

2. KAJIAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Okupasi

Terapi okupasi ini juga termasuk sebagai terapi psikoterapi suportif. Didalam psikoterapi suportif, pasien diberikan katarsis (mengutarakan isi hati pasien), peruasif, sugesti, penjaminan kembali, bimbingan, konseling, kerja-kasus sosial, terapi kerja (latihan kerja agar memiliki keterampilan dan modal kerja), dan narkoterapi (Willy & Albert 22). “Terapi Okupasi (*Occupational Therapy*) adalah suatu ilmu dan seni dalam mengarahkan partisipasi seseorang untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang telah ditentukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, dan meningkatkan kemampuan dan mempermudah belajar keahlian atau fungsi yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan, juga untuk meningkatkan produktivitas, mengurangi atau memperbaiki ketidak-normalan (kecacatan), serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Dari beberapa definisi di atas, maka dapat disimpulkan definisi terapi okupasi dalam 3 (tiga) aspek berikut:

a. Pengertian Terapi Okupasi Secara Umum:

Terapi okupasi adalah ilmu dan seni untuk mengarahkan seseorang partisipasi dalam melaksanakan suatu aktivitas/kegiatan/ pekerjaan terpilih yang telah ditentukan, terorganisir dan memiliki nilai, agar pasien/ anak dapat mengembangkan potensinya semaksimal mungkin.

b. Pengertian Terapi Okupasi Secara Medis:

Terapi okupasi adalah prosedur rehabilitasi yang di dalam aturan medis sebagai suatu upaya pemulihan/ penyembuhan atau pengobatan yang bertujuan untuk memperbaiki otot-otot secara fisik, pekerjaan membuat seseorang akan menggerakkan seluruh otot tubuhnya, sehingga tubuhnya akan tetap sehat, mengurangi atau memperbaiki ketidak-normalan (kecacatan), serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

c. Pengertian Terapi Okupasi Secara Edukatif

Terapi okupasi adalah ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu tugas aktivitas/ kegiatan atau pekerjaan terpilih

yang telah ditentukan dengan maksud mempermudah belajar fungsi dan keahlian yang dibutuhkan, dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungannya dalam kehidupan sehari-hari, secara mandiri dan tidak tergantung pada pertolongan orang lain. (Budiman 2)

d. Prinsip Dasar :

Pasien tidak merasa dipaksa, tetapi memahami aktivitas/ kegiatan atau pekerjaan ini sebagai suatu kebutuhan dan akhir suatu keahlian yang dapat dijadikan bekal hidup. Pada terapi okupasi, pasien/ anak tidak sadar bahwa pasien sedang melakukan aktivitas/ kegiatan atau pekerjaan untuk suatu tujuan, karena dilakukan dengan cara yang menyenangkan, bermain sambil belajar. (Maramis, W. F. & Maramis, A.A. 25)

e. Jenis-Jenis Okupasi (Aktivitas)

Menurut Muhaj, aktivitas yang digunakan dalam terapi okupasi, sangat dipengaruhi oleh konteks terapi secara keseluruhan, lingkungan, sumber yang tersedia, dan juga oleh kemampuan si terapi sendiri (pengetahuan, keterampilan, minat dan kreativitasnya).

Lebih lanjut Muhaj mengungkapkan jenis aktivitas (okupasi) dalam terapi okupasi, adalah:

- Latihan gerak badan
- Olahraga
- Permainan
- Kerajinan tangan
- Kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi
- Pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari)
- Praktik pre-vokasional
- Seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain)
- Rekreasi (tamasya, nonton bioskop/drama, pesta ulang tahun dan lain-lain)
- Diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan).
- Dan lain sebagainya.

f. Karakteristik Okupasi (Aktivitas)

Aktivitas dalam terapi okupasi adalah segala macam aktivitas yang dapat menyibukan seseorang secara produktif yaitu sebagai suatu media untuk belajar dan berkembang, sekaligus sebagai sumber kepuasan emosional maupun fisik. (Riyadi 40-45). Oleh karena itu setiap aktivitas yang digunakan dalam okupasi terapi harus mempunyai karakteristik sebagai berikut :

1. Setiap gerakan harus mempunyai alasan dan tujuan terapi yang jelas. Jadi bukan hanya sekedar menyibukan pasien
2. Mempunyai arti tertentu bagi pasien, artinya dikenal oleh atau ada hubungannya dengan pasien.
3. Pasien harus mengerti tujuan mengerjakan kegiatan tersebut, dan apa kegunaannya terhadap upaya penyembuhan penyakitnya.
4. Harus dapat melibatkan pasien secara aktif walaupun minimal.
5. Dapat mencegah lebih beratnya kecacatan atau kondisi pasien, bahkan harus dapat meningkatkan atau setidaknya tidak memelihara kondisinya.
6. Harus dapat memberi dorongan agar si pasien mau berlatih lebih giat sehingga dapat mandiri.
7. Harus sesuai dengan minat, atau setidaknya tidak dibenci olehnya.
8. Harus dapat dimodifikasi untuk tujuan peningkatan atau penyesuaian dengan kemampuan pasien/ anak.

2.2. Golongan Pasien Gangguan Jiwa

Pada dasarnya penggolongan bagi penyakit jiwa ada 2:

1. Psikosis / Tsikosa

Suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan (*sense of reality*). Hal ini diketahui dengan terganggunya pada hidup perasaan (efek dan emosi), proses berpikir, psikomotorik dan kemauan, sedemikian rupa sehingga semua ini tidak sesuai dengan kenyataan lagi. Penderita tidak dapat "mengerti" dan tidak dapat merasakan sebagaimana lagi oleh orang normal, karena itu orang awampun dapat mengatakan bahwa orang tersebut "gila". Penderita sendiri juga tidak memahami penyakitnya, penderita tidak merasa sakit.

Keadaan ini dapat digambarkan dengan cara lain yaitu sebagai berikut : psikosa ialah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab

organik ataupun emosional (fungsional) dan yang menunjukkan gangguan kemampuan berpikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan itu, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu. (Willy & Albert 67)

2. Neorotik / Nerosa

Gangguan Neorotik dalam sejarahnya diidentifikasi oleh Sigmud Freud, ada 3 (Willy & Albert 68):

- a. Fobia yang oleh Freud disebut sebagai *hysteria anxietas* dan ditandai oleh ketakutan yang tidak masuk akal terhadap benda atau situasi biasa
- b. Konversi atau *hysteria konvensi*, dengan ciri-ciri hilangnya fungsi pada bagian tubuh yang tidak berkaitan dengan gangguan anatomik atau fisiologis
- c. Neorosis obsesif-kompulsif yang dicirikan adanya pikiran yang berulang kali datang dan mengganggu dan dorongan yang tak tertahankan untuk melakukan ritual, berulang dan tidak bermakna.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa dengan gejala utama berupa waham (keyakinan salah dan tak dapat dikoreksi) dan halusinasi (seperti mendengar dan melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada). Skizofrenia adalah juga penyakit yang mempengaruhi wicara serta perilaku. Seseorang yang menderita skizofrenia mungkin mengaku bahwa diri mereka adalah 'orang besar'. Mereka tak berdaya menghadapi kenyataan hidup karena pikiran dan perasaan mereka dipenuhi oleh waham dan halusinasi yang membuat diri mereka melambung dan sekaligus terhempas. Banyak orang yang menderita penyakit ini mengalami kesulitan dalam pekerjaan, bahkan untuk merawat dirinya sendiri,, sehingga penderita ini membutuhkan orang lain untuk membantu dirinya dapat bertahan. Ada 5 jenis skizofrenia (Willy & Albert 32-33) :

1. Skizofrenia Paranoid

Memiliki waham yang primer disertai waham-waham sekunder dan halusinasi. Beberapa penelitian juga terjadi gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering dimulai pada umur 30 tahun. Mereka mudah tersinggung , suka menyendiri dan agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah : gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depresionalisasi atau *double personality*. Waham dan halusinasi terjadi banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbul pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik. Stupor katatonik adalah penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Gaduh-gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita ini akan terus berbicara dan bergerak, tidak dapat tidur, tidak makan hingga minum.

4. Skizofrenia Simplex

Kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Pasien yang mengalami gangguan ini biasanya akan menarik diri dari keluarga, lingkungan, mundur dari pekerjaan dan menjadi pengangguran. Golongan ini harus ditolong jika tidak akan menjadi pengemis, pelacur atau penjahat.

5. Skizofrenia Residual

Keadaan kronis dari skizofrenia, terjadi gejala negatif seperti kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

2.3. Standar Teknis Sarana Rumah Sakit

1. Lokasi dan Luasan Bangunan Rumah Sakit Umum

Menurut Permenkes no 147/2010, ada persyaratan luas tanah minimal yang dibutuhkan untuk mendirikan rumah sakit di Indonesia. Secara umum lokasi rumah sakit hendaknya mudah dijangkau oleh masyarakat, bebas dari pencemaran, banjir, dan tidak berdekatan dengan rel kereta api, tempat bongkar muat barang, tempat bermain anak, pabrik industri, dan limbah pabrik. Memiliki

luas bangunan minimal 5000 m² untuk rumah sakit umum dengan minimal 100 tempat tidur dan 1250 m² untuk rumah sakit khusus dengan minimal 25 tempat tidur. Selain itu, menurut peraturan sebelumnya, syarat luas tanah dan bangunan menurut SK. Dirjen Yanmed no: HK.00.06.3.5.5797 tanggal 17 April 1998, luas lahan untuk bangunan tidak bertingkat minimal 1,5 kali luas bangunan. Luas lahan untuk bangunan bertingkat minimal 2 kali luas bangunan lantai dasar. Luas bangunan disesuaikan dengan jumlah tempat tidur dan klasifikasi rumah sakit. Bangunan minimal adalah 50 m² per tempat tidur. Perbandingan jumlah tempat tidur dengan luas lantai untuk ruang perawatan dan ruang isolasi adalah (PERMENKES 15):

- a. Ruang bayi : ruang perawatan minimal 2 meter/tempat tidur, ruang isolasi minimal 3,5 m²/tempat tidur.
- b. Ruang dewasa/anak : Ruang perawatan minimal 4,5 m²/tempat tidur, Ruang isolasi minimal 6 m²/tempat tidur.
- c. Persyaratan luas ruangan sebaiknya berukuran minimal : ruang periksa 3x3m², ruang tindakan 3x4 m², ruang tunggu 6x6 m², ruang utility 3x3 m².

Ruang bangunan yang digunakan untuk ruang perawatan mempunyai (PERMENKES 16) :

- a. Rasio tempat tidur dengan kamar mandi 10 Tempat Tidur (TT)
- b. Bebas serangga dan tikus.
- c. Kadar debu maksimal 150 ug/m³ udara dalam pengukuran rata-rata 24 jam.
- d. Tidak berbau (terutama H₂S dan atau NH₃).
- e. Pencahayaan 100-200 lux.
- f. Suhu 26-27 derajat Celcius (dengan AC) atau suhu kamar (tanpa AC) dengan sirkulasi udara yang baik.
- g. Kelembaban 40-50% (dengan AC) kelembaban udara ambient (tanpa AC).
- h. Kebisingan <45 dBA.

2. Lantai

- a. Lantai ruangan dari bahan yang kuat, kedap air, rata, tidak licin dan mudah dibersihkan dan berwarna terang.
- b. Lantai WC/kamar mandi dari bahan yang kuat, kedap air, tidak licin, mudah dibersihkan mempunyai kemiringan yang cukup dan tidak ada genangan air.

- c. Khusus ruang operasi lantai rata, tidak mempunyai pori atau lubang untuk berkembang biaknya bakteri, menggunakan bahan Vynil anti elektrostatis dan tidak mudah terbakar (PERMENKES 16).

3. Dinding

Mengacu pada Kepmenkes No.1204 TH 2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit:

- a. Dinding berwarna terang, rata, cat tidak luntur dan tidak mengandung logam berat.
- b. Sudut dinding dengan dinding, dinding dengan langit-langit, membentuk konus (tidak membentuk siku) seperti bangunan Belanda di Indonesia.
- c. Dinding kamar mandi/WC dari bahan yang kuat dan kedap air.
- d. Permukaan dinding keramik rata, rapi, sisa permukaan keramik dibagi sama ke kanan dan ke kiri.
- e. Khusus ruang radiologi dinding harus dilapis Pb minimal 2mm atau setara dinding bata ketebalan 30 cm serta dilengkapi jendela kaca anti radiasi.
- f. Dinding ruang laboratorium dibuat dari porselin atau keramik setinggi 1,5 meter dari lantai (PERMENKES 17).

4. Pintu dan Jendela

- a. Pintu harus cukup tinggi minimal 270 cm dan lebar minimal 120 cm.
- b. Pintu dapat dibuka dari luar.
- c. Khusus pintu darurat menggunakan pegangan panik (*Panic Handle*), penutup pintu otomatis (*automatic door closer*) dan membuka ke arah tangga darurat/ arah evakuasi dengan bahan tahan api minimal 2 jam.
- d. Ambang bawah jendela minimal 1 m dari lantai.
- e. Khusus jendela yang berhubungan langsung keluar memakai jeruji.
- f. Khusus ruang operasi, pintu terdiri dari dua daun, mudah dibuka tetapi harus dapat menutup sendiri (dipasang penutup pintu) *door close*.
- g. Khusus ruang radiologi, pintu terdiri dari dua daun pintu dan dilapis Pb minimal 2mm atau setara dinding bata ketebalan 30cm dilengkapi dengan lampu merah tanda bahaya radiasi serta dilengkapi jendela kaca anti radiasi (PERMENKES 17).

5. Plafon

- a. Rangka plafon kuat anti rayap.
- b. Permukaan plafon berwarna terang, mudah dibersihkan tidak menggunakan bahan asbes.
- c. Langit-langit dengan ketinggian minimal 2,8 meter dari lantai
- d. Menggunakan cat anti jamur.
- e. khusus ruang operasi, harus disediakan gelagar (gantungan) lampu bedah dengan profil baja double INP 20 yang dipasang sebelum pemasangan langit-langit (PERMENKES 17).

6. Ventilasi

- a. Pemasangan ventilasi alami dapat memberikan sirkulasi udara yang cukup, luas minimal 15% dari luas lantai.
- b. Ventilasi mekanik disesuaikan dengan peruntukan ruangan, untuk operasi kombinasi antar fan, exhauster dan air conditioner harus dapat memberikan sirkulasi udara dengan tekanan positif.
- c. Ventilasi AC dilengkapi dengan filter bakteri (PERMENKES, 18).

7. Atap

- a. Atap kuat, tidak bocor, tidak menjadi rumah serangga, tikus dan binatang pengganggu lain.
- b. Atap dengan ketinggian lebih dari 10 meter harus menggunakan penangkal petir (PERMENKES 18).

8. Sanitasi

- a. Closet, urinoir, wastafel dan bak mandi dari bahan kualitas baik, utuh dan tidak cacat, serta mudah dibersihkan.
- b. Urinoir dipasang/ditempel pada dinding, kuat, berfungsi dengan baik.
- c. Wastafel dipasang rata, tegak lurus dinding, kuat, tidak menimbulkan bau, dilengkapi desinfektan dan dilengkapi tisu yang dapat dibuang (*disposable tissues*).
- d. Bak mandi tidak berujung lancip, tidak menjadi sarang nyamuk dan mudah dibersihkan.
- e. Indek perbandingan jumlah tempat tidur pasien dengan jumlah toilet dan kamar mandi 10:1.

- f. Indek perbandingan jumlah pekerja dengan jumlah toilet dan kamar mandi 20:1
- g. Air untuk keperluan sanitasi seperti mandi, cuci, urinoir, wastafel, closet, keluar dengan lancar dan jumlahnya cukup (PERMENKES 18).

9. Air Bersih

- a. Kapasitas *reservoir* sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (250 – 500 liter/tempat tidur).
- b. Sistem penyediaan air bersih menggunakan jaringan PAM atau sumur dalam (artesis).
- c. Air bersih dilakukan pemeriksaan fisik, kimia dan biologi setiap 6 bulan sekali.
- d. Sumber air bersih dimungkinkan dapat digunakan sebagai sumber air dalam penanggulangan kebakaran (PERMENKES 19).

10. Pemipaan (*Plumbing*)

- a. Sistem pemipaan menggunakan kode warna : biru untuk pemipaan air bersih dan merah untuk pemipaan kebakaran.
- b. Pipa air bersih tidak boleh bersilangan dengan pipa air kotor.
- c. Instalasi pemipaan tidak boleh berdekatan atau berdampingan dengan instalasi listrik (PERMENKES 19).

11. Saluran Drainase

- a. Saluran keliling bangunan *drainase* dari bahan yang kuat, kedap air dan berkualitas baik dengan dasar mempunyai kemiringan yang cukup ke arah aliran pembuangan.

Saluran air hujan tertutup, dilengkapi bak kontrol dalam jarak tertentu, dan di tiap sudut pertemuan, bak kontrol dilengkapi penutup yang mudah di buka/ditutup memenuhi syarat teknis, serta berfungsi dengan baik (PERMENKES 19).

12. Jalur yang Melandai / Lereng(RAMP)

- a. Kemiringan rata-rata 10 - 15 derajat
- b. Ramp untuk evakuasi harus satu arah dengan lebar minimum 140cm, khusus ramp koridor dapat dibuat dua arah dengan lebar minimal 240 cm, kedua ramp tersebut dilengkapi pegangan rambatan, kuat, ketinggian 80 cm.

- c. Area awal dan akhir ramp harus bebas dan datar, mudah untuk berputar, tidak licin.

Setiap ramp dilengkapi lampu penerangan darurat, khusus ramp evakuasi dilengkapi dengan *pressure fan* untuk membuat tekanan udara positif. (PERMENKES 20)

13. Tangga

- a. Lebar tangga minimum 120 cm jalan searah dan 160 cm jalan dua arah.
 - b. Lebar injakan minimum 28cm.
 - c. Tinggi injakan maksimal 21cm.
 - d. Tidak berbentuk bulat/spiral.
 - e. Memiliki dimensi pijakan dan tanjakan yang seragam.
 - f. Memiliki kemiringan injakan < 90 derajat.
 - g. Dilengkapi pegangan, minimum pada salah satu sisinya. pegangan rambat mudah dipegang, ketinggian 60 – 80 cm dari lantai, bebas dari segala instalasi
 - h. Tangga bangunan dirancang ada penutup tidak kena air hujan.
- (PERMENKES 20)

14. Jalur Pejalan Kaki (*Pedestrian Track*)

- a. Tersedia jalur kursi roda dengan permukaan keras/stabil, kuat dan tidak licin.
- b. Hindari sambungan atau gundukan permukaan.
- c. Kemiringan 7 derajat, setiap jarak 9 meter ada border.
- d. *Drainase* searah jalur.
- e. Ukuran minimal 120 cm (jalur searah), 160 (jalur dua arah).
- f. Tepi jalur pengaman. (PERMENKES 20)

15. Pemandangan (*Landscape*)

- a. Akses jalan harus lancar dengan rambu-rambu yang jelas.
- b. Saluran pembuangan yang melewati jalan harus tertutup dengan baik dan tidak menimbulkan bau.
- c. Tanaman tertata dengan baik dan tidak menutupi rambu yang ada.
- d. Harus tersedia *Public Corner/ Ruang publik*.
- e. Pintu gerbang dilengkapi gardu jaga.

- f. Papan nama rumah sakit dibuat rapi, jelas, kuat dan mudah dibaca umum, terpampang di bagian depan rumah sakit.
- g. Tanaman dapat memberikan kesejukan bagi pasien (perindangan) (PERMENKES 21).

16. Jalur Evakuasi Bencana

- a. Harus dilengkapi peta jalur evakuasi.
- b. Disediakan rambu-rambu jalur evakuasi.
- c. Memiliki sistem tanggap darurat bencana seperti; bencana kebakaran dilengkapi APAR, dll.
- d. Disetiap ruangan disediakan prosedur tetap (PROTAP) penanganan kegawat daruratan bencana (PERMENKES 21).

2.2. Panduan Teknis Sarana Rumah Sakit Jiwa (Internasional)

Panduan desain dikembangkan oleh pemerintahan US (standarisasi fasilitas kesehatan mental) sebagai alat desain untuk membantu staf kesehatan mental dan tim desain dalam lebih memahami pilihan yang dibutuhkan. Serta untuk membantu desainer memahami kebutuhan fungsional yang diperlukan untuk operasi yang tepat dari pusat dan klinik dimana pelayanan kesehatan mental yang disediakan. Pemerintah US memberikan prinsip untuk membuat layanan kesehatan mental yang ditulis dalam buku panduan (Affair & Management 5-6) yaitu:

1. Prinsip 1 : Pelayanan kesehatan mental harus berorientasi pada pemulihan
 - a. *Patient and family-centered.*
 - b. *Rehabilitation/recovery-focused.*
 - c. *Evidence-based.*
 - d. *Emphasis on community reintegration.*
2. Prinsip 2 : Pelayanan kesehatan mental harus disediakan dalam lingkungan terapi yang memperkaya
 - a. *Home-like.*
 - b. *Familiarity.*
 - c. *Visual and physical access to nature to promote healing.*
 - d. *Patient autonomy, respect, and privacy.*
3. Prinsip 3 : Layanan kesehatan mental harus menyediakan tempat dan lingkungan yang aman

- a. Minimalkan potensi bahaya fisik.
 - b. Meningkatkan visibilitas staf dan keterlibatan dengan pasien.
 - c. Penggunaan bahan, perabot, dan perlengkapan yang kuat.
 - d. Memasukkan keselamatan-mempromosikan teknologi (misalnya, tekanan pribadi alarm, alarm tekanan sensitif pintu kepala).
4. Prinsip 4 : Layanan kesehatan mental harus diintegrasikan dan dikoordinasikan
- a. *Promote collaboration among care providers*
 - b. *To the largest extent practical, treat the patient for multiple diagnosis*
 - c. *in the same setting*
 - d. *Use of technologies to promote continuity of care*
5. Prinsip 5 : Pelayanan kesehatan mental harus disediakan dalam pengaturan yang baik dan dapat menampung berbagai macam populasi pasien dan kebutuhan perawatan
- a. Menyediakan akomodasi yang sesuai untuk kelompok pasien tertentu.
 - b. Mempromosikan keamanan dan privasi.
 - c. Menyediakan pemisahan dalam unit rawat inap atau menyediakan unit yang berbeda jika dibutuhkan.

Rekomendasi sebuah desain pelayanan kesehatan mental, fasilitas tersebut harus memiliki fleksibilitas, efisiensi, melihat kebutuhan pasien dan mengurangi resiko-resiko.

1. Fleksibilitas

Desain fasilitas kesehatan mental perlu untuk merespon perubahan beban kerja, tujuan perawatan dan teknologi. Area yang disediakan harus dirancang secara universal untuk mengakomodasi berbagai fungsi yang terkait. Mengakomodasi berbagai fungsi dan kemungkinan terjadi perubahan.

2. Efisiensi

Area pendukung seperti *storage* dan ruang serbaguna, harus didesain untuk bisa digunakan bersama. Meminimalkan jarak perjalanan pada staf untuk mengakses kamar pasien. Meletakkan hal yang paling sering diakses di tengah.

3. Kebutuhan pasien

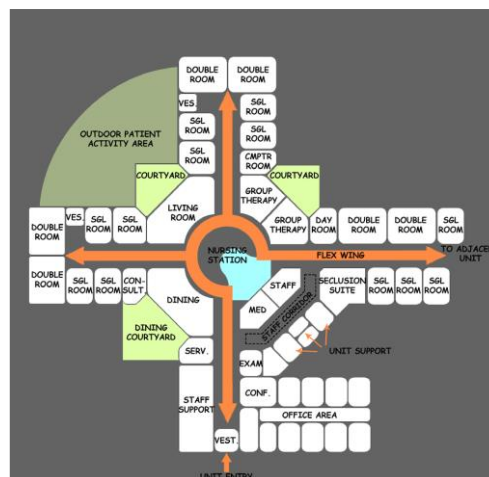
Perencanaan yang tepat dan desain harus menarik bagi membangkitkan semangat dan kepekaan dari pasien dan pelayanan. Masyarakat harus dapat

mendorong dan berpartisipasi. Fasilitas kesehatan mental harus menciptakan lingkungan yang membawa penyembuhan dari bangunan itu sendiri, pengaturan terapi dan proses.

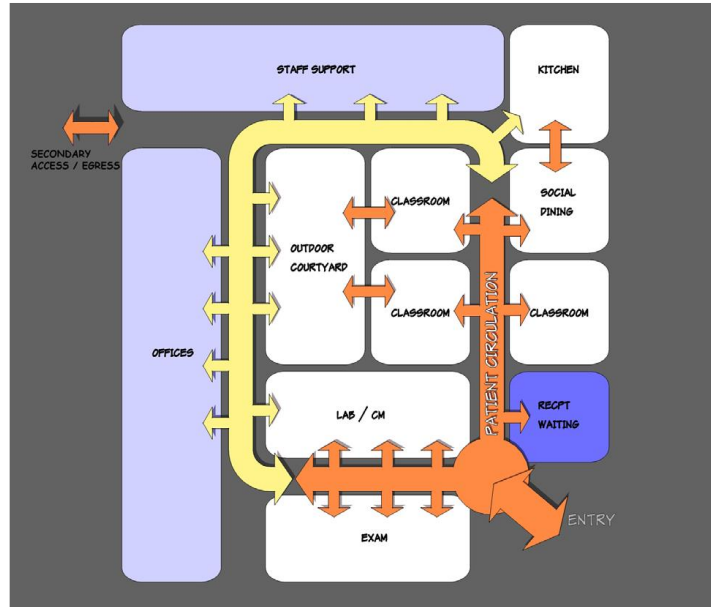
4. Pengurangan resiko

Peletakan peralatan dan teknologi harus diperhatikan khusus agar pasien tidak memakai alat tersebut untuk melukai dan merusaknya. Sehingga untuk teknologi harus diletakan pada area tertentu dan dikunci. Menghilangkan unsur bukaan seperti balkon dan sebagainya yang dapat memungkinkan pasien keluar. Memperhatikan pula kamar pasien dan area-area tertentu dimana pasien sendirian dan dapat membahayakan dirinya dan keluar ruangan. Mengontrol kebisingan sangat diperlukan agar pasien tetap tenang.

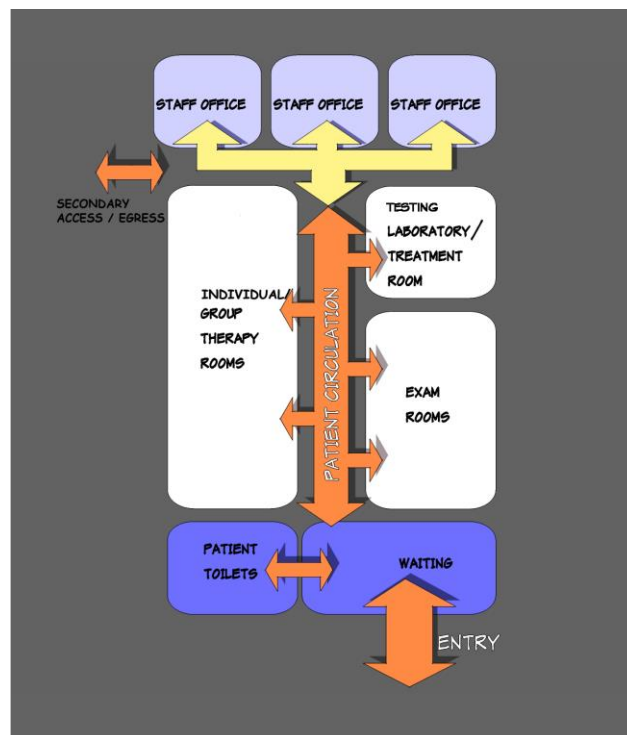
Dalam bukunya yang berjudul *Environmtmen and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design* (Karlin, 1), konsep desain untuk tata letak harus bergabung menjadi satu dan memusat sehingga memudahkan pengawasan. Menyediakan akses visual dan fisik terhadap alam secara langsung. Memperhatikan cahaya yang masuk kedalam ruangan. Memisahkan kelompok-kelompok ruang pasien dalam beberapa sub-kelompok. Ruang keperawatan harus dapat berbaaur dengan lingkungan terapi, memiliki visibilitas langsung ke berbagai area pasien. Adanya *signage* yang cukup bagi para keluarga yang ingin berkunjung.



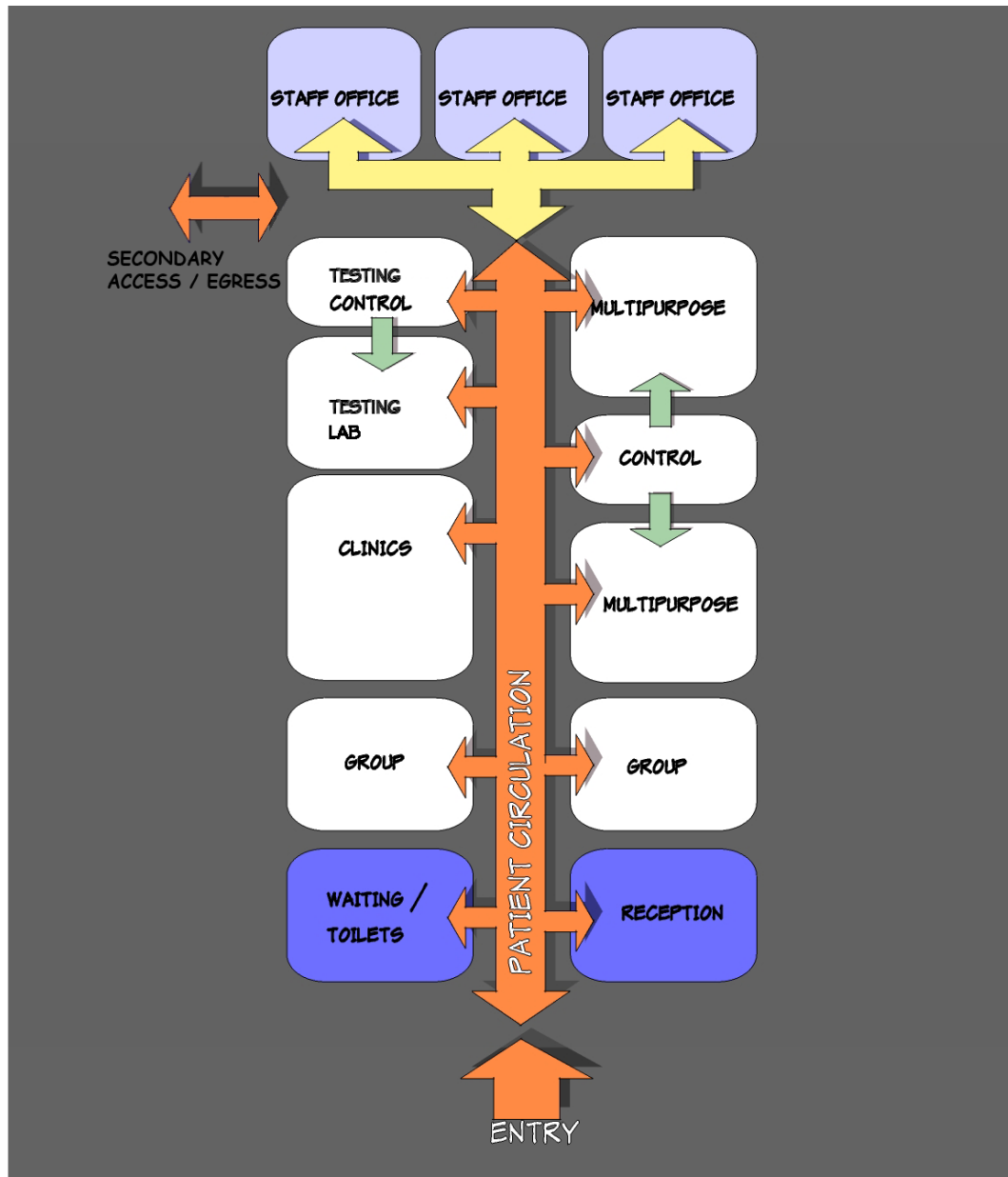
Gambar 2.1. Contoh Tata Letak Perancangan Pelayanan Kesehatan Mental
Sumber : Affair & Management (2010, p. 55)



Gambar 2.2. Contoh Tata Letak Perancangan Pelayanan Kesehatan Mental Lainnya yang Memutar
Sumber : Affair & Management (2010, p. 55)



Gambar 2.3. Contoh Tata Letak Perancangan Pelayanan Kesehatan Mental untuk Terapi Group (kelas-kelas) Berbentuk Linear
Sumber : Affair & Management (2010, p. 57)



Gambar 2.4. Contoh Tata Letak Perancangan Pelayanan Kesehatan Mental Lainnya yang Linear
Sumber : Affair & Management (2010, p. 57)

2.4. Interior dan Penunjangnya

Fasilitas rumah sakit merupakan fasilitas umum yang ditujukan anak-anak hingga dewasa sampai orang tua yang berkunjung dengan frekuensi berulang-ulang atau berdurasi waktu relatif pendek di ruang periksa, durasi waktu lebih panjang di ruang tunggu dan relatif cukup panjang di ruang inap. Persyaratan ruang-ruang yang dibutuhkan untuk fasilitas kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Ruang Tunggu (*lobby*)

Ruang tunggu harus cukup besar karena dikunjungi banyak orang mulai dari menunggu untuk bertanya di informasi, menjenguk dan melakukan pembayaran. Ruang tunggu harus dilengkapi dengan sebuah meja informasi, meja dan kursi untuk pengunjung. Interior pada ruangan ini sangat diperlukan karena pengunjung akan lebih memusatkan perhatiannya pada sekelilingnya. Serta memberikan fasilitas tunggu agar pengunjung tidak bosan, seperti TV, majalah, lukisan dan sebagainya. Pemilihan material perabot juga sangat penting.

Ruang tunggu merupakan tempat publik yang menampung semua pengunjung sehingga material yang digunakan aman bagi pengunjung dan mudah untuk dibersihkan (Saraswati 114).

Pada ruang tunggu biasanya terdapat area resepsionis dan administrasi yang memberikan berbagai informasi mengenai fasilitas apa saja yang terdapat di rumah sakit tersebut, seperti jadwal praktek dokter, informasi mengenai ruangan, dan lain-lain (Saraswati 115).

Ruang tunggu merupakan ruangan publik tetapi ada aktifitas yang membutuhkan privasi atau kerahasiaan. Pasien tidak ingin mendengar informasi rahasia tentang pasien yang lain atau informasinya sendiri, sehingga penempatan duduk antara ruang tunggu dirancang untuk tidak berdekatan. Salah satu solusinya tempat duduk sofa menggunakan yang berbentuk “U” agar samping kanan dan kiri terdapat pembatas yang mendukung privasi pasien (Saraswati 116).

2. Unit Rawat Jalan

Unit ini bersifat poliklinik dengan memberikan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat dengan orientasi waktu jangka pendek antara lain ruang praktek dokter yang berfungsi sebagai pusat rawat jalan, selain itu sebagai tempat praktek yang berfungsi melayani kesehatan jiwa masyarakat luas. Fasilitas penunjang yang lain tersedianya apotek sebagai tempat membeli obat. Perabot yang harus ada di dalamnya adalah meja dan kursi untuk dokter, kursi untuk pasien dan pendampingnya serta tempat tidur untuk pemeriksaan dan lemari sebagai tempat penyimpanan dokumen penting pasien (Saraswati 116).

3. Unit Tinggal Pasien

Pada bagian unit ini pada dasarnya dibagi menjadi 4 bagian besar (Saraswati 117-119):

a. Unit Tinggal Pasien Gelisah

Unit ini ditempati oleh pasien yang mengalami “kumat” gangguan jiwanya sehingga memerlukan penanganan yang intensif dan serius. Perabot yang dibutuhkan pada ruangan ini adalah tempat tidur dan lemari pakaian.

b. Unit Tinggal Pasien Tenang

Unit ini memerlukan ketenangan tinggi sehingga penempatan ruang atau bangunan berada di tempat zona yang memiliki ketenangan tinggi. Perabot yang dibutuhkan adalah tempat tidur, lemari pakaian, dan kursi.

c. Unit Rehabilitasi

Unit ini tidak membutuhkan ketenangan yang cukup tinggi. Ruangan pada unit rehabilitasi sama seperti rumah sakit umum yaitu ditata secara linear dengan beberapa ruang suster sebagai ruang kontrol. Pada ruangan ini membutuhkan perabot seperti tempat tidur dan lemari pakaian.

d. Unit Rehabilitasi dan Sosialisasi

Unit ini merupakan unit penunjang medis yang dikhususkan bagi unit pasien rehabilitasi dengan orientasi perawatan ektramural. Selain itu juga terdapat pelayanan kesehatan berupa terapi yang ikut menunjang proses pengembalian pasien ke masyarakat. Pada kelompok ruangan ini terdapat fasilitas penginapan bagi pasien yang ditujukan untuk menghapus kesan rumah sakit jiwa adalah “rumah untuk orang gila”, selain itu juga menunjang kelanjutan proses penyembuhan ektramural, dimana pihak keluarga juga ikut belajar cara perawatan pasien pasca-hospitalisasi. Perabot yang dibutuhkan adalah tempat tidur pasien, keluarganya, sofa, meja dan lemari.

4. Lorong / Jalan

Lorong diberikan aplikasi dekoratif pada dinding, menimbulkan estetika dan pengguna tidak merasakan bosan maupun tertekan. Pada lantai diberikan tanda yang dapat dimengerti oleh pasien sebagai alur yang harus dilewati.

5. Gudang

Rumah sakit harus mempunyai gudang yang digunakan untuk menyimpan barang yang tidak terpakai, formulir administrasi dan alat tulis, dan layanan yang sudah tidak terpakai atau peralatan yang tidak terpakai kembali.

6. Dapur

Menyediakan makanan dan minuman yang dianjurkan dokter untuk pasien yang sedang ditanganinya. Makanan dan minuman yang disediakan juga disesuaikan kondisi penyakit pasien dan sudah terjamin kebersihan.

7. Cafeteria

Layanan yang ditunjukkan untuk pengunjung rumah sakit maupun keluarga pasien. Menjual berbagai makanan berat maupun ringan.

2.4.1. Elemen-elemen Pengisi Ruang

Aspek-aspek dari elemen-elemen fisik tata ruang dalam bisa membantu fungsi pengawasan tersebut, di sini bisa membantu mencegah terjadinya hal yang membahayakan pasien atau antar pasien. Beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu (Rifqi, A. A., Handajani, R. P., & Sujudwijono, N. 3):

1. Pengawasan oleh perawat dengan menempatkan perawat yang strategis. Penyusunan organisasi ruang diusahakan perawat bisa mengawasi dengan jelas semua ruang dari tempat duduknya. Konsekuensinya ada perubahan rancangan denah dan organisasi ruang.
2. Bila perabot/*furniture* tidak sedang digunakan, terutama di ruang makan, maka diusahakan disingkirkan atau ditaruh merapat dinding agar jalur sirkulasi lebih lebar, untuk menghindari pasien saling bersenggolan.

Tabel 2.1. Tabel Komparasi Kriteria Material Elemen Ruang

Elemen ruang	Desain		Kesimpulan
	Sarawswati & Haryansah (2003)	Depkes RI (2009), Puji (2012)	
Plafon	Plafon yang tinggi		Plafon yang tinggi
Dinding	Dinding berkesan tenang		Dinding berkesan tenang
Lantai	Lantai tidak licin		Lantai tidak licin
Prabot	Desain tidak tajam, tidak memiliki sudut lancip	Meja/perabot permanen dan tidak menggunakan sudut lancip	Tidak memiliki bentuk tajam, permanen

Tabel 2.1. Tabel Komparasi Kriteria Elemen Ruang

Pintu	Menggunakan pintu sorong	Pintu kamar pasien terbuka kearah luar	Pintu aman dapat menggunakan jenis pintu sorong, pintu terbuka kearah luar
Jendela	Jendela lebar dengan teralis	Daun jendela terbuka kearah luar	Jendela lebar, terbuka kearah luar

Sumber : Saraswati & Haryangsah (2003,p.53)

Tabel 2.2. Tabel Komparasi Kriteria Material Elemen Ruang

Elemen ruang	Desain		Kesimpulan
	Sarawswati & Haryansah (2003)	Depkes RI (2009), Puji (2012, p.10-20)	
Plafon	Material yang kuat	Menggunakan material gypsum	Plafon yang tinggi
Dinding	Dinding berkesan tenang	Partisi menggunakan gypsum	Menggunakan lapisan rata dan lunak, material partisi 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
Pintu	Material tidak mudah rusak dan kuat	Kayu dan rangka metal, material metal	Material kuat, tidak mudah rusak
Prabot		Material tidak mudah rusak dan mudah di bersihkan	Material kuat, mudah di bersihkan
Jendela	Material yang kuat	Terbuat dari material berat	Material kuat

Sumber : Saraswati & Haryangsah (2003,p.56)

Peninggian langit-langit dimungkinkan namun bisa merubah rancangan tampak yang ada, bisa merubah *design* bangunan keseluruhan. 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. Tinjauan mengenai elemen ruang ini bisa didapatkan dari Standar Pelayanan RSJ (Depkes RI, 2009) dan Pedoman Sarana Prasarana Rumah Sakit Jiwa (Puji 10) serta hasil penelitian Saraswati & Haryangsah (55).

2.4.2. Psikologi Interior

Penataan interior dapat mempengaruhi psikologi seseorang. Ada beberapa unsur ruang yang dapat mempengaruhi sisi psikologis, seperti warna, bentuk, garis, tekstur, suara, bau, dan berbagai gambar dan simbol yang memiliki dampak terhadap keadaan emosi, juga karakteristik psikologi manusia. Salah satu aspek desain interior yang dapat mempengaruhi psikologis dan dapat mendukung kesembuhan bagi pasien adalah penggunaan warna pada desain interior itu sendiri. Pada dasarnya setiap warna memiliki potensi untuk memberikan kesan positif maupun negatif kepada pengguna ruang. Yang akan mempengaruhi perilaku pengguna dan juga keadaan psikologis pengguna. (Sari 19)

1. Psikologi Desain Interior Berdasarkan Warna

Warna adalah salah satu yang mampu memberi pengaruh psikologi yang kuat dalam interior. Warna menurut *mood* dapat menciptakan nuansa tersendiri, seperti kesan hangat, dingin, dan netral. Warna merah, kuning dan oranye dapat dikatakan warna yang mampu menaikkan tekanan darah. Warna tersebut akan membuat merasa hangat dan bersemangat. Sedangkan warna biru, hijau, dan ungu dapat meredam suhu ruangan sehingga membuat merasa sejuk dan rileks. Psikologi warna juga bisa dipengaruhi latar belakang budaya dan kebutuhan masing-masing pengunjung. Pada dasarnya ada empat warna dasar psikologis, yaitu merah, biru, kuning dan hijau. Warna-warna itu memberi pengaruh terhadap tubuh, pikiran, emosi dan keseimbangan, warna-warna tersebut antara lain (Sari 21-23):

a. Merah

Merah adalah warna yang kuat dan memiliki panjang gelombang terpanjang, oleh karena itu warna merah akan langsung menjadi perhatian pertama kita. Warna merah murni adalah warna yang paling sederhana, tanpa kehalusan. Hal ini merangsang dan hidup, sangat ramah. Pada saat yang sama, dapat dianggap sebagai penuntut dan agresif.

- 1) Pengaruh positif, antara lain keberanian fisik, kekuatan, kehangatan, energi, kelangsungan hidup dasar, '*fight or flight*', stimulasi, maskulinitas, kegembiraan.
- 2) Pengaruh negatif, antara lain *defiance*, agresi, dampak visual, *sharing*.

b. Biru

Biru adalah warna pikiran dan pada dasarnya menenangkan, dan dapat mempengaruhi mental kita, bukan reaksi fisik kita. Warna biru akan merangsang pemikiran yang jernih dan ringan, lembut serta akan menenangkan pikiran dan membantu konsentrasi. Oleh karena itu biru adalah warna yang tenang dan menenangkan mental.

1) Pengaruh positif:

Kecerdasan, komunikasi, kepercayaan, efisiensi, ketenangan, logika, kesejukan, refleksi, tenang.

2) Pengaruh negatif:

Dingin, sikap acuh tak acuh, kurangnya emosi, kemasaman.

c. Kuning

Panjang gelombang kuning relatif lama dan pada dasarnya dapat lebih merangsang. Dalam hal ini dapat menstimulus emosional, sehingga kuning adalah warna terkuat dalam psikologis. Namun terlalu penuh dalam penerapan warna kuning dapat mempengaruhi emosional, sehingga menimbulkan ketakutan dan kecemasan.

1) Pengaruh positif:

Optimisme, kepercayaan diri, harga diri, extraversion, kekuatan emosional, keramahan, kreativitas.

2) Pengaruh negatif:

rasionalitas, ketakutan, kerapuhan emosional, depresi, kecemasan

d. Hijau

Hijau menyerang mata sedemikian rupa sehingga mata tidak memerlukan penyesuaian apapun dan oleh karena itu hijau memberikan perasaan tenang. Berada di tengah spektrum, hijau adalah warna keseimbangan. Ketika di sekitar kita mengandung banyak warna hijau, ini menunjukkan adanya ketenangan dan keseimbangan.

1) Pengaruh positif:

Keserasian, keseimbangan, penyegaran, cinta universal, istirahat, pemulihan, jaminan, kesadaran lingkungan, keseimbangan, kedamaian.

2) Pengaruh negatif: Kebosanan, stagnasi, blandness, kelelahan.

2. Psikologi Desain Interior Berdasarkan Bentuk

Faktor psikologi penglihatan bisa dilihat dari bentuk bangunan. Bentuk biasanya mewakili apa yang ingin disampaikan. Bentuk umumnya dapat diciptakan oleh garis maupun warna. Bentuk bangunan bisa diklasifikasikan seperti bentuk simetris, asimetris, geometris, dan organik. Garis secara psikologi dapat membangkitkan perasaan yang berbeda, tergantung pada latar belakang mental. Garis horizontal, biasanya akan memberikan ketenangan. Garis vertikal dapat memberikan perasaan stabilitas. Untuk garis vertikal, bisa dilihat pada penerapan bangunan pilar. Selain garis, tekstur juga merupakan teknik desain interior yang bisa membangkitkan perasaan. Tekstur bisa diperoleh dari penggunaan material kayu, batu, bata, atau kain. Material tersebut merupakan elemen dekorasi yang bisa dilihat dan disentuh secara sempurna. Salah satu prinsip dasar penggunaan tekstur adalah berkaitan dengan kesan yang didapat.

Tekstur kasar cenderung membuat objek terlihat berat, sedangkan tekstur halus akan membuatnya terasa lebih ringan. Dengan cara ini, lantai marmer yang dipoles putih akan terasa lebih ringan daripada panel kayu keras. Setelah tekstur, elemen yang harus diperhatikan dalam membangun psikologi sebuah tatanan desain interior adalah suara. (Sari 28)

3. Psikologi Desain Interior Berdasarkan Suara

Jika lokasi berada di lingkungan kota yang selalu bising oleh suara kendaraan bermotor, dapat diatasi dengan menciptakan sebuah taman kecil. Selain sebagai simbol keseimbangan, suara gemericik air yang dihadirkan di dalam taman dapat memberikan efek psikologis yang menenangkan dan mampu melepaskan ketegangan sehingga bisa membuat perasaan menjadi nyaman sekaligus tenang. (Sari 30)

4. Psikologi Desain Interior Berdasarkan Bau atau Penciuman

Keberadaan aroma yang berbeda di ruangan juga bisa memainkan peranan dalam membentuk sikap dan emosional seseorang. Ada berbagai macam aroma berbeda yang bisa memberikan kesan kegembiraan atau sebaliknya. Untuk itu diperlukan perencanaan yang tepat dalam mendesain suatu ruang. (Sari 32)

2.4.3. Pencahayaan Perawatan Kesehatan

Fasilitas perawatan kesehatan menampilkan ruang dimana aspek pencahayaan harus dikontrol dengan baik. Kebanyakan fasilitas perawatan kesehatan membutuhkan pencahayaan konvensional seperti pada pencahayaan kantor, kafetaria, koridor, ruang pertemuan, lobi, ruang tunggu dan ruangan yang lain sama dengan yang ditemukan pada bangunan konvensional. Pencahayaan alami sangat diperlukan juga. Pencahayaan matahari sangat baik pada fasilitas kesehatan untuk beberapa alasan. Selain menghemat energi, keuntungan utamanya adalah untuk memperkuat irama *circadian* (jam biologis manusia), yang telah terbukti membantu proses penyembuhan dan membantu keseluruhan kesehatan dan vitalitas (Karlen 30-35).

1. Pencahayaan Ruang Pasien

Pencahayaan untuk area tempat tidur adalah keputusan yang sangat penting. Seperti pada ruang tamu hotel, suasana residensial juga diinginkan dalam ruangan ini, tapi bentuknya secara signifikan lebih banyak memiliki kegunaan untuk fungsi-fungsi tertentu. Kegiatan yang harus diberi pencahayaan pada ruang tidur pasien meliputi hal-hal berikut (Karlen 36):

1. Pasien harus memperoleh pencahayaan area kerja untuk kegiatan membaca di tempat tidur.
2. Dokter dan perawat harus memperoleh pencahayaan untuk dapat memeriksa pasien.
3. Pasien membutuhkan pencahayaan pada meja rias kamar mandi untuk kegiatan mencukur, merias wajah dan mandi.
4. Pasien membutuhkan pencahayaan pada area bilas atau bak kamar mandi.
5. Petugas kesehatan membutuhkan pencahayaan pada wastafel perawatan dan area kerja lainnya.
6. Tamu harus memperoleh pencahayaan di tempat meja kerja dan membaca.
7. Petugas kesehatan membutuhkan pencahayaan pada malam hari yang memungkinkan akses ke pasien tanpa mengganggu tidurnya.
8. Petugas kesehatan, pasien, dan petugas kebersihan membutuhkan pencahayaan *ambient* untuk keseluruhan ruangan untuk kebersihan dan kenyamanan visual.

2. Pencahayaan Ruang Pemeriksaan

Ruang pemeriksaan biasanya memiliki tempat tidur atau bangku periksa, tergantung pada fasilitas dan jenis praktek kesehatannya. Pencahayaan pada tempat tidur atau bangku periksa tersebut adalah pencahayaan utama dari desain pencahayaannya. Untuk ruang praktek kesehatan umum kegiatan mungkin tidak banyak membutuhkan pencahayaan, kebutuhannya hanya pada tingkat pencahayaan yang lebih rendah. Bagaimanapun, kebanyakan ruang untuk pemeriksaan kesehatan yang memerlukan lebih banyak tingkat pencahayaan, dianjurkan menggunakan tingkat pencahayaan sebesar 100fc atau lebih (Karlen³⁷).

2.4.4. Strategi dalam Sebuah Desain untuk Fasilitas Kesehatan Mental

Mempertimbangkan sebuah strategi dalam menciptakan lingkungan yang mendorong kesehatan dan kesejahteraan dan pasien akan merespon melalui interaksi, pengembangan diri, dan kesembuhannya (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 3).

1. *Transitions*

Batasan ruang personal, adanya kanopi dan sebuah tempat duduk. Area yang memungkinkan sebuah pasien untuk mengalami momen transisi mental kedalam sebuah *public space* dan membuat pilihan mengenai perpindahan ke level sosial yang berbeda (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 3).

2. *Visibility dan Control*

Elemen-elemen yang bukan sebuah ancaman dapat diteruskan ke dalam unit-unit rawat inap, termasuk cahaya alami dan warna yang menenangkan. Bentuk dari tempat perawat yang melengkung membuat para staff atau perawat dapat fleksibel dan mengontrol tetapi bukan untuk menguasai pasien (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 3).

3. *Privacy*

Sebuah produk desain harus melindungi privasi pasien dari ruang publik. Memanfaatkan model desain yang memusat untuk unit bedah medis, lalu lintas operasional dan pendukung untuk penderita dan staf dapat dipisahkan dari koridor pasien (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 4).

4. *Removal of barriers*

Tempat perawat yang semi terbuka dapat mempengaruhi persepsi dari pasien terhadap staff untuk dapat didekati dan mendorong adanya komunikasi. Begitu pula, sangat penting untuk menyeimbangkan privasi antara staff dan pasien (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 4).

5. *Private Room vs. Semi-private Rooms*

Untuk ruang bedah rencananya dipindahkan ke dalam sebuah ruang pasien yang *private*, perdebatan masih ada di dalam perancangan sebuah kesehatan mental dengan membutuhkan keseimbangan privasi, keamanan dan *social support* bagi kesehatan mental pasien (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 4).

6. *Natural Daylight*

Cahaya buatan maupun alami sangat membantu penyembuhan khususnya pada kesehatan mental pasien. Paparan cahaya pada pagi hari lebih efektif dalam mengurangi depresi pasien (Ulrich, p. 77). Level depresi dapat dikurangi dengan adanya paparan cahaya alami. Beberapa studi menunjukkan bahwa cahaya alami dapat mengurangi waktu lamanya pasien tinggal. Disarankan fasilitas kesehatan mental harus dirancang dengan banyaknya cahaya alami yang masuk pada siang hari untuk mengurangi depresi (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 5).

7. *Outdoor Space*

Halaman luar membuat kesempatan bagi pasien untuk menikmati suasana luar dan terlibat dalam kegiatan rekreasi (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 5).

8. *Materials, furnishings, and Artwork*

Perabot yang nyaman dapat membantu mengurangi nuansa kelembagaan fasilitas. Warna yang menenangkan dan material seperti kayu dan karpet dapat menciptakan sebuah atmosfer yang menenangkan untuk pengobatan. Seni natural dapat menjadi jalan untuk mengurangi stress pasien di dalam

lingkungan perawatan kesehatan (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 6).

9. *Patient safety*

Keselamatan pasien tetap menjadi prioritas utama, dan unsur-unsur seperti tinggi langit-langit untuk menghilangkan selundupan dan vandalisme, harus dipertimbangkan dengan cermat dari sebuah pintu ayunan untuk menghilangkan potensi barikade, dan partisi kaca yang tidak mudah pecah merupakan kunci solusinya. Namun, ini dapat diatasi dengan cara yang membuat ruang terasa nyaman dan mencerminkan kepribadian, dengan dinding terisolasi dan langit-langit untuk meningkatkan redaman suara dan ruang terbuka bersama (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 7).

10. *Reducing Patient stress*

Dalam membuat ruangan jangan menambah stress pasien tersebut. Tambahkan sesuatu hal yang membuat pengalihan stress, seperti tanaman, dari segi pencahayaan yang menarik dan penambahan akustik. Dalam mengejar pemulihan, kesehatan mental pasien pertama harus nyaman. Kebisingan, silau, dan kualitas udara adalah di antara banyak variabel lingkungan yang harus dipertimbangkan dalam desain kesehatan fasilitas. Kebisingan meningkatkan stres pasien, menginduksi tekanan darah tinggi dan peningkatan denyut jantung (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 7).

11. *Reducing Caregiver Stress*

Ruang santai staf juga harus diperhatikan dalam segi desain, karena staf yang mengurus pasien dapat terkena dampaknya juga, sehingga dalam desain ruang istirahat staf juga harus nyaman dan menarik agar staf dapat menenangkan pikiran (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 7).

12. *Fostering Social Interaction*

Besar, terbuka, cahaya dapat masuk akan memajukan interaksi antar pasien dan pasien dengan staff. Ruangan yang bundar untuk sesi terapi komunikasi secara berkelompok sangat baik karena terasa mereka menjadi satu

kesatuan dan mengurangi rasa adanya “*leader*” dalam interaksi (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 7).

13. *Designing for psychosocial factors and sensory integration*

Beberapa pasien memiliki sensitifitas yang berbeda ada yang rendah dinada yang sangat tinggi. Sehingga dibutuhkan ruang pertemuan seperti ruang mediasi, ruang kunjungan dan ruangan yang sunyi (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 8).

14. *Support for Family Members*

Khususnya untuk pasien yang lebih muda, sebuah desain harus mendorong keluarga pasien tersebut datang untuk memberi semangat dan adanya aktivitas sebuah kelompok. Area tersebut termasuk ruangan konseling, ruangan belajar, dan area tidur keluarga. Area tersebut diletakkan di area depan untuk menjaga privasi pasien yang lain dan mengurangi adanya gangguan (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 8).

15. *Sense of Control*

Memberikan rasa batasan seperti rasa hormat dan control dari pasien antara ruangan pasien dengan ruangan publik yang lain sehingga tidak saling mengganggu. (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard, 8).

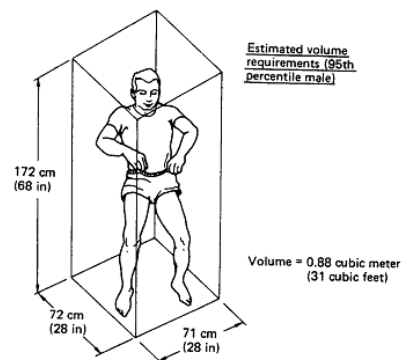
16. *Community Connection*

Menyediakan ruang dan program dengan koneksi untuk masyarakat , melalui pendidikan atau bekerja, dapat membantu pasien kembali ke kehidupan sehari-hari setelah pengobatan (Don Thomas, CID, Brian B, AIA, ACHA, Richard 8).

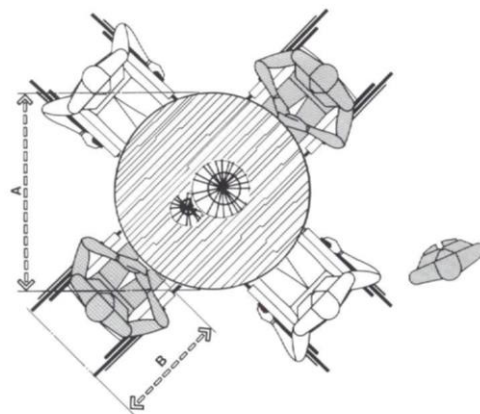
2.4.5. *Human Demension and Space*

Human dimension merupakan faktor penting pagi perancangan untuk menentukan besaran ruang dan dimensi aman furnitur yang digunakan. Hal ini jika tidak diperhatikan akan menjadi masalah utama dari perancangan, bahkan pengguna yang tidak akan merasa menikmati dan merasa tidak nyaman. Maka dari itu *human dimension* sangat penting dalam perancangan interior. Manusia memiliki

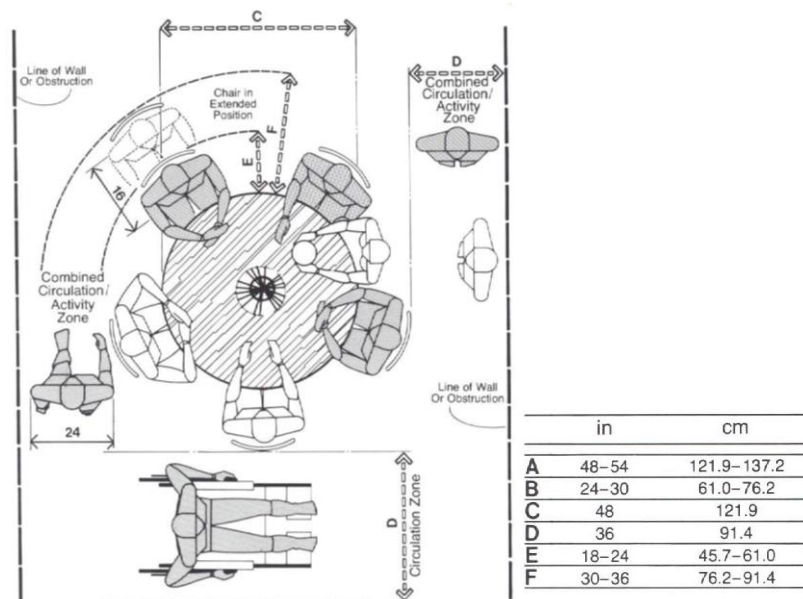
zona di sekitar yang aman dan nyaman. Ukuran manusia kira-kira 72x71cm dan ditambah dengan jarak aman untuk sirkulasi menjadi 76 cm.



Gambar 2.5. Gambar Dimensi Manusia Pada Zona Aman
Sumber : msis.jsc.nasa.gov

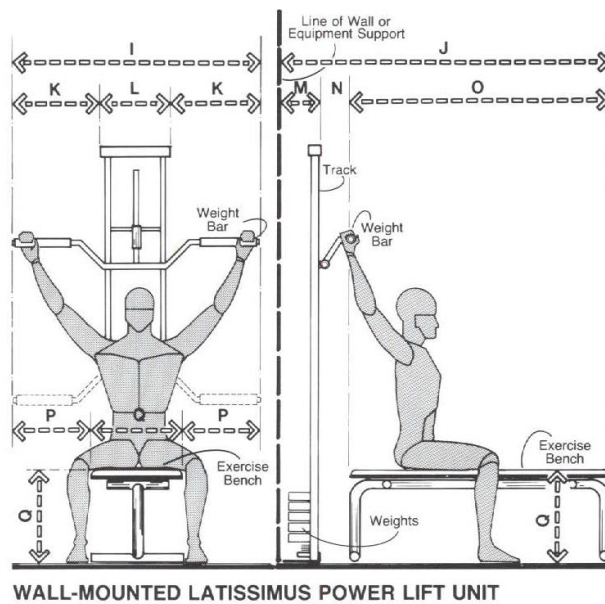
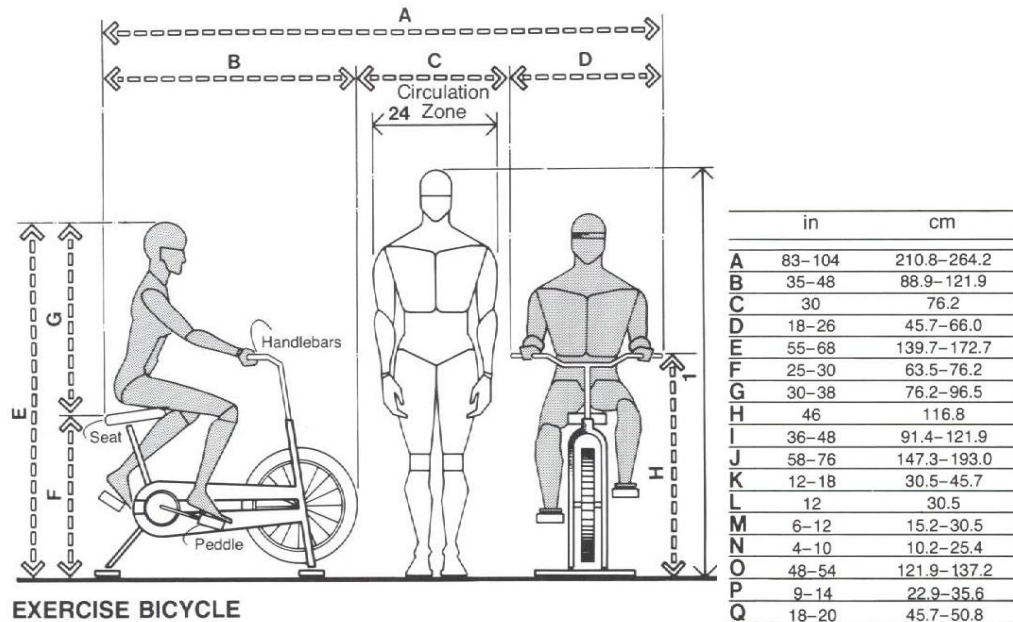


TABLES / WHEELCHAIR SEATING



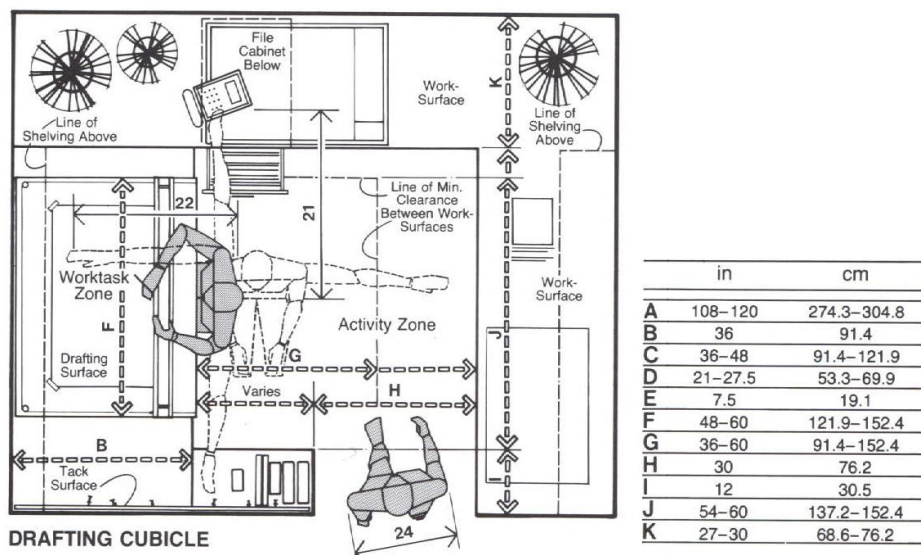
Gambar 2.6. Dimensi untuk Fasilitas Berkumpul
Sumber : Panero, J. And Martin Z (1979, p.193)

Aktivitas untuk terapi antara lain ada untuk terapi kelompok, dalam hal ini pasien diharapkan duduk melingkar atau *square* tergantung kebutuhan. Hal ini penting agar pasien tidak bersentuhan dan menyebabkan sesuatu hal yang lain.



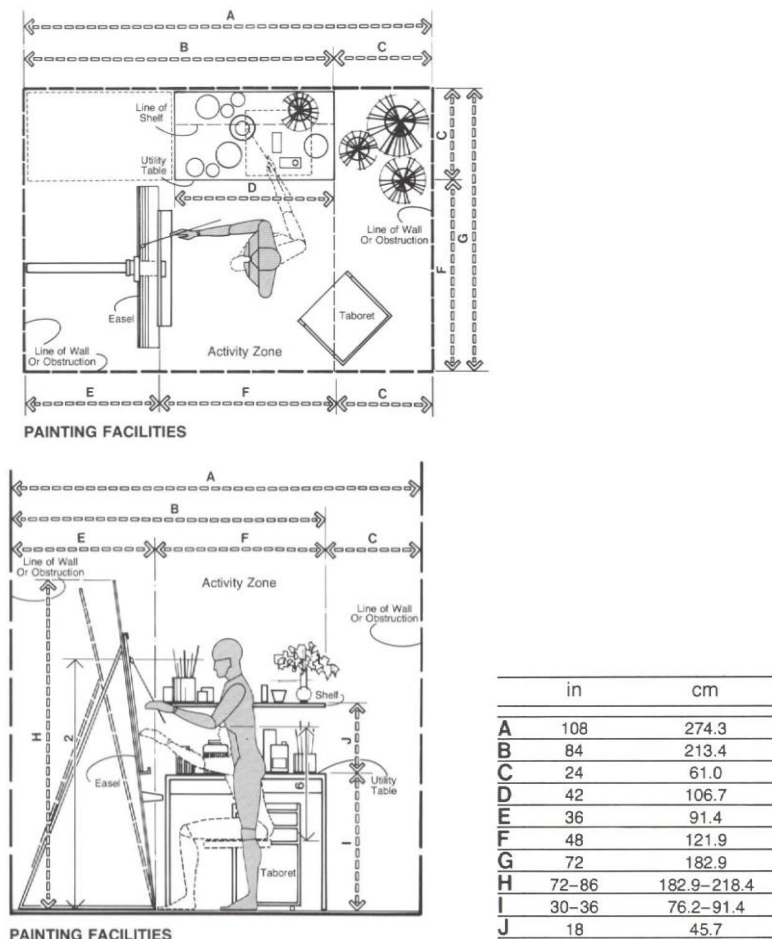
Gambar 2.7. Gambar Dimensi Fasilitas Olah Raga
Sumber : Panero, J. And Martin Z (1979, p.152)

Kesehatan pasien sangat dibutuhkan sehingga diperlukan alat-alat khususnya yang mewadahi aktivitas olahraga, terutama berolahraga terutama olahraga alat berat.



Gambar 2.8. Gambar Dimensi untuk Fasilitas Kerajinan

Sumber : Panero, J. And Martin Z (1979, p.261)



Gambar 2.9. Gambar Dimensi untuk Fasilitas Art

Sumber : Panero, J. And Martin Z (1979, p.263)

2.4.6. *Universal Design*

Desain universal adalah sebuah konsep desain yang diperuntukan bagi semua orang tanpa memandang perbedaan. Konsep desain yang telah dikembangkan secara global diberbagai bidang seperti arsitektur, interior, grafis dan produk ini lahir dari kesadaran perintisnya akan realitas sosial demografi yang menunjukkan adanya perbedaan latar belakang budaya, bahasa, pengetahuan, tingkat kemampuan fisik diantara populasi manusia di dunia. Desain merupakan sebuah upaya pemecahan masalah dan isu desain universal membawa paradigma baru dalam pemecahan sebuah masalah bahwa dengan mempertimbangkan keberagaman manusia dapat ditarik sebuah standar yang berlaku adil bagi semua. Desain yang universal, mampu menjawab kebutuhan orang cacat, orang lanjut usia, anak-anak dan sebagainya, tentunya sekaligus menjawab kebutuhan orang normal. (Bungstahler 2-5)

Prinsip *Universal Design* seperti yang didefinisikan oleh *The Centre of Universal Design North California State University* adalah sebagai berikut :

a. Kegunaan yang Adil dan Bijaksana (*Equitable Use*)

Desain yang dapat digunakan dan dipasarkan bagi semua orang termasuk orang dengan keterbatasan fisik atau penyandang cacat (*disabilities*)

b. Fleksibel dalam Penggunaan (*Flexibility in Use*)

Dapat mengakomodasi kebutuhan dan kemampuan individual yang beragam

c. Sederhana dan Intuitif (*Simple dan Intuitive*)

Mudah dimengerti, terlepas dari perbedaan latar belakang, pengalaman, pengetahuan, bahasa, kecakapan maupun tingkat konsentrasi penggunaanya.

d. Mudah dan Cepat dipersepsi secara Indrawi

Secara efektif dapat menyampaikan informasi yang diperlukan oleh pengguna, terlepas dari situasi, tingkat kondisi dan kemampuan inderawi penggunaanya

e. Toleransi terhadap Kesalahan (*Tolerance for Error*)

Mampu mengurangi resiko bahwa, kerugian akibat kecelakaan atau kejadian yang tidak diinginkan.

f. Upaya Fisik yang Rendah (*Low Physical Effort*)

Dapat digunakan secara efisien, nyaman dan dengan tingkat kelelahan yang rendah

g. Ukuran dan Ruang untuk Kenyamanan Pengguna

Penggunaan ukuran dan ruang yang wajar dan pantas sebagai pendekatan, pencapaian, dan penggunaan, terlepas dari ukuran tubuh, postur atau mobilitas penggunanya.

2.4.7. *Healing Garden*

Healing garden dapat memberikan daya tarik yang lebih besar yang memisahkan pengguna dari gangguan. Ulrich mengatakan juga bahwa dapat mengurangi emosi negatif, memblokir pikiran kacau dan memegang perhatian seseorang (Kaplans, 67). Pada buku *Healing Gardens Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, berikut adalah poin-poin yang harus diperhatikan untuk mendesain *healing garden* (Marni&Clare 35-60):

- a. Program setiap area *outdoor* secara tepat dan fungsional. Mana yang merupakan area aktivitas, mana yang area taman, mana yang jalur aksesibilitas, dan lain-lain.
- b. Sediakan pilihan bagi para pengguna taman, seperti tempat untuk duduk di kursi, lantai atau sebangainya.
- c. Sediakan *setting* yang bersifat *nurturing*, memberi kedamaian, dan memberi rasa familiar. Pengunjung taman butuh tempat untuk mengeluarkan berbagai stres dan tekanan yang dialami di dalam bangunan, oleh karena itu ciptakan suasana taman yang nyaman dengan bantuan vegetasi yang cukup, material yang tidak berbahaya, memberi rasa aman dan nyaman. Berikan suasana taman yang hening dan damai.
- d. Pertimbangkan untuk menggunakan material yang familiar dengan lokalitas. Penggunaan material yang sesuai dengan lokalitas selain menciptakan perasaan *home sweet home* juga bagus secara teori *green building* karena menggunakan material lokal sehingga tidak mengonsumsi karbon tambahan untuk mendatangkan material dari daerah lain.
- e. Layout taman harus mudah dibaca. Layout yang terlalu kompleks dan rumit akan menyebabkan beberapa pasien kesulitan untuk membaca petanya, disorientasi.
- f. Dalam menciptakan taman di tengah *courtyard*, pertimbangkan dinding perimeter (batas ruang terurup) taman sebagai bagian dari desain taman.

- g. Ciptakan *subspaces*. Ruang dalam ruang. Dalam area tempat duduk umum, ciptakan beberapa area duduk yang lebih *private* karena beberapa pengunjung kadang ingin area *private* untuk meditasi.
- h. Ciptakan area bersama/*central gathering space*. Tempat sosial seperti ini baik untuk para pasien, pengunjung, maupun karyawan yang ingin bersosialisasi. Bagi pengelola rumah sakit area ini juga bisa dikomersialisasikan, misalnya untuk pesta ulang tahun pasien, acara *gathering* para staff, dan lain-lain.
- i. Tambahkan *entry element*. Pintu masuk yang jelas dan baik akan membuat orang merasa disambut, merasa terundang untuk memasuki taman.
- j. Ciptakan *a sense of enclosure*. Rasa perlindungan ini sangat penting karena orang yang ingin disembuhkan harus dibuat merasa aman. Kesan perlindungan ini bisa diciptakan dengan adanya tanaman *barrier* pembatas dengan area publik (misalnya tempat parkir di luar), atau area duduk yang diberi pembatas semak berbunga agar mereka merasa aman dan nyaman duduk meditasi di bangku tersebut.
- k. Sediakan *overhead protection*. Pengunjung perlu tempat teduh berupa pohon rindang, bisa juga dengan payung atau atap kain tensile.
- l. Sediakan *panoramic view*. Pilih lokasi yang baik yang memiliki view baik, misalnya ke arah pegunungan. Jika berada di tengah kota, ciptakan sendiri view tersebut dengan adanya *point of interest* yang bagus, misalnya dengan jajaran tanaman berbunga, *water feature*, atau *sculpture* yang menarik.
- m. Pertimbangkan view bagi pengguna kursi roda atau *gurneys*. Harus diukur sedemikian rupa sehingga dengan ketinggian mata tertentu masih bisa dapat view yang bagus.
- n. Desain taman sehingga orang di dalam ruangan yang memandang ke taman bisa merasa seolah-olah pengguna turut berada di taman tersebut.
- o. Ruang interior dan eksterior harus saling melengkapi satu sama lain. Berikan aksesibilitas yang baik, tema yang masih harmonis dan sehingga ada keterkaitan antara keseluruhan arsitektur bangunan secara holistik, baik ruang luar maupun ruang dalam.

2.4.8. Hasil Wawancara

Penyembuhan pasien gangguan jiwa kemabali secara total tidak bisa tetapi terapi yang ada hanya untuk mengembalikan pasien kembali bekerja. Pengobatan yang dilakukan ada dua yaitu menggunakan obat dan tidak menggunakan obat. Tidak menggunakan obat ini melalui terapi yaitu terapi individum keluarga dan masyarakat. Pasien yang mengalami gangguan jiwa ini juga harus diberi dukungan bagi keluarga dan masyarakat sekitar, misalnya mengadakan gotong royong dan tidak memanggil mereka dengan sebutan “orang gila”. Semakin banyak melibatkan mereka berkarya semakin membawa dampak positif bagi penyembuhan pasien. Sedangkan terapi individu dengan cara ada dua yaitu yang pertama adalah memperbaiki fungsi luhur contohnya berbahasa, berhitung, dan sebagainya. Sedangkan yang ke dua adalah terapi okupasi yaitu dengan mengembalikan fungsi orang tersebut. Contohnya jika orang tersebut dahulu adalah seorang petani, maka dia akan diletakkan pada kegiatan bercocok tanam. Ruangan yang harus ada untuk menangani pasien ini, yang pertama adalah IDG. Ruangan ini digunakan jika pasien mendadak kambuh dan tidak bisa dikontrol maka akan di bawa ke ruangan ini dan ditenangkan. Kemudian ada ruangan rawat inap. Ruangan ini digunakan setelah pasien yang sudah kembali tenang akan diletakkan di ruangan ini dan tetap dalam pengawasan dokter. Ruang tempat terapi merupakan tempat penting bagi mereka. Mereka akan diseleksi untuk dimasukkan kedalam terapi yang disukai oleh pasien. (Wawancara Dr. Putu Edra Indrawan, 3 Desember 2015)