini merupakan hasil dari analisis dari tinjauan umum yang dikaitkan dengan tinjauan khusus. Kemudian disintesa agar menghasilkan tujuan yang diinginkan yaitu kriteria desain pada *hospice*. Dilengkapi dengan rekomendasi desain sebagai jawaban dari permasalahan yang ada.

Bab V Penutup

Berisi kesimpulan mengenai pembahasan bab sebelumnya dan tindak lanjut berupa saran-saran.



1.8 Kerangka Pemikiran



Gambar 1.1 Diagram Kerangka Pemikiran