



TUGAS AKHIR - DA 184801

**PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DENGAN *SALUTOGENIC DESIGN***

**NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P.
0811174000017**

**Dosen Pembimbing
Nur Endah Nuffida, S.T., M.T.**

**Departemen Arsitektur
Fakultas Teknik Sipil, Perencanaan, dan Kebumihan
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
2021**



TUGAS AKHIR - DA 184801

**PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DENGAN *SALUTOGENIC DESIGN***

**NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P.
08111740000017**

**Dosen Pembimbing
Nur Endah Nuffida, S.T., M.T.**

**Departemen Arsitektur
Fakultas Teknik Sipil, Perencanaan, dan Kebumihan
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA
DENGAN SALUTOGENIC DESIGN**



Disusun oleh:

NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P.

NRP : 0811174000017

Telah dipertahankan dan diterima
oleh Tim penguji Tugas Akhir (DA 184801)
Departemen Arsitektur FT-SPK ITS pada tanggal 30 Juli 2021
Dengan nilai : AB

Mengetahui

Pembimbing



Nur Endah Nuffida, S.T., M.T.
NIP. 19761012 200312 2 001

Koordinator Tugas Akhir



FX Teddy Badai Samodra, S.T., M.T., Ph.D.
NIP. 19800406 200801 1 008

Kepala Departemen Arsitektur FT-SPK ITS



Dr. Dewi Septanti, S.Pd., S.T., M.T.
NIP. 19690907 199702 2 001

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P.

NRP : 0811174000017

Judul Tugas Akhir : PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA DENGAN
SALUTOGENIC DESIGN

Periode : Semester ~~Gasal~~/Genap Tahun 2020/2021

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir yang saya buat adalah hasil karya saya sendiri dan benar-benar dikerjakan sendiri (asli/orisinal), bukan merupakan hasil jiplakan dari karya orang lain. Apabila saya melakukan penjiplakan terhadap karya karya mahasiswa/orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang akan dijatuhkan oleh pihak Departemen Arsitektur FT-SPK ITS.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan akan digunakan sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Tugas Akhir.

Surabaya, 30 Juli 2021

Yang membuat pernyataan



NOORAINI DEWAYANI P

NRP. 0811174000017

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

KATA PENGANTAR

Ucapan syukur dan terima kasih dihaturkan kepada Allah SWT. yang senantiasa menjadi penopang penulis selama proses pengerjaan hingga akhirnya dapat menyelesaikan tugas akhir dengan tepat waktu. Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Keluarga penulis (bapak, ibu, mas dan keluarga) atas dukungan dan kesabaran;
2. Dosen pembimbing, Bu Nuffi atas bimbingannya selama dua semester ini yang selalu sabar dan memberikan dukungan moral dan kepedulian kepada penulis;
3. Pak Iwan, Pak Erwin, dan Pak Endy selaku dosen penguji atas kesempatan, kritik, dan saran selama proses siding tugas akhir;
4. Teman-teman penulis (Suro Setan, Keluarga Keton, Tantri, Aurel, Mbak De, Rima, Tasha, Mbak Nisa, Bibin, dan lainnya yang mungkin belum disebutkan) terima kasih karena selalu menjadi hiburan dan *mood booster* penulis dikala penat;
5. Teman-teman bimbingan Bu Nuffi (Carissa, Mia, dan David) yang telah berjuang bersama-sama pada titik ini;
6. Warga eskalokal (Bayuaji, Kirino. Ical, Haris, Aji, Felixiano, Mahesa, dan Jusuf) yang selalu menjadi *comfort and healing space* bagi penulis kapanpun dan di mana pun.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang secara tidak sengaja tidak tertulis di atas dan penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat dan berguna bagi semua.

Surabaya, Juli 2021

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

Pusat Rehabilitasi bagi Penderita Skizofrenia dengan *Salutogenic Design*

Nama Mahasiswa : Nooraini Dewayani P

Dosen Pembimbing : Nur Endah Nuffida, S.T., M.T.

ABSTRAK

Skizofrenia, sebagai salah satu gangguan kejiwaan berat yang sering disalah pahami karena ketidakpahaman masyarakat yang cenderung mengakibatkan penderitanya enggan berobat dan mendapatkan perawatan yang layak. Sebenarnya, gangguan kejiwaan ini dapat disembuhkan jika penderita mendapatkan perawatan dan penanganan yang tepat, sayangnya hal tersebut tidak didukung dengan lingkungan dan fasilitas yang mendukung. Tak jarang juga pusat rehabilitasi tersebut mendapat stigma negatif karena kesannya yang seram dan institusional.

Oleh karena itu, salah satu aspek penting yang perlu diperhatikan adalah bagaimana merancang sebuah pusat rehabilitasi khusus untuk penderita skizofrenia di mana penderita mendapatkan perawatan dan pengobatan intensif serta keluarga pasien dapat mendapatkan edukasi mengenai gangguan kejiwaan tersebut.

Salah satu metode yang digunakan adalah desain salutogenik yang menerapkan *therapeutic and healing space* dan metafora dalam merancangnya.

Kata kunci : Skizofrenia, Pusat Rehabilitasi, Desain Salutogenik, Non-institusional

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

Rehabilitation Center for Schizophrenics with *Salutogenic Design*

Student Name : Nooraini Dewayani P

Supervisor : Nur Endah Nuffida, S.T., M.T.

ABSTRACT

Schizophrenia as one of the severe mental disorders that is often misunderstood due to public misunderstanding, tends to cause sufferers to be reluctant to seek and receive proper treatment. In fact, this mental disorder can be cured if the sufferer gets the right care and treatment, unfortunately it is not supported by a supportive environment and facilities. Not infrequently the rehabilitation center also received a negative stigma because of its sinister and institutional impression.

Therefore, one important aspect that needs to be considered is how to design a specific rehabilitation center for people with schizophrenia where patients receive intensive care and treatment along with their families can receive education about the mental disorder.

One of the methods used is salutogenic design which applies therapeutic and healing space and metaphors in its design.

Keywords : Schizophrenia, Rehabilitation Center, Salutogenic Design, Non-institutional

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

DAFTAR ISI

SAMPUL

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Isu dan Konteks Desain	2
1.2.1. Isu	2
1.2.2. Karakteristik Pengguna	3
1.2.3. Konteks Tipologi.....	7
1.2.4. Konteks Wilayah	8
1.3. Permasalahan dan Kriteria Desain	10
1.3.1. Permasalahan Desain.....	10
1.3.2. Kriteria Desain	11

BAB 2. PROGRAM DESAIN

2.1. Rekapitulasi Program Ruang.....	13
2.1.1. Deskripsi Objek dan Pengguna	13
2.1.2. Kebutuhan Ruang	13
2.1.3. Rekapitulasi Luasan Ruang	15
2.2. Deskripsi Tapak	18
2.2.1. Kriteria Tapak dan Lingkungan.....	18
2.2.2. Peraturan dan Data Tapak	18
2.2.3. Analisis Tapak	19

BAB 3. PENDEKATAN DAN METODA DESAIN	
3.1. Pendekatan Desain	23
3.1.1. <i>Behavioral Approach for Mental Health Facilities</i>	23
3.1.2. <i>Designing for Schizophrenia</i>	23
3.2. Metode Desain	25
3.2.1. <i>Framework</i>	25
3.2.2. <i>Salutogenic Design</i>	25
3.2.3. <i>Therapeutic Design</i>	27
BAB 4. KONSEP DESAIN	
4.1. Eksplorasi Formal	29
4.1.1. Metafora	29
4.1.2. Konsep Bentuk dan Zonasi	30
4.1.3. Konsep <i>Ambience</i>	32
4.2. Ekspolari Teknis	33
4.2.1. Konsep Struktur	33
4.2.2. Konsep Sirkulasi	34
4.2.3. Konsep Material	34
4.2.4. Konsep Skema Utilitas	35
BAB 5. DESAIN	
5.1. Eksplorasi Formal	37
5.1.1. Dokumen Gambar	37
5.2. Eksplorasi Teknis	42
5.2.1. Sistem Struktur	42
5.2.2. Sistem Utilitas Air Bersih dan Air Kotor	43
5.2.3. Sistem Utilitas Listrik	44
5.2.4. Interior dan Material	44
BAB 6. KESIMPULAN	47
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Penderita Skizofrenia	3
Gambar 1.2.	Rumah Sakit Jiwa dan Panti Sosial di Surabaya	7
Gambar 1.3.	Skizofrenia dianalogikan dalam bangunan	10
Gambar 2.1.	Skema penentuan program ruang berdasarkan kebutuhan	13
Gambar 2.2.	Area Berkumpul	14
Gambar 2.3.	Zonasi lahan	18
Gambar 2.4.	Keadaan Jalan.....	19
Gambar 2.5.	Area Perumahan di Sekitar.....	20
Gambar 2.6.	Faktor Pendukung Tapak	20
Gambar 2.7.	Keadaan Alam di Tapak.....	20
Gambar 2.8.	Skema Respon Sirkulasi.....	21
Gambar 2.9.	Skema Respon Zonasi Tapak	21
Gambar 2.10.	Skema Respon Arah Bangunan.....	21
Gambar 3.1.	Diagram <i>Concept-based framework</i>	25
Gambar 3.2.	Napean Mental Health Center	26
Gambar 3.3.	Ostra Hospital.....	27
Gambar 4.1.	Struktur Dopamin.....	29
Gambar 4.2.	Transformasi Konsep Bentuk.....	30
Gambar 4.3.	Transformasi Konsep Bentuk 2.....	30
Gambar 4.4.	Hasil Transformasi Konsep Bentuk	31
Gambar 4.5.	Konsep Zonasi Perlantai.....	31
Gambar 4.6.	Psikologi Warna pada Interior.....	33
Gambar 4.7.	Alur Konsep Sirkulasi Pengguna	34
Gambar 4.8.	Konsep Material yang Digunakan.....	34
Gambar 4.9.	Diagram Konsep Skema Utilitas	35
Gambar 5.1.	Siteplan.....	37
Gambar 5.2.	Perspektif Siteplan.....	37
Gambar 5.3.	Denah Lantai 1	38
Gambar 5.4.	Denah Lantai 2	38
Gambar 5.5.	Denah Lantai 3	39

Gambar 5.6. Potongan A-A'	39
Gambar 5.7. Potongan B-B'	40
Gambar 5.8. Tampak Selatan	40
Gambar 5.9. Tampak Timur	41
Gambar 5.10. Tampak Utara	41
Gambar 5.11. Tampak Barat	41
Gambar 5.12. Perspektif Area Berkumpul	42
Gambar 5.13. Aksonometri Struktur	42
Gambar 5.14. Skema Utilitas Air Bersih dan Kotor	44
Gambar 5.15. Skema Utilitas Listrik	44
Gambar 5.16. Kamar Rawat Pasien	44
Gambar 5.17. Kamar Isolasi	45
Gambar 5.18. Area Berkumpul	45
Gambar 5.19. Ruang Terapi Bersama	46

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Tabel jenis gejala/ <i>symptoms</i> penderita.....	4
Tabel 1.2. Tabel jenis dan tipe penderita skizofrenia.....	5
Tabel 1.3. Tabel tahapan fase pengobatan penderita skizofrenia.....	6
Tabel 1.4. Prevalensi Rumah Tangga dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/ Psikosis menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur	8
Tabel 1.5. Tabel kontingensi jumlah pasien penderita skizofrenia beserta kategori umur di RSJ Menur Surabaya tahun 2016.....	10
Tabel 2.1 Standarisasi dan Rekapitulasi Kebutuhan Ruang.....	15
Tabel 2.2. Tabel Analisis Tapak	19
Tabel 2.3. Tabel Respon Tapak.....	21

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1. Maket Gubahan Massa.....	51
Lampiran 1.2. Gambar Perspektif.....	52
Lampiran 1.3. Laporan Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 1	55
Lampiran 1.4. Laporan Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 2	56
Lampiran 1.5. Laporan Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 3	57

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang kerap distigma negatif oleh masyarakat karena ketidakpahaman mereka terhadap gangguan tersebut. Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita skizofrenia sering mendapatkan diskriminasi dan pelanggaran hak asasi manusia (HAM) oleh masyarakat sekitar karena dianggap gila dan berbahaya. Hal ini menyebabkan penderita cenderung menutup diri, enggan berobat dan mendapatkan perawatan yang layak, bahkan beberapa keluarga menganggap penderita tidak waras dan melakukan tindak pemasungan.

Penderita skizofrenia memiliki kecenderungan untuk 2-3 kali lebih mungkin meninggal dunia lebih awal daripada populasi umum karena penyakit fisik, kardiovaskular, metabolisme, dan infeksi. Selain itu, sebanyak 5% penderita yang dilaporkan meninggal memiliki kecenderungan perilaku dan pemikiran untuk bunuh diri. Dalam hal ini, peran keluarga dan masyarakat sekitar dalam proses penyembuhan dan penanganan penderita sangat penting karena mereka adalah aspek terdekat penderita sebagai *supporting system* utama untuk melaksanakan pengobatan dengan rutin dan melaksanakan pemantauan pasca pengobatan. Sayangnya, di Indonesia sering ditemukan beberapa kasus dimana beberapa penderita yang dirawat di rumah sakit jiwa maupun panti sosial yang telah dinyatakan sembuh total dan dapat pulang ke keluarga masing-masing ditolak bahkan diusir dari rumah oleh keluarga mereka sendiri karena menganggap mereka merupakan aib dan beban bagi keluarga.

Selain itu, stigma negatif yang berada di masyarakat tentang orang dengan skizofrenia (ODS) dianggap tidak waras, dan membahayakan membuat ODS enggan melakukan tes diagnosis dan pengobatan yang layak. Oleh karena itu sangatlah penting dalam memberikan edukasi kepada masyarakat, utamanya

keluarga pasien, mengenai gangguan jiwa ini untuk mendukung kesembuhan dari ODS dengan menciptakan sebuah lingkungan yang *supportive* dan memotivasi.

Sebagai salah satu gangguan kejiwaan berat, skizofrenia dapat disembuhkan dengan perawatan dan penanganan yang tepat dan disiplin. Di Indonesia, beberapa fasilitas kesehatan untuk menangani skizofrenia telah tersedia, seperti: panti sosial, rumah sakit jiwa, dan komunitas independen. Sayangnya beberapa kendala ditemukan, salah satunya adalah kurangnya kapasitas fasilitas tersebut karena harus berbagi dengan penderita gangguan kejiwaan dan sosial lainnya. Selain itu, stigma mengenai fasilitas kesehatan mental yang suram dan mencekam masih melekat dan beredar di masyarakat yang menyebabkan penderita enggan untuk berobat dan mendapatkan penanganan yang tepat.

1.2. Isu dan Konteks Desain

1.2.1. Isu

Sebagai salah satu gangguan kejiwaan berat yang berkembang pada usia remaja, gangguan ini merupakan salah satu penyebab utama disabilitas pada kelompok usia produktif (usia 15-44 tahun) dengan peningkatan yang mencapai 450 juta penderita di seluruh dunia (sumber: Dr. Vijay Chandra dalam Sitanto, 2016). Menurut Riskesdas tahun 2018, prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia sebanyak 6.7 per 1000 rumah tangga dengan 84.9% telah melakukan pengobatan namun hanya 1.1% yang rutin berobat.

Fasilitas kesehatan mental bagi penderita skizofrenia berupa rumah sakit jiwa, panti sosial, dan tempat rehabilitasi ialah tempat di mana penderita mendapatkan bantuan penanganan secara medis dan non-medis. Fasilitas-fasilitas tersebut tidak hanya digunakan oleh penderita skizofrenia, tetapi juga penderita gangguan kejiwaan dan sosial lainnya, serta beberapa faktor lain seperti penderita yang tidak diterima kembali keluarganya dan ditampung di sana. Hal tersebut menyebabkan fasilitas-fasilitas tersebut kurang layak, baik dari segi kesan yang diberikan maupun dari segi kapasitasnya.

Seharusnya fasilitas-fasilitas tersebut menjadi tempat yang menyediakan program rehabilitas, penyembuhan, dan dukungan baik untuk penderita dan keluarga untuk sembuh dan mendapatkan perawatan yang layak. Sayangnya stigma

yang masih beredar di masyarakat mengenai fasilitas-fasilitas tersebut masih berupa “tempat yang menyeramkan“ dan “tempatnya orang stress“ dan mengakibatkan penderita enggan memeriksakan dirinya.

1.2.2. Konteks Pengguna



Gambar 1.1. Penderita skizofrenia (spectrumnews.org)

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan kejiwaan berat yang ditentukan oleh kelainan pada satu atau lebih dari lima domain berikut: delusi, halusinasi, distorsi berpikir (ucapan), perilaku motorik yang tidak teratur atau abnormal (termasuk katatonia), dan gejala-gejala negatif lainnya (sumber: DSM-V.2013). Skizofrenia berbeda dengan kepribadian ganda karena skizofrenia merupakan gangguan pada pola berpikir dimana penderita kesulitan dalam membedakan sesuatu yang nyata dan waham.

Penyebab dari skizofrenia sendiri tidak diketahui, tetapi berdasarkan beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa genetik, kondisi prakelahiran, lingkungan, penggunaan obat-obatan psikotropika, stress, dan trauma dapat menjadi penyebab skizofrenia. Beberapa bukti baru menunjukkan bahwa gejala awal dapat muncul pada remaja dengan rentan usia 15-17 tahun namun baru dapat didiagnosis pada usia dewasa dengan rentan usia 18-25 tahun, sedangkan untuk kasus dengan usia diatas 40 tahun sangat jarang ditemukan.

Untuk menentukan jenis dan penanganan, penderita melaksanakan tes diagnosa bersama pskiater dan melakukan beberapa pemeriksaan tambahan, seperti: pemeriksaan berat badan (BMI), lingkaran pinggang, tekanan darah; pemeriksaan laboratorium, Darah Tepi Lengkap, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu; dan *Positive and negative syndrome scale* (PANSS).

Symptoms atau Gejala

Symptoms atau gejala yang ditunjukkan oleh penderita skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis yang dikelompokkan berdasarkan jenis gangguan yang ditunjukkan dan efeknya terhadap penderita.

Tabel 1.1 Tabel jenis gejala/ *symptoms* penderita

Jenis Gejala	Cangkupan	Perilaku Penderita
Gejala Positif	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan persepsi, • Gangguan isi pikiran (delusi dan halusinasi – utamanya auditori) 	Penderita akan merasakan suatu waham dimana mereka merasa seperti dikejar oleh sesuatu, mendengar suara-suara yang ingin mencelakai mereka, menjadi terkenal, dan lainnya. Merupakan salah satu gejala yang paling parah karena dapat menyebabkan episode akut pada penderita
Gejala Negatif	<ul style="list-style-type: none"> • Defisit <i>behavioral</i> • Avoilisi (perilaku apatis, ketidakmampuan melakukan aktivitas rutin), alogia (gangguan pikiran negatif, miskin percakapan), anhedonia (ketidakmampuan merasakan senang), afek datar (tidak menunjukkan respon emosional), dan asosialisasi (ketidakmampuan parah dalam memiliki hubungan sosial) 	Penderita mengalami gangguan motivasi yang berpengaruh kepada penurunan atau hilangnya aktivitas yang disadari dan mengalami gangguan emosi (afek datar/ tumpul)
Gejala Disorganisasi	Gangguan perilaku aneh	Gerakan tubuh aneh, agresif dan tidak sesuai
	Gangguan berfikir formal	Bermasalah dalam pengorganisasian pikiran untuk berbicara
Lainnya	Katatonik (abnormalitas motoric)	Gerakan aneh yang diulang berkali-kali serta postur tubuh aneh yang ditunjukkan penderita.
	Gangguan neurokognitif	Gangguan atensi, menurunnya ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah, gangguan memori secara verbal dan spasial, serta fungsi eksekutif.
	Afek tidak sesuai	Respon yang tidak sesuai oleh penderita, kondisi

		emosional yang cepat berubah tanpa alasan yang jelas.
--	--	---

Sumber : DSM-V, 2013.

Jenis atau tipe

Skizofrenia diklasifikasikan menjadi 5 tipe, yaitu: skizofrenia disorganisasi (heberfenik), skizofrenia paranoid, Skizofrenia katatonik, skizofrenia residual, dan skizofrenia tidak terspesifikasi. Klasifikasi jenis skizofrenia ini berdasarkan gejala yang dialami oleh penderita gangguan jiwa skizofrenia.

Tabel 1.2 Tabel jenis dan tipe penderita skizofrenia

Jenis Gejala	Penjelasan
Skizofrenia Heberfenik (disorganisasi)	Penderita kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari karena ketidakmampuannya dalam berpikir, berbicara, maupun bertindak secara logis. Termasuk jenis yang paling parah.
Skizofrenia Paranoid	Biasanya berupa halusinasi auditori dan delusi . Penderita lebih sering menghabiskan waktunya untuk melindungi diri dari “ancaman”, namun mereka tetapi bisa beraktivitas seperti biasa walau beberapa memiliki ketergantungan kepada obat-obatan penenang.
Skizofrenia Katatonik	Penderita cenderung enggan bergerak dan tidak responsif serta menunjukkan postur tubuh atau mimik wajah yang kaku dan tidak lazim. Penderita juga memungkinkan untuk melakukan gerak berlebihan tanpa tujuan dan sering mengulang-ulang gerakan dan meniru ucapan orang lain.
Skizofrenia Residual	Merupakan mereka yang dianggap lepas dari skizofrenia namun masih memperlihatkan beberapa gejala gangguan berupa simtom negatif maupun positif berupa episode psikotik dalam kurun waktu satu tahun dan tidak diikuti dengan demensia.
Skizofrenia Tidak Teridentifikasi	Dokter memilih untuk tidak menentukan jenis skizofrenia pada pasien karena diagnosis yang tidak terklasifikasi dalam jenis skizofrenia tertentu tapi menunjukkan beberapa gejala positif dan ataupun negative pada periode waktu tertentu.

Sumber : DSM-V, 2013.

Penanganan

Jenis pengobatan yang dilakukan untuk menyembuhkan penderita skizofrenia merupakan kombinasi dari:

1. Farmakoterapi.

Terdiri dari obat-obatan antipsikotik dan antidepresan yang diberikan untuk mengurangi gejala psikosis (halusinasi, delusi); mengembalikan keseimbangan neuro transmitter; menyebabkan penderita

lebih tenang, tidak gugup, tidak agresif, dan tidak ada keinginan untuk menyakiti orang lain. Penggunaan obat-obatan tersebut sebagian besar diperuntukkan untuk orang dewasa dan lansia dengan dosis tertentu. Jenis obat yang diberikan merubakan obat minum, namun pada beberapa kasus obat suntik akan diberikan jika penderita tidak mampu atau sulit diberikan obat minum.

2. Psikoterapi.

Untuk mengendalikan gejala; mengurangi stimulus berlebihan; mengajarkan penderita untuk menyadari, memahami, dan beradaptasi dengan kondisi dan lingkungan sekitarnya. Jenis psikoterapi yang dilakukan ada beberapa cara, seperti: terapi individual (terapi pendidikan keluarga dan pemaparan – desensitisasi), terapi kognitif (pemahaman mengenai pemicu gejala dan cara mengatasinya – dilakukan selama 30-60 menit, sekitar 10-20 sesi tergantung kebutuhan), dan remediasi kognitif (pemahaman mengenai lingkungan sekitar – dilakukan minimal 3x pertemuan/minggu selama 1 jam, sekitar 20-40x pertemuan)

3. Elektro konvulsif

Merupakan terapi kejut listrik menggunakan arus listrik bertengangan rendah untuk memberikan stimulus pada otak, meredakan keinginan untuk bunuh diri, dan mengatasi gejala depresi berat – psikosis. Dilakukan 2-3 kali dalam sepekan selama 2-4 minggu.

Penatalaksanaan pengobatan untuk penderita skizofrenia dibagi menjadi tiga tahap sesuai dengan jenis penanganan dan tingkat keparahan penderita:

Tabel 1.3 Tabel tahapan fase pengobatan penderita skizofrenia

Fase pengobatan	Jenis Terapi	Tujuan
Fase Pertama (Fase Akut)	Farmakoterapi, Terapi Elektro konvulsif	<ul style="list-style-type: none"> Mencegah pasien melukai diri sendiri dan ataupun orang lain Mengendalikan perilaku merusak, Mengurangi gejala psikotik,
	Psikoterapi	<ul style="list-style-type: none"> Mengurangi stimulus berlebihan, stressor lingkungan, dan peristiwa kehidupan.

Fase Kedua (Fase Stabilisasi)	Farmakoterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol dan meminimalisasi resiko kekambuhan • Mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan
	Psikoterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan keterampilan penderita dan keluarga dalam mengolah gejala
Fase Ketiga (Fase Rumatan)	Farmakoterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Meminimalisasi dosis obat-obatan untuk mencegah kekambuhan
	Psikoterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Mempersiapkan penderita untuk kembali ke kehidupan bermasyarakat

Sumber : Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa hal. 23-30, 2015

1.2.3. Konteks Tipologi



Gambar 1.2. Rumah Sakit Jiwa dan Panti Sosial di Surabaya (kompasiana)

Tipologi yang dipilih untuk didesain adalah sebuah pusat rehabilitasi khusus untuk penderita skizofrenia di mana penderita direhabilitasi dengan melakukan serangkaian penanganan medis dan terapi yang ditentukan. Pusat rehabilitasi termasuk bangunan institusional – fasilitas kesehatan, yang dibangun oleh pemerintah dengan jumlah ruangan yang sama untuk masing-masing pengguna dan kesan yang tipikal. Dikarenakan kesan tersebut, stigma negatif mengenai pusat rehabilitasi gangguan kejiwaan melekat pada masyarakat. Untuk menghilangkan kesan ini, berbagai terobosan dalam mendesain pusat rehabilitasi pun mulai berkembang, seperti:

- a. Memanfaatkan peran alam dalam desain dengan memaksimalkan fungsi bukaan;
- b. Menggunakan material yang memberikan kesan natural;

- c. Menghindari ruang yang terlalu rapat (karena dapat mematik stimulus penderita), tempat duduk tetap, dan kekacauan (*Psychiatry Advisor*, 2018)

1.2.4. Konteks Wilayah

Menurut data Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, gangguan kejiwaan skizofrenia di Jawa Timur menempati urutan ke 20 di Indonesia dengan jumlah 29.228 tertimbang. Jumlah ini turun dibandingkan pada tahun 2013 yang mencapai 6.5 per mil. Sedangkan untuk perbandingan prevalensi kasus gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut asalnya di Jawa Timur, sebanyak 15.222 tertimbang berasal dari perkotaan dan sebanyak 14.006 tertimbang dari perdesaan.

Tabel 1.4 Prevalensi Rumah Tangga dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur

Kabupaten/Kota	%	95%CI		N Tertimbang
		Lower	Upper	
Pacitan	6,16	1,91	19,70	492
Ponorogo	7,78	3,20	18,82	666
Trenggalek	9,68	4,25	21,87	547
Tulungagung	12,12	6,23	23,46	760
Blitar	3,38	1,08	10,49	903
Kediri	7,30	2,94	18,02	1.170
Malang	5,18	2,08	12,84	1.943
Lumajang	7,79	3,33	18,10	769
Jember	3,47	1,27	9,45	1.878
Banyuwangi	6,44	3,16	13,07	1.324
Bondowoso	1,10	0,15	7,78	643
Situbondo	3,65	1,16	11,41	577
Probolinggo	6,82	2,93	15,78	837
Pasuruan	5,53	2,22	13,72	1.170
Sidoarjo	5,26	2,14	12,86	1.539
Mojokerto	6,04	1,90	19,04	762
Jombang	4,18	1,68	10,37	903
Nganjuk	10,66	4,485	23,24	784
Madiun	13,75	6,72	27,94	534
Magetan	11,03	5,53	21,89	475
Ngawi	2,43	0,57	10,26	671
Bojonegoro	12,93	6,00	27,63	940

Tuban	5,84	2,00	16,92	848
Lamongan	7,31	3,32	16,00	828
Gresik	1,11	0,28	4,43	881
Bangkalan	4,10	1,32	12,70	628
Sampang	10,39	4,81	22,31	618
Pamekasan	5,84	1,86	18,19	559
Sumenep	4,99	2,00	12,41	841
Kota Kediri	3,75	1,22	11,43	205
Kota Blitar	9,00	3,28	24,26	106
Kota Malang	5,14	2,03	12,91	692
Kota Probolinggo	12,47	5,19	29,66	164
Kota Pasuruan	4,06	1,02	15,98	141
Kota Mojokerto	13,39	5,05	35,05	91
Kota Madiun	5,88	1,49	22,95	144
Kota Surabaya	7,43	3,01	18,20	2.112
Kota Batu	12,37	3,12	47,76	149
Prov Jatim	6,40	5,39	7,59	29.228

Sumber : Riskesdas Jawa Timur, 2018.

Tabel terlampir dihitung berdasarkan prevalensi jumlah rumah tangga yang memiliki ART pengidap gangguan jiwa skizofrenia atau psikosis dibagi dengan jumlah seluruh rumah tangga yang diwawancarai. Berdasarkan perhitungan tersebut, Kota Surabaya memiliki 7,43% ART yang memiliki gangguan jiwa skizofrenia/psikosis dengan N tertimbang sebanyak 2.112. Hal tersebut menjadikan Surabaya sebagai daerah dengan penderita skizofrenia terbanyak di Jawa Timur.

Di Surabaya sudah ada beberapa fasilitas yang menangani skizofrenia dan gangguan kejiwaan berat lainnya seperti: Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang dikelola oleh Dinas Kesehatan, Liponsos Keputih yang dikelola oleh Dinas Sosial, dan beberapa cabang dari komunitas peduli skizofrenia yang dikelola secara independen. Pada tahun 2016, RSJ Menur menerima sebanyak 1.667 pasien penderita skizofrenia dengan karakteristik berjenis kelamin laki-laki sebesar 70% (1.175) dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 30% (492 orang). Dari data tersebut, pasien yang berasal dari Surabaya sebanyak 33% (544 orang) dan sisanya merupakan pasien rujukan dari luar kota.

Tabel 1.5 Tabel kontingensi jumlah pasien penderita skizofrenia beserta kategori umur di RSJ Menur Surabaya tahun 2016.

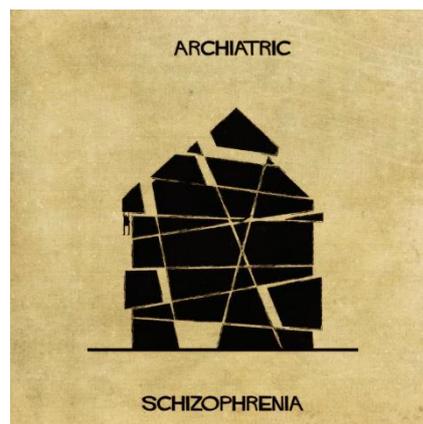
Jenis Skizofrenia	Kategori Umur				Total
	≤ 25 tahun	26-35 tahun	36-45 tahun	≥ 46 tahun	
Paranoid	51	126	87	60	324
Heberfrenik	63	89	78	45	275
Katatonik	10	8	7	7	32
<i>Undifferentiated</i>	147	364	279	139	929
Residual	6	16	20	12	54
Simplek	5	21	16	11	53
Total	282	624	487	274	1.667

Sumber : Millatina, 2017.

Berdasarkan tabel terlampir, menunjukkan bahwa sebanyak 929 orang pasien skizofrenia yang dirawat RSJ Menur Surabaya mengidap skizofrenia jenis *undifferentiated*, 324 orang mengidap jenis *paranoid*, 275 orang mengidap jenis heberfrenik, 54 orang jenis residual, 53 orang jenis simplek, dan 32 orang berjenis katatonik. Rentan umur pasien yang dirawat didominasi oleh pasien berumur 26-35 tahun sebanyak 624 orang dan usia 36-45 tahun sebanyak 487 orang.

1.3. Permasalahan dan Kriteria Desain

1.3.1. Permasalahan Desain



Gambar 1.3. Skizofrenia dianalogikan dalam bangunan (archiatric)

Berdasarkan pemaparan pada poin-poin sebelumnya, permasalahan desain yang dihadapi ialah bagaimana stigma negatif mengenai fasilitas kesehatan mental yang menyebabkan penderita enggan berobat dan masyarakat memandang sebelah

mata mengenai tempat tersebut. Hal tersebut dikarenakan kesan institusional yang diberikan menjadikan bangunan tersebut kurang layak dan terlihat menyeramkan. Sehingga tantangan yang dihadapi adalah bagaimana mendesain sebuah pusat rehabilitasi khusus untuk penderita skizofrenia tanpa memberikan kesan institusional dan sebagai wadah komunitas baru bagi penderita, keluarga, dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan dan metode yang telah dipilih.

1.3.2. Kriteria Desain

1. Memilih bentuk ruang yang simpel, simetris, namun tidak monoton (massa) dengan menggunakan *basic shape* yang menyesuaikan dengan tapak dan program ruang
2. Setiap ruangan memiliki akses yang mudah dan informatif (sirkulasi) dengan menggunakan warna dan material yang berbeda dan signage sebagai penunjuk
3. Memiliki akses dengan alam dan lingkungan sekitar (vista)
4. Memanfaatkan pencahayaan natural dan sejenisnya pada ruangan (bukaan)
5. Menggunakan material secara asli (*raw*) dan tidak *high polished* (material)

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

BAB 2

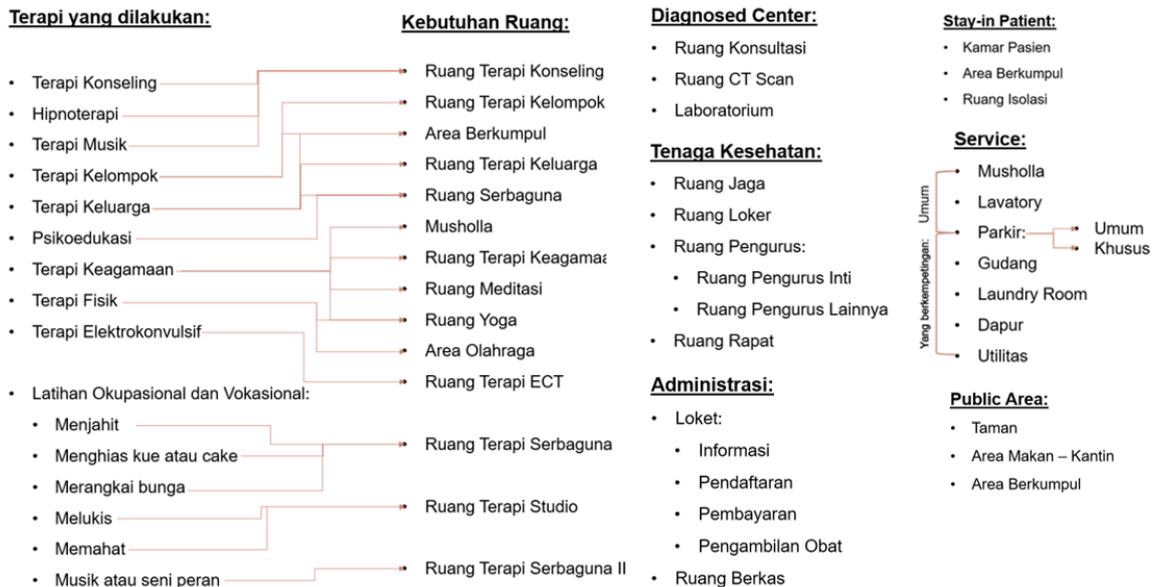
PROGRAM DESAIN

2.1. Rekapitulasi Program Ruang

2.1.1. Deskripsi Objek dan Pengguna

Fungsi bangunan merupakan sebuah Pusat Perawatan dan Rehabilitasi untuk gangguan mental skizofrenia di mana pasien melakukan konsultasi awal dan proses rehabilitasi untuk persiapan kembali ke keluarga dan masyarakat. Aktivitas-aktivitas tersebut didasari oleh pengguna-pengguna utama dalam bangunan, yaitu: pasien penderita skizofrenia, keluarga penderita, tenaga kesehatan beserta staff (dokter, suster, *office boy*, satpam, pengurus inti, pengurus administrasi, dll), dan masyarakat luar.

2.1.2. Kebutuhan Ruang



Gambar 2.1. Skema penentuan program ruang berdasarkan kebutuhan (dokumen penulis)

Penentuan kebutuhan program ruang berdasarkan jenis terapi dan penanganan untuk penderita (*therapy based*) yang bersumber dari DCM-V, KMK NOMOR HK.02.02/MENKES/73/2015, dan jurnal psikologi. Kebutuhan ini

terbagi menjadi dua inti yaitu terapi kelompok yang bertujuan untuk membebaskan penderita dari stress dan terapi-terapi lain untuk persiapan kembali ke masyarakat: ibadah bersama, kegiatan kesenian, terapi fisik dengan olahraga, dan kursus keterampilan (Maramis, 1990). Sedangkan untuk standar luasan ruang mengacu pada PMK No. 24 tahun 2016 dan Architects' Data karya Ernst Neufert.

a. Ruang Rawat Inap

Menurut dr. Kevin Adrian (2018), Ruang rawat inap diperuntukkan bagi pasien yang menjalani pemeriksaan dan perawatan intensif yang memiliki indikasi:

- Berbahaya bagi orang lain;
- Berpotensi untuk bunuh diri;
- Memiliki gejala parah (kekacauan perilaku) yang menyebabkan perawatan diri yang buruk dan beresiko untuk cedera sekunder;
- Memberikan respon gagal terhadap terapi;
- Kormobitas yang memberi komplikasi;
- Kebutuhan untuk mengubah pengobatan yang kompleks;
- dan Kestidakmampuan keluarga dalam merawat penderita.

Ruang ini termasuk ruang yang memiliki privasi tinggi sehingga hendaknya memiliki suasana yang tenang dan nyaman, jauh dari sirkulasi padat, serta terhubung erat dengan rehabilitasi medis, administrasi, dan laboratorium.

b. Area Berkumpul



Gambar 2.2. Area Berkumpul (dimellashaffer.com)

Area berkumpul yang dimaksud adalah area sosial sebagai bentuk dukungan sosial yang berguna untuk penderita (Llyod-Evans, dkk dalam Lindberg, 2018). Area ini merupakan salah satu bentuk terapi rehabilitasi sosial di mana penderita dan pasien yang dirawat dapat melatih adaptasi diri terhadap lingkungan luar dan mengembangkan komunikasi melalui interaksi antara penderita dengan keluarga dan masyarakat, tentunya dengan pengawasan dari tenaga ahli.

Adanya area berkumpul ini aman jika memperhatikan beberapa hal, seperti:

- Area tersebut terpantau oleh tenaga ahli
- Penggunaan furniture yang tidak berbahaya (tidak memiliki sudut yang tajam) serta penataan yang menghindari duduk dengan punggung yang menghadap area terbuka karena dapat mematikan stimulus penderita (utamanya bagi penderita skizofrenia jenis paranoid). (Wilis, 1980)

c. Ruang Isolasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.O2/MENKES/73/2017 mengenai pedoman nasional pelayanan kedokteran jiwa, Pada beberapa pasien tertentu yang menunjukkan perilaku yang berpotensi membahayakan, mereka merlukan ruang khusus untuk mengendalikan ledakan emosi tersebut sehingga suasana yang ditekankan pada ruangan ini hendaklah mampu mendorong perasaan tenang, rileks, dan merasa aman pada pasien. Ruangan ini hendaknya minim perabot untuk menghindari stimulus berlebihan ke pasien.

2.1.3. Rekapitulasi Luasan Ruang

Tabel 2.1 Standarisasi dan rekapitulasi kebutuhan ruang

Admistrasi					
Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m²)	Jumlah unit	Luasan total (m²)
	Lobby	Umum	443,5	1	443,5
	Ruang tunggu		X	2	X
	Loket dan resepsionis	Tenaga Kesehatan, pasien	35 - 70	3	175
	Ruang arsip		47,2	2	94.4
Total:					X m ²

Area Rawat Inap

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)
	Kamar rawat inap	Pasien dan keluarga, tenaga kesehatan	22,4	22	50
	Pos jaga	Tenaga kesehatan + staff	81 – 88,4	3	257,8
	Area berkumpul	Pasien dan keluarga, tenaga kesehatan	300 – 539	3	1.304,4
	Taman		161,3	1	161,3
Total:					1.773,5 m ²

Area Khusus Staff

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)	
	Ruang loker	Tenaga Kesehatan + staff pusat rehabilitasi	29,6 – 247,5	4	668	
	Ruan rapat		Besar	48,6	1	48,6
			Kecil	18,8	1	18,8
	Ruang pengurus		Inti	18,8	1	18,8
			Staff	28,4	2	56,8
	Laboratorium + tempat penyimpanan		72	1	72	
Total:					883 m ²	

Area Umum

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)
	Area makan	Umum, penderita dan keluarga, Tenaga Kesehatan	419	1	419
	Hall		192	1	192
	Ruang serbaguna		154,5	1	154,5
	Musholla		117	1	117
	Taman + lapangan basket		2.888,5	1	2.888,5
Total:					3.765 m ²

Diagnosed Center / Medical Treatments

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)
	Ruang konsultasi	Pasien, keluarga, tenaga kesehatan	13	6	78
	Ruang CT scan	Pasien, tenaga kesehatan	35,6	4	138,4
	Ruang ECT (terapi kejut listrik)		22,7	4	90,6
	Ruang isolasi		14,25	8	114
	Ruang monitor	Tenaga kesehatan	43,3	10	433
Total:					854 m ²

Therapy Center

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)
	Ruang konseling	Pasien, tenaga kesehatan	13	5	65
	Ruang terapi kelompok		23,5	4	94

	Ruang terapi keluarga	Pasien, keluarga, tenaga kesehatan	23.5 -	4	113.5
	<i>Art studio</i>	Pasien, tenaga Kesehatan / yang berkepentingan	97	1	97
	Ruang terapi		57,6	1	57,6
	Ruang sanggar		57,6	1	57,6
	Ruang terapi keagamaan		18,7	5	93,5
	Ruang meditasi		11	5	55
	Taman	Pasien, keluarga, tenaga kesehatan	161,3	1	161,3
Total:					794,5 m ²

Service

Zonasi	Ruangan	Pengguna	Luas/unit (m ²)	Jumlah unit	Luasan total (m ²)
	Parkir	Roda dua	2	100	200
		Mobil	15	40	600
		Khusus	18.45	2	36.9
	Lavatory (wc + nursery room)	Umum, penderita dan keluarga,	60,2 – 65,2	4	252
	Utilitas listrik	Tenaga Kesehatan / yang berkepentingan	3,8 – 15,8	6	37
	Tangga service		9,5 – 17,6	5	68
	Gudang		3,8 – 18,7	4	52.5
	Ruang laundry		97	1	97
	Dapur		47.8	1	47.8
	Ruang penyimpanan	11,4	1	11,4	
Total:					1.402,3 m ²

Keterangan zonasi:

Private
 Semi-private
 Public
 Semi-public

Sumber: Dokumen penulis

Berdasarkan tabel di atas, maka rekapitulasi luasan bangunan per lantai:

Lantai 1	: 8.570,6 m ²
Lantai 2	: 5620 m ²
Lantai 3	: 1243 m ²
Total	: 15.433,6 m ²
Luas Tapak	: 25.000 m ²

2.2. Kajian Tapak

2.2.1. Kriteria Tapak dan Lingkungan

Untuk menentukan lahan yang akan digunakan, beberapa hal hendaknya diperhatikan. Menurut Sari, dkk (2017) lahan yang dipilih untuk pusat rehabilitasi penyakit kejiwaan berat hendaklah memenuhi beberapa kriteria seperti:

1. Suasana tenang dengan tingkat kebisingan rendah sebagai penunjang kesembuhan
2. Tidak terletak pada keramaian pusat kota tetapi lokasinya mudah dijangkau
3. Terdapat faktor pendukung pusat rehabilitasi: fasilitas Pendidikan, kesehatan, dan perekonomian.
4. Tidak jauh dari pemukiman penduduk tetapi tidak membahayakan sekitar
5. Site yang dipilih tidak membahayakan
6. Keadaan alam di sekitar lahan yang memadai.

2.2.2. Peraturan dan Data Tapak



Gambar 2.3. Zonasi lahan (Peta Perutukan Kota Surabaya)

Lahan yang dipilih terletak di Jl. Ketintang Madya, Jambangan, Surabaya merupakan aset milik Pemerintah Kota Surabaya dan menurut peta peruntukan Kota Surabaya, terklasifikasi sebagai zona perumahan dengan sub-zona Rumah

kepadatan tinggi, namun lahan tetap dapat digunakan sebagai lahan untuk membangun bangunan dengan tipologi seperti yang diajukan.

Menurut peta peruntukan, jika ingin membangun bangunan dengan klasifikasi SPU Kesehatan dengan jenis kegiatan berupa rumah sakit khusus (rumah sakit jiwa dan sejenisnya), maka ketentuan yang berlaku adalah:

1. Intensitas:
 - a. KDB maksimum yang diizinkan 50%
 - b. KLB maksimum yang diizinkan 3.5 poin
 - c. KTB maksimum yang diizinkan 65%
 - d. KDH maksimum yang diizinkan 10%
2. Tata bangunan:
 - a. Tinggi bangunan maksimum 35 m

2.2.3. Analisis dan Respon Tapak

Lahan dipilih dengan mempertimbangkan aspek kriteria lahan yang dijelaskan pada poin sebelumnya dan menghasilkan respon:

Tabel 2.2. Tabel analisis tapak

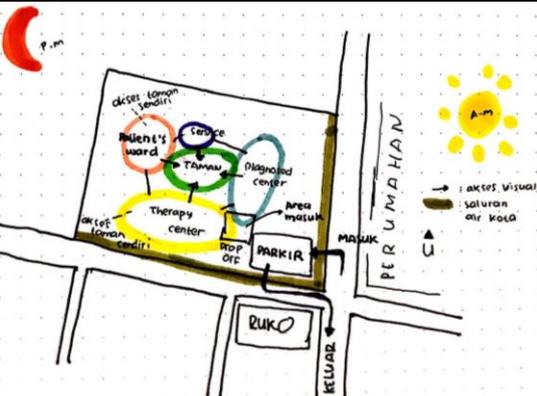
Potensi	Kendala
<p>Lokasi strategis</p>  <p>Gambar 2.4. Keadaan Jalan (dokumen penulis)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Terletak di jalan utama wilayah tersebut, • Terletak di wilayah yang menjadi akses untuk ke beberapa sektor 	<ul style="list-style-type: none"> • Pada waktu-waktu tertentu, utamanya <i>rush hour</i>, jalanan akan ramai dan macet • Akses menuju lahan sedikit sulit

Dekat dengan pemukiman	
	
Gambar 2.5. Area Perumahan di sekitar (dokumen penulis)	
<ul style="list-style-type: none"> • Lahan komunitas baru 	-
Terdapat sektor pendukung	
	
Gambar 2.6. Faktor Pendukung Tapak (google maps)	
<ul style="list-style-type: none"> • Banyak aktivitas di sekitar yang mendukung (sektor ekonomi, Pendidikan, agama, kesehatan, sosial) • Sebagai daya Tarik baru di wilayah tersebut 	Sewaktu-waktu dapat menjadi sumber keramaian
Keadaan alam yang memadai	
	
Gambar 2.7. Keadaan Alam di Tapak (dokumen penulis)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menjadi pemandangan dari objek rancang 	-

Sumber : dokumen penulis

Berdasarkan analisis tapak pada poin sebelumnya, maka respon yang diberikan (dengan mempertimbangkan kebutuhan ruang, user, dan regulasi) ialah:

Tabel 2.3. Tabel respon terhadap tapak

Respon	Penjelasan
 <p data-bbox="347 770 852 831">Gambar 2.8. Skema respon sirkulasi (dokumen penulis)</p>	<p data-bbox="911 483 1023 517">Sirkulasi:</p> <p data-bbox="911 528 1361 680">Sirkulasi masuk ke site dibuat sama, yaitu melalui jalan Ketintang Madya dan keluar melalui jalan Jambangan. Hal tersebut mempertimbangkan arah alur sirkulasi jalan di lahan.</p>
 <p data-bbox="373 1279 826 1352">Gambar 2.9. Skema Respon Zonasi Tapak (dokumen penulis)</p>	<p data-bbox="911 909 999 943">Zonasi:</p> <p data-bbox="911 972 1361 1061">Massa bangunan diletakkan di utara agar area hijau <i>existing</i> dapat diolah secara maksimal.</p> <p data-bbox="911 1099 1361 1196">Area parkir dibagi menjadi 2, khusus (untuk tenaga medis – ambulance) dan umum (pengunjung, pasien).</p> <p data-bbox="911 1234 1361 1290">Pemanfaatan ruang terbuka hijau pada tapak semaksimal mungkin.</p>
 <p data-bbox="363 1771 852 1845">Gambar 2.10. Skema Respon arah bangunan (dokumen penulis)</p>	<p data-bbox="911 1503 1190 1536">Arah Hadap Bangunan:</p> <p data-bbox="911 1570 1361 1693">Arah bangunan utamanya menghadap timur (Ketintang Madya), sehingga pada sisi yang dilingkari diberi perhatian lebih untuk fasadnya.</p>

Sumber : dokumen penulis

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

BAB 3

PENDEKATAN DAN METODE DESAIN

3.1. Pendekatan Desain

3.1.1. *Behavioral Approach for Mental Health Facilities*

Pendekatan ini berfokus pada ide dan pemahaman yang terletak dibalik tindakan manusia dan berpendapat bahwa perilaku harus dipahami melalui pemikiran dari 'aktor' pada poin dimana waktu dan ruang itu terjadi. *Behavioral approach* terdiri dari kombinasi antara pola perilaku sosial yang ada di struktur fisik dan temporal dengan beberapa atribut yang ditelaah. Pendekatan ini digunakan untuk menerima dan memahami kompleksitas dan ketergantungan dari sistem ekologi dimana perilaku tertanam di dalamnya yang menghubungkan orang, perilaku, lingkungan sosial, dan lingkungan fisik. Melihat keterhubungan tersebut secara teliti akan menunjukkan fungsi dan performa efektivitas sebuah ruang yang ditentukan dan diukur melalui keterkaitannya dengan lokasi, lingkungan fisik, dan pola perilaku penghuni.

Behavioral approach untuk fasilitas kesehatan mental sendiri digunakan untuk merancang sebuah bangunan dimana sebisa mungkin bangunan memberikan kesan aman dan nyaman untuk penderita, keluarga dan masyarakat. Hal ini bertujuan untuk mengubah stigma mengenai pusat perawatan kesehatan mental dengan mengembangkan wajah baru pusat rehabilitasi yang memberikan kesan non-institusional yang memberikan pelayanan 24-jam untuk pasiennya.

Dari pendekatan ini, kemudian dikerucutkan lagi menjadi lebih spesifik pada penjelasan selanjutnya.

3.1.2. *Designing for Schizophrenia*

Untuk pendekatan ini, lebih dikhususkan secara spesifik terhadap spektrum penderita skizofrenia, seperti apa yang dialami sehari-hari dan bagaimana proses rehabilitasi yang dilaksanakan penderita. Perilaku dan perasaan yang dirasakan penderita menjadi salah satu pertimbangan desain. Menurut Allie Burke pada

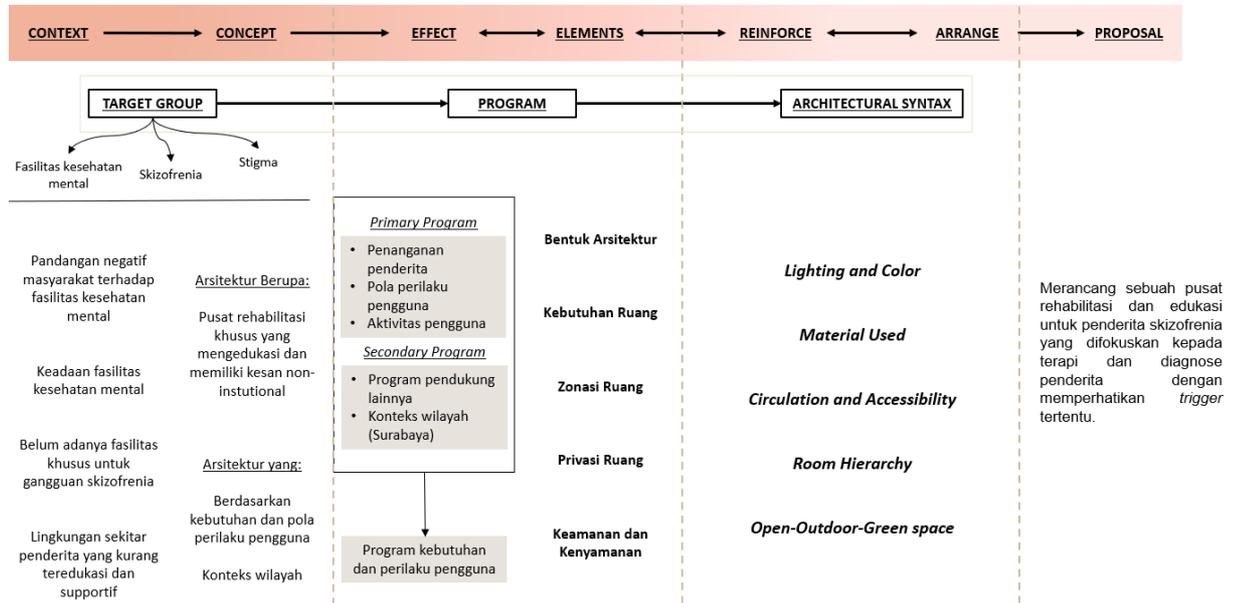
sebuah dokumenter yang diunggah oleh Vice Indonesia, menjelaskan bahwa ia sebagai seorang pengidap skizofrenia jenis paranoid mendengar suara-suara di sekitar mereka, perasaan khawatir akan adanya orang yang berdiri di belakang mereka, kerap melihat banyangan dan suara yang berasal dari tembok yang juga dirasakan oleh sebagian besar penderita lainnya. Hal tersebut menjadi pertimbangan bagaimana bangunan dirancang sebagai tempat yang aman bagi penderita, utamanya pada ruang private dengan memberikan aspek penenang (*positive distraction*) dengan menambahkan elemen alami dan penggunaan warna tertentu pada ruang. Aspek arsitektural lainnya yang perlu diperhatikan seperti:

1. Bentuk ruang yang simple namun tidak monoton untuk mendorong pasien berfantasi tanpa menimbulkan stimulasi negatif berlebihan pada pasien, namun simpel dan simetris agar tetap seimbang. Hal tersebut dikarenakan kebanyakan penderita skizofrenia memiliki tingkat imajinasi tinggi yang sebaiknya disalurkan sebaik mungkin.
2. Menggabungkan antara seni, fotografi, desain, dan pencahayaan untuk menghadirkan elemen alam di interior sebagai efek penenang.
3. Penambahan taman yang aksesibel baik secara fisik maupun vista, nyaman, dan tenang.

Beberapa saran tambahan untuk desain bagi pasien skizofrenia seperti: penggunaan jendela secara maksimal untuk mengakses cahaya alami di pagi - siang hari, penggunaan fasad kaca yang menghadap ke pemandangan yang indah atau area luar tapak, pembebasan dari perasaan seperti di penjara, akses sirkulasi yang mudah dan transparan, desain interior yang aman, nyaman, dan akrab untuk mendorong kegiatan di dalamnya, pintu masuk dijadikan tipikal (Karami dan M sharifi, 2016). Aspek dan saran tersebut kemudian dicocokkan dengan studi perilaku penderita skizofrenia untuk menentukan kriteria desain yang tepat dan sesuai.

3.2. Metode Desain

3.2.1. Framework



Gambar 3.1. Diagram *Concept-based framework* (dokumen penulis)

Dalam perancangan ini menggunakan *Concept-Based Framework* untuk menghasilkan ide rancangan berdasarkan isu dan hipotesis yang diajukan. Dari hal-hal tersebut, muncul permasalahan desain yang memunculkan konsep besar yang kemudian dikembangkan hingga memunculkan elemen desain yang sesuai dan logis dengan permasalahan yang ada.

3.2.2. Salutogenic Design

Pendekatan dengan metode ini banyak digunakan pada fasilitas kesehatan (terlebih lagi fasilitas kesehatan mental) yang bertujuan untuk mendesain struktur agar orang lebih sehat dan bahagia dengan berfokus pada peningkatan kesehatan, bukan dengan hanya mengobati, namun juga mengatasi beberapa faktor penyebabnya. Prinsip dari salutogenesis adalah untuk mengintegrasikan dinamika kesehatan dan pengalaman dengan arsitektur. Menurut Antonovsky, teori salutogenesis menyediakan logika yang dapat diakses untuk menentukan efek dalam desain yang merupakan cara untuk memahami keseluruhan spektrum dari kesehatan dan penyakit. Desain yang diajukan tidak hanya untuk mendorong

pengguna untuk menjalani kehidupan yang lebih aktif, tapi juga bagaimana dapat merespon lingkungan sekitarnya.

Untuk membuat fasilitas kesehatan mental yang lebih santai dan terkesan non-institusional, pedoman dasar yang harus diperhatikan adalah menumbuhkan rasa kontrol penghuni atas lingkungan fisik di sekitarnya. Hal tersebut digapai dengan mendorong dukungan sosial dan menyediakan akses ke alam, cahaya alami, dan gangguan positif lainnya. Pedoman tersebut digabungkan dengan beberapa fitur seperti: kamar tidur tunggal untuk menjaga privasi dan pemenuh rasa aman bagi pengguna; pencahayaan alami melalui bukaan pada bangunan; ruang tunggu yang nyaman dan aman; taman lanskap dengan karya seni, area olah raga dan musik yang menenangkan untuk mewujudkan desain fasilitas pengobatan gangguan kejiwaan terbaru.



Gambar 3.2. Napean Mental Health Center (<https://www.archdaily.com/550968/nepean-mental-health-centre-woods-bagot>)

Salah satu metode yang digunakan pada desain salutogenik ini ialah metode metafora dari sesuatu yang mewakili spektrum penyakit atau gangguan tersebut dan berpeluang untuk mempengaruhi kesehatan fisik dan mental pengguna. Studi preseden untuk metode ini adalah *Napean Mental Health Center* yang merupakan sebuah fasilitas pelayanan kesehatan jiwa ini diperuntukkan untuk lansia dengan gangguan demensia yang menggunakan metafora otak manusia dimana otak dilindungi oleh tulang yang keras, namun kontras pada bagian dalam yang lembut dan saling terkoneksi. Pada preseden tersebut, keduanya diterjemahkan pada eksterior yang seperti cangkang, kuat dan melindungi dengan penggunaan material seperti baja dan beton sedangkan pada bagian dalamnya

terdapat taman yang membantu menciptakan rasa kemanusiaan dan kepemilikan. Bagian dalam dan luar dari bangunan dirancang untuk menghidupkan komunitas dan interaksi antar user di dalamnya.

Salah satu elemen penyebab skizofrenia (berdasarkan penelitian-penelitian yang dilakukan oleh tenaga ahli) ialah kadar dopamin pada otak yang tidak seimbang. Dopamine sendiri juga berkaitan erat dengan emosi (penjelasan lebih lanjut mengenai metafora dopamin, ada di bab selanjutnya). Karena desain salutogenik juga bertujuan untuk mengurangi stress yang kerap menjadi penyebab kekambuhan pada penderita. Oleh karena itu, beberapa hal perlu diperhatikan seperti menghindari stimulus-stimulus yang mematik gejala dan memeberikan efek penenang (terapeutik) pada penderita melalui desain. Dengan memanfaatkan cahaya matahari, membuat nuansa terapeutik pada halaman dalam dan menciptakan konektivitas visual yang menarik pengguna untuk beraktivitas dan sebagai *positive distraction*.

3.2.3. *Therapeutic Design*

Arsitektur terapeutik bertujuan sebagai katalisator untuk menemukan bagaimana arsitektur dapat menciptakan sebuah lingkungan yang kondusif bagi proses penyembuhan yang mempengaruhi perilaku fisik dan psikologis pasien. Metode ini menganalisis hal-hal seperti: bagaimana ruang dirancang sejalan dengan proses penyembuhan, memahami hubungan manusia dan lingkungannya, dan mempelajari unsur-unsur alam sebagai katalisator dalam *healing environment*. Terapeutik arsitektur juga menerapkan pengalaman sensori seperti penggunaan cahaya dan juga warna pada bangunan dan lingkungannya.



Gambar 3.3. Ostra Hospital (<https://whitearkitekter.com/project/ostra-hospital-emergency-psychiatry-ward/>)

Salah satu contoh bangunan dengan tipologi setipe yang menggunakan metode ini adalah *Ostra Hospital*. Pusat psikiatri ini melakukan renovasi dengan tujuan agar fasilitas psikiatri yang baru dapat membantu mengurangi stigma dan isolasi dari penyakit kejiwaan. Hal tersebut dicapai dengan meredesain pusat psikiatri ini menggunakan *healing environment* yang mendukung keterhubungan dengan alam dengan mengutamakan kebutuhan keamanan dan kenyamanan. Perbaikan fasilitas kesehatan mental di Rumah Sakit Ostra ternyata menunjukkan perbedaan yang positif yang cukup signifikan bagi penghuninya, yaitu pasien dan tenaga kesehatan dengan menerapkan '*Architecture as medicine*' sebagai konsep utamanya. Selain itu hal yang diperhatikan adalah variasi dari ruang komunitas dan individu.

Penataan ruang menggunakan sistem hierarki dengan urutan proses perpindahan ruang dari *private - semi-private - semi-public - public*. Hierarki pada ruang juga menyediakan preferensi kualitas spasial yang berbeda sesuai kebutuhan penggunaannya.

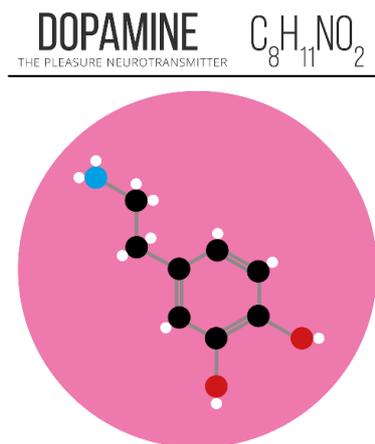
BAB 4

KONSEP DESAIN

4.1. Eksplorasi Formal

4.1.1. Metafora

Merujuk pada bab sebelumnya, metafora sesuatu yang mewakili spektrum penyakit atau gangguan menjadi salah satu metode rancang. Salah satu penyebab dari skizofrenia ialah ketidak seimbangan dalam struktur kimiawi otak – *neurotransmitter*, dopamin yang kemudia ditransformasikan menjadi konsep bentukan massa dan kualitas spasial - program ruang.

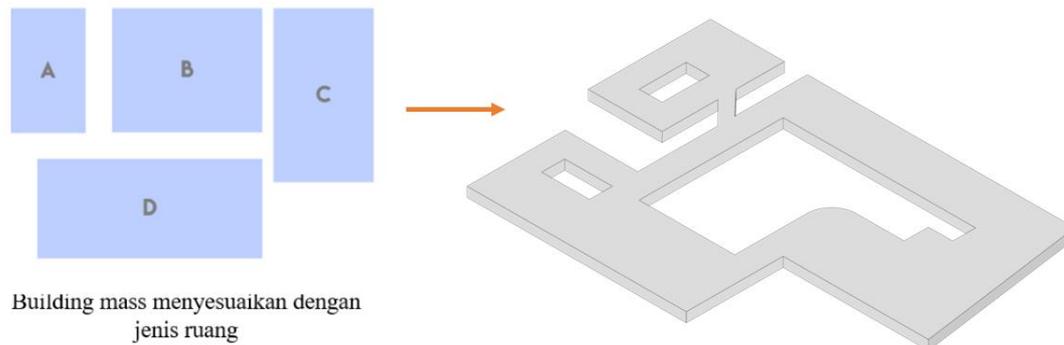


Gambar 4.1. Struktur Dopamine (www.compoundchem.com)

Dopamin merupakan salah satu *neurotransmitter* yang terkena efek dari obat-obatan yang dikonsumsi penderita karena ketidakseimbangan kadarnya dalam otak. Dopamine yang merupakan zat kimia dalam otak yang mempengaruhi berbagai aktivitas manusia seperti mengendalikan emosi, gerakan, konsentrasi, dan rasa sakit. Senyawa ini memberikan perasaan senang dan puas yang jika kadarnya menurun, maka aktivitas otak berupa fungsi kognitif dan motorik akan terganggu.

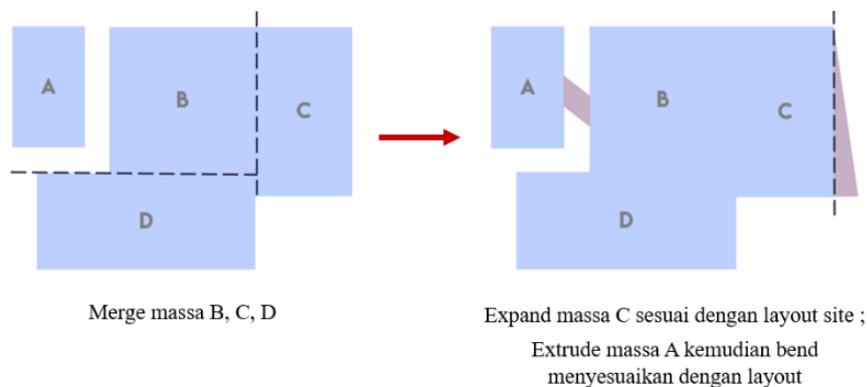
Untuk menyeimbangkan kadar dopamine, beberapa kegiatan dapat dilakukan seperti berolahraga, melakukan meditasi, dan berjemur – yang sesuai dengan terapi yang dilakukan oleh penderita.

4.1.2. Konsep Bentuk dan Zonasi



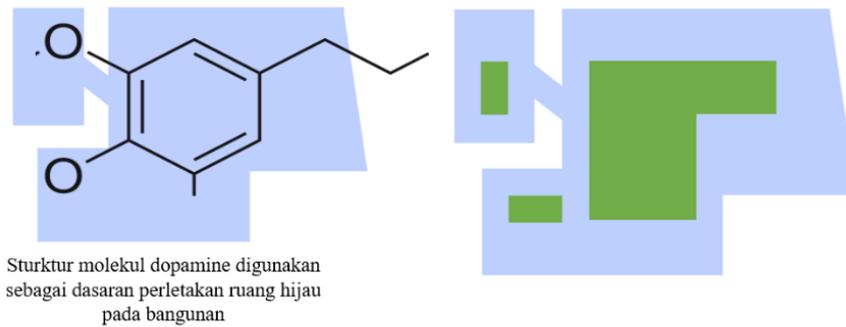
Gambar 4.2. Transformasi Konsep Bentuk (dokumen penulis)

Gubahan massa berbentuk segi empat yang merupakan bentuk dasar untuk menghindari bentuk yang terlalu rumit (menyesuaikan dengan desain kriteria pertama, massa). Luasan dan perletakan dari tiap gubahannya menyesuaikan dengan kebutuhan serta hierarki zonasi dari ruang yang di dalamnya.



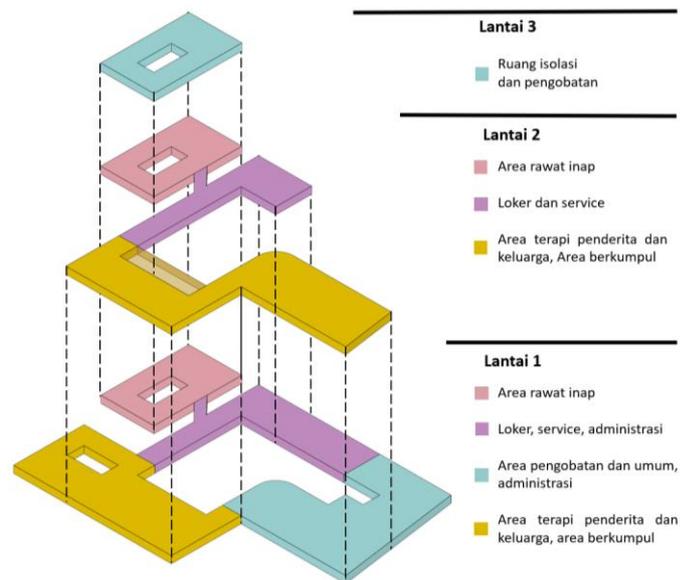
Gambar 4.3. Transformasi Konsep Bentuk 2 (dokumen penulis)

Tranformasi pada gubahan massa mengacu pada desain kriteria kedua (sirkulasi) dengan pertimbangan desain kriteria pertama (massa) yang mengambil konsep dari struktur molekul dopamine yang saling terkoneksi. Massa bangunan dibuat terkoneksi untuk mempermudah jangkauan dan pengawasan.



Gambar 4.4. Hasil Transformasi Konsep Bentuk (dokumen penulis)

Selain itu, struktur dari dopamin (unsur HO -ujung bagian bulat pada gambar- dan ikatan berbentuk hexagonal) dijadikan acuan sebagai penempatan area hijau. Hal yang menjadi pertimbangan yaitu setiap program ruang dapat memiliki akses dengan alam yang merujuk pada desain kriteria ketiga (vista).



Gambar 4.5. Konsep Zonasi Perlantai (dokumen penulis)

Jumlah lantai serta penempatan zonasi menyesuaikan dengan kebutuhan ruang dan pola aktivitas pengguna. Karena fokus utama adalah psikoterapi, maka zonasi untuk program ruang psikoterapi berada pada 2 lantai. Untuk area rawat inap pasien, di letakkan di area tersendiri untuk memudahkan dalam pengawasan.

4.1.3. Konsep *Ambience*

Menggunakan konsep *therapeutic and healing space* untuk menciptakan suasana yang nyaman, aman, dan hangat dengan menggunakan tone warna yang hangat, netral, dan tidak mencolok untuk mencegah stimulus negatif pada pasien. Selain itu, beberapa aspek yang berdasarkan desain kriteria perlu diperhatikan antara lain:

- **Mengembangkan citra non-institusional pusat rehabilitasi untuk kesehatan jiwa**

Karena salah satu tujuan mendesain bangunan ini adalah menghapuskan stigma negatif mengenai pusat rehabilitasi untuk gangguan kejiwaan skizofrenia, salah satu caranya adalah mengubah tampilan dari bangunan yang umumnya terkesan “institusional”, menjadi lebih hangat dan bersahabat. Selain itu, hal ini juga digunakan untuk menciptakan lingkungan yang suportif dan mendorong pengguna untuk berkembang (sembuh) dan menjadi lebih baik (berlaku untuk penderita, keluarga, dan masyarakat sekitar).

- **Menghindari ruang yang terlalu sempit**

Ruangan yang terlalu sempit karena dapat mematikan kekambuhan penderita, oleh karena itu ruangan dan area bebas (lorong, ruang tunggu, area berkumpul) dibuat lapang agar jarak pribadi pengguna lebih luas dan nyaman. Pada area tersebut nantinya diberikan *positive distraction* yang juga membantu menenangkan dan mencegah kekambuhan gejala pada penderita.

- **Memberikan akses pemandangan, udara segar, dan sinar matahari**

- **Memberikan akses pemandangan alam**

Kedua poin tersebut merujuk pada desain kriteria ketiga (*vista*) dan keempat (*bukaan*). Pengguna bangunan dapat memiliki akses pemandangan alam berupa lanskap taman atau sekitar (di luar lahan) dengan mudah karena perasaan dekat dengan alam akan meningkatkan perasaan senang, tenang, dan nyaman. Selain itu, akses pencahayaan dan penghawaan alami dapat meningkatkan tingkat ketenangan seseorang.

Pada ruangan yang menuntut interaksi antar pengguna, pencahayaan alami dimaksimalkan dengan rata. Sedangkan untuk ruang tertentu yang menuntut privasi tinggi (ruang isolasi), maka penggunaan cahaya yang disarankan melalui bukaan (jendela) yang diletakkan pada ketinggian tertentu agar cahaya tidak terkena secara langsung pada penderita.

- **Menggunakan ilmu psikologi warna untuk ruangan**



Gambar 4.6. Psikologi Warna pada Interior (visual.ly)

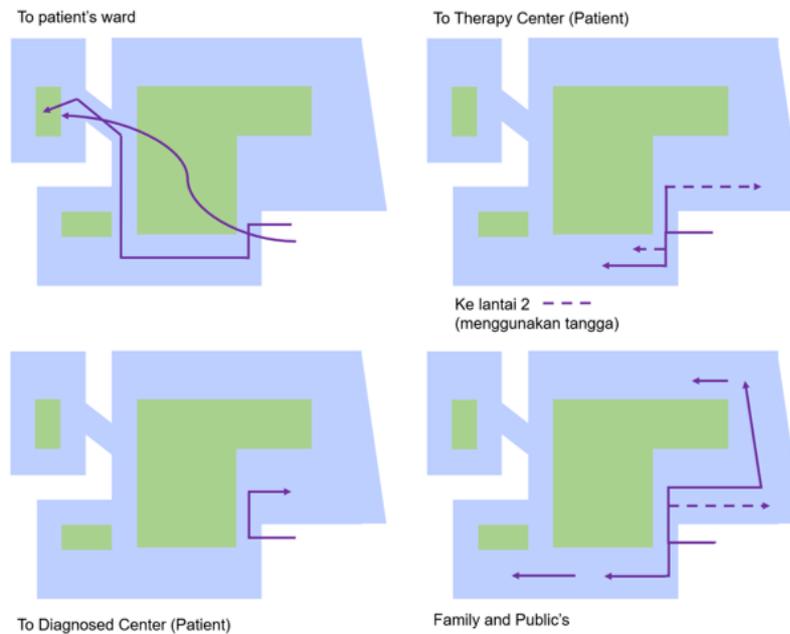
Mengacu pada desain kriteria kelima (material), penggunaan warna pada interior ruangan berkaitan dengan kondisi psikologis penggunanya karena mampu mempengaruhi tubuh, pikiran dan emosi pada diri manusia. Tiap ruangan memiliki warna yang berbeda tergantung dengan suasana apa yang ingin dibangun di dalamnya.

4.2. Eksplorasi Teknis

4.2.2. Konsep Struktur

Menggunakan struktur kolom, balok, dan pelat lantai beton bertulang dengan bentang yang diameternya menyesuaikan dengan bentang bangunan. Sedangkan untuk atap, menggunakan atap datar dengan material dak beton yang dipadukan dengan atap kaca pada beberapa bagian untuk memberikan akses pencahayaan ke dalam bangunan.

4.2.1. Konsep Sirkulasi



Gambar 4.7. Alur Konsep Sirkulasi Pengguna (dokumen penulis)

Sirkulasi di dalam bangunan ditentukan berdasarkan tujuan dari pengguna. Semua sirkulasi berpusat pada pintu masuk utama bangunan, hal tersebut diperuntukkan untuk memudahkan dalam pengawasan dan sirkulasi bagi pengguna. Perbedaan warna, pola lantai dan tambahan *signage* digunakan untuk mempermudah sirkulasi pengguna dalam bangunan.

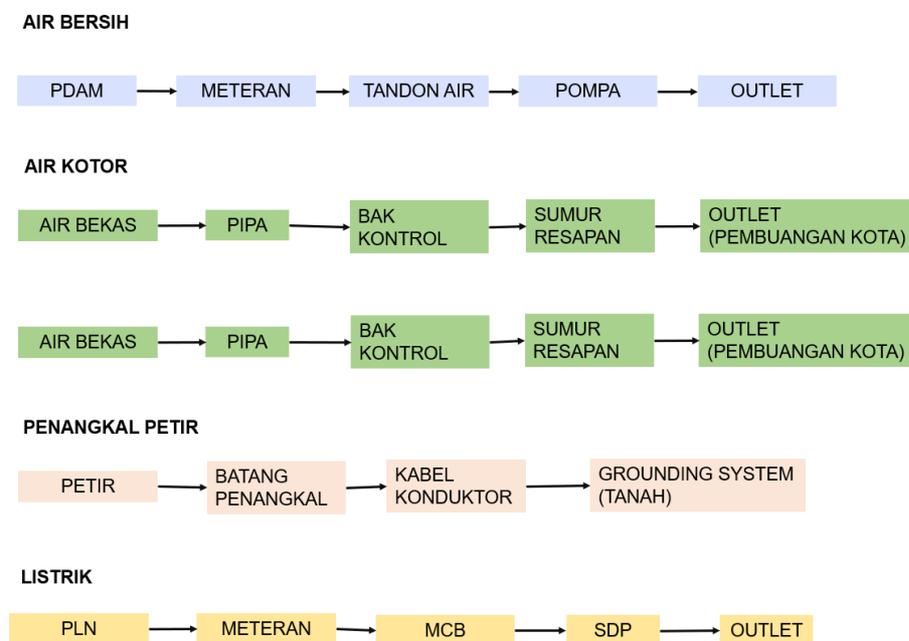
4.2.3. Konsep Material



Gambar 4.8. Konsep material yang digunakan (dokumen penulis)

Mengacu pada desain kriteria nomer 5 (material), penggunaan material yang *non – glare* digunakan untuk mencegah stimulus berlebihan pada penderita dan penggunaan *raw materials* untuk menunjukkan kesan alami pada bangunan. Material yang dipilih berupa kayu parket dan keramik lantai berwarna natural yang tidak mengkilat (dof) untuk lantai. Perbedaan material untuk lantai juga sebagai penunjuk untuk perbedaan zonasi dan pola aktivitas ruang. Material untuk dinding, utamanya pada ruang isolasi, diberi tambahan foam sebagai tambahan keamanan.

4.2.4. Konsep Skema Utilitas



Gambar 4.9. Diagram Konsep Skema Utilitas (dokumen penulis)

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

BAB 5

DESAIN

5.1. Eksplorasi Formal

5.1.1. Dokumen Gambar

a. Siteplan



Gambar 5.1. Siteplan (dokumen penulis)



Gambar 5.2. Perspektif Siteplan (dokumen penulis)

b. Denah



Gambar 5.3. Denah Lantai 1 (dokumen penulis)

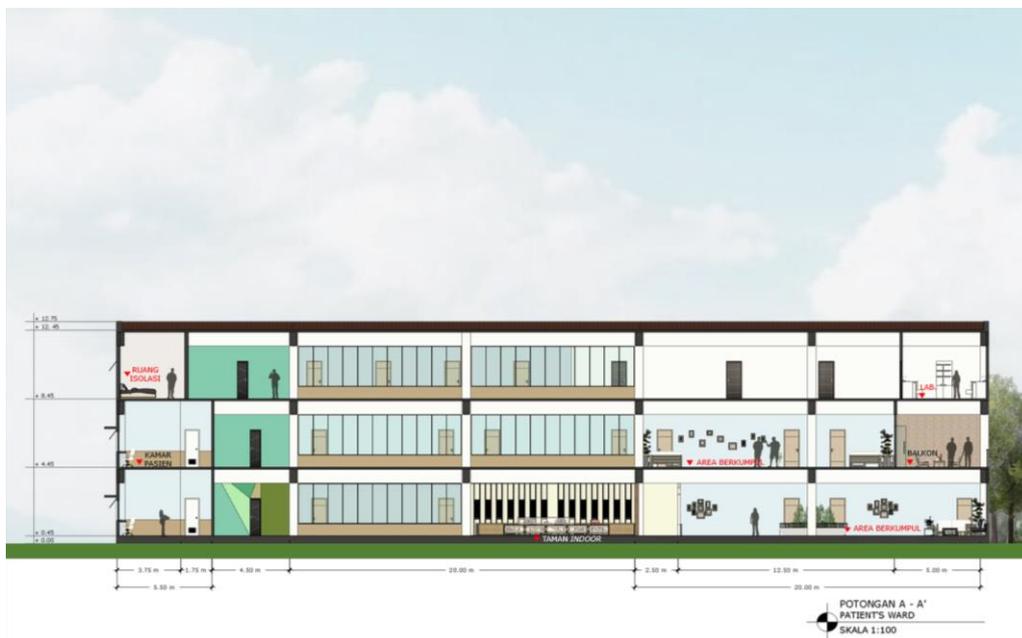


Gambar 5.4. Denah Lantai 2 (dokumen penulis)



Gambar 5.5. Denah Lantai 3 (dokumen penulis)

c. **Potongan**



Gambar 5.6. Potongan A-A' (dokumen penulis)



Gambar 5.7. Potongan B-B' (dokumen penulis)

d. Tampak



Gambar 5.8. Tampak Selatan (dokumen penulis)



Gambar 5.9. Tampak Timur (dokumen penulis)



Gambar 5.10. Tampak Utara (dokumen penulis)



Gambar 5.11. Tampak Barat (dokumen penulis)

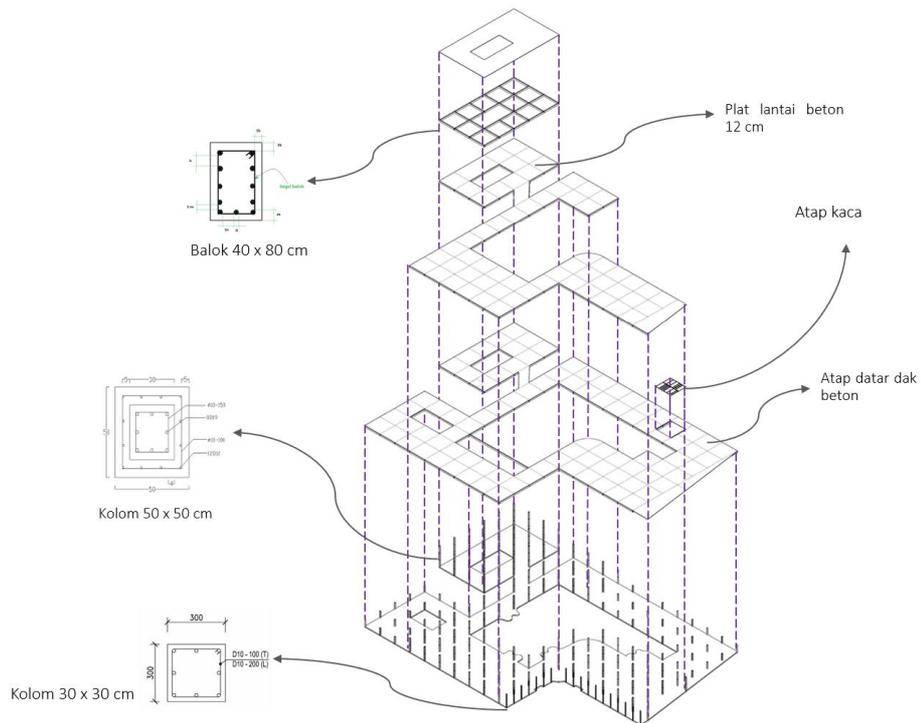
e. Perspektif Interior



Gambar 5.12. Perspektif Area Berkumpul (dokumen penulis)

5.2. Eksplorasi Teknis

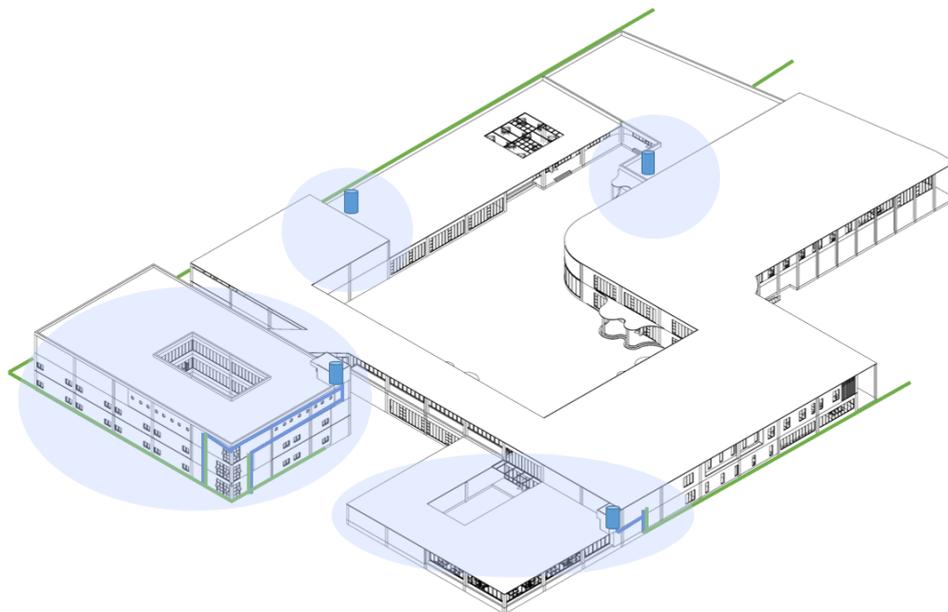
5.2.1. Sistem Struktur



Gambar 5.13. Aksonometri dan Detail Struktur (dokumen penulis)

Struktur yang digunakan adalah struktur beton dengan bentang antar kolomnya 10m dengan kuran kolom 50x50 dengan balok 40x80. Sedangkan untuk rangka atap, menggunakan atap dak beton dengan tebal 12 cm (sama seperti plat lantai beton yang digunakan). Selain itu juga terdapat atap kaca datar pada area makan untuk menambah akses pencahayaan pada bangunan. Untuk kolom pada sorsoran, menggunakan kolom beton dengan jarak antar kolomnya 5m dan berdimensi 30x30cm.

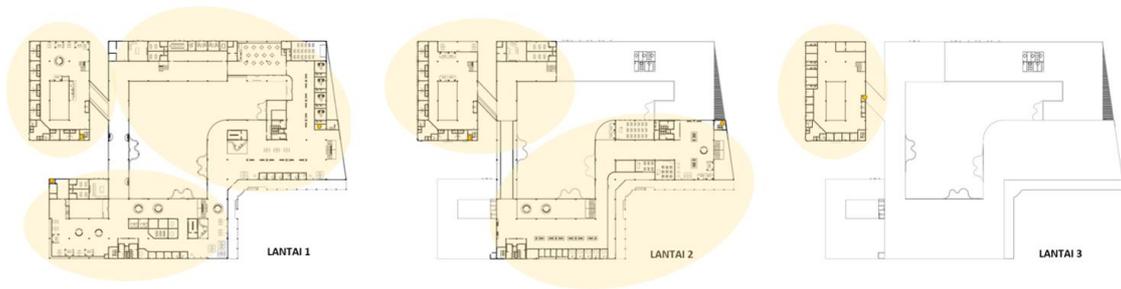
5.2.2. Sistem Utilitas Air Bersih dan Kotor



Gambar 5.14. Skema Utilitas Air Bersih (dokumen penulis)

Untuk air bersih, air akan disimpan dahulu di tandon atas sebelum disalurkan ke ruangan-ruangan yang membutuhkan. Pada area rawat inap pasien, per dua kamar memiliki shaft untuk pipa air bersih yang terhubung pada tandon atas dan pipa air kotor. Tandon dibagi menjadi 4 cangkupan untuk mencegah pipa yang terlalu panjang yang bertujuan untuk meminimalisir kerusakan dan mempermudah perbaikan.

5.2.3. Sistem Utilitas Listrik

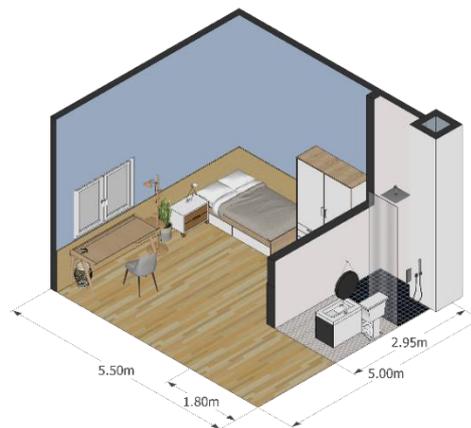


Gambar 5.15. Skema Utilitas Listrik (dokumen penulis)

Merujuk pada skema gambar utilitas listrik di atas, pada setiap lantai memiliki MCB masing-masing dengan cangkupan area tertentu. Hal ini untuk mempermudah perbaikan jika sewaktu-waktu terjadi konslet (kerusakan area tertentu saja)

5.2.4. Interior dan Material

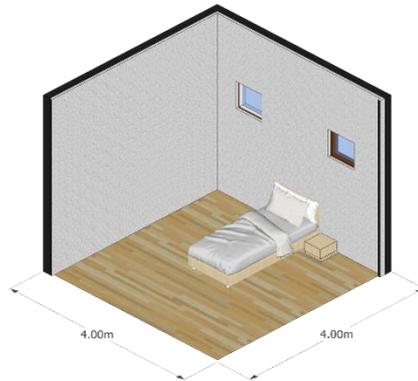
a. Kamar Rawat Inap Pasien



Gambar 5.16. Kamar Rawat Pasien (dokumen penulis)

Karena pasien yang dirawat inap adalah pasien yang memiliki resiko kambuh dan bunuh diri sehingga membutuhkan pengawasan lebih, maka pemilihan warnanya adalah biru dan tambahan tempelan foam berpola kayu pada dinding agar tidak monoton untuk memberikan efek tenang dan nyaman. Sedangkan untuk lantai menggunakan lantai parket vinyl kayu berwarna terang untuk memberikan kesan cerah namun hangat dan terang.

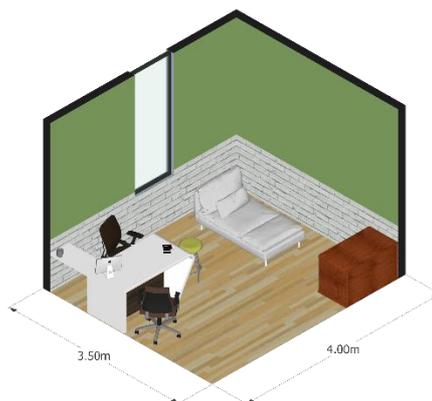
b. Kamar Isolasi



Gambar 5.17. Kamar Isolasi (dokumen penulis)

Kamar isolasi dibuat seminim mungkin perabotan (kecuali kasur dan laci penyimpanan) untuk mencegah pasien meelakukan tindakan merusak. Pada dinding diberi lapisan foam dinding secara full dengan tebal 5 mm sebagai bentuk keamanan dan lantai parket vinyl kayu berwarna terang untuk menghindari kesan suram. Ruangannya ini tetap diberi jendela kecil sebagai akses pencahayaan dengan jarak yang lebih tinggi dari tubuh manusia (2 m) untuk mencegah penderita bertindak yang tidak-tidak.

c. Area Konsultasi - Konseling

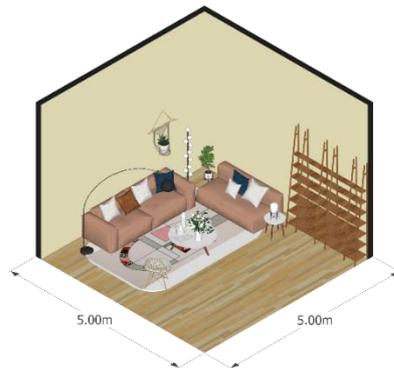


Gambar 5.18. Ruang Konsultasi - Konseling (dokumen penulis)

Ruang konseling dibuat nyaman mungkin agar penderita tidak merasa tertekan dan nyaman ketika melakukan Tindakan. Pemilihan warna yang digunakan

adalah warna hijau dengan aksen bata putih (wallpaper foam tebal 3mm) untuk membangun suasana rileks baik secara mental maupun fisik.

d. Ruang Terapi Bersama



Gambar 5.19. Ruang Terapi Bersama (dokumen penulis)

Menggunakan warna kuning untuk memberikan kesan cerah dan bahagia. Selain itu warna kuning, sesuai dengan penjelasan, dapat meningkatkan sense komunikasi pengguna yang ada di ruangan tersebut. Ruangan dibuat fleksibel dengan hanya menambahkan tempat duduk, rak dan hiasan dinding agar pengunjung yang berada di dalam merasa bebas.

BAB 6

KESIMPULAN

Setiap tahunnya jumlah penderita skizofrenia meningkat, utamanya di kota-kota besar, salah satunya adalah Surabaya. Hal tersebut tidak diimbangi dengan kapasitas dari fasilitas rehabilitasi penyakit tersebut sehingga kejadian *overload* sering ditemukan. Selain itu, masih melekatnya stigma negatif mengenai pusat rehabilitasi dari gangguan ini cenderung menyebabkan penderita dan keluarganya enggan untuk berobat untuk mendapatkan perawatan yang layak. Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah pusat rehabilitasi khusus untuk penderita skizofrenia di mana pasien akan mendapatkan perawatan baik medis dan non-medis khusus untuk penyakit ini. Objek rancang ini nantinya selain menjadi pusat rehabilitasi, juga dapat menjadi pusat edukasi bagi keluarga dan masyarakat sekitar.

Objek rancangan menggunakan pendekatan *behavioral* dengan desain salutogenik sebagai metodenya untuk menentukan jenis ruangan yang berdasarkan penanganan dan terapi yang dibutuhkan.

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Aripin, Srazali. (2014). *Healing Architecture: A Study on The Physical Aspects of Healing Environment in Hospital Design*. The University of Queensland, Brisbane, Queensland.
- Archsol Design. (2011) *Institutional Building Type*, https://www.archsoldesign.com/building_types/institutional.html; (diakses pada 9 Agustus 2021)
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Jawa Timur. (2019) *Laporan Provinsi Jawa Timur: Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB), Jakarta.
- Bahji, Anees. (2020, 26 Maret). *What is Schizophrenia?* [video]. Youtube, https://www.youtube.com/watch?v=K2sc_ck5BZU&t=208s
- Golembiewski, Jan A (2017). *The Handbook of Salutogenesis*, 267 – 275. Available from <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Hawari, Meidera Asmara, dkk. *Pengaruh Penggunaan Elemen Warna Pada Ruang Terapi Okupasi di Rumah Sakit Jiwa*. Program Studi Arsitektur Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan Universitas Trisakti. 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015) *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015. [<http://hukor.kemkes.go.id/>] http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/KMK_No._HK_.02_.02-MENKES-73-2015_ttg_Pedoman_Nasional_Pelayanan_Kedokteran_Jiwa_.pdf [1 November 2020]
- Lindberg, Susanne (2018) *Wickedness in Design for People Diagnosed with Schizophrenia*, Scandinavian Journal of Information Systems: Vol. 30 : Iss. 1 , Article 2. Available from <http://aisel.aisnet.org/sjis/vol30/iss1/2>

- Millatina, Nilamsari Farah. *Analisis korespondensi Gangguan Jiwa Jenis Skizofrenia Berdasarkan Kategori Umur di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Tahun 2016*, Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS), Surabaya. 2016.
- Neufert, Ernst. (1980). *Architects' Data: Second (International) English Edition*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Purwaradietya, Denis dkk. *Makalah Presentasi Kelompok: Gangguan Skizofrenia*, Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya. 2017.
- Raihan, Rakha (2018). *Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Landasan Program Perencanaan dan Perancangan Arsitektur, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Saputra, Anjar. (2019) *Akibat Kurangnya Pemahaman Medis, Banyak Pengidap Skizofrenia di Indonesia Hidup Menggelandang dan Dipasung*, <https://health.grid.id/read/351876413/akibat-kurangnya-pemahaman-medis-banyak-pengidap-skizofrenia-di-indonesia-hidup-menggelandang-dan-dipasung?page=all>; (diakses pada 15 Oktober 2020)
- Sari, Annisa Mutia, Musyawaroh, Wiwik S. *Pusat Rehabilitasi Gangguan Jiwa dan Skizofrenia dengan Pendekatan Arsitektur Perilaku di Kabupaten Kulonprogo*. Program Studi Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Sebelas Maret Surakarta. 2017.
- Sitanto, Olivia, dkk. *Perancangan Interior Fasilitas Okupasi Bagi Para Skizofrenia (Gangguan Jiwa) di Surabaya*. Program Studi Desain Interior Universitas Kristen Petra Surabaya. 2016.
- VICE Indonesia. (2020, 26 Januari). *Skizofrenia Paranoid Memutarbalikkan Hidupku – A Day in the Life* [Video]. Youtube, <https://www.youtube.com/watch?v=kPEYoAS1wM0>
- Wilis, Victoria Jane (1980). *Design Considerations for Mental Health Facilities*. Available on <https://doi.org/10.1176/ps.31.7.483>
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*, <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia>; (diakses pada 15 Maret 2021)

Lampiran

Lampiran 1.1. Maket Gubahan Massa



Lampiran 1.2. Gambar Perspektif



Gambar perspektif site



Gambar area drop off – pintu masuk



Gambar area taman (1)



Gambar area taman (lapangan basket)

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

Lampiran 1.3. Lembar Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 1

LEMBAR REVISI TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P

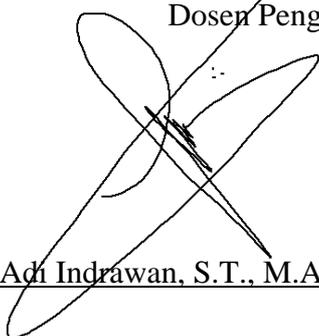
NOMOR POKOK : 0811174000017

JUDUL TUGAS AKHIR : PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA DENGAN *SALUTOGENIC DESIGN*

DOSEN PEMBIMBING : NUR ENDAH NUFFIDA S.T., M.T.

No.	REVISI
1.	<p><i>Komentar:</i> Pertajam, dalami, dan konsisten pada poin-poin yang diangkat misalnya pada poin non-institusional</p> <p><i>Revisi:</i> Perbaiki pada laporan dengan menambahkan poin konteks tipologi untuk memperjelas pandangan mengenai kesan institusional</p>
2.	<p><i>Komentar:</i> Penggunaan dopamin sebagai metafora masih kurang terbaca maksudnya</p> <p><i>Revisi:</i> Diperjelas pada bab 4 bagian eksplorasi formal sub-bab metafora, <i>form making</i></p>
3.	<p><i>Komentar:</i> Pertimbangan adanya area berkumpul pada area rawat inap</p> <p><i>Revisi:</i> Area ini digunakan untuk terapi sosial yang membantu penderita untuk beradaptasi dengan lingkungan luar dan melatih interaksi dengan keluarga. Area ini aman jika beberapa aspek diperhatikan seperti adanya pengawasan dan penataan furniture yang tepat (diperjelas lebih lanjut pada bab 2 bagian program ruang)</p>

Surabaya, 30 Juli 2021
Dosen Penguji,


(Iwan Adi Indrawan, S.T., M.Ars.)

Lampiran 1.4. Lembar Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 1

LEMBAR REVISI TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P

NOMOR POKOK : 08111740000017

JUDUL TUGAS AKHIR : PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA DENGAN SALUTOGENIC DESIGN

DOSEN PEMBIMBING : NUR ENDAH NUFFIDA S.T., M.T.

No.	REVISI
1.	<p><i>Komentar:</i> Menambahkan Pustaka mengenai hal-hal yang sudah ditanyakan oleh penguji</p> <p><i>Revisi:</i> Terimakasih untuk sarannya, pada revisi ini saya menambahkan beberapa poin dan pembahasan untuk memperjelas topik yang diangkat, seperti poin pembahasan mengenai salutogenik dan mengenai pos jaga.</p> <p>Untuk poin pengawasan terhadap pasien yang dirawat inap, area untuk rawat inap juga diberi tambahan cctv dengan layer monitor berada pada pos jaga (ruang perawat) tiap lantainya.</p>

Surabaya, 30 Juli 2021
Dosen Penguji,



(Ir. Erwin Sudarma, M.T.)

Lampiran 1.5. Lembar Revisi Tugas Akhir: Dosen Penguji 1

LEMBAR REVISI TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : NOORAINI DEWAYANI PERBAWANTI P

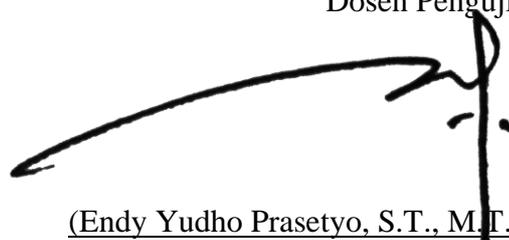
NOMOR POKOK : 0811174000017

JUDUL TUGAS AKHIR : PUSAT REHABILITASI PENDERITA SKIZOFRENIA DENGAN *SALUTOGENIC DESIGN*

DOSEN PEMBIMBING : NUR ENDAH NUFFIDA S.T., M.T.

No.	REVISI
1.	<p><i>Komentar:</i> Masih banyak keputusan desain yang kurang mendalam, sehingga konsistensinya kurang</p> <p><i>Revisi:</i> Terimakasih atas kritiknya, semoga dengan revisi ini hal yang ingin saya angkat sudah lebih spesifik lagi.</p> <p><i>Komentar:</i> Penggunaan psikologi warna apakah bisa diterapkan pada penderita skizofrenia?</p> <p><i>Revisi:</i> Belum ada studi lebih lanjut mengenai hal ini, hanya sebatas hendaknya menghindari penggunaan warna dan material yang terlalu mencolok.</p>

Surabaya, 30 Juli 2021
Dosen Penguji,



(Endy Yudho Prasetyo, S.T., M.T.)

