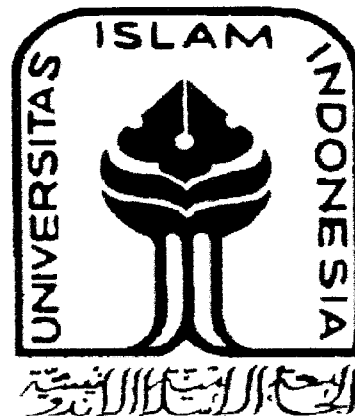


**TUGAS AKHIR
PENELITIAN**

**PENGARUH TATA RUANG DALAM BANGSAL P3/KLAS 2
RUMAH SAKIT JIWA TIPE A PROF. dr SOEROYO DI MAGELANG
TERHADAP KESELAMATAN DAN KEAMANAN PASIEN MENTAL DEWASA
Sebagai Rekomendasi Pra-Rancangan Bangsal Tersebut.**



**DISUSUN
RANU HARYANGSAH
9 8 5 1 2 0 6 2**

**DOSEN PEMBIMBING
Dr. Ir. TITIEN SARASWATI, M.Arch**

**JURUSAN ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
2003**

**TUGAS AKHIR
PENELITIAN**

**PENGARUH TATA RUANG DALAM BANGSAL P3/KLAS 2
RUMAH SAKIT JIWA TIPE A PROF. dr SOEROYO DI MAGELANG
TERHADAP KESELAMATAN DAN KEAMANAN PASIEN MENTAL DEWASA
Sebagai Rekomendasi Pra-Rancangan Bangsal Tersebut.**

**DISUSUN/ RANU HARYANGSAH / 9 8 5 1 2 0 6 2
DOSEN PEMBIMBING/ Dr. Ir. TITIEN SARASWATI. M,Arch**



**jurusan arsitektur
fakultas teknik sipil dan perencanaan
Universitas Islam Indonesia**

**LEMBAR PENGESAHAN
TUGAS AKHIR PENELITIAN**

**PENGARUH TATA RUANG DALAM BANGSAL P3/KLAS 2
RUMAH SAKIT JIWA TIPE A PROF. dr SOEROYO DI MAGELANG
TERHADAP KESELAMATAN DAN KEAMANAN PASIEN MENTAL DEWASA
Sebagai Rekomendasi Pra-Rancangan Bangsal Tersebut.**

**DI SUSUN OLEH :
RANU HARYANGSAH
Nim : 98512062**

Jogjakarta, Juli 2003

**Menyetujui,
Dosen Pembimbing**



Dr.Ir. Titien Saraswati. M, Arch.

**Mengetahui,
Ketua Jurusan Arsitektur
Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan
Universitas Islam Indonesia**



R. Revianto Budi Santosa.M,Arch.



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN

KAMPUS : Jalan Kaliurang Km. 14,4 Tel. 895042, 895707, 896440, Fax. 895330, Yogyakarta 55584

Nomor : 357/DEK.70/FTSP/03/2003
Lamp. : -
Hal : **Permohonan data/Ijin survey**

06 Maret 2003

Kepada Yth :
Direktur Rumah Sakit Jiwa
Prof. Dr. Soeroyo
Di Magelang

Assalamu'alaikum WrWb

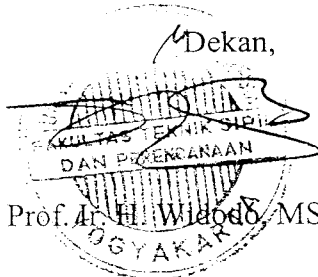
Sehubungan dengan Tugas Akhir yang akan dilaksanakan oleh mahasiswa kami, **Jurusan Arsitektur** Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan **Universitas Islam Indonesia** Yogyakarta yang tersebut dibawah ini :

No	Nama Mahasiswa	No. Mhs
1.	Ranu Haryangsah	98 512 062

Berkenaan hal tersebut kiranya mahasiswa memerlukan **data/informasi / bahan.** yang mendukung untuk penyusunan Mata Kuliah Tugas Akhir dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu sudilah kiranya dapat memberikan bantuan yang diperlukan untuk hal tersebut.

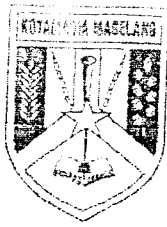
Demikian permohonan kami , atas perkenan serta bantuan dan bimbingannya diucapkan banyak terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Ar. H. Wibodo, MSCE, Ph. D

Tembusan :

- Mahasiswa Ybs
- Pertiinggal



PEMERINTAH KOTA MAGELANG
 KANTOR KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. P. Diponegoro No. 61 Magelang Telp. (0293) 364873 – 364708

Magelang 10 Februari 2003

Kepada :
 Yth. Rektor Universitas Islam Indonesia

di

YOGYAKARTA

REKOMENDASI

Nomor : 072/076/1404

Menunjuk Surat dari Universitas Islam Indonesia Yogyakarta Nomor 433/DEK.70/FTSP/01/2003 tanggal, 20 Januari 2003 tentang Permohonan Ijin Penelitian/Survey.

Sehubungan dengan hal tersebut kami atasnama Walikota Magelang **TIDAK KEBERATAN** atas dilaksanakannya Survey dengan Judul “**Pengaruh Tata Ruang Dalam Bangsal P3/Kelas 2 Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr SOEROYO Tipe A di Magelang Terhadap Keselamatan dan Keamanan Pasien Mental Dewasa**” yang akan dilaksanakan oleh :

Nama	:	RANU HARYANGSAH ✓
Nomor Mahasiswa	:	98512062
Alamat	:	-
Jurusan/Fakultas	:	Teknik Sipil dan Perencanaan.
Penanggung Jawab	:	WIDODO, MSCE, Ph.D

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan tidak berlaku untuk tujuan lain.

An. KEPALA KANTOR KESBANG DAN LINMAS
 KOTA MAGELANG
 Ub. Ka Sub Bag Tata Usha

SRI SUNARISTLATI, BSc
 NIP. 500 050 332

EMBUSAN kepada Yth. :
 Bapeko Magelang
 RANU HARYANGSAH
 Ka UPTD Kota Magelang
 Dir. RSI Prof. Dr Soeroyo

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum.Wr.wb.

Puji syukur kehadiran Allah SWT rahmat, berkah, karunia atas segala kemudahan yang diberikan, sehingga tugas akhir penelitian "*Pengaruh Tata Ruang Dalam Bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Tipe A Prof. dr Soeroyo di Magelang Terhadap Keselamatan dan Keamanan Pasien Mental Dewasa Sebagai Rekomendasi Pra-Rancangan Bangsal Tersebut*" dapat terselesaikan.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, baik bantuan yang bersifat materiil dan moril. Untuk itu pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

- Dr. Ir. Titien Saraswati, M, Arch selaku Dosen Pembimbing yang memberikan pengarahan, nasehat, masukan dan pengertiannya selama ini. (*maturnuwun sanget ...'Bu....*)
- Ir Rini Darmawati, MT, selaku Dosen Penguji yang telah banyak memberi masukan yang sangat berarti.
- Prof. Ir. H. Widodo, MSCE, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.
- Ir. Revianto Budi Santosa, M. Arch, selaku Ketua Jurusan, bapak, teman, sahabat, dan kawan, .. (*makasih... BoS*)
- Direktur dan Ka Bag pendidikan kilat Rumah Sakit Jiwa Prof. dr Soeroyo Magelang. KaSuBag Tata usaha Kota Magelang dan KaSubBag umum kepegawaian Kota Magelang.

Keluarga

1. "mamak" Nurhayati dan Ayahanda Imran Yahdin untuk do'a, maaf, kasih sayang, berkah, pengertian, dukungan dan kemerdekaan berpikir.
2. Adik-adikku Resna Qaulan Putra, Fitria Kemala Hanim, Ririn Yaumil Pratiwi.
3. Keluarga besar di Cimanggu- Bogor (Nenek bogor, bu husna, uda/uni semua, dan semuanya...)
4. Keluarga di Darmo Palembang (nenek darmo, mamang/bibik dan semua.....)
5. Keluarga di Tembesi- Jambi (bik mi, om dedi dan semuanya.....).
6. Bapak Imam hidayat, dan ibu, topan dan keluarga di godean

-
1. **Widya Sovana** (akhirnya.... adil).... dan Dian Sovana di padang.

Sahabat, sobat, kawan, dan teman,dalam

1. seperjuangan Ku, Istiad "simbah"nugroho...(beda aku memang berbeda...)
2. Banteng, Minomartani, Gentan,.....
oKi, oWeq, oTong, faiSal, ariEs, luKito, goGon, si Om, saLim g-Blak, jamBul, jaBo, Bobi, irVan, yanTo', ...
3. " 98" Sembilan delapan....
mamang "isban" , dEn Bagus Affi, mutia, zaKi (mokasih printernya), "
adhari, ari bur_ , topik, (atas bantuan, dan kesempatan melihat yang berbeda).
Turki-kiki, jaya, dewo, novan, godek, asrofi, ira, marwan, budi, fani, monang,
mashudi,udin, marsono, ica, dila, eli, ira-mira, subhan, kuntho UKDW, heru,
erwin, tyas, ita,
se-ruangan (pipin, ita, novi, fitri, syam, tEuku adi), " mas sarjiman, mas mukidi,
mbak riana, bu sunduz, tlejo, (arsitektur ada karena ada anda) "
4., 94,95,96,
.....mas ariadi, pak aji, mbak inung, (94) andi nova, tunggul, feri+mbak asrida,
(95) enyenk, norman, kang dani, decca, mas yayak, (96) ismed, subhan, themas,
jeki. dan kawan-kawan...
5. "97" sembilan tujuh
mas yuyun, tedi, sigit, endhi, andot, satria_budi, gondon, hoho, dadang, kisud,
ari, taher, nonok, mbak dinda, dan kawan-kawan.
6. "99" sembilan sembilan
ahmad, sigit, vany, ayu,sakti, bojek, indah, imeh, gayatri, dan kawan-kawan
7. "00" dua ribu
indra, ahmad, eka, juve, agus, dian, imam, iwan, iden, purnomo,fajri, bayu, dea,
guruh, dkk
8. "01" dua ribu satu
anggi, nilam, ruby, opiek. adi, kumis-hendra, pipit, bimo, aloen. sugeng, aris,
piyu, yaya', indra, sari bejo, wawan, dan lain-lain.
9. "02" dua ribu dua.
Angga, alu', katni, anggi, ike, qiqi, "almarhum- henu" semoga diterima disisinya
amien..., uki, dan kawan-kawan
10. Teman-teman himpunan mahasiswa **arsitektur "nimar"** periode VI 2000-2002
11. Teman teman IMAYOG-ikatan mahasiswa **arsitektur** yogyakarta

12. Serka Wahid...FTSP UII

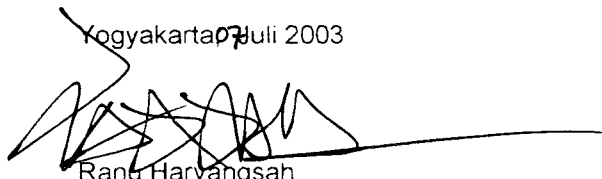
Pak agus+bu yayuk (ngutangin aku), mbak lusi dll, wahyu, iping, yono, dana, bejo, cimot, aan, gundul, israel, topik,bejo, ramu, riki, jembeng, adi, kingkong, mubol, mulon, ismed, antok, botel, dan kawan-kawan.

.....dan lain-lain yang tidak bisa disebutin satu-satu
(maaf.....benar-benar maaf.....)

13. Semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung terima kasih atas bantuannya selama ini.....

Penulis menyadari bahwa penulisan ini belum sempurna dan masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu diharapkan kritik dan sarannya yang bersifat membangun dari para pembaca, sehingga dapat berguna untuk pengalaman dan pengetahuan dimasa yang akan datang.

Yogyakarta, 07 Juli 2003



Rana Haryangsah

Penulis

**Pengaruh Tata Ruang Dalam
Bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Tipe A
Prof. dr Soeroyo di Magelang Terhadap
Keselamatan Dan Keamanan Pasien Mental Dewasa
Sebagai Rekomendasi Pra-Rancangan Bangsal Tersebut**

**The Effect Of The Interior of
P3/ 2nd Class Mental Hospital Ward
To The Safety and Security Of Adult Patients
In Prof. dr. Soeroyo Mental Hospital Of Type- A, Magelang.
As a Recommendation To Pre-Design This Ward**

Oleh :

**Ranu Haryangsah
98512062**

Dosen pembimbing

Dr.Ir.Titien Saraswati.M. Arch

Pada dasarnya manusia memiliki hubungan yang sangat erat dengan lingkungan yang melingkupinya, lingkungan dalam hal ini adalah arsitektur. Hubungan tersebut merupakan hubungan yang saling mempengaruhi. Lingkungan/ arsitektur memberikan rangsangan/ *stimuli* yang nantinya direspon dan dilengkapi sesuai dengan tingkat pengalaman manusia itu sendiri. Namun pada pasien mental dewasa proses tersebut mengalami kemunduran yang serius. Adanya penafsiran yang berbeda terhadap lingkungan yang melingkupinya dalam hal ini adalah tata ruang dalam bangsal. Sehingga dibutuhkan penyelesaian yang berbeda terhadap tata ruang dalam tersebut. Penafsiran tersebut dapat menimbulkan permasalahan keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai dan keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri.

Dalam penelitian kali ini sampel yang diambil adalah bangsal P3/Klas 2 di Rumah Sakit Jiwa Prof dr Soeroyo Magelang, yang merupakan bangsal terlama yang melayani sebagian pasien mental dewasa. Pasien mental dewasa sendiri merupakan pasien golongan terbesar yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa tersebut.

Selama proses pencarian data, ada dua jenis data besar yang di obeservasi d lapangan, yaitu data yang bersipat data teknis/fisik bangsal dan data yang bersifat non teknis/ pola perilaku dari pasein mental dewasa tersebut. Metode yang digunakan adalah observasi langsung dan tidak langsung serta kominikasi langsung / wawancara. Melalui dua data besar tersebut kemudian di lakukan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) dan di analisis dengan menggunakan *super imposed* pada setiap ruangnya.

Hasil akhir yang nantinya digunakan sebagai rekomendasi pra-rancangan bangsal tersebut merupakan rekomendasi pada setiap elemen tata ruang dalam yang disusun berdasarkan ruang-ruang yang ada pada bangsal tersebut.

DAFTAR ISI.

Halaman judul	.....	i
Lembar pengesahan	.....	ii
Surat keterangan	.....	iii
Kata pengantar	.....	vii
Lembar persembahan	.....	viii
Abstraksi	.....	ix
Daftar isi	.....	xi
Daftar gambar	.....	xiv
Daftar tabel	.....	xvi
Daftar lampiran	.....	xx
Daftar diagram	.....	xxi

BAB I. PENDAHULUAN

I.1. Manusia dan arsitektur	.....	1
I.2. Hubungan bangsal/unit rawat inap dengan pasien mental	.....	2
I.3. Peranan tata ruang dalam terhadap keselamatan dan keamanan	.....	3
I.4. Rumusan permasalahan	.....	4
I.5. Tujuan penelitian	.....	4
I.6. Sasaran penelitian	.....	4
I.7. Lingkup penelitian	.....	4
I.8. Metode penelitian	.....	6
I.9. Sistematika penulisan	.....	8

BAB II. LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

II.1. Potensi pemeliharaan kesehatan mental	9
---	-------	---

II.2. Potensi ruang terhadap pasien mental	.....	11
II.3. Potensi pasien mental dewasa	.....	15
II.4. Potensi keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa	.....	16
II.5. Potensi penelitian Arsitektur untuk pra-rancangan bangsal RSJ	.....	23
II.6. Potensi fasilitas dan pelayanan pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo Tipe A di Magelang	.....	24
II.7. Potensi penggunaan bangsal/ unit rawat inap	.....	28
II.8. Tujuan penelitian	.....	33
II.9. Kesimpulan	.....	33

BAB III. DESAIN PENELITIAN

III.1. Metode mencari data	.....	36
III.2. Metode analisis	.....	50
III.3. Kesimpulan	.....	55

BAB IV. HASIL SURVAI LAPANGAN DI BANGSAL P3/KELAS 2.

IV.1. Data hasil teknik observasi langsung	.....	56
IV.2. Data hasil teknik komunikasi langsung	.....	66
IV.3. Kesimpulan	.....	70

BAB V. ANALISIS

V.1. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang tamu	.....	71
V.2. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang makan	.....	84
V.3. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang tidur	.....	97

V.4. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang medis	.....	121
V.5. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang kebersihan.	.....	130
V.6. Keselamatan dan keamanan pasien di bangsal P3/Klas 2	.....	146
V.7. Kesimpulan	.....	177
 BAB. VI. REKOMENDASI		
VI.1. Lantai	.....	181
VI.2. Dinding	.....	182
VI.3. Pintu	.....	183
VI.4. Jendela	.....	183
VI.5. Teralis	.....	184
VI.6. Langit-langit	.....	184
VI.7. Organisasi ruang	.....	185
VI.8. Perabotan	.....	185
VI.9. Daftar gambar pra-rancangan bangsal.	.....	186
 DAFTAR PUSTAKA	.....	187
LAMPIRAN	.....	189
Kala bermakna		

DAFTAR GAMBAR

Gambar II.1. Blok Plan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang	.....	27
Gambar IV.1. Denah Bangsal P3/Klas 2	.....	57
Gambar V.1. Kondisi Ruang Tamu Yang Terbuka	.....	79
Gambar V.2. Kedudukan Meja Pengawas Pada Ruang Makan	.....	92
Gambar V.3. Meja Makan Dengan Bahan Kayu Dan Disain Sederhana	.....	93
Gambar V.4. Perabotan Yang Senantiasa Terkunci Merupakan Salah Satu Bentuk Antisipasi	.....	93
Gambar V.5. Kunci Pada Jendela Yang Diletakkan Dibagian Terluar	.....	105
Gambar V.6. Disain Tempat Tidur Yang Sederhana Minimalis, Dalam Satu Kesatuan Utuh	.....	106
Gambar V.7. Disain Tempat Tidur Yang Mempertimbangkan Keselamatan.	.....	117
Gambar V.8. Dimensi Teralis Menjadi Permasalahan	.....	117
Gambar V.9. Kerapatan Pola/Motif Yang Terdapat Pada Teralis Menimbulkan Permasalahan Tersendiri	.....	118

Gambar V.10. Fasilitas Kebersihan Yang Terdapat Di Kamar Tidur Pasien Gaduh	.....	119
Gambar V.11. Kondisi Ruang Perawat Yang Senantiasa Terkunci	.....	128
Gambar V.12. Pola/Motif Teralis Yang Renggang Dan Letaknya Yang Terlalu Rendah	.....	136
Gambar V.13. Selasar Yang Memisahkan Ruang Medis Dengan Ruang Kebersihan	.....	137
Gambar V.14. Kondisi Teralis Yang Mudah Dijangkau Manimbulkan Permasalahan	.....	138
Gambar V.15. Kondisi Lantai Yang Gelap Berdampak Terhadap Ruangan	.....	152
Gambar V.16. Kondisi Lantai Yang Terang Terdapat Pada KM/WC	.....	152
Gambar V.17. Kondisi Dinding Berpengaruh Terhadap Suasana Ruangan	.....	156
Gambar V.18. Pintu Ayun Yang Memberikan Kesan Tertutup	.....	159
Gambar V.19. Jendela Yang Nyaman Untuk Penghawaan Namun Memberikan Kesan Tertutup	.....	160

DAFTAR TABEL

Tabel II.1. Warna-warna dan Efek Yang Ditimbulkan Terhadap Perilaku	14
Tabel II.2. Gangguan Jiwa Terbesar Pada Pasien Rawat Inap Di RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang	15
Tabel III.1. <i>Choosing Among Research Techniques</i> (Sommer dan Sommer ,1980 : 9)	50
Tabel IV.1. Luasan-luasan Ruang di Bangsal P3/Klas 2	58
Tabel IV.2. Ketinggian Ruang di Bangsal P3/Klas 2	58
Tabel IV.3. Kedekatan Ruang di Bangsal P3/Klas 2	60
Tabel IV.4. Ruangan-ruangan Terkunci dan Terbuka	60
Tabel IV.5. Jumlah Pintu, Jendela Tanpa/Dengan Teralis dan Ventilasi Udara	61
Tabel IV.6. Jenis Material Pembentuk Elemen Pembatas Ruang Dalam	61
Tabel IV.7. Jenis, Jumlah, Ukuran dan Bahan Dari Perabotan di Bangsal P3/Klas 2.	62
Tabel IV.8. Jadwal Aktifitas Keseharian Pasien Terhadap Ruang dan Waktu	64

Tabel IV.9. Kedudukan/Posisi Perawat Ketika Aktifitas Pasien Berlangsung	.....	65
Tabel IV.10. Kedudukan Ruang Dari Jangkauan Ruang Perawat.	.....	65
Tabel IV.11. Ruangan Yang Dilalui dan Ruangan Yang Di tuju Pasien	.....	66
Tabel IV.12. Pola Perilaku Pasien Di Bangsal P3/Klas 2	.....	67
Tabel IV.13. Pola Perilaku Pasien Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Dalam Di Ruang Tamu	.....	67
Tabel IV.14. Pola Perilaku Pasien Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Dalam Di Ruang Makan	.....	67
Tabel IV.15. Pola Perilaku Pasien Tenang Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Dalam Di Kamar Tidur	.....	68
Tabel IV.16. Pola Perilaku Pasien Gaduh Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Dalam Di Kamar Tidur	.....	68
Tabel IV.17. Pola Perilaku Pasien Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Dalam Di Ruang Medis (Perawat dan Dokter)	.....	68
Tabel IV.18. Pola Perilaku Pasien Tenang Dengan Menggunakan/ Pada Elemen Ruang Kebersihan (Km/Wc)	.....	69
Tabel IV.19. Reaksi Pasien Terhadap Sesuatu	.....	69

Tabel V.1. Kesimpulan Dari Penjelasan-penjelasan diatas Berdasarkan Elemen-Elemen Tata Ruang Dalam	147
Tabel V.2. Elemen-Elemen Lantai Yang Dibutuhkan Sesuai Dengan Pola perilaku Pasien Dan Kondisi Ruangan	154
Tabel V.3. Kecenderungan Pola Perilaku Pasien Dan Kesimpulan Dari Penjelasan Mengenai Kondisi Ruangan	162
Tabel V.4. Elemen-Elemen Ruang Dalam (Dinding,Jendela, Teralis dan Pintu) Yang Dibutuhkan Sesuai Dengan Pola Perilaku Dan Kondisi Ruangan	164
Tabel V.5. Elemen-Elemen Langit-Langit Yang Dibutuhkan Sesuai Dengan Pola perilaku Pasien Dan Kondisi Ruangan	168
Tabel V.6. Organisasi Ruang Yang Dibutuhkan Sesuai Dengan Pola perilaku Pasien Dan Penjelasan Mengenai Organisasi Ruang	171
Tabel V.7. Perabotan Ruang Yang Dibutuhkan Sesuai Dengan Pola perilaku Pasien Dan Penjelasan Mengenai Perabotan	174
Tabel VI.1. Rekomendasi Lantai Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	181
Tabel VI.2. Rekomendasi Dinding Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	182

Tabel VI.3. Rekomendasi Pintu Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	183
Tabel VI.4. Rekomendasi Jendela Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	183
Tabel VI.5. Rekomendasi Teralis Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	184
Tabel VI.6. Rekomendasi Langit-Langit Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	184
Tabel VI.7. Rekomendasi Organisasi Ruang Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	185
Tabel VI.8. Rekomendasi Perabotan Menurut Keberadaan Ruang-Ruang.	.....	185

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I.		
Hasil wawancara dengan pelaku (selain pasien)		
Dilingkungan Rumah Sakit Jiwa		
Prof. dr. Soeroyo Magelang	.....	189
Lampiran II		
Sejarah Rumah Sakit Jiwa Magelang	.....	199
Lampiran III.		
Foto-foto kondisi Bangsal P3/Klas 2	.....	204

DAFTAR DIAGRAM

Diagram III.1. Proses Pengumpulan Data	49
Diagram III.2. Pengumpulan Dan Analisis Data	54
Diagram IV.1. Organisasi Ruang Bangsal P3/Klas 2	59
Diagram V.1. Proses Analisis	176



PENDAHULUAN

BAB I PENDAHULUAN

I.1. Arsitektur dan Manusia

Manusia memiliki hubungan yang erat dengan arsitektur atau lingkungan buatan yang melingkupinya. Hubungan ini merupakan hubungan yang saling mempengaruhi satu dengan lainnya. Ada banyak hal yang diberikan oleh arsitektur kepada manusia mulai dari identitas sampai pada perlindungan terhadap gangguan dari lingkungan alamiah dalam hal ini alam sekitar. Hubungan manusia dan arsitektur atau lingkungan buaatannya menghasilkan respon dalam bentuk tingkah laku manusia tersebut. Sedangkan tingkah laku terkait erat dengan permasalahan *personality* atau kepribadian dari manusia itu sendiri ketika berada didalam lingkungannya.

Lingkungan menjadi *pull factor* yang memberikan rangsangan/*stimuli* sehingga dapat menimbulkan motivasi dalam bentuk respon tingkah laku terhadapnya. Sedangkan motivasi itu sendiri yang terdapat pada manusia disebut dengan *push factor*. Rangsangan/*stimuli* tersebut tidak semuanya berhasil direspon dengan baik ada beberapa bagian yang dlengkapi sendiri sesuai dengan tingkat pengalaman manusia tersebut. Kemudian setelah proses respon dilengkapi, informasi dari rangsangan/*stimuli* tersebut di tafsirkan atau dimaknai keberadaannya. Pada manusia dalam hal ini adalah pasien mental sistem pengenalan terhadap lingkungannya dalam hal ini adalah bangsal/unit rawat inap mengalami kemunduran yang serius. Rangsangan dari lingkungan tidak dapat direspon dengan baik karena gangguan kejiwaan yang diderita oleh pasien mental. Proses melengkapi informasi rangsangan/*stimuli* dari lingkungannya tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga terjadi penafsiran yang sangat jauh berbeda terhadap keberadaan lingkungannya dalam hal ini adalah bangsal/ unit rawat inap. Hal inilah yang mendasari proses pembuatan pra-rancangan bangsal/ unit rawat inap pada

Rumah Sakit Jiwa tipe A Prof.dr Soeroyo di Magelang dengan mempertimbangkan keselamatan dan keamanan pasien mental tersebut

I.2. Hubungan Bangsal/Unit Rawat Inap dengan Pasien Mental

Bagi pasien mental untuk dapat mengikuti program rehabilitasi dibutuhkan waktu yang cukup lama karena rehabilitasi sendiri merupakan sebuah rangkaian kegiatan yang melibatkan banyak hal mulai dari yang bersifat medis, sosial, pendidikan ataupun vokasional¹. Sehingga masa sebelum mengikuti program rehabilitasi ini diwadahi oleh bangsal atau unit rawat inap. Pada Unit rawat inap dilakukan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk menentukan diagnosa yang lebih tepat serta memperoleh terapi medik secara intensif. Pada terapi medik ini dapat ditentukan pasien mental tersebut dapat langsung dipulangkan (sebagai rehabilitan spontan), tetap melakukan terapi medik intensif, atau direhabilitasi². Selain itu bangsal juga merupakan tempat bagi pasien mental melakukan aktifitas kesehariannya seperti makan, tidur, aktifitas kebersihan, kunjungan keluarga dan aktifitas medis. Sehingga intensitas waktu penggunaannya lebih besar dibandingkan dengan unit lainnya yang berada dilingkungan Rumah Sakit Jiwa.

Bangsal dalam penelitian ini merupakan bangsal P3/Kelas 2 yang mewadahi aktifitas keseharian dari pasien mental dewasa laki-laki golongan umur antara 35 – 65 tahun. Pasien mental ini merupakan golongan pasien terbesar dari golongan pasien mental lainnya. Karena usia dewasa memiliki potensi yang besar untuk mengalami gangguan mental (*mental disorder*). Intensitas penggunaan yang tinggi terhadap bangsal oleh pasien mental membutuhkan perhatian yang lebih terhadap keberadaan bangsal tersebut terutama yang berkaitan dengan permasalahan tata ruang dalamnya. Karena

¹ Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia*, (Jakarta, Dep Kes RI, 1985) lampiran 8 hal 5

² Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia*, (Jakarta, DepKes RI, 1985) hal 53

semua aktifitas pasien mental lebih terkonsentrasi pada ruang dalam bangsal tersebut.

I.3. Peranan Tata Ruang Dalam Terhadap Keselamatan dan Keamanan

Tata ruang dalam yang melingkupi dan mewadahi aktifitas keseharian pasien mental memiliki pengaruh yang sangat besar terutama terhadap faktor keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa tersebut. Pentingnya permasalahan keselamatan dan keamanan ini terkait erat dengan terganggunya secara serius proses penafsiran dari respon lingkungan bagi pasien mental. Sehingga ada kekhawatiran respon dalam bentuk tingkah laku pasien mental tersebut dapat membahayakan dirinya sendiri ataupun orang yang berada disekitarnya. Selain itu juga ada kekhawatiran pasien mental tersebut melarikan diri ketika berada didalam bangsal tersebut. Respon dalam bentuk tingkah laku dari pasien mental tersebut dapat berupa aktifitas yang menurun, berlebihan, menelantarkan diri ataupun gerakan abnormal. Sehingga dibutuhkan pengawasan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental. Pengawasan tersebut dapat secara psikologis atau pengawasan dari pengelola dan pengawasan secara fisik yang diberikan oleh bangunan dalam hal ini adalah tata ruang dalam.

Sehingga ada potensi penelitian arsitektur pada tata ruang dalam terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental. Tidak adanya standardisasi yang baku terhadap tata ruang dalam Rumah Sakit Jiwa juga menjadi alasan penelitian ini. Hasil dari penelitian ini dijadikan rekomendasi bagi pembuatan pra-rancangan bangsal pada Rumah Sakit Jiwa tipe A Prof.dr.Soeroyo di Magelang. Pra-rancangan bangsal Rumah Sakit Jiwa tersebut diharapkan dapat meminimalkan kemungkinan terlukai dan melukai serta kemungkinan melarikan diri dari pasien mental.

1.4. Rumusan Permasalahan

- Apa yang menyebabkan elemen-elemen tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa tipe A Prof.dr Soeroyo di Magelang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa

1.5. Tujuan Penelitian

- Mencari apa yang menyebabkan elemen-elemen tata ruang dalam bangsal P3/Klas2 Rumah Sakit Jiwa tipe A Prof.dr Soeroyo di Magelang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa sebagai rekomendasi pra-rancangan bangsal tersebut.

1.6. Sasaran Penelitian

- a. Melakukan studi literatur tentang tata ruang dalam.
- b. Melakukan studi pengamatan di bangsal P3/Klas 2
- c. Melakukan studi tentang Rumah Sakit Jiwa tipe A Prof.dr Soeroyo di Magelang.
- d. Melakukan studi pengamatan dan literatur tentang keselamatan pasien mental dewasa
- e. Melakukan studi pengamatan dan literatur tentang keamanan pasien mental dewasa.
- f. Melakukan studi pengamatan dan literatur tentang pasien mental dewasa.

1.7. Lingkup Penelitian

- a. Tata ruang dalam³ dibatasi oleh : elemen fisik pembatas ruang dalam dan elemen non fisik penunjang ruang dalam.
 - Elemen pembatas ruang dalam meliputi : lantai⁴ (*pola, warna, bahan, ketinggian⁵,tekstur,dll*) ; dinding⁶ (*warna, bahan,*

³ tata ruang dalam adalah susunan/ komposisi rongga yang berbatas atau terlindung, dibatasi oleh bidang permukaan bangunan dan berkaitan erat dengan unsur pembentuk, organisasi/ pola ruang.

⁴ Lantai adalah bidang ruang interior yang datar dan mempunyai dasar yang rata. Sebagai bidang dasar yang rata yang menyangga aktifitas interior dan perabot kita lantai harus

tekstur, ketebalan, pola, dll) dan langit-langit⁷ (ketinggian, warna, pola, dll)

- elemen penunjang ruang dalam meliputi : organisasi atau pola hubungan ruang dalam dan perabotan⁸ (meja, kursi, lemari, tempat tidur, dll) didalamnya
- b. Bangsal atau unit rawat inap⁹ P3/Klas2 dibatasi pada sebuah bangsal didalam lingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo Magelang
- c. Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo tipe A¹⁰ di Magelang dibatasi pada sebuah Rumah Sakit Jiwa yang berada di Kecamatan Magelang Utara Kotamadya Magelang, Propinsi Jawa tengah
- d. Keselamatan¹¹ dibatasi pada keselamatan pasien mental dewasa terhadap kemungkinan terlukai dan melukai oleh elemen-elemen disekitarnya,

terstruktur sehingga mampu memikul beban tersebut dengan aman dan permukaannya harus cukup kuat untuk menahan penggunaan dan aus yang terus menerus (Ilustrasi Desain Interior, DK Ching Francis 1996. hal 162)

⁵ ketinggian/level meliputi bidang rata, bidang yang dipertinggi, yang melayang dan di perendah. (Arsitektur bentuk ruang dan susunannya, DK Ching. Francis 1996 halaman 115)

⁶ dinding adalah elemen arsitektur yang penting untuk setiap bangunan. Secara tradisional dinding telah berfungsi sebagai struktur pemikul lantai diatas permukaan tanah, langit-langit dan atap. Menjadi muka bangunan, memberi proteksi dan privasi pada ruang interior yang dibentuknya (Ilustrasi Desain Interior, DK Ching Francis 1996. hal 176) dapat berupa bidang masif ataupun bidang transparan (pintu, jendela, teralis, ventilasi udara)

⁷ langit-langit adalah elemen yang menjadi naungan dalam desain interior dan menyediakan perlindungan fisik maupun psikologis untuk semua yang ada dibawahnya. (Ilustrasi Desain Interior, DK Ching Francis 1996. hal 192)

⁸ Perabot adalah salah satu kategori elemen desain yang pasti selalu ada di hampir semua desain interior .perabot menjadi perantara antara arsitektur dan manusianya (Ilustrasi Desain Interior, DK Ching Francis 1996. hal 240)

⁹ Suatu wadah fungsional dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo Tipe A di Magelang yang mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan dan perawatan. Yang khusus melayani pasien pria dengan spesifikasi pelayanan kelas 2 terhadap diagnosa, pengobatan dan perawatan (SK Menteri Kesehatan RI No:135/Men.Kes/ SK/7Tahun 1978, susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Jiwa rangkuman pasal 28 – pasal 30)

¹⁰ Rumah sakit jiwa yang mempunyai spesialisasi luas dalam bidang kesehatan jiwa, serta dipergunakan untuk tempat pendidikan dan latihan bagi tenaga dibidang kesehatan jiwa dan melaksanakan pelayanan kesehatan intramural (rawat jalan, rawat inap, rehabilitasi, dan pelayanan penunjang) dan ektramural (integrasi ke puskesmas, RSUD dan droping atau kunjungan kemasyarakatan)

- e. Keamanan¹² di batasi pada keamanan pasien mental dewasa terhadap kemungkinan melarikan diri.
- f. Pasien mental dewasa dibatasi pada pasien mental¹³dewasa¹⁴ laki-laki yang berada di dalam lingkungan bangsal P3/Klas 2 RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang.

I.8. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dimana bertujuan untuk menggambarkan hubungan manusia dengan lingkungannya serta mencoba melakukan analisis terhadap hubungan tersebut sehingga dapat mengoptimalkan hubungan yang terjalin. Adapun jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian perilaku biasa. Perilaku sendiri di pahami sebagai aktifitas yang dilakukan. Untuk memudahkan penelitian ini maka dilakukan pencarian data-data melalui survei sehingga dapat mendukung dan memudahkan proses analisis hubungan manusia dengan lingkungannya.

A. Metode mencari data

Ada dua sumber data yang digunakan dalam penelitian ini dengan teknik pengumpulan data yang berbeda.

Sumber data primer atau sumber data yang diperoleh langsung.

1. Teknik observasi langsung terhadap tata ruang dalam Bangsal P3/Klas 2 dan aktifitas pasien bangsal P3/Klas 2.
2. Teknik komunikasi langsung kepada pengelola dan pengunjung mengenai pola perilaku pasien mental dewasa.

¹¹ keadaan selamat, sejahtera, bahagia, dan lain-lain (Kamus Bahasa Indonesia Kotemporer, edisi perdana Drs Peter Salim dan Yenny salim tahun 1991)

¹² keadaan dapat merasa aman, tidak takut dan tidak khawatir (Kamus Bahasa Indonesia Kotemporer, edisi perdana Drs Peter Salim dan Yenny salim tahun 1991)

¹³ orang yang menderita gangguan jiwa yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa, baik yang diusahakan oleh pemerintah maupun swasta termasuk panti rehabilitasi sosial ataupun dalam perawatan seorang dokter

(Pedoman rehabilitasi bagi pasien mental, Depkes RI 1985, Lampiran 8)

¹⁴ antara umur 35 - 65 tahun. Dan pada usia ini terjadi kemunduran dalam diri seseorang terutama terhadap kejasmanian. Dan hal ini juga berpengaruh terhadap kesehatan mental. (Siti Meichhati M.A , Kesehatan Mental, fakultas psikologi UGM 1983, hal 62)

Sumber data sekunder atau sumber data yang tidak diperoleh langsung

3. Teknik observasi langsung secara arsitektural terhadap tata ruang dalam dan secara non arsitektural terhadap kesehatan mental.

Sampel dan Variabel penelitian

- Sampel yang digunakan adalah bangsal P3/ Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Prof dr. Soeroyo Tipe A Magelang.
- Variabel yang diuraikan dalam penelitian ini adalah :Tata ruang dalam, bangsal P3/Klas 2, Pasien mental dewasa, aktifitas pasien mental dewasa dan keselamatan dan keamanan.

B. Metode Analisis

Dari data yang diperoleh baik data primer dan sekunder maka diperoleh dua hal yang menjadi pembahasan selama penelitian ini. Dua hal tersebut adalah :

- Tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2
- Pola perilaku pasien mental dewasa pada bangsal P3/Klas 2. perilaku sendiri juga merupakan aktifitas dari pasien mental dewasa tersebut.

Metode analisis yang digunakan adalah super imposed dari pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 dengan tinjauan keselamatan dan keamanan. Pemetaan perilaku juga merupakan pemetaan aktifitas (*behavioral activity*).

I.9. Sistematika Penulisan

BAB I Pendahuluan

Berisikan rangkuman latar belakang permasalahan, tinjauan pustaka, rumusan permasalahan, tujuan penelitian, sasaran penelitian, lingkup penelitian, metode penelitian, sistematika penulisan,

BAB II Latar belakang dan Studi Pustaka Rumah Sakit Jiwa

Memuat berbagai tinjauan umum kesehatan jiwa, pasien mental, tinjauan pustaka tata ruang dalam, dan permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

BAB III Desain Penelitian

Memuat metode-metode mencari data dan metode analisa yang digunakan selama penelitian ini berlangsung sehingga dapat menjelaskan permasalahan yang diangkat..

BAB IV Hasil Survai Lapangan di Bangsal P3/Klas 2

Merupakan kumpulan data dari proses mencari data pada bangsal P3/Klas 2. Baik data fisik bangsal P3/Klas 2 dan data non fisik/perilaku pasien bangsal P3/Klas 2.

BAB V Analisis

Merupakan proses analisis dari data yang sudah terkumpul. Dimana proses analisis di bagi menurut ruang–ruang yang terdapat didalam bangsal P3/Klas 2 ditinjau dari sudut keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

BAB VI Rekomendasi

Rekomendasi merupakan hasil akhir yang di gunakan sebagai bahan referensi dalam pra-rancangan bangsal di Rumah Sakit Jiwa tersebut

BAB II LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JiWA

Menurut Wade bila tidak tersedia informasi yang memadai, maka para arsitek harus dapat mencari jalan untuk mengumpulkannya¹. Adapun cara mengumpulkannya salah satunya dengan melakukan penelitian Arsitektur. Berdasarkan tabel 8-1 tipe pemrograman informasi suatu sistem klasifikasi yang di kutip Wade dari Horowitz dan tabel 8-2 permintaan-permintaan informasi program yang diadopsi Wade dari White², ada beberapa pertanyaan sesuai dengan studi pada penelitian ini yang informasinya tidak memadai bila tidak dilakukan penelitian, antara lain :

1. Seberapa besarkah pemanfaatan secara fungsional bangsal oleh pasien mental ?
2. Seperti apakah keselamatan dan keamanan pasien mental pada bangsal P3/KIs 2 ?
3. Seberapa besarkah pengaruh ruang terhadap pasien mental ?

Pertanyaan-pertanyaan diatas menjadi acuan dalam penelitian dan sekaligus melatar belakangi penelitian ini dalam upaya mendapatkan rekomendasi terhadap pra-rancangan bangsal Rumah Sakit Jiwa tersebut.

II.1. Potensi Pemeliharaan Kesehatan Mental

Pengertian kesehatan mental menurut faham ilmu kedokteran sekarang adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain³. Meski tidak boleh dilupakan bahwa 'orang

¹ John W Wade, " Pemrograman Arsitektur ", *Pengantar Arsitektur*, ed , James C Snyder, Anthony J Catanese (jakarta : Erlangga, 1979) hal 277.

² John W Wade, " Pemrograman Arsitektur ", *Pengantar Arsitektur*, ed , James C Snyder, Anthony J Catanese (jakarta : Erlangga, 1979) hal 268-271

³ Departemen Kesehatan RI, "undang-undang No 3 tahun 1996 Tentang Kesehatan Jiwa",

LATAR BELAKANG DAN **STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA**

gila' memiliki sebuah tempat khusus didalam dunia pengurungan. Status mereka hampir-hampir tidak mirip tahanan⁴. Konflik atau permasalahan (mental disorder) yang biasanya terjadi disebabkan antara lain oleh⁵ : terbentur pada standar dan norma sosial tertentu, konflik kebudayaan, masa transisi di Indonesia, tingkat aspirasi terhadap kemewahan material. Konflik-konflik ini dapat menyebabkan terganggunya fungsi kejiwaan dari seseorang dan pasien mental. Termasuk semua jenis gangguan jiwa pada prinsipnya memerlukan usaha rehabilitasi, terutama didalamnya pasien golongan kronik yang perjalanan penyakitnya tak jelas dan menimbulkan disabilitas psikososial.⁶

Upaya rehabilitasi ini didasari oleh pengalaman pada abad ke delapan belas dimana kelainan mentalitas dianggap sebagai tontonan publik bukan sesuatu yang harus di rehabilitasi atau disembuhkan. Seperti yang terjadi pada tahun 1815, pada rumah sakit Bethlehem memamerkan orang-orang gila dengan biaya karcis satu peni disetiap hari minggu. Di Perancis berdarmawisata ke Bicetre dan menonton orang gila di salah satu hari minggu yang menyenangkan masih dilakukan bahkan sampai zaman Revolusi demi memuaskan Golongan kiri Borjuisi⁷. Namun usaha-usaha untuk merubah anggapan masyarakat bahwa pasien mental sebagai sampah masyarakat sudah mulai diperjuangkan sejak pertengahan abad ke- 19 oleh sosiawan dan cendekiawan dengan menuntut perbaikan-perbaikan perlakuan dalam perawatan pasien mental⁸. Pentingnya pemeliharaan kesehatan jiwa ini juga dapat dilihat dari kecendrungan jumlah pasien yang terus meningkat lima tahun terakhir ini, di

Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia, (Jakarta :DepKes RI 1985) penjelasan pasal 1 hal 5

⁴ Michel Foucault, *kegilaan dan peradaban. madness and civilization*. (Yogyakarta : Ikon Teralitera, cetakan pertama mei 2002) hal 76

⁵ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni 1980) hal 21

⁶ Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia*, (Jakarta, DepKes RI, 1985) hal 15

⁷ Michel Foucault, *kegilaan dan peradaban. madness and civilization*. (Yogyakarta : Ikon Teralitera, cetakan pertama mei 2002), hal 78- 79

⁸ Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia*, (Jakarta, DepKes RI, 1985) hal 5.

Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang pada tahun 1997 jumlah pasien masuk 1.430 orang sementara tahun 2001 jumlah pasien yang masuk 2.075 orang⁹. Selain itu pemeliharaan kesehatan mental memiliki hubungan yang erat dengan pemeliharaan kesehatan fisik. Keduanya saling menunjang terhadap perkembangan tingkat kesehatan seseorang. Kesehatan fisik yang terjaga baik akan menumbuhkan pola hidup sehat yang berdampak secara psikis/mentalitas dalam kepribadian seseorang. Walaupun tidak selalu benar karena penderita gangguan mental kadang-kadang menunjukkan keadaan jasmani yang memuaskan. Sedangkan cacat jasmani tidak selalu menjamin adanya cacat mental¹⁰

II.2. Potensi Ruang Terhadap Pasien Mental

Secara keutuhan psikologi manusia berkaitan erat dengan permasalahan *personality* atau kepribadian¹¹. Dan kepribadian ini tidaklah berdiri sendiri melainkan terkait erat dengan kondisi lingkungan sekitarnya. Hubungan manusia dan lingkungannya ini akan menghasilkan tingkah laku. Karena peranan tingkah laku manusia bisa menjadi titik sentral dalam hubungan manusia dengan lingkungannya itu, sehingga peranan psikologi, khususnya psikologi lingkungan menjadi sangat penting¹². Ada pun tujuan dari psikologi lingkungan adalah agar kita dapat menganalisis, menjelaskan, meramalkan dan kalau perlu mempengaruhi atau merekayasa hubungan antara tingkah laku manusia dan lingkungannya untuk kepentingan manusia dan kepentingan lingkungan itu sendiri¹³.

⁹ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr.Soeroyo Magelang) hal 18

¹⁰ Siti Meichhati, *Kesehatan Mental*.(Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas psikologi UGM, 1983) hal 10

¹¹ Poedio Boedojo dan lain-lain.,*Arsitektur Manusia dan Pengamatanya* (Jakarta : Penerbit Djambatan, 1986) hal 5

¹² Sarlito Wirawan Sarwono., *Psikologi Lingkungan*.(Jakarta : PT Gramedia 1995 cetakan kedua) hal 3

¹³ Sarlito Wirawan Sarwono., *Psikologi Lingkungan*.(Jakarta : PT Gramedia 1995 cetakan kedua) hal 31

LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

Dan dalam penelitian ini manusia adalah pasien mental dewasa dan lingkungannya adalah ruang dalam bangsal P3/Klas2. Ada beberapa pertimbangan yang melandasi dipilihnya bangsal P3/Klas 2 antar lain

- Karena pasien yang berada didalamnya adalah pasien mental dewasa,
- P3/Kelas 2 merupakan salah satu bangsal terlama dan pertama dari tiga bangsal dikelasnya (P1/Klas 2 dan P4/klas 2) bagi pasien mental dewasa.
- P3/Klas 2 sebagian besar dimanfaatkan bagi pasien mental dewasa yang telah melalui penenangan di Unit pelayanan Intensif pria sehingga masih rentan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan

Pada dasarnya lingkungan memiliki rangsangan/*stimuli* dan tidak semua rangsangan tersebut berhasil direspon dengan baik ada beberapa bagian yang dilengkapi sendiri oleh manusia sesuai dengan tingkat pengalamannya. Setelah melalui proses respon barulah kemudian dapat ditafsirkan atau dimaknai informasi/*stimuli* dari lingkungan tersebut. Sistem pengenalan manusia terhadap lingkungannya ini pada pasien mental mengalami kemunduran yang serius. Respon terhadap *stimulasi* dari lingkungan tidak dapat dipahami secara baik sehingga harus disusun kembali melalui program rehabilitasi, program rehabilitasi itu sendiri pada RS Jiwa salah satunya diwadahi oleh ruang-ruang dalam. Dan tata ruang dalam yang baik pada unit rawat inap diharapkan dapat menimbulkan rangsang/stimulasi bagi pasien mental hingga akhirnya mau melakukan tindakan atau kegiatan kembali yang bermanfaat. Kualitas ruang dalam pun akan menentukan tanggapan-tanggapan emosional dasar dari pengguna ruang tersebut. Adapaun tanggapan emosional dasar yang berhubungan dengan kualitas ruang dalam dan lingkungan disekitarnya tersebut antar lain¹⁴ :

¹⁴ Isaac- ARG, *Approach to Architectural Design*, (Bandung, Penerbit Intermatra, cetakan ke II 1990) hal 68

II.2.1. Tegangan

Tegangan dapat tercipta oleh : kurangnya kestabilan, komposisi yang tidak seimbang, penggunaan skala besar dan kontras-kontras yang ekstrim ; elemen-elemen yang tidak lazim pada lingkungan-lingkungan sekitar yang tidak lazim, warna yang tidak serasi yang kuat tanpa relief ; bentuk-bentuk dan garis-garis tajam dan keras; cahaya yang tidak merata dan kuat; bunyi yang menilukan serta tidak serasi; suhu yang tidak cocok; kurangnya atau terbatasnya gerakan; bau-bau yang ganjil.

II.2.2. Pengenduran (*relaxation*)

Suatu perasaan rileks dapat tercapai dengan penempatan elemen-elemen yang lazim dan menyenangkan pada lingkungan sekitar yang lazim; keteraturan yang diharapkan; kesederhanaan; penggunaan skala kecil; suara-suara yang menyenangkan dan lembut; suhu yang dapat diterima; bentuk-bentuk, garis-garis dan ruang-ruang mengalir yang lembut; kontras yang sedikit; cahaya lembut (tidak langsung), warna analogus (putih, biru, hijau) ; gerakan yang mudah dan bau-bau yang menyenangkan.

II.2.3. Ketakutan

Ketakutan dapat disebabkan oleh rasa keterkurungan (*confinement*) ketidak pastian, suatu rasa mengerikan; kurangnya benda-benda dan lingkungan-lingkungan sekitar yang lazim dari segi ukuran dan posisi; kurangnya kestabilan; kemungkinan bahaya; bentuk-bentuk dan ruangan-ruangan yang berubah-ubah bentuk; dingin; daerah-daerah gelap, remang-remang, dikontraskan kan oleh kecerahan yang menyilaukan dan cahaya-cahaya yang kuat; warna dingin; monokromatik yang abnormal; penggunaan permainan bayangan yang bergerak; cahaya dingin; dan bau-bau yang pengap.

II.2.4. Keriangan

Keriangan dapat tercipta dengan bentuk-bentuk dan ruang-ruang yang mengalir; penggunaan skala besar dan kecil, penggunaan gerakan dan irama-irama yang disebabkan oleh keramaian; kurangnya pembatasan; suatu daya

**LATAR BELAKANG DAN
STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA**

tarik emosional yang dalam; penggunaan simbol-simbol dan warna-warna hangat komplementer; warna-yang tidak serasi yang terbatas, penggunaan cahaya-cahaya yang berkelip-kelip hangat dan bergerak, suara-suara yang gembira dan bau-bau yang segar.

Dari beberapa tanggapan emosional diatas terdapat unsur warna yang juga menentukan kualitas ruang yang diinginkan. Sementara itu pada tata ruang dalam elemen dinding dan langit-langit merupakan elemen yang paling dominan dibandingkan dengan elemen lain dilihat dari volume atau luasan yang dimilikinya, dan warna merupakan bagian dari elemen tersebut sehingga warna memiliki peranan yang besar dalam membentuk karakter emosional dari pengguannya. Berikut adalah tabel warna-warna yang dapat memberikan efek-efek tertentu terhadap perilaku¹⁵

**TABEL : II.1
WARNA-WARNA DAN EFEK YANG DITIMBULKAN**

JENIS WARNA	EFEK YANG DITIMBULKAN
Warna Panas (kuning, kuning- jingga, jingga jingga kemeran, merah)	<ul style="list-style-type: none">• Menimbulkan rasa gembira, kehangatan• Membuat seseorang menjadi terbuka.• Mengaktifkan suasana hati• Merangsang berlangsungnya aktifitas interaktif dan rekreatif.• menghilangkan depresi, menimbulkan suasana• menurunkan persepsi terhadap ukuran• menurunkan persepsi terhadap volume ruang.
Warna Dingin (hijau, hijau kebiruan, biru, biru keunguan, ungu)	<ul style="list-style-type: none">• menimbulkan perasaan sehat, ketenangan , kesenangan.• mengurangi rasa gelisah dan permusuhan• mengurangi rasa tegang akibat kebisingan.• menenangkan suasana hati• menimbulkan suasana tertutup• meningkatkan persepsi terhadap ukuran.• meningkatkan persepsi terhadap volume ruang.
Warna Putih	<ul style="list-style-type: none">• menimbulkan suasana tenang dan statis• memberikan kesan bersih dan luas
Warna Hitam	<ul style="list-style-type: none">• menimbulkan suasana murung, tertekan.• memberikan kesan kotor dan sempit.

¹⁵ Bride.M Whelan., *Color Harmony, A Guide to Creative Color Combination*, (Hongkong, 1994)

II.3. Potensi Pasien Mental Dewasa

Hampir sebagian besar penderita kekalutan mental (*mental disorder*) adalah golongan dewasa usia tua antar 35 – 65 tahun.¹⁶ Kekalutan mental tersebut dapat berupa perasaan terisolasi, merasa kehilangan harga diri dan kepercayaan diri. Selain itu pada usia-usia klimakterium (40 – 65 tahun merupakan masa-masa transisi dari seseorang dimana haid dan menstruasi sudah berhenti)¹⁷. Sehingga periode kritis ini akan membuat pribadi mudah terganggu, rapuh dan tertekan oleh permasalahan sosial. Berikut adalah jenis gangguan jiwa terbesar yang di diagnosa pada pasien rawat inap pada Rumah sakit jiwa Prof dr. Soeroyo¹⁸.

**TABEL : II. 2
GANGGUAN JIWA TERBESAR PASIEN RAWAT INAP DI
RSJ Prof. dr, SOEROYO MAGELANG**

DIAGNOSA	PRIA	WANITA
• Skizoprenia tak terinci.	605	343
• Skizoprenia paranoid	185	79
• Skizo episodik berulang	68	46
• Skizoprenia katatonik	31	20
• Ganguan psikotik polimorfik akut	67	37
• Ganguan Skizoprenia tipe depresif	50	50
• Ganguan psikotik lir Skizoprenia akut	32	15
• Skizoprenia heberfrenik	36	2
• Skizoprenia residual	53	42
• Ganguan Skizoafektif tipe manik	25	25

Dari data diatas dapat dilihat dua kecendrungan besar pada pasien rawat inap.

- pasien terbesar adalah pasien dengan jenis kelamin pria/laki-laki
- gangguan kejiwaan yang terbesar adalah *skizofrenia*

Gangguan kejiwaan *Skizoprenia* adalah bentuk kegilaan dengan disintegrasi pribadi, tingkah laku, emosional dan intelektual yang *ambiguitas*^{*} (majemuk) dan

¹⁶ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni 1980) hal70

¹⁷ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni 1980) hal70

¹⁸ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr.Soeroyo Magelang) hal 24.

terganggu secara serius. Pasien ini banyak melarikan diri dari kenyataan hidup dan berdiam diri dalam dunia khayalan¹⁹.

Sementara itu pada RS Jiwa Prof dr, Soeroyo Magelang jumlah pasien laki-laki berdasarkan kelompok umur dewasa tahun 2001 mencapai 895 orang terbagi atas masa dewasa (25 - 44 tahun) sebanyak 689 orang dan dewasa (45 – 64 tahun) sebanyak 106 orang²⁰. Jumlah pasien kelompok umur ini merupakan yang terbesar dibandingkan kelompok umur yang lain. Kebiasaan berpikir teratur semasa muda sangat berfaedah pada saat ini, karena pikir kreatif kreatif mulai lebih produktif, mulai stabil oleh banyaknya pengalaman. Biasanya karya-karya yang baik lahir pada usia ini²¹.

II.4. Potensi Keselamatan dan Keamanan Pasien Mental Dewasa

Pada manusia normal lingkungan binaan dalam hal ini arsitektur menjadi *pull faktor* yang memberikan *stimuli*/rangsangan sehingga menimbulkan motivasi atau respon tertentu. Sementara motivasi yang berasal dari dalam individu itu sendiri disebut dengan *push faktor*²². Pembentukan lingkungan binaan selayaknya memperhatikan manusianya sebagai pengguna sehingga acuannya tetap manusia itu sendiri. Penyelesaian arsitektur yang optimal pada lingkungan binaan dalam hal ini tata ruang dalam unit rawat inap Bangsal P3/Klas2 haruslah ditunjang dengan studi yang maksimal terhadap penggunaannya dalam hal ini manusia atau pasien mental dewasa. Namun tetap ada pemisahan yang jelas terhadap karakteristik pengguna karena pada dasarnya tingkat kebutuhan dan respon manusia terhadap lingkungan binaannya berbeda satu dengan lainnya.

Gangguan skizoprenia yang terdapat disebagian besar pasien laki-laki memiliki tiga macam kategori pambagian yang memiliki spesifikasi bentuk gejala

¹⁹ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni 1980) hal108

²⁰ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr. Soeroyo Magelang) hal 35

²¹ Siti Meichhati, *Kesehatan Mental*.(Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas psikologi UGM, 1983) , hal 63

²² Poedio Boedojo dan lain-lain.,*Arsitektur Manusia dan Pengamatanya* (Jakarta : Penerbit Djambatan, 1986) hal 8

dan perawatan mulai dari *skizoprenia hiberfrenik* (mental kejiwaannya menjadi tumpul), *skizoprenia catatonik* (kaku), *skizoprenia yang paranoid*²³. Sedangkan definisi *schizophrenia* sendiri adalah kondisi psikotis dengan gangguan disintegrasi depersonalisasi, kebelahan atau kepecahan pada struktur kepribadian serta regresi-Aku yang parah²⁴ Berikut adalah pengertian dari tiga kategori *schizofrenia*²⁵

A. Schizofrenia Hiberfrenik

Hiberprenik adalah mental atau jiwanya menjadi tumpul. kesadarannya masih jernih, akan tetapi kesadaran -Aku-nya sangat terganggu. Berlangsunglah disintegrasi total, tanpa memiliki identitas, tidak bisa membedakan diri sendiri dengan lingkungannya, orangnya mengalami derealisasi dan depersonalisasi berat. Dihinggapi berbagai macam-macam ilusi dan delusi. Pikirannya kacau melantur. Ia banyak tersenyum dengan muka yang selalu perat-perot/ grimassen tanpa ada perangsang sedikit pun. Terjadi regresi total, dan pasien menjadi kekanak-kanakan

B. Schizofrenia Katatonik

Katatonik adalah kaku. Penderita seperti menjadi kaku. Urat-urat menjadi kaku, dan mengalami chorea-flexibility : badan menjadi beku seperti malam. Dia sering menderita catalepsy, yaitu dalam keadaan tidak sadar seperti dalam kondisi trance, dengan seluruh badan menjadi kaku, tidak pejal dan tidak bisa dibengkokkan. Ada gejala stupor yaitu setengah sadar seperti terbius. Sikap negativistis, sangat pasif dan sering dihinggapi delusi-delusi ingin mati. Ada kalanya pula dihinggapi *katatonik excitenet*, yaitu menjadi meledak-ledak dan ribut hiruk pikuk tanpa sebab dan tanpa tujuan.

²³ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni, 1980) hal 110-112

²⁴ Kartini Kartono, *Gangguan-gangguan Psikis*,. (Bandung: Sinar Baru, 1981), hal 179

²⁵ Kartini Kartono, *Gangguan-gangguan Psikis*,. (Bandung: Sinar Baru, 1981), hal 180-182

C. Schizofrenia Paranoid

Paranoid adalah kegilaan dipenuhi oleh waham-waham dan delusi-delusi. Penderita diliputi bermacam-macam delusi kecurigaan-kecurigaan dan halusinasi yang terus –menerus berganti-ganti coraknya dan sangat tidak teratur, kacau balau. Pasien tampaknya lebih waras dan tidak tampak amat ganjil-aneh jika dibandingkan dengan penderita schizofrenia jenis katatonik atau hiberfrenik. Akan tetapi pada umumnya dia bersikap sangat bermusuhan terhadap siapapun juga. Dia selalu merasa iri hati, cemburu, dan curiga.

Sebab-sebab gangguan skizofrenia antara lain ²⁶

- a. lebih dari separuh jumlah penderita skizofrenia mempunyai penyakit psikotis atas sakit mental.
- b. Sebab-sebab organis ialah : kerusakan pada system saraf sentral; difungsi pada endokrin seks; kelenjar adrenal dan kelenjar pituitary (kelenjar dibawah otak) dan atrofi pada kelenjar thyroid. Atau oleh masa klimakterik dan menstruasi.
- c. Tipe kepribadian yang schozothym (jiwa cenderung menjadi skizofren) dan bentuk jasmaniah yang *asthenis* (tidak berdaya atau bertenaga) yang mempunyai kecendrungan menjadi schizofren.
- d. Sebab-sebab psikologis kebiasaan-kebiasaan infantil yang buruk dan salah sehingga selalu melakukan maladjustment/salah penyesuaian terhadap lingkungan. Ada integrasi kepribadian yang miskin sekali, dengan kompleks-inferior berat. Dia selalu menghindari realitas dan melanjutkan kebiasaan-kebiasaan yang salah.

Gangguan kejiwaan skizoprenia tersebut berdampak secara fisik dan psikis terhadap tingkah laku dari pasien mental dewasa itu sendiri. Adapun *simptom-simptom umum dari schizofrenia* ²⁷ Antara lain :

²⁶ Kartini Kartono, *Gangguan-gangguan Psikis*, (Bandung: Sinar Baru, 1981) hal 179-180

²⁷ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni, 1980) hal 109-110

1. *Simptom fisik* : gangguan motorik berupa retardasi jasmaniah, lamban gerak-geriknya. Tingkah lakunya menjadi stereotipis, yaitu kadang-kadang ada gerak motorik lamban tidak teratur dan kaku atau tingkah laku menjadi aneh-aneh esentrik.
2. *Simptom psikis*
 - a. Intelek dan ingatannya jadi sangat mundur. Menjadi sangat introvert dan pemimpi siang atau daydreamer. Tidak ada /sedikit sekali kontaknya dengan lingkungannya.tendensi menjadi autistik sangat kuat
 - b. Mengalami regresi atau degenerasi mental sehingga menjadi acuh tak acuh dan apatis tanpa minat dengan dunia sekitarnya, tanpa kontak sosial.
 - c. Afeksi dan perasaan kemesraan menipis. menjadi jorok dan kotor. Suka bertingkah laku a- moral.
 - d. Dihinggapi berbagai macam angan-angan dan pikiran yang keliru, halusinasi, delusi dan ilusi yang salah.misalnya delision of persecuation (seperti dikejar-kejar), delusion of grandeur (merasa diri paling super).
 - e. Sering mengarang kata-kata atau istilah-istilah baru tanpa mengandung arti sesuatu pun (neologisme) ; atau kata-kata yang diperpendek dan "ditelan"-nya.
 - f. Emosinya banyak terganggu menjadi acuh tak acuh sama sekali terhadap diri sendiri dan lingkungannya apatis dan introvert sekali. Ada tendens-tendens a-sosial, yaitu bila ada kejadian yang menyenangkan dia malah bersedih hati, atau sebaliknya.
 - g. Gangguan kepribadian breakdown mental secara total. Tiba-tiba dihinggapi perasaan kebencian dan dendam yang meluap-luap sering dibarengai ketakutan dan kebingungan sehingga menjadi

eksplosif sekali dan berbahaya. Bisa membunuh atau melukai orang disekitarnya.

Beberapa bentuk perilaku pasien mental tersebut apabila dikelompokkan menjadi empat kelompok besar antara lain :

- a. Pola perilaku berlebihan
- b. Pola perilaku menurun.
- c. Pola perilaku Menelantarkan diri, dan
- d. Gerakan-gerakan abnormal.

Beberapa prognosa dan therapi terhadap schizofrenia antar lain²⁸ :

1. Schizofrenia ini pada umumnya sedikit sekali kemungkinan bisa sembuh, terutama jika kondisinya sudah parah. Pengobatan dengan kuur obat-obatan.
2. Yang penting adalah usaha preventif, berupa :
 - hindari frustrasi-frustrasi dan macam-macam kesulitan psikhis ; menciptakan kontak sosial yang sehat dan baik.
 - Biasakan agar pasien memiliki sikap hidup/ attitude yang positif dan melihat hari depan dengan rasa keberanian ; serta menghadapi realitas dengan rasa yang optimis.
 - Usahakan agar pasien bisa menjadi ekstrovert.

Gangguan kejiwan pada umumnya memiliki kecendrungan yang hampir sama terhadap tingkah laku pasien mental itu sendiri. Sehingga fungsi pengawasan menjadi sangat penting terutama bagi pasien mental dewasa untuk dapat dapat mengikuti program rehabilitasi dengan baik. Karena kondisi psikis pasien mental dewasa yang terganggu akan sangat sensitif terhadap lingkungan yang melingkupinya. Dahulu sekitar abad 18 fungsi pengawasan atau kendali terhadap keamanan dilakukan dengan cara-cara yang tidak manusiawi dimana pasien mental tidak diperlakukan sebagai seorang

²⁸ Kartini Kartono, *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. (Bandung: Penerbit Alumni, 1980) hal 111-112

LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

manusia²⁹. Pasien umumnya dirantai didinding dan tempat tidur. Namun pada saat sekarang fungsi pengawasan pada rumah sakit jiwa dilakukan lebih manusiawi terhadap pasien mental.

Pengawasan tersebut dapat secara fisik dan psikologis³⁰.

- *Pengawasan secara fisik* diberikan oleh bangunan yang melingkupinya dalam hal ini tata ruang dalam unit rawat inap atau bangsal P3/ Kelas2. namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan dari pengawasan secara fisik tersebut antara lain : meminimalkan pasien mental dari kemungkinan terlukai dan melukai terhadap penggunaan ruang yang melingkupinya dalam hal ini elemen-elemen bangsal P3/Kelas 2.
- *Pengawasan secara psikologis* diperoleh dari para tenaga medis atau perawat dilingkungan rumah sakit jiwa Prof.dr Soeroyo Magelang. Pengawasan non fisik ini lebih kepada pendekatan psikologis dan medis sehingga pasien mental tersebut dapat mengikuti program rehabilitasi.

Pengawasan secara fisik dapat dimulai dari memperhatikan hal-hal yang mendasar dari tata ruang dalam pada sebuah bangunan Rumah Sakit Jiwa misalnya permasalahan lantai, dinding, dan atap. Karena elemen-elemen tersebut memiliki interaksi yang sangat erat dengan pasien mental dewasa ketika berada di ruang dalam. Namun karena tidak adanya standard yang baku untuk RS Jiwa maka digunakan standard tata ruang dalam pada RS Umum namun tetap dengan pertimbangan keselamatan dan keamanan. Persyaratan tata ruang dalam tersebut (menurut peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang kesehatan lingkungan rumah sakit, Depkes RI 1996) antara lain³¹ :

²⁹ Michel Foucault, *kegilaan dan peradaban. madness and civilization*. (Yogyakarta : Ikon Teralitera, cetakan pertama mei 2002),hal 82

³⁰ Ranu haryang sah, *Laporan Kerja Praktek Evaluasi Purna Huni Rumah Sakit Jiwa Pakem* (Yogyakarta, Jurusan Arsitektur Universitas Islam Indonesia 2002) hal 16

³¹ Ranu haryang sah, *Laporan Kerja Praktek Evaluasi Purna Huni Rumah Sakit Jiwa Pakem* (Yogyakarta, Jurusan Arsitektur Universitas Islam Indonesia 2002) hal 11

a. Lantai

- Terbuat dari bahan yang kuat dan kedap air, permukaan rata, tidak licin dan mudah dibersihkan.
- Lantai yang kontak langsung dengan air harus mempunyai kemiringan yang cukup (2-3 %) kearah saluran pembuangan air.

b. Dinding

- Permukaan dinding harus rata, berwarna terang, dicat tembok serta mudah dibersihkan.
- Permukaan dinding yang selalu terkena percikan air harus terbuat dari bahan yang kuat dan kedap air.

c. Langit-langit

- Kuat, berwarna terang dan mudah dibersihkan.
- Tinggi minimal 2,5 meter dari lantai dan tidak terlalu tinggi.
- Kerangka kayu langit-langit terbuat dari bahan anti rayap.

d. Pintu

- Kuat dapat mencegah masuknya serangga, tikus dan binatang pengganggu.
- Bila menggunakan cat diharuskan menggunakan cat anti rayap.

Sehingga permasalahan pengawasan ini terkait erat dengan permasalahan keamanan dan keselamatan. Hubungan yang tercipta adalah bagaimana tingkat pengawasan yang diberikan dapat memberikan dampak keselamatan dan keamanan bagi pasien mental dewasa ketika berada diruang dalam bangsal P3/Klas 2. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi beberapa bentuk kemungkinan tingkah laku pasien mental ketika berada didalam pengawasan.

Ruang-ruang dalam pada RS Jiwa Prof dr Soeroyo yang cenderung monumental dengan bukaan-bukaan yang lebar dan dengan tekstur beberapa permukaan dari elemen ruang dalam yang cenderung berat dan kasar, akan sangat berpengaruh terhadap tingkat gangguan aktifitas yang juga berdampak terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental. Sehingga keselamatan

dan keamanan bagi pasien mental harus diberikan secara maksimal oleh lingkungan yang melingkupinya

II.5. Potensi Penelitian Arsitektur Untuk Pra-Rancangan Bangsal RSJ

Pasien mental pada rumah sakit jiwa dengan berbagai kondisi mulai dari gangguan Schizofherenia, psikosy, psikoneurotis, psikosomatik dll memiliki berbagai macam karakter kejiwaan³². Karakter kejiwaan tersebut secara garis besar terbagi menjadi dua macam yaitu golongan gaduh gelisah (*intensive care*) dan golongan tenang (*intermediate care*). Karakter kejiwaan menentukan sejauh mana tingkat pengawasan yang akan diberikan pengelola terhadap rehabilitan tersebut. Selain itu juga menentukan bentuk aktifitas dan fasilitas terhadap para rehabilitan pada Rumah Sakit Jiwa. Hal ini mutlak dilakukan karena tingkat kontrol mentalitas dan emosional pasien mental bisa dikatakan tidak ada, sehingga memerlukan pengawasan yang ketat. Pengawasan yang ketat berupaya mengantisipasi seminimal potensi terlukai dan melukai dari rehabilitan terhadap benda-benda fisik disekitarnya. Karena sampai saat ini tidak adanya standard yang secara khusus mengatur pola hubungan ruang, besaran-besaran ruang, spesifikasi elemen-elemen pembentuk ruang dan persyaratan-persyaratan khusus lainnya terhadap fasilitas dilingkungan Rumah Sakit Jiwa.

Menurut Gregorius Sri Wuryanto (*dosen Jurusan Arsitektur UKDW Yogyakarta, pengajar mata kuliah tentang Rumah Sakit*) "standard yang digunakan mengacu pada standart pada Rumah Sakit Umum" karena ada beberapa fasilitas yang pada Rumah Sakit Jiwa merupakan fasilitas pada Rumah Sakit Umum misalnya poliklinik, UGD, Laboratorium dll. Sementara pedoman yang diberikan oleh Departemen Kesehatan RI mengenai rehabilitasi pasien mental hanya mengatur pada dataran jenis kebutuhan ruang pada Rumah Sakit Jiwa dan hal itupun masih bersifat sangat umum. Hal senada juga diutarakan oleh Widodo selaku perawat medis psikiatris dilingkungan bangsal

³² Islam untuk disiplin ilmu kedokteran dan kesehatan| Departemen Agama 1998/1999

P3/Kelas 2 Rumah Sakit Jiwa Prof dr. Soeroyo Magelang bahwa ada kebijaksanaan yang mengarah kepada persamaan bagi Rumah Sakit Jiwa kearah Rumah Sakit Umum sedangkan menurutnya bahwa harus ada penyelesaian yang berbeda antara pasien Rumah Sakit Jiwa dengan pasien Rumah Sakit Umum. Hal ini yang mendasari ada potensi penelitian arsitektur untuk pra-rancangan bangsal bagi pasien mental pada Rumah Sakit Jiwa tipe A di Magelang. Arsitektur akan coba meminimalkannya melalui penyelesaian yang optimal dan maksimal namun tetap dengan kaedah-kaedah kesehatan kejiwaan. Bangsal tersebut diharapkan dapat memberikan perlindungan keselamatan dan keamanan melalui kemungkinan yang kecil dari elemen pembentuknya dari potensi terlukai dan melukai bagi pasien mental dalam hal ini pasien mental dewasa. Penyelesaian yang optimal juga diharapkan dapat memberikan efek terapi atau penyembuhan selain keselamatan dan keamanan.

II.6. Potensi Fasilitas dan Pelayanan pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Tipe A di Magelang

Status kepemilikan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr Soeroyo magelang merupakan RSJ yang berada dibawah Lingkungan DepKes RI. Pada saat ini RSJ Prof. dr Soeroyo magelang merupakan RSJ dengan klasifikasi A. Dengan luas site keseluruhan³³ 409.450 m² dan luas bangunan keseluruhan 27.724 m² terbagi atas tempat parkir 400 m², halaman 145.793,75 m² lain-lain 235,532,25 m² unit rawat inap 13.250 m², rawat jalan 394 m² instalasi 5.508 m², administrasi 1.152 m² dan ruang lain-lain 7.452 m². Pada tahun 2001 berdasarkan laporan akuntabilitas kinerja tahun 2001 RSJ Prof. dr Soeroyo jumlah pasien pada unit rawat inap sepanjang tahun 2001 mencapai 2.075 pasien dengan rata-rata lama perawatan (ALOS) adalah 86,46 %. Melihat kecendrungan yang terjadi pada rumah sakit jiwa magelang bahwa pasien rawat

³³ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr.Soeroyo Magelang) Bab II hl 4

LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

jalan pada tahun 1994-1999 berjumlah 29.199 orang dengan jumlah pasien yang berasal dari magelang sekitar 16% sementara 84% berasal dari luar magelang.

Dari data diatas dapat dilihat bahwa RSJ Prof dr Soeroyo Magelang juga berperan dalam pelayanan kesehatan jiwa diluar wilayah kotamadya magelang. Pelayanan kesehatan jiwa pada RSJ Prof dr Soeroyo di Magelang memiliki spesifikasi yang luas meliputi pelayanan kesehatan intramural atau pelayanan rawat inap, rawat jalan, rehabilitasi, ataupun pelayanan yang lain. Serta pelayan ektramural atau integrasi ke puskesmas dan rumah sakit umum serta *drooping* atau kunjungan kemasyarakatan. Selain pelayanan tersebut Rumah Sakit Jiwa Prof dr Soeroyo juga dijadikan tempat untuk pendidikan dan latihan bagi tenaga dibidang kesehatan jiwa serta studi/penelitian bagi kesehatan kejiwaan (mental hygiene). Untuk dapat memudahkan pelaksanaan aktifitas pelayanan kesehatan jiwa tersebut pada RS Jiwa Prof. dr. Soeroyo harus memiliki beberapa kebutuhan ruang yang harus dimiliki oleh rumah sakit jiwa tipe A³⁴:

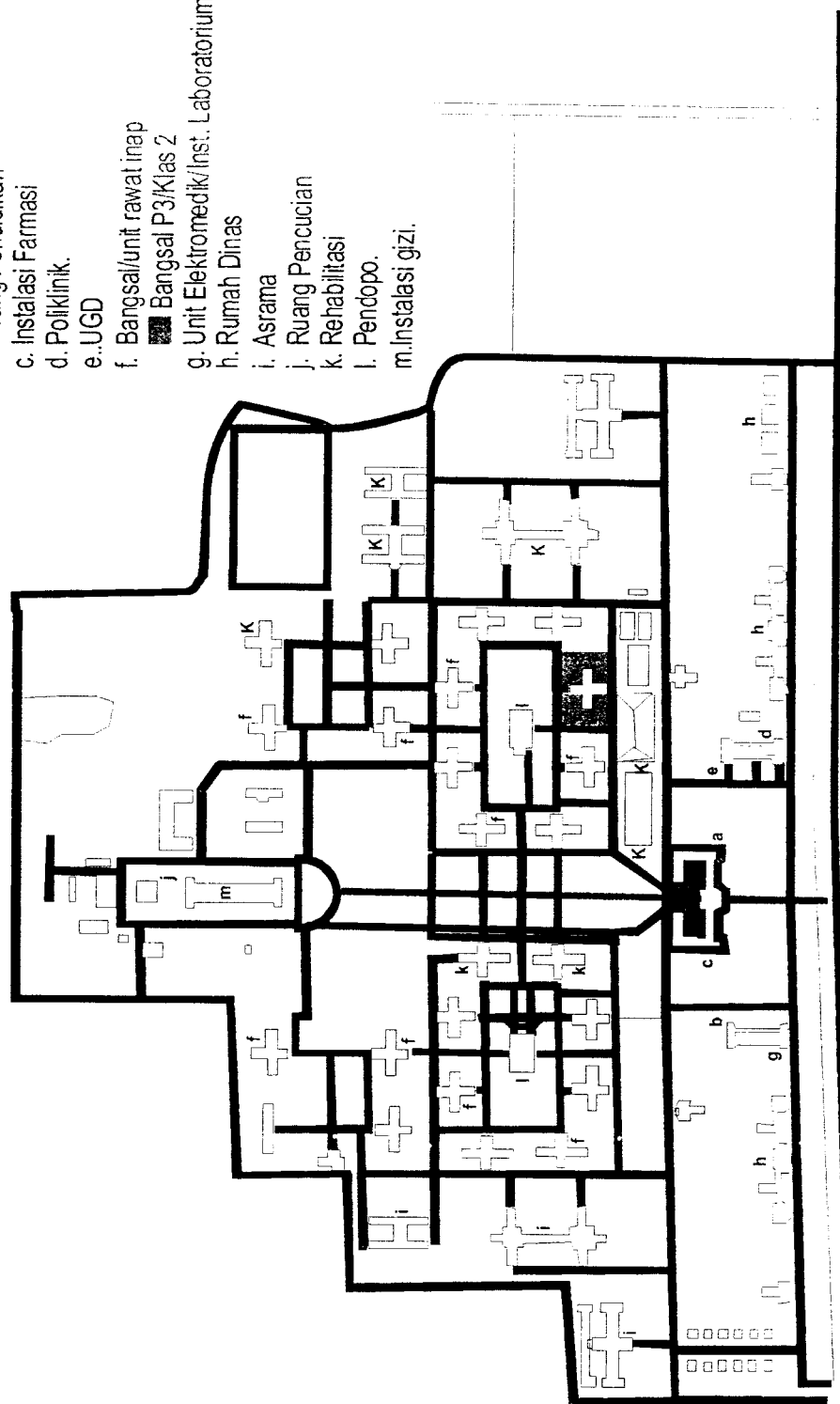
- a. Ruang administrasi dan kesekretariatan.
- b. Unit pelaksana fungsional terdiri dari :
 1. unit rawat jalan
 2. unit elektromedis
 3. unit rawat inap/**bangsal** kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia
 4. uit kesehatan jiwa anak dan remaja
 5. unit gangguan mental organik
 6. unit rehabilitasi;
 7. unit kesehatan jiwa kemasyarakatan
- c. Instalasi terdiri dari :
 1. instalasi laboratorium

³⁴ Departemen Kesehatan RI, " SK Menteri Kesehatan RI No:135/Men.Kes/ SK/7Tahun 1978, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia* (Jakarta:DepKesRI 1985) rangkuman pasal 5

LATAR BELAKANG DAN
STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

2. instalasi apotik
3. instalasi dapur gizi
4. instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit.

**GAMBAR Il. 1.
BLOK PLAN
RUMAH SAKIT JiWA Prof.dr.Soeroyo
Magelang**



Keterangan Gambar :

- a. Kantor
- b. Ruang Pendidikan
- c. Instalasi Farmasi
- d. Poliklinik
- e. UGD
- f. Bangsal/unit rawat inap
- Bangsal P3/Klas 2
- g. Unit Elektromedik/Inst. Laboratorium
- h. Rumah Dinas
- i. Asrama
- j. Ruang Pencucian
- k. Rehabilitasi
- l. Pendopo
- m. Instalasi gizi.

Jin.Jend. Ahmad Yani

II.7. Potensi Penggunaan Unit Rawat Inap

Unit rawat inap atau yang disebut bangsal merupakan salah satu bentuk pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo terhadap pemeliharaan kesehatan jiwa masyarakat. Dahulu sel-sel atau bangsal atau unit rawat inap sekitar abad ke delapan belas di Bicetre Perancis digambarkan dengan: orang-orang yang malang dengan seluruh perkakasny terdiri atas matras jerami yang sempit, berbaring dengan kepala, kaki dan tubuh yang terhimpit dinding³⁵. Sama halnya dengan kondisi sel-sel Salpetriere yang lebih berantakan dan kacau ketika musim dingin tiba.

Seiring dengan bertambahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pemeliharaan kesehatan jiwa dan perkembangan ilmu kedokteran pelayanan kesehatan jiwa menjadi lebih baik. Pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo pasien pada unit rawat inap/kuratif (pemulihan dan pelayanan) merupakan kelanjutan dari pasien unit rawat jalan pada Rumah Sakit Jiwa. Pada unit rawat inap diadakan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk menentukan diagnosa yang lebih tepat serta memperoleh terapi medik secara intensif. Pada terapi medik ini dapat ditentukan pasien mental tersebut dapat langsung dipulangkan (sebagai rehabilitan spontan), tetap melakukan terapi medik intensif, atau direhabilitasi³⁶. Dibutuhkan waktu yang cukup lama bagi pasien mental sebelum memasuki unit rehabilitasi. Intensitas penggunaannya lebih besar dibandingkan unit lainnya dilingkungan rumah sakit jiwa Prof dr Soeroyo Magelang karena unit rawat inap sekaligus menjadi tempat bagi rehabilitan melakukan aktifitas lain seperti istirahat (tidur), makan, mandi, aktifitas junjungan keluarga dan beberapa terapi medis lainnya.

Pada sebuah Rumah Sakit Jiwa, unit rawat inap atau bangsal perawatan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan jiwa yang intensif namun

³⁵ Michel Foucault, *kegilaan dan peradaban. madness and civilization*. (Yogyakarta : Ikon Teralitera, cetakan pertama mei 2002),hal 81

³⁶ Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa Di Indonesia* (Jakarta:DepKesRI 1985) hal 53

LATAR BELAKANG DAN STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA

dengan suasana "rekreatif". Ukuran dan besaran kebutuhan ruang pada unit rawat inap/bangsral disesuaikan dengan kondisi pada Rumah Sakit Jiwa tersebut namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan dengan seksama dalam rangka membentuk karakter sebuah Rumah Sakit Jiwa , antara lain³⁷:

- a. Pasien sebaiknya dikelompokkan dalam sebuah unit bangsal (maksimal 30 pasien)
- b. Setiap unit dilengkapi dengan berbagai fasilitas penunjang (ruang medis, ruang makan, ruang tidur dan lavatori) sehingga suasana yang tercipta seperti asrama mahasiswa, bukan rumah sakit.
- c. Apabila site memungkinkan maka sebaiknya unit bangsal dibuat seperti rumah-rumah pondokan. Namun apabila tersusun dalam sebuah bangunan yang kompak, setiap unit bangsal harus bisa dikenali sebagai sesuatu yang terpisah-pisah.

Hubungan dengan lingkungan sekitarnya juga membantu pasien untuk dapat mengenali waktu, musim dan ruang hal ini dapat membantu memulihkan kondisi pasien mental. Pasien mental memiliki potensi yang besar terhadap bangsal perawatan ini ketika menjalani proses penyembuhan/pemulihan yang pada akhirnya men-*stimuli* pasien untuk dapat melakukan kegiatan-kegiatan rehabilitasi. Suasana rekreatif sendiri dapat timbul dari hubungan/interaksi antara pasien dengan pengelola dan pengunjung terutama keluarga.

Menurut Time-saver standards edisi kedua ada beberapa pertimbangan yang harus diperhatikan dalam merencanakan sebuah unit rawat inap/ *inpatient unit* ³⁸ :

³⁷ Ernst Neuffer, *Data Arsitek edisi kedua jilid 1* (Jakarta, Penerbit Erlangga ;1989), hal 164

³⁸ Joseph De Chiara dan John Hancock Callender, *Time-Saver Standards Second Edition* (New York St Louis San Francisco Auckland, MacGraw-Hill Book Company) hal 480

1. Inpatient Unit

Merupakan fasilitas hunian jangka pendek untuk kehidupan dibawah pengawasan program terapi, membutuhkan suasana asrama mahasiswa atau kost-kostan dari pada sebuah suasana Rumah Sakit.

Kebutuhan pasien.

- Privasi untuk tidur, berpakaian, dan mandi.
- sedikit mungkin ketentuan dalam pemakaian fasilitas.
- pasien kamar bisa menata perabotan, menggantung lukisan dinding, dan lain-lain.
- barang-barang pasien harus mudah dijangkau-ruangan penyimpanan yang dapat di kunci sebaiknya tersedia di setiap kamar pasien kecuali secara khusus dirancang didalam program.

Kebutuhan rumah tangga yang harus disediakan.

- Laundry dan dapur makanan ringan untuk digunakan oleh setiap kelompok (16-24 pasien).

Area Sosialisasi, keragaman penataan dibutuhkan

- Ruangan untuk kelompok percakapan kecil atau pemakaian perorangan yang tenang. misalnya ruang tengah yang kecil dalam rangkaian 2 atau 4 tempat tidur.
- Ruang kegiatan untuk permainan, dansa, musik, untuk kelompok (16-24 orang). Dua ruang tengah lebih baik untuk melaksanakan aktifitas yang ramai dan tenang terjadi secara bersamaan. Kegiatan yang tenang bisa digunakan untuk terapi kelompok. misalnya ruang tengah yang besar sebagai pusat kegiatan kelompok. kegiatan dengan ruang duduk kecil dilengkapi dengan perabotan yang nyaman yang saling berdekatan.

Area berkunjung.

- Ruangan harus disediakan untuk kunjungan pribadi oleh teman atau pihak keluarga. misalnya sebuah ruangan kecil didalam kamar yang terpencil untuk enam orang. diletakkan dekat dengan pintu masuk ke unit

dan ruangan perawat., memungkinkan pandangan dengan tingkat akustik tingkat pembicaraan yang pribadi. catatan setiap kelompok (16 – 24 orang) membutuhkan ruangan seperti diatas dengan perencanaan yang memungkinkan untuk pengelompokan secara alami mulai dari (4-8 orang).

Rekreasi- latihan fisik

- Ruang dalam membentuk sebuah ruang latihan, gimnasium, atau ruang luar (terutama jika iklim hangat) harus disediakan. misalnya ruang latihan yang kecil untuk kelompok menata program latihan dengan kesepakatan penggunaan ruang olahraga SMU dan taman bermain yang letaknya dapat dicapai dengan jalan kaki sebentar

Kebutuhan pegawai/perawat

- Area duduk.
- Ruang penyimpanan barang-barang pribadi
- Kamar mandi pegawai.
- Area untuk berbincang-bincang/ diskusi pribadi dengan terapi.
- Keamanan untuk obat-obatan.
- Ruang interview pasien serbaguna, diskusi keluarga dan lain-lain.
- Pembatas kecil untuk berinteraksi dengan pasien. misalnya meja lebih baik daripada memasang kaca ruang perawat.

Data diatas hanya mengatur pada kebutuhan ruang yang harus dimiliki sebuah bangsal akan tetapi tidak mencakup pada standard akan elemen-elemen ruang pembentuknya. yang elemen-elemen tersebut secara langsung menyusun karakter dari bangsal atau unit rawat inap.

Sementara itu pada unit rawat inap atau bangsal pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo terdapat tiga tenaga medis pada setiap jam kerja di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr.Soeroyo yang menjalankan fungsi pengawasan serta fungsi medis terhadap pasien mental. Setiap pasien mental pada bangsal dibagi menurut jenis kelamin, kelas pelayanan dan tingkatan umur mulai dari

mental organik, remaja dan anak-anak, dewasa, keterbelakangan mental (retardasi mental) dan pasien penyalahgunaan obat-obatan. Sementara itu jumlah tempat tidur yang tersedia pada unit rawat inap RS Jiwa Prof.dr. Soeroyo Tipe A Magelang adalah 625 tempat tidur dan rata-rata frekuensi penggunaan tempat tidur (BTO) sebesar 64,25%³⁹. Selain itu tata masa setiap unit rawat inap/bangsas di rumah sakit jiwa Prof dr Soeroyo memiliki bentukan yang sama baik dari bentukan denah, tampak, elemen-elemen fisik tata ruang dalam, material, dan disusun secara simetris antara bangsal pria dan wanita. Hal ini akan memudahkan proses penelitian dilapangan karena ada kesamaan dari seluruh unit rawat inap/ bangsal. Yang membedakan hanya pengguna dan kelas pelayanannya. Bangsal P3/Klas 2 untuk pasien mental dewasa misalnya memiliki bentukan yang sama dengan bangsal-bangsas P1/Klas 2 dan bangsal P4/Klas 2 yang juga melayani pasien mental dewasa

Namun konsentrasi penelitian hanya terletak pada bangsal P3/Klas 2 dimana penggunanya adalah pasien laki-laki golongan pasien mental dewasa. Karena berdasarkan data dari laporan akuntabilitas RS Jiwa Magelang tahun 2001 pasien laki-laki kelas 2 memiliki jumlah yang terbesar yaitu 872 orang dengan pembagian kelompok umur antara masa dewasa (25-44 tahun) dan dewasa (45-64 tahun) yang keluar pada tahun 2001 yaitu 689 dan 106 orang⁴⁰. Bagi pasien mental dewasa sebagian besar waktu yang dimiliki dihabiskan di unit rawat inap/bangsas ini. Sehingga ada perhatian yang khusus terhadap unsur pembentuk ruang pada unit rawat inap di lingkungan Rumah Sakit Jiwa ini.

³⁹ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr.Soeroyo Magelang) hal 18

⁴⁰ RSJ Prof.dr Soeroyo Magelang, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*(Magelang, RSJ Prof dr.Soeroyo Magelang) hal 21 dan 35

II.8. Tujuan Penelitian

Dari beberapa hal yang menjadi latar belakang penelitian ini maka pada akhirnya tujuan dari penelitian ini adalah : Mencari apa yang menyebabkan elemen-elemen tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Prof.dr.Soeroyo di Magelang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa sebagai rekomendasi pra-rancangan bangsal tersebut.

II.9. Kesimpulan

Ketika informasi-informasi yang dibutuhkan tidak memadai maka dilakukan penelitian untuk dapat mendapatkan informasi tersebut. Beberapa hasil dari pertanyaan-pertanyaan yang menjadi acuan dan melatar belakangi penelitian ini nantinya akan dijadikan rekomendasi bagi pra-rancangan bangsal pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr.Soeroyo Magelang. Ada beberapa hal yang melatar belakangi proses penelitian ini. Baik dari potensi secara fisik ataupun non fisik dari permasalahan. Apabila dilihat secara fisik permasalahan mulai dari tingkat pemeliharaan terhadap kesehatan jiwa yang cenderung meningkat dari tahun ketahun., adanya hubungan yang erat antara manusia dengan lingkungan yang melingkupinya dalam hal ini antara pasien mental dewasa dan tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 serta jumlah pasien mental dewasa laki-laki yang cenderung meningkat dan menjadi golongan terbesar pasien mental dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr Soeroyo Magelang. Selain itu adanya permasalahan keselamatan dan keamanan bagi pasien mental dewasa karena kondisinya yang rentan terhadap lingkungan sehingga membuka peluang penyelesaian Arsitektur dalam penelitian ini. Selama ini tidak ada standard yang baku yang mengatur lingkungan rumah sakit jiwa, yang ada hanya pedoman pelayanan dan kebutuhan ruang dilingkungan Rumah Sakit Jiwa. Kondisi ini juga yang mendasari dilakukannya penelitian ini. Standard yang digunakan pada saat ini sebagian besar diadopsi dari Rumah Sakit Umum karena ada beberapa fasilitas pada Rumah Sakit Umum yang berada di lingkungan Rumah Sakit Jiwa

**LATAR BELAKANG DAN
STUDI PUSTAKA RUMAH SAKIT JIWA**

misalnya UGD, Poliklinik, apotik, dll. Namun sampai saat ini tidak ada standard yang mengatur tata ruang dalam bagi fasilitas dilingkungan Rumah Sakit Jiwa terutama bangsal/unit rawat inap. Pemilihan lokasi pun didasari oleh beberapa hal mulai dari Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo Magelang yang memberikan pelayanan kesehatan dengan klasifikasi Tipe A dan tidak hanya terbatas di Magelang akan tetapi sudah menjangkau Jawa Tengah dan DIY. Selain itu dipilih nya bangsal/unit rawat inap karena intensitas penggunaan unit rawat inap yang lebih lama dibandingkan dengan unit yang lain dilingkungan RS Jiwa Prof dr Soeroyo Magelang. Karena bangsal P3/klas 2 juga menjadi tempat aktifitas keseharian pasien mental dewasa dan juga menjadi tempat bagi dilakukanya proses identifikasi pasien ketika masuk kelingkungan RS Jiwa Magelang.

BAB III DISAIN PENELITIAN

Dalam penjelasan terdahulu pada BAB II latar belakang ada beberapa hal yang mendasari dilakukannya penelitian arsitektur ini. Hal-hal yang melatar belakangi tersebut antara lain adalah tidak adanya standardisasi bagi bangsal di Rumah Sakit Jiwa, besarnya intensitas penggunaan bangsal oleh pasien mental, permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental dan beberapa permasalahan lainnya. Melihat karaktersitik permasalahan yang mendasari penelitian ini maka jenis informasi yang dibutuhkan adalah informasi faktual. Adapun pengertian dari informasi faktual adalah apa yang tidak dimiliki klien tapi dapat diperoleh dengan metode-metode penelitian perilaku biasa (studi-studi kasus, survei dan eksperimen)¹. Penelitian perilaku biasa ini tidak termasuk kedalam lingkup fenomena lingkungan-perilaku yang diusulkan oleh psikolog arsitektur Irwin Almant dan dikutip oleh Moore karena permasalahan penelitian ini hanya sampai pada pembahasan tempat dan kelompok pemakai tidak menyentuh sampai pada konsep fenomena keperilakuan².

Sedangkan jenis penelitian perilaku biasa yang digunakan adalah dengan menggunakan metode survei hal ini dimungkinkan karena pembahasannya tentang penyebaran jenis-jenis peristiwa yang berlainan atau sifat-sifat yang berlainan dari suatu subyek, akan tetapi bukan termasuk jenis penelitian eksperimen karena tidak menjelaskan hubungan kausal antara subyek dan peristiwa yang berlainan³. Penelitian arsitektur ini juga bukan termasuk atau tergolong dalam penelitian studi kasus karena permasalahan pada penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan ke tempat

¹ John W Wade " Pemrograman Arsitektur ", dalam *Pengantar Arsitektur*, ed , James C Snyder, Anthony J Catanese (jakarta : Erlangga,1979) hal ;277

² Gary T Moore " Pemrograman Arsitektur ", dalam *Pengantar Arsitektur*, ed , James C Snyder, Anthony J Catanese (jakarta : Erlangga,1979) hal ; 79-80

³ John W Wade " Pemrograman Arsitektur ", dalam *Pengantar Arsitektur*, ed , James C Snyder, Anthony J Catanese (jakarta : Erlangga,1979) hal ;280

lain yang berbeda karakteristik tempat dan penggunanya⁴. Akan tetapi penelitian diatas merupakan studi pada tempat tersebut dalam hal ini bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Tipe A di Magelang. Selain itu ada dua alasan yang mendasari dipilihnya tipe penelitian perilaku biasa pada bangsal P3/Klas 2antar lain⁵ :

1. untuk mendapatkan jawaban-jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan tertentu dari penelitian ini.
2. untuk menyumbangkan kepada teori-teori perilaku manusia dan memberikan jawaban-jawaban terhadap pertanyaan tertentu (*applied research*). Hal ini dimotifasi oleh kebutuhan-kebutuhan untuk dapat membuat solusi terhadap permasalahan-permasalahan tersebut pada saat itu juga.

Untuk memudahkan proses penelitian ini maka di butuhkan data yang menunjang sehingga proses analisis pada bangsal P3/Klas 2 terhadap keselamatan dan keamaman pasien mental dewasa yang digunakan sebagai rekomendasi pra-rancangan bangsal pada Rumah Sakit Jiwa tersebut.

III.1. Metode mencari data

Untuk mendapatkan data yang akurat dilapangan sehingga memudahkan dalam proses analisa maka harus dilaksanakan proses mencari data yang terencana⁶. Data yang diperoleh dari proses pencarian data terbagi menjadi dua jenis data yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang langsung atau segera diperoleh dari sumber data oleh peneliti untuk tujuan khusus tersebut, dan Data sekunder adalah data yang terlebih dahulu dikumpulkan dan dilaporkan oleh orang diluar peneliti.

⁴ David Evans , *how to write a better thesis or report.* (Carlton, Victoria : Melbourne University Press, 1995) hal

⁵ Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A Practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal 4

⁶ Winarno Surahmad, *Pengantar Penelitian Ilmiah, Dasar Metode Teknik,* (Bandung, penerbit tarsito edisi ke VII) BAB 12 hal 162

Untuk mencapai tujuan penelitian mencari apa yang berpengaruh di tata ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo di Magelang terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa. Maka metode penelitian yang digunakan adalah sebagai berikut :

III.1.1. Teknik Observasi Langsung,

Dimana peneliti mengadakan pengamatan secara langsung terhadap gejala-gejala subyek yang diselidiki. Adapun beberapa hal yang akan diobservasi secara langsung adalah :

A) Ruang Dalam

Ruang dalam tersebut dibatasi pada ruang dalam unit rawat inap/ bangsal P3/kelas 2 yang terdiri dari:

- 1 unit ruang makan,
- 1 unit ruang perawat medis psikiatris (ruang medis)
- 1 unit ruang dokter/kepala bangsal. (ruang medis)
- 2 unit ruang tidur (1 unit untuk pasien gaduh dan 1 unit untuk pasien tenang) kapasitas 15 tempat tidur per unit
- 1 unit kamar mandi pasien ; 1 unit WC pasien ,
- 1 unit gudang , dan
- 1 unit teras/ruang tamu.

Semua unit ruang tersebut dijadikan bahan observasi karena fungsinya yang saling berhubungan erat satu dengan yang lainnya.

Dari observasi pada ruang dalam bangsal P3/ kelas 2 ini akan didapatkan beberapa hal yang berhubungan dengan ruang dalam tersebut secara fisik antara lain :

- a. Denah, tampak , potongan, bangsal P3/Kelas 2.
- b. Detail dan tata letak perabotan bangsal P3/Kelas 2.
- c. Detail dan luasan dari beberapa bagian di tata ruang dalam baik elemen utama ataupun elemen pendukung tata ruang dalam. Misalnya detail pintu, jendela, lantai, teralis, langit-langit, dan perabotan di bangsal P3/Klas 2.
- d. Sketsa/ perspektif ruang dilihat dari berbagai sudut pandang.

Pola hubungan ruang yang erat dapat dilihat dari tingkat kedekatan hubungan ruang pada bangsal P3/Kelas 2. Tingkat kedekatan hubungan ruang ini menjadi penunjang bagi aktifitas sehari-hari.

B) Aktifitas pasien mental dewasa

Pada bangsal P3/Kelas2 terdapat tiga pelaku yang terdiri dari pasien mental dewasa; pengelola (paramedis) dan pengunjung (keluarga). Aktifitas yang diamati hanya aktifitas pasien mental dewasa ketika berada di ruang dalam bangsal P3/kelas2. Secara garis besar ada 5 aktifitas pasien mental dewasa ketika berada di ruang dalam bangsal P3/kelas 2. antar lain:

- aktifitas istirahat (dilakukan di unit ruang tidur)
- aktifitas makan (dilakukan di unit ruang makan)
- aktifitas medis (dilakukan di unit ruang perawat dan ruang dokter)
- aktifitas kebersihan diri (dilakukan di kamar mandi dan WC)
- aktifitas kunjungan keluarga (dilakukan di teras/ruang tamu)

Dari hasil pengamatan dilapangan terhadap aktifitas pasien mental dewasa pada bangsal P3/Kelas 2 maka diperoleh data mengenai pola perilaku pasien mental dewasa ketika melakukan aktifitas tersebut a l :

- perilaku pada ruang makan
- perilaku pada ruang tidur/istirahat
- perilaku pada ruang perawat medis psikiatris dan ruang dokter/kepala bangsal.
- perilaku pada ruang km/wc (*jika memungkinkan dilakukan pengamatan*)
- perilaku pada ruang tamu/teras

Adapun jadwal sehari-hari didalam bangsal perawatan adalah (berdasarkan wawancara dengan dengan paramedis bangsal P3/kelas2 RSJ Magelang , tgl 18 maret 2003)

1. (04.30 – 05.30 wib) bangun kemudian mandi
2. (05.30 – 07.00wib) makan pagi di ruang makan

3. (07.00 –12.00 wib) mengikuti terapi di ruang rehabilitasi (bagi beberapa pasien yang dianggap sudah mampu)namun bagi pasien yang tidak mengikuti terapi tetap berada di ruang tidur.
4. (10.00 – selesai) pada setiap hari senin dan kamis konsultasi medis di ruang medis bangsal tersebut
5. (12.00 – 16.00 wib) makan siang dan mandi/ aktifitas kebersihan)
6. (16.00 – 04.30 wib) istirahat di ruang tidur.

Hal ini sudah menjadi rutinitas bagi pasien mental dewasa sampai pada tahap evaluasi akhir apakah individu tersebut sudah dapat dipulangkan kembali kemasyarakat atau masih mengikuti beberapa program rehabilitasi kembali sampai dinyatakan benar-benar siap.

Aktifitas pasien mental dewasa pada bangsal P3/Klas 2 juga terkait erat dengan posisi atau kedudukan perawat ketika aktifitas tersebut berlangsung. Baik pasien mental golongan tenang dan pasien mental golongan gaduh. Pengawasan yang diberikan merupakan pengawasan dalam bentuk psikologis atau pengawasan yang dilakukan oleh perawat terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa di dalam lingkungan bangsal P3/Klas 2. Beberapa aktifitas pasien mental dewasa melibatkan pengawasan baik secara langsung atau pun tidak langsung oleh perawat , antara lain :

- aktifitas kunjungan keluarga (di teras)
- aktifitas makan (diruang makan)
- aktifitas tidur/istirahat (di ruang tidur pasien gaduh dan tenang)
- aktifitas medis (di ruang perawat dan ruang dokter)
- aktifitas kebersihan (di kamarmandi dan WC)

Dari aktifitas diatas akan diketahui kedudukan perawat ketika aktifitas tersebut berlangsung dilingkungan bangsal P3/Klas 2 :

- kedudukan perawat ketika aktifitas kunjungan keluarga

- kedudukan perawat ketika aktifitas makan
- kedudukan perawat ketika aktifitas tidur/istirahat
- kedudukan perawat ketika aktifitas medis
- kedudukan perawat ketika aktifitas kebersihan
- kedudukan perawat ketika aktifitas dan lain-lain.

III.1.2. Teknik Komunikasi Langsung,

Teknik komunikasi langsung atau wawancara dimana peneliti mengumpulkan data dengan jalan mengadakan komunikasi langsung dengan subyek penyelidikan. misalnya dengan melakukan wawancara atau interview langsung dengan pelaku fungsi pada Rumah Sakit Jiwa. Namun untuk pasien mental dewasa tidak memungkinkan untuk dilakukan wawancara.

Adapun pelaku fungsi yang akan di wawancarai adalah :

1. Pengelola Rumah Sakit Jiwa

a). Direktur Rumah sakit jiwa dengan pokok pertanyaan al:

- Bagaimanakan sejarah berdirinya rumah sakit jiwa magelang ?
- Seperti apakah kebijaksanaan umum rumah sakit jiwa magelang ?
- Sejauh manakan pelayanan kesehatan yang diberikan

b). Psikiater/ dokter tetap RSJ Magelang dengan pokok pertanyaan antara lain :

- seperti apa perencanaan program bagi pasien mental dewasa.?
- Seperti apa diagnosa dan terapi medis psikiatris yang diberikan ?
- Atas dasar apa menentukan tindak rehabilitasi dan tindak lanjut ?
- Seperti apakah bentuk respon dari pasien mental dewasa terhadap tata ruang dalam bangsal P3/kelas 2 ?

c). Psikolog/ ahli psikolog klinis RSJ Magelang dengan pokok pertanyaan antara lain :

- Seperti apakah proses seleksi yang dilakukan ?
 - seperti apakah evaluasi perkembangan pasien mental dewasa ?
 - seperti apa bentuk bimbingan dan penyuluhan dan terapi kelompok.?
 - Seperti apakah penilaian perkembangan tingkah laku pasien mental?
 - Seperti apakah bentuk respon dari pasien mental dewasa terhadap tata ruang dalam bangsal P3/kelas 2
- d). Perawat Psikiatri pada bangsal P3/kelas2 antara lain :
- Seperti apakah bentuk perawatan dan pemeliharaan bagi pasien mental dewasa ?
 - Seperti apakah bentuk perawatan lanjutan yang diberikan ?
 - Seperti apakah bentuk respon dari pasien mental dewasa terhadap tata ruang dalam bangsal P3/kelas 2 ?
 - seperti apakah reaksi/tingkah laku pasien mental dewasa ketika dalam kondisi tidak stabil ?
 - apakah pernah ada pasien mental dewasa yang terlukai karena elemen ruang dalam ?
 - apakah pernah ada pasien mental dewasa yang melukai dengan menggunakan pasien elemen ruang dalam ?
 - apakah pernah ada pasien yang melarikan diri ?
 - bagaimanakan reaksi pasien terhadap dingin, panas, kepadatan, kebisingan, dan penerangan ?
 - seperti apakah reaksi pasien terhadap kegelapan atau malam?
 - bagaimanakah reaksi pasien terhadap angin ?
 - bagaimanakah reaksi pasien ketika aktifitas makan, medis berlangsung?
 - Bagaimanakah reaksi pasien terhadap sinar matahari ?
 - Bagaimanakah reaksi/respon pasien terhadap perabotan disekitarnya ?

- Bagaiamanakah reaksi pasien terhadap ke tajamannya sesuatu benda?
 - Bagaiamanakah reaksi pasien terhadap warna disekitarnya ?
 - Bagaiamakah reaksi pasien terhadap teralis pembatas ?
 - Bagaiamakah reaksi pasien terhadap besi, kayu, beton, plastik, dan kain, kertas, tali dll ?
 - bagaimanakah reaksi pasien terhadap pengunjung/ orang luar?
 - Apakah pernah ada terjadi keributan antar pasien ketika berada didalam bangsal P3/Kelas 2?
 - Apakah pernah ada pasien yang melakukan bunuh diri?
 - Dengan menggunakan apa pasien tersebut bunuh diri.
 -
2. Pengunjung hanya terbatas pada pihak keluarga dari pasien mental dewasa pada bangsal P3/kelas2. yang jumlah dan intensitas nya tidak dapat diprediksi. Dengan pokok pertanyaan antara lain ;
- apa yang melatar belakangi anggota keluarganya sampai harus dirawat di Rumah sakit jiwa magelang ?
 - apakah pasien pernah mengeluh tidak betah ?
 - Seperti apakah keluhan-keluhan yang disampaikan pasien mental dewasa kepada keluarga selama menjalani proses pemulihan dan penyembuhan ?
 -

Ada beberapa pertanyaan pada pelaku tertentu akan ditanyakan kembali kepada pelaku yang berbeda misalnya pertanyaan untuk perawat psikiatris juga akan ditanyakan kepada psikiater/dokter tetap dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang.

Dari hasil wawancara diatas akan diperoleh informasi mengenai kecendrungan pola perilaku pasien mental dewasa terhadap tata ruang dalam pada bangsal P3/Kelas 2. Data tersebut sangat mungkin merupakan hal-hal yang tidak teramati oleh penelitian ini ketika melakukan studi

pengamatan terhadap aktifitas pasien mental namun tetap merupakan data mengenai pola perilaku pasien mental dewasa ketika melakukan aktifitasnya antara lain :

- perilaku pada ruang makan
- perilaku pada ruang tidur/istirahat
- perilaku pada ruang perawat medis psikiatris dan ruang dokter/kepala bangsal.
- perilaku pada ruang km/wc
- perilaku pada ruang tamu/teras

Adapun beberapa bentuk pelaksanaannya pengumpulan datanya primer pengamatan dan wawancara antara lain:⁷

1. catatan informal/catatan anekdot

merupakan catatan pengamatan terhadap segala sesuatu gejala atau peristiwa pada objek amatan. Data yang diperoleh merupakan data yang ringkas, faktual obyektif dan ditulis bebar-benar atas dasar pengamatan bukan atas dasar ingatan atau tafsiran. Pada proses ini akan mendapatkan *dimensi, besaran ruang, karakteristik pelaku, tekstur, warna dll.* Alat yang digunakan dapat berupa buku, pensil, dll..

2. pencatatan dengan alat

bila dilaksanakan dengan cukup ahli maka validitas dan reabilitas observasi akan lebih terjamin. Dapat dilakukan dengan melakukan dokumentasi baik foto (kecuali foto pasien mental dewasa) ataupun sketsa terhadap bagian-bagian yang dianggap dapat mendukung data dari objek amatan. Alat yang digunakan dapat berupa kamera, tape recorder, meteran, penggaris, dll.

Namun untuk mendukung data primer maka dibutuhkan sumber data sekunder yang melihat permasalahan dari sudut yang berbeda adapun sumber data sekunder adalah :

⁷Winarno Surahmad, *Pengantar penelitian ilmiah, dasar metode teknik*, (Bandung, penerbit tarsito edisi ke VII) hal 168-172

III.1.3. Teknik Observasi tak Langsung,

Teknik observasi tak langsung atau studi literatur dimana penyelidik mengadakan pengamatan terhadap gejala-gejala subjek yang diselidiki dengan perantara sebuah alat. Alat tersebut dapat berupa literature, data grafik, laporan-laporan dan data-data yang membantu. Pada proses ini akan didapatkan tinjauan-tinjauan umum tentang sebuah permasalahan dilihat dari sudut pandang teoritis.

Adapun data/literatur yang dijadikan sebagai sumber sekunder adalah yang berkaitan dengan :

- a. Tata Ruang Dalam
 - Arsitektur bentuk ruang dan susunannya, Francis DK Ching,
 - Arsitektur manusia dan pengamatannya, Poedio Boedoyo dkk
 - Pendekatan kepada perancangan arsitektur, Isaac.ARG.
 - Ilustrasi desain interior, Francis DK Ching,
 - Tata ruang, Fritz Wilkening
 -
- b. Standar Ruang pada Rumah Sakit Jiwa
 - Data Arsitek edisi kedua jilid 1 Ernst Neufert,
 - *Time-Saver Standards Second Edition*, Joseph De Chiara, dan John Hancock Callender.
 - Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, Direktorat kesehatan jiwa.
 -
- c. Buku-buku tentang Kesehatan Mental
 - Kesehatan mental (mental hygiene) Dra Kartini Kartono.
 - Kesehatan Mental,. Siti Meichhati M.A.
 - Gangguan-gangguan Psikis, Dra Kartini Kartono
 -
- e. Laporan-laporan resmi Rumah sakit jiwa
 - Laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit jiwa tersebut.



III.1.4. Sampel⁸ dan Variabel⁹ Penelitian.

Dalam proses penelitian ini ditentukan sampel dan variabel sehingga memudahkan proses analisis sehingga tujuan dari penelitian ini dapat tercapai.

1. Sampel

Sampel yang dipilih adalah Bangsal P3/Klas 2.

Bangsal P3/Klas 2 adalah sebuah bangsal didalam lingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo yang melaksanakan diagnosa, pengobatan dan perawatan terhadap pasien pria/lakilaki dewasa (umur antara 36-65 tahun)

Adapun pertimbangan sampai pada akhirnya dipilih bangsal P3/Kelas 2 antara lain:

1. Pasien terbesar pada rumah sakit jiwa Prof. dr. Soeroyo magelang adalah pasien mental dewasa laki-laki.
2. Salah satu dari tiga unit rawat inap/ bangsal yang melaksanakan aktifitas diagnosa, pengobatan, perawatan bagi pasien mental dewasa laki-laki dengan spesifikasi pelayanan kelas 2 adalah Bangsal P3/Kelas 2.
3. Bangsal P3/Kelas 2 merupakan bangsal pertama dan terlama untuk pelayanan pasien mental dewasa kelas 2 dibandingkan dengan bangsal P1/Kelas 2 dan bangsal P4/kelas 2.
4. P3/Kelas 2 sebagian besar dimanfaatkan bagi pasien mental dewasa yang telah melalui penenangan di Unit pelayanan Intensif pria sehingga masih rentan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan

⁸ Sampel adalah sebagian obyek dan atau subjek yang diselidiki dari keseluruhan obyek dan atau subyek dalam penelitian (Prof. Sutrisno Hadi). Dalam Narbuko. Cholid. Dan Ahmadi. Abu. Metodologi Penelitian. 2002. hal. 107. Jakarta : Bumi Aksara

⁹ Variabel penelitian adalah kondisi-kondisi yang oleh peneliti dimanipulasikan, di kontrol dan di observasi dalam suatu penelitian (Y.W, Best), sedangkan menurut Direktorat Pendidikan Tinggi Depdikbud adalah segala sesuat yang akan di jadikan obyek pengamatan penelitian. Variabel meliputi faktor-faktor yang berperan dalam peristiwa atau gejala yang akan di teliti .Dalam Narbuko. Cholid. Dan Ahmadi. Abu. Metodologi Penelitian. 2002. hal. 118. Jakarta : Bumi Aksara

5. Ruang memiliki hubungan yang erat dengan penggunaanya dalam mewadahi aktifitas sehingga dipilihlah bangsal P3/kelas 2 yang memiliki intensitas pemakaian terbesar dibandingkan dengan unit yang lain dilingkungan RS Jiwa Prof, dr Soeroyo.
6. Pada Rumah sakit jiwa Prof.dr Soeroyo semua bangsal yang ada memiliki bentuk secara arsitektural sama hanya dibedakan pada penggunaanya dan kelas pelayanannya sehingga bangsal P3/Kelas 2 sudah mewakili semua bangsal yang ada.

2. Variabel

Variabel yang akan di uraikan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tata ruang dalam.
 - elemen pembatas ruang (lantai, dinding, langit-langit)
 - elemen penunjang ruang (organisasi ruang dan perabotannya)
2. Bangsal P3/Kelas 2 .
 - ruang tidur/istirahat
 - ruang makan
 - ruang medis
 - ruang kebersihan ; km/wc
 - ruang tamu/ kunjungan keluarga
3. Pelaku
 - pasien mental dewasa
4. Aktifitas .
 - aktifitas tidur atau istirahat
 - aktifitas makan
 - aktifitas medis
 - aktifitas kebersihan ; km/wc
 - aktifitas kunjungan keluarga

5. Keselamatan dan keamanan .

Keselamatan

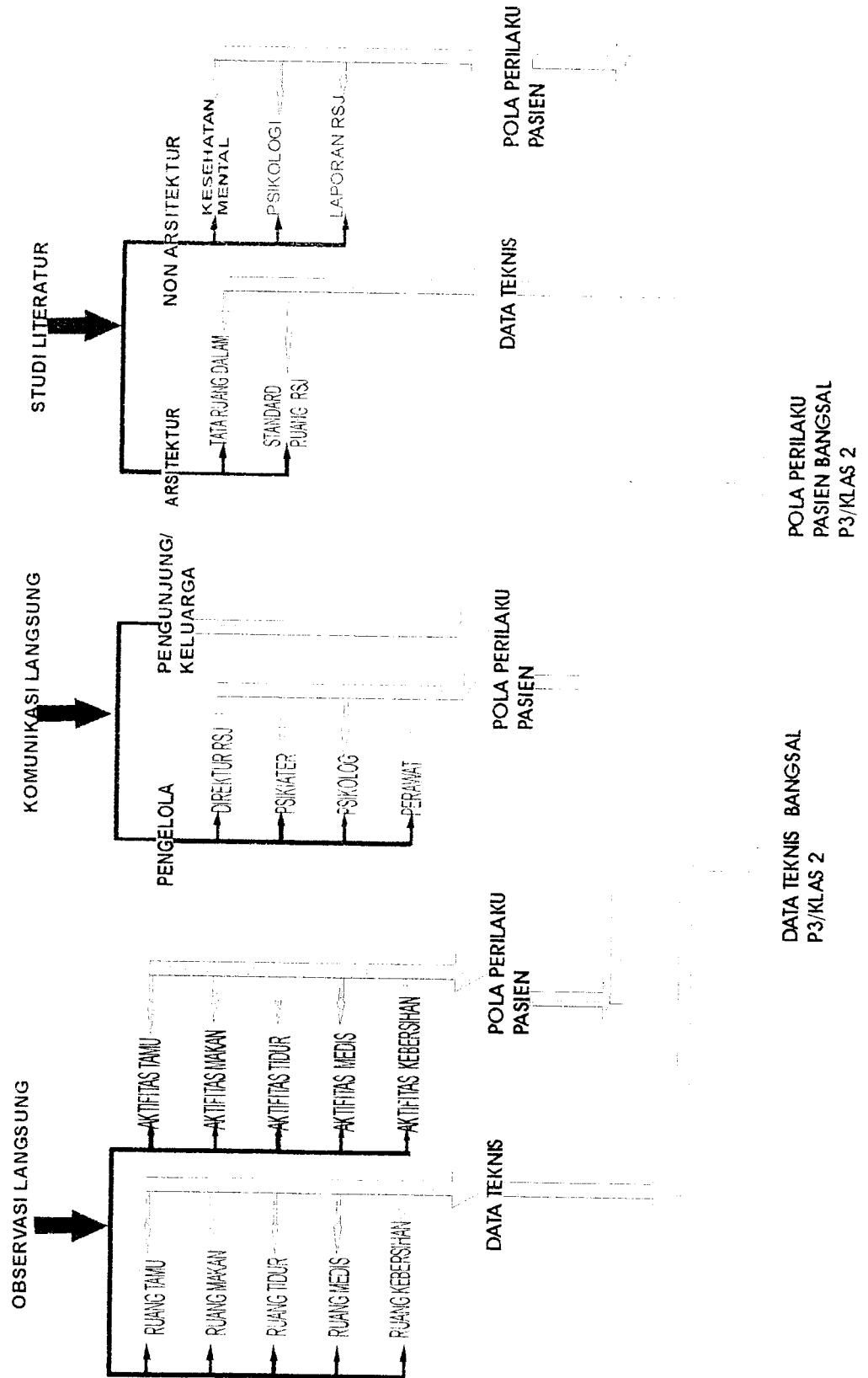
- keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai oleh tata ruang dalam ketika beraktifitas tidur di ruang tidur/istirahat.
- keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai oleh tata ruang dalam ketika beraktifitas makan di ruang makan
- keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai oleh tata ruang dalam ketika beraktifitas medis di ruangan perawat medis psikiatris dan di ruangan dokter/kepala bangsal
- keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai oleh tata ruang dalam ketika beraktifitas kebersihan; km/wc di ruang kebersihan; km/wc.
- keselamatan terhadap kemungkinan melukai dan terlukai oleh tata ruang dalam ketika beraktifitas kunjungan keluarga di ruang tamu.

Keamanan

- keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui tata ruang dalam ketika beraktifitas tidur/istirahat di ruang tidur /istirahat.
- keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui tata ruang dalam ketika beraktifitas makan di ruang makan
- keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui tata ruang dalam ketika beraktifitas medis di ruang perawat medis psikiatris dan di ruang dokter/kepala bangsal.
- keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui tata ruang dalam ketika beraktifitas kebersihan : kam/wc di ruang kebersihan ; km/wc

- keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui tata ruang dalam ketika beraktifitas kunjungan keluarga di ruang tamu.

DIAGRAM : III.1
 PROSES PENGUMPULAN DATA
 (SUMBER PEMIKIRAN 2003)



III.2. Metode Analisis

Menurut Sommer dan Sommer untuk berbagai permasalahan dalam penelitian, banyaknya prosedur atau mekanisme yang digunakan akan lebih memudahkan dari pada satu prosedur saja yang ditempuh, dan dalam memilih diantara alternatif metode yang akan digunakan, permasalahan menjadi pertimbangan terlebih dahulu dan baru kemudian memilih teknik yang akan digunakan¹⁰. Teknik penelitian yang digunakan dapat dilihat dari jenis pertanyaan atau permasalahan yang diangkat dan pendekatan yang digunakan terhadap permasalahan tersebut.

TABEL: III. 1
Choosing Among Research Techniques
(Sommer dan Sommer, 1980 : 9)

Problem	Approach	Research Technique
<i>To obtain reliable information under controlled conditions</i>	<i>Test people in a laboratory</i>	<i>Laboratory experiment, simulation</i>
<i>To find out how people behave in public</i>	<i>Watch them</i>	<i>Natural observation</i>
<i>To find out how people behave in private</i>	<i>Ask them to keep diaries</i>	<i>Personal document</i>
<i>To learn what people think</i>	<i>Ask them</i>	<i>Questionnaire, interview, attitude, scale</i>
<i>To find out where people go</i>	<i>Chart their movement</i>	<i>Trace measures, behavioral mapping</i>
<i>To identify personality traits or assess mental abilities</i>	<i>Administer a standardized test</i>	<i>Psychological testing</i>
<i>To identify trends in verbal material</i>	<i>Systematic tabulation</i>	<i>Content analysis</i>
<i>To understand an unusual event</i>	<i>Detailed and lengthy investigation</i>	<i>Case study</i>

Dari beberapa permasalahan diatas ada tiga item yang memiliki keterkaitan dengan permasalahan dalam penelitian ini antara lain :

1. *To find out how people behave in public*
2. *To learn what people think*
3. *To find out where people go*

¹⁰ Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal 10

Dari permasalahan di ataslah kemudian dapat dilihat metode/teknik penelitian seperti apakah yang nantinya akan digunakan selama proses penelitian ini. Teknik atau metode penelitian tersebut berdasarkan tabel di atas salah satunya adalah behavioral mapping atau pemetaan perilaku. Pemetaan perilaku (*Behavioral mapping*) adalah terfokus atau terkonsentrasi terutama pada perilaku manusia didalam ruang (*space*)¹¹ Dari contoh tabel 14 – 1 *Activity List For a Mental Hospital Dayroom*¹² perilaku sendiri diidentikkan dengan aktifitas atau kegiatan yang dilakukan, sehingga *behavioral mapping* juga merupakan *activity mapping* atau pemetaan kegiatan. Ada pun beberapa ciri yang melekat didalam pemetaan perilaku itu sendiri, antar lain¹³

Pemetaan perilaku melibatkan diagram/denah aktual atau terbaru dalam suatu tempat dimana manusia itu berada dan kegiatannya berlangsung.

1. *setting* perilaku adalah suatu pola standard dari perilaku yang melekat pada suatu tempat dan terjadi dalam periode/jangka waktu yang rutin.
2. peta perilaku seperti dikatakan di atas adalah suatu diagram dari kedudukan manusia didalam ruang. Hal ini merupakan dokumen empiris yang menjelaskan perilaku apa yang biasa terjadi dari pada segala sesuatu yang telah direncanakan sebelumnya untuk sebuah ruang tersebut. (*sommer&sommer mengutip Ittelson, 1980:161*)
3. dalam membuat/ menyusun peta perilaku penelitian dapat melakukan proses mendokumentasikan beberapa hal yang terlihat pada saat tersebut.

Dalam pemilihan prosedur pemetaan perilaku tersebut bergantung kepada tujuan penelitian. Bila tujuan penelitian adalah menilai/mengevaluasi lokasi

¹¹Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal 160

¹² Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal163

¹³ Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal160-161

tertentu maka pemetaan perilaku yang digunakan adalah *place centered maps*. Adapun pengertian dari *place-centered maps sendiri* adalah menunjukkan bagaimana orang-orang menata diri mereka sendiri didalam tempat tertentu¹⁴. Proses pencarian data baik data skunder maupun primer memiliki peranan yang sangat sentral. Data-data tersebut disusun dan diklasifikasikan berdasarkan jenis dan bentuknya. Ada dua jenis bentuk data besar yang tersedia dilapangan yaitu data fisik tentang ruang bangsal P3/Kelas 2 dan data pola perilaku/data non fisik pasien mental dewasa ketika beraktifitas diruang dalam bangsal P3/Kelas 2.

A). Data-data fisik hasil observasi langsung yang berhubungan dengan tata ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 berupa :

- Denah bangsal P3/Kelas 2
- Tata letak perabotan bangsal P3/Kelas 2
- Foto beberapa bagian bangsal P3/Kelas 2 antar lain foto pola lantai, foto pola langit-langit, pintu, jendela, teralis pembatas, detail perabotan, detail, ventilasi udara,

B). Data-data non fisik hasil observasi langsung dan komunikasi langsung/wawancara yang berhubungan dengan pola perilaku pasien mental dewasa ketika berkatifitas pada tata ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 berupa ::

- Pola perilaku pada ruang makan
- Pola perilaku pada ruang tidur/istirahat
- Pola perilaku pada ruang perawat medis psikiatrik dan ruang dokter/kepala bangsal.
- Pola perilaku pada ruang km/wc (jika memungkinkan dilakukan pengamatan)
- Pola perilaku pada ruang tamu/teras

¹⁴ Robert Sommer & Barbara B Sommer ., *A practical Guide to Behavioral Research Tools and Techniques* (New York : Oxford University Press, 1980) hal161

Setelah data tersebut terkumpul barulah diadakan proses analisis terhadap pengaruh ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 ditinjau dari sudut keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

- perilaku pada ruang makan ditinjau dari keselamatan dan keamanan
- perilaku pada ruang tidur/istirahat ditinjau dari keselamatan dan keamanan
- perilaku pada ruang perawat medis psikiatris dan ruang dokter/kepala bangsal ditinjau dari keselamatan dan keamanan
- perilaku pada ruang km/wc (*jika memungkinkan dilakukan pengamatan*) ditinjau dari keselamatan dan keamanan
- perilaku pada ruang tamu/teras ditinjau dari keselamatan dan keamanan

Proses analisis sendiri menggunakan metode super imposed dari pemetaan perilaku atau *behavioural mapping* pada setiap ruangan yang terdapat pada bangsal 3/Klas 2 dengan keselamatan dan keamanan pasien sebagai pedomannya. Dalam pemetaan perilaku akan terlihat seberapa besar pengaruh tata ruang dalam bangsal P3/klas 2 terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

Sementara data sekunder berupa studi literatur, laporan, data-data yang menunjang digunakan secara bersamaan dengan data primer untuk dapat menjelaskan secara arsitektural dan medis kedokteran jiwa tentang permasalahan penelitian.

- Data sekunder arsitektural menjelaskan mengenai data primer ruang-ruang bangsal P3/Kelas 2.
- Data sekunder medis kedokteran jiwa menjelaskan mengenai data primer perilaku pasien mental dewasa.

Dari proses analisis data-data primer dan sekunder sehingga dapat disimpulkan pengaruh tata ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 rumah sakit jiwa

tipe A Prof dr. Soeroyo di Magelang terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

DIAGRAM : III. 2
PENGUMPULAN DAN ANALISIS DATA
(SUMBER: PEMIKIRAN 2003)



III.3. Kesimpulan

Penelitian arsitektur ini menggunakan metode penelitian perilaku biasa. Hal ini dilihat dari jenis informasi yang dibutuhkan adalah informasi faktual. Penelitian ini tidak termasuk kedalam lingkup penelitian fenomena perilaku karena tidak adanya keterkaitan kearah tersebut. Untuk memudahkan penelitian ini metode survai merupakan metode yang paling tepat digunakan. Tidak menggunakan metode studi kasus ataupun eksperimen. Untuk memudahkan penelitian ini maka dibutuhkan proses pencarian data yang terencana secara baik. Ada dua bagian besar data yang di perlukan yaitu data fisik lingkungan tata ruang dalam bangsal P3/Kelas 2 dan data non fisik pola perilaku pasien mental dewasa ketika melakukan aktifitas di bangsal P3/Kelas 2. Pada obsesvasi langsung di lapangan diperoleh data teknis dan data pola perilaku pasien mental dewasa. Kemudian pada proses wawancara dengan pengelola dan pengunjung diperoleh data pola perilaku pasien. Sedangkan pada proses studi literature akan mendapatkan data fisik penunjang dan pola perilaku pasien ditinjau dari sudut yang berbeda. Data-data yang berasal dari berbagai sumber diatas kemudian di susun menjadi dua bagian besar kembali yaitu data teknis bangsal P3/Kelas 2 dan data non fisik pola perilaku pasien bangsal P3/Kelas 2. Data inilah yang kemudian dianalisis dengan tinjauan keselamatan dan keamanan. Melihat jenis informasi atau data yang diperoleh dalam proses analisis digunakan super imposed dari pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) antara ruang bangsal P3/Klas 2 dengan pengguna dalam hal ini adalah pasien mental. Pemetaan perilaku sendiri identik dengan pemetaan terhadap aktifitas. Dari hasil analisis ini nantinya akan dapat dilihat sejauh mana pengaruh tata ruang dalam terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa di bangsal P3/Klas 2 yang nantinya digunakan sebagai rekomendasi terhadap pra-rancangan bangsal di Rumah Sakit Jiwa Prof.dr Soeroyo Magelang.

**BAB IV
HASIL SURVAI LAPANGAN
DI BANGSAL P3/ KLAS 2**

Untuk mendapat kan data yang di butuhkan dalam proses analisa, selain data yang diperoleh dari studi terhadap literature yang menunjang terhadap penelitian ini. Maka dilakukan proses mencari data dilapangan. Untuk memudahkan proses tersebut maka ada dua metode mencari data yang dilakukan yaitu : data yang diperoleh dari teknik observasi langsung dan data yang diperoleh dari teknik komunikasi langsung/wawancara. Adapun data yang di observasi dilapangan adalah data yang bersifat data fisik/data teknis bangsal P3/Klas 2 dan data nonfisik/perilaku pasien bangsal P3/Kelas 2 terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

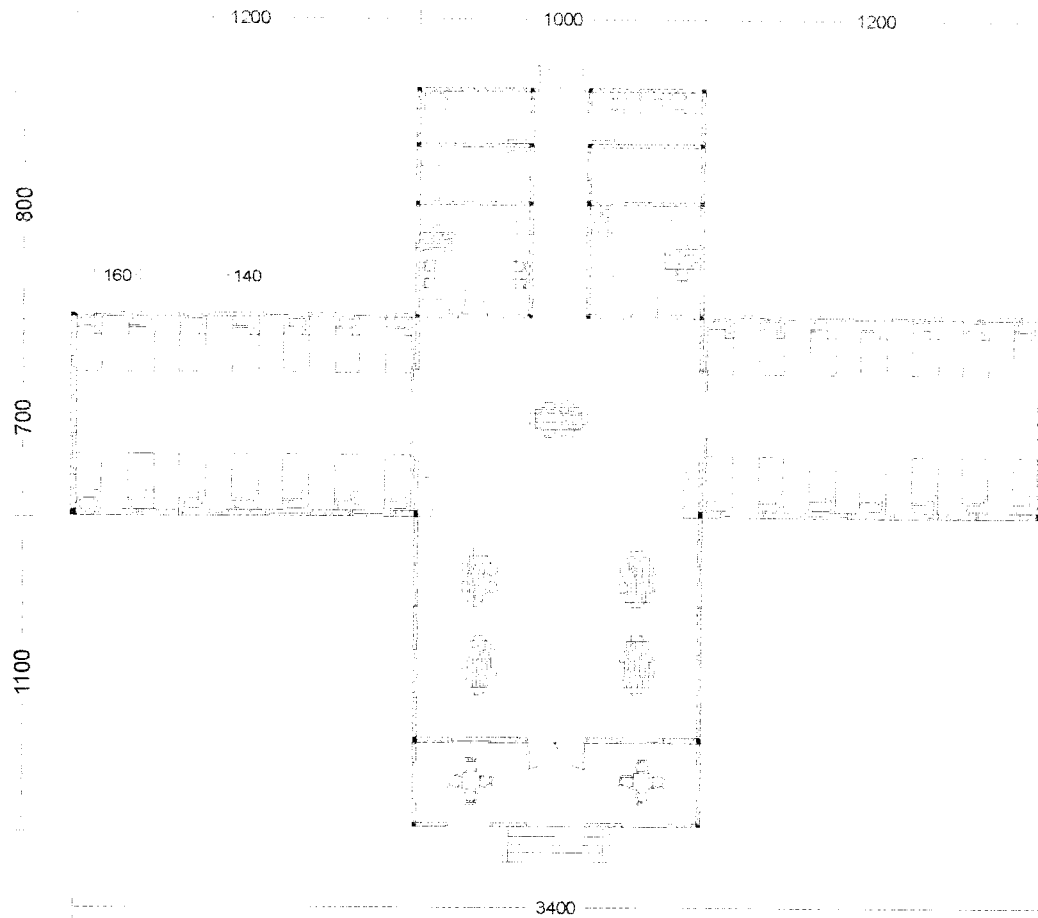
IV.1. Data hasil teknik observasi langsung.

IV.1.1. Data fisik bangsal P3/Klas 2.

Data fisik yang diperoleh dari teknik observasi langsung berupa data fisik elemen pembentuk tata ruang dalam dan data fisik elemen penunjang berupa perabotan yang terdapat didalamnya. Data tersebut antar lain berupa denah bangsal P3/Klas 2. Denah yang diperoleh merupakan denah hasil pengukuran langsung dari peneliti senin, 17 Maret 2003 terhadap bangsal P3/Klas 2. Sehingga peneliti hanya mengukur dari permukaan yang terlihat dalam hal ini lantai dan dinding, namun tidak mengukur dari pondasi bangunan bangsal P3/Klas 2 tersebut. Karena pihak Rumah Sakit Jiwa Prof. dr Soeroyo sudah tidak memiliki lagi gambar teknik dari bangsal tersebut dikarenakan bangunan tersebut di buat tahun 1916¹. Hal ini membuat hasil pengukuran menjadi beragam sehingga oleh peneliti untuk memudahkan mencari luasan hasil pengukuran tersebut di bulatkan ke atas, misalnya 3,80 meter menjadi 4,00 meter.

¹Baca lampiran sejarah Rumah Sakit Jiwa Magelang

**GAMBAR : IV. 1
DENAH BANGSAL
P3/KLAS 2**



Setelah denah di dapatkan kemudian dilakukan pengukuran terhadap berbagai macam elemen tata ruang dalam dan elemen yang terkait dengan tata ruang dalam, baik elemen fisik pembentuk ruang, perabotan, ataupun hubungan dan kualitas ruang dalam dari bangsal P3/Klas 2. Hasil teknik observasi langsung di bangsal P3/Kelas 2 merupakan data-data yang berhubungan dengan elemen pembentuk tata ruang dalam. Yang kemudian di susun berdasarkan jenis aktifitas, karakteristik elemen pembentuknya dan lain-lain. Dalam obeservasi langsung tahap awal didapatkan beberapa data mengenai luasan ruang, ketinggian ruang, kondisi ruang, jenis material pembentuk ruang dalam, jumlah beberapa elemen pembentuk ruang, dan beberapa data pendukung lainnya. Untuk beberapa detail elemen tata ruang

dalam tidak dilakukan proses dokumentasi dalam bentuk gambar tangan namun didokumentasikan dalam bentuk gambar foto dan dirasakan sudah cukup meberikan informasi yang dibutuhkan.

**TABEL : IV .1
LUASAN-LUASAN RUANG BANGSAL P3/KLAS 2**

No.	Jenis Ruang	Luasan
1.	Teras	(3 x 10) 30 m ²
2.	Ruang makan	(15 x 10) 150 m ²
3.	Kamar tidur pasien gaduh	(12 x 7) 84 m ²
4.	Kamar tidur pasien tenang	(12 x 7) 84 m ²
5.	Ruang perawat	(4 x 4) 16 m ²
6.	Ruang dokter	(4 x 4) 16 m ²
7.	Gudang	(2 x 4) 8 m ²
8.	KM/WC Perawat	(2 x 4) 8m ²
9.	KM Pasien	(2 x 4) 8 m ²
10.	WC Pasien	(2 x 4) 8 m ²
11.	Selasar belakang	(2 x 8) 16 m ²

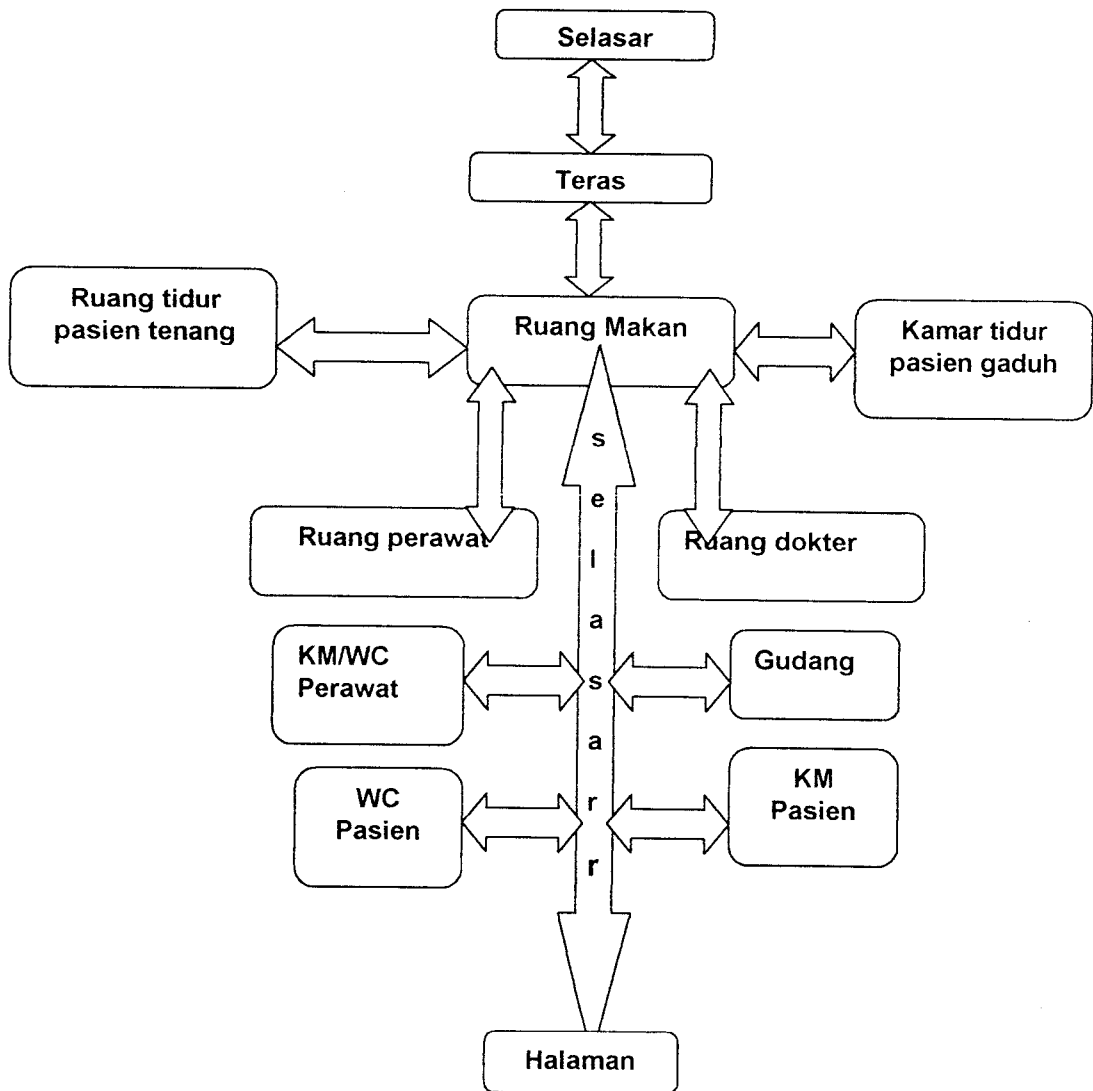
Luasan ruangan yang didapatkan diatas merupakan luasan dari hasil pengukuran pada denah yang telah dilakukan sebelumnya. Dari luasan Ruangan diatas dapat diketahui bahwa ruang makan merupakan ruangan dengan luasan terbesar dibandingkan dengan ruangan yang lain.

**TABEL : IV. 2
KETINGGIAN RUANG BANGSAL P3/KLAS 2**

No.	Jenis Ruang	Ketinggian ruang
1.	Teras	4 m
2.	Ruang makan	4,20 m
3.	Kamar tidur pasien gaduh	4 m
4.	Kamar tidur pasien tenang	4 m
5.	Ruang perawat	4 m
6.	Ruang dokter	4 m
7.	Gudang	3 m
8.	KM/WC Perawat	3 m
9.	KM Pasien	3 m
10.	WC Pasien	3 m
11.	Selasar belakang	3 m

Setelah denah didapatkan maka dapat terlihat sejauh mana hubungan antar ruang-ruang dalam bangsal P3/Klas 2 tersebut dalam mewadahi aktifitas pasien mental dewasa. Hubungan- hubungan tersebut tergambar dalam organisasi ruang dibawah ini

DIAGRAM : IV.1
ORGANISASI RUANG BANGSAL P3/KLAS 2



**TABEL IV. 3.
KEDEKATAN ANTAR RUANG BANGSAL P3/KLAS 2**

Ruang tamu
Ruang makan
Ruang tidur pasien tenang ;
Ruang tidur pasien gaduh
Ruang perawat
Ruang dokter
Gudang dan
Kamar mandi perawat
Kamar mandi dan
Wc pasien

Keterangan :

- Dekat sekali (tak ada jarak ruang)
- Dekat (jarak 1 ruang)
- Jauh (jarak > 1 ruang)

**TABEL : IV. 4.
RUANGAN-RUANGAN TERKUNCI DAN TERBUKA**

No	Kondisi Ruangan	
	Jenis Ruangan	
1.	Teras	☐
2.	Ruang makan	☐
3.	Ruang tidur pasien gaduh	■
4.	Ruang tidur pasien tenang	☐
5.	Ruang dokter	■
6.	Ruang perawat	■
7.	Gudang	■
8.	Kamar mandi perawat	■
9.	Kamar mandi pasien	☐
10.	WC Pasien	☐

Kondisi ruangan yang dimaksud diatas adalah bagaimana keadan ruangan-ruangan tersebut dalam mewaahi aktifitas keseharian dari pasen mental. Ketika ruangan tersebut terkunci artinya selama aktifitas ruang tersebut akan selalu senantiasa terkunci dan hanya waktu-waktu tertentu di buka oleh perawat. Sementara kondisi terbuka artinya kondisi ruangan tersebut selalu terbuka dan bisa dipastikan jarang sekali dalam kondisi

tertutup/terkunci. Sementara itu setiap ruang di bangsal P3/klas 2 tersusun dari beberapa elemen pembentuk yang jumlah, jenis dan variasi bentuk berbeda dari setiap ruang yang ada.

**TABEL : IV. 5.
JUMLAH PINTU, JENDELA TANPA/DENGAN TERALIS
DAN VENTILASI UDARA**

Jenis elemen Jenis Ruangan	Pintu	Jendela tanpa teralis	Jendela dengan teralis	Ventilasi udara	Luasan (pxl)		
					jende la	Pintu	Ventil asi
Teras	-	-	-	-	210x 196	300x 160	50x50
Ruang makan	1	6	-	-			
Ruang tidur pasien gaduh	1	-	10	-			
Ruang tidur pasien tenang	1	10	-	-			
Ruang dokter	1	1	-	-			
Ruang perawat	1	1	-	-			
Gudang	1	-	-	3			
Kamar mandi perawat	1	-	-	3			
Kamar mandi pasien	1	-	-	4			
WC Pasien	1	-	-	4			

**TABEL : IV. 6.
JENIS MATERIAL PEMBENTUK
ELEMEN PEMBATAS RUANG DALAM**

Jenis material Jenis ruang	Kayu	Papan kayu	Besi	treepleks	Kaca	Batu bata
Teras	■	■	-	-	-	■
Ruang makan	■	■	-	■	-	■
Ruang tidur pasien gaduh	■	■	■	■	-	■
Ruang tidur pasien tenang	■	■	■	■	-	■
Ruang dokter	■	■	-	■	■	■
Ruang perawat	■	■	-	■	-	■
Gudang	■	■	■	■	-	■
Kamar mandi perawat	■	■	■	■	-	■
Kamar mandi pasien	■	■	■	■	-	■
WC Pasien	■	■	■	■	-	■

Tata ruang dalam bukan hanya elemen fisik pembentuk ruang dalam seperti jendela, pintu, lantai, dan lain-lain akan tetapi juga berhubungan juga dengan perabotan yang berada didalamnya. Perabotan akan membantu ruang tersebut dalam melaksanakan fungsi mewadahi dari aktifitas yang dilaksanakan oleh pasien mental. Berikut beberapa data yang berhubungan dengan perabotan pada bangsal P3 /Klas 2.

**TABEL : IV. 7.
JENIS, JUMLAH, UKURAN, DAN BAHAN
DARI PERABOTAN BANGSAL P3/KLAS 2**

Ruangan	Kursi			Meja		
	Jumlah	Ukuran	Bahan	Jumlah	Ukuran	Bahan
Ruang tamu	8	50 X 50	Plastik	2	75 X 75	Plastik
Ruang makan	30	50 X 50	Kayu	5	170 X 88	Kayu
Ruang tidur pasien	-	-	-	-	-	-
Ruang perawat	5	50 X 50	Kayu	1	120 X 70	Kayu
Ruang Dokter	2	50 X 50	Kayu	1	60 X 60	Kayu
Kamar mandi pasien	-	-	-	-	-	-
WC Pasien	-	-	-	-	-	-

Ruangan	Lemari			Tempat tidur		
	Jumlah	Ukuran	Bahan	Jumlah	Ukuran	Bahan
Ruang tamu	-	-	-	-	-	-
Ruang Makan	2	120 X 50	Kayu	-	-	-
Ruang tidur pasien	--	-	-	28	100 X 200	Besi
Ruang Perawat	1	50 X 100	Kayu	-	-	-
Ruang Dokter	1	50 X 50	Kayu	1	100 X 200	Besi
Kamar mandi pasien	-	-	-	-	-	-
WC Pasien	-	-	-	-	-	-

IV.1.2. Data Non fisik/ perilaku pasien mental dewasa.

Pada pembahasan metode mencari data, proses observasi langsung terhadap perilaku pasien mental dewasa akan mendapatkan data yang bersifat non teknis yaitu data yang berhubungan dengan pola perilaku pasien mental dewasa ketika berada di ruang dalam bangsal tersebut. Namun karena keterbatasan waktu dan jarak tempuh ke obyek penelitian yang cukup jauh menyulitkan peneliti untuk mendapatkan data dari hasil pengamatan langsung terhadap perilaku. Dalam hal ini untuk mencapai lokasi penelitian di Magelang dari kota Jogja membutuhkan waktu lebih kurang satu setengah jam lebih menggunakan kendaraan umum. Kunjungan terlama setelah lebih kurang 8 kali kunjungan yang dapat dilakukan peneliti selama ini adalah 2 hari berada di lingkungan rumah sakit jiwa yaitu tgl 4 april – 5 april 2003 dalam upaya pencarian data non non teknis/pola perilaku melalui observasi langsung dan komunikasi langsung dengan pengelola. Kunjungan-kunjungan sebelumnya dalam rangka proses perizinan yang cukup rumit, observasi awal, pencarian data teknis. Namun data non teknis/pola perilaku pasien serta fenomena-fenomenanya tidak dapat maksimal teramati hanya dengan kunjungan 1-2 hari. Sehingga digunakan metode mencari data teknik komunikasi langsung untuk mendapatkan data non teknis/pola perilaku pasien. Data yang didapatkan dari proses wawancara tersebut merupakan nantinya akan menjadi sumber yang diharapkan dapat menceritakan pola perilaku pasien ketika melakukan aktifitas di bangsal P3/Klas 2.

**TABEL : IV. 8.
JADWAL AKTIFITAS KESEHARIAN PASIEN
TERHADAP RUANG DAN WAKTU**

	Ruang tidur	Ruang makan	Ruang perawat	Ruang dokter	Kamar Mandi pasien	WC Pasien	Ruang tamu	Waktu
Bangun pagi	■							04.30 - 05.30
Mandi dan kakus					■	■		04.30 - 05.30
Makan pagi		■						05.30 - 07.00
Istirahat	■							07.00 - 12.00
Konsultasi dokter (senin dan kamis)			■	■				10.00 - selesai
Makan siang		■						12.00 - 16.00
Mandi dan kakus					■	■		12.00 - 16.00
Istirahat	■							16.00 - 04.30
Aktifitas kebersihan Buang air kecil	■					■		Sewaktu - waktu
Aktifitas kebersihan Buang air besar						■		Sewaktu - waktu
Aktifitas kunjungan keluarga							■	09.00 - 16.00

Dalam setiap aktifitas yang dilakukan pasien mental terkait erat dengan keberadaan perawat pada bangsal tersebut. hampir tidak ada aktifitas dari pasien mental dewasa yang tidak melibatkan perawat. Dalam melaksanakan fungsi pengawasan perawat di berikan sebuah ruang di dalam

lingkungan bangsal. dan fungsi pengawasan seringkali dilakukan diruang ini walaupun tidak mutlak harus dilakukan dari ruang perawat.

**TABEL : IV. 9.
KEDUDUKAN /POSISI PERAWAT
KETIKA AKTIFITAS PASIEN BERLANGSUNG**

Aktifitas pasien mental	Kedudukan/ posisi perawat		
	Meja pengawas	Ruang perawat	Ruang dokter
Aktifitas tamu	■		
Aktifitas makan	■		
Aktifitas tidur I (07.00-12.00)	■	■	
Aktifitas tidur II (16.00 – 04.30)		■	■
Aktifitas medis	■		■
Aktifitas kebersihan - Pasien tenang	■	■	■
Aktifitas kebersihan - Pasien gaduh	■		

Ketika pengawasan berada di ruang perawat maka ada beberapa ruangan yang tidak dapat terlihat secara langsung sehingga membatasi jangkauan pengawasan perawat terhadap pasien.

**TABEL : IV. 10.
KEDUDUKAN RUANG DARI JANGKAUAN
PENGAWASAN RUANG PERAWAT**

No	Jenis Ruangan	pengawasan ruang		
		Jelas terlihat	Kurang jelas terlihat	Tidak jelas terlihat
1.	Teras	■		
2.	Ruang makan	■		
3.	Ruang tidur pasien gaduh		■	
4.	Ruang tidur pasien tenang		■	
5.	Ruang dokter		■	
6.	Ruang perawat	■		
7.	Gudang			■
8.	Kamar mandi perawat			■
9.	Kamar mandi pasien			■
10.	WC Pasien			■

Aktifitas yang dilakukan pasien selain berhubungan dengan perawat juga akan senantiasa berhubungan dengan ruang-ruang lain yang menjadi tempat melakukan aktifitas ataupun menjadi ruang transisi/ penghubung bagi ruang lain yang akan menjadi wadah bagi aktifitas tersebut.

TABEL : IV. 1I.
RUANGAN YANG DILALUI DAN RUANGAN YANG DI TUJU PASIEN

Aktifitas	Melalui ruang							Ruang yang dituju						
	Ta mu	ma kan	Tid ur	Pe raw at	dok ter	K m	W c	Ta mu	Ma kan	Ti dur	Pe raw at	dok ter	K m	W c
Pasientenang														
Tamu	■	■	■			■	■	☐						
Makan	■	■	■			■	■		☐					
Tidur	■	■	■			■	■			☐				
Medis	■	■	■			■	■				☐	☐		
Kebersihan	■	■	■			■	■						☐	☐
Pasien gaduh														
Tamu		■	■					☐						
Makan			■						☐					
Tidur			■							☐				
Medis		■	■								☐	☐		
Kebersihan		■	■										☐	☐

IV.2. Data hasil teknik komunikasi langsung.

IV.2.1. Non fisik/pola perilaku pasien mental dewasa

Data yang di peroleh merupakan data dari hasil wawancara dengan pengelola Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang. Dalam hal ini adalah perawat psikiatri, psikolog, psikiater, pihak keluarga (jika memungkinkan). Dari hasil wawancara⁶⁵ tersebut kemudian data pola perilaku tersebut disusun menurut kelompok ruangnya. Sehingga dapat

⁶⁵ lihat lampiran hasil wawancara dengan pengelola RSJ Magelang.

dilihat sejauh mana ruang-ruang tersebut dalam hal ini tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 berpengaruh terhadap pola perilaku pasien mental dewasa

**TABEL : IV. 12.
POLA PERILAKU PASIEN DI BANGSAL P3/KLAS 2**

Ruangan	Ruang tamu	Ruang makan	Ruang tidur pasien gaduh	Ruang tidur pasien Tenang	Ruang perawat/ ruang dokter	gudang	Km/Wc Pasien
Pola perilaku							
Berkelahi dengan pasien lain		■	■				
Bunuh diri			■	■			■
Agresif (bersikap berlebihan)		■	■		■		■
Menelantarkan diri(jorok/kotor)			■				■
Melarikan diri			■	■		■	■
Terjatuh/ terpeleset	■		■				■

A. PADA RUANG TAMU

**TABEL : IV. 13.
POLA PERILAKU PASIEN DENGAN MENGGUNAKAN/PADA ELEMEN RUANG DALAM DI RUANG TAMU**

elemen ruang	Lantai	Dinding	Kursi	Meja
pola perilaku				
Terjatuh	■			

B. PADA RUANG MAKAN

**TABLE : IV. 14.
POLA PERILAKU PASIEN DENGAN MENGGUNAKAN /PADA ELEMEN RUANG DALAM DI RUANG MAKAN**

Elemen ruang	Lantai	Dinding	Pintu	Jendela	Kursi	Meja	DII
Pola perilaku							
Berkelahi dengan pasien lain					■	■	
Agresif (sikap berlebihan)			■	■	■	■	■

Keterangan : yang dimaksud dengan "dan lain-lain" dapat berupa peralatan makan : sendok, piring, gelas dsb

C. PADA RUANG TIDUR.

**TABEL : IV. 15.
POLA PERILAKU PASIEN TENANG DENGAN MENGGUNAKAN
/PADA ELEMEN RUANG DALAM DI KAMAR TIDUR**

Elemen ruang pola perilaku	teralis	Lantai	Dinding	Langit- langit	Tempat tidur	Jendela ; Pintu	Dll
Bunuh diri					■		■
Melarikan diri			■	■	■	■	■

**TABEL : IV. 16.
POLA PERILAKU PASIEN GADUH DENGAN MENGGUNAKAN
/PADA ELEMEN RUANG DALAM DI KAMAR TIDUR**

Elemen ruang pola perilaku	teralis	Lantai	Dinding	Langit- langit	Tempat tidur	Jendela	Pintu	Dll
Berkelahi dengan pasien lain	■							■
Bunuh diri	■				■	■		■
Agresif (bersikap berlebihan)	■				■	■	■	■
Menelantarkan diri (jorok/kotor)		■			■			
Melarikan diri	■		■	■		■		
Terjatuh/ terpeleset		■						

Keterangan : yang dimaksud dengan dan lain-lain diatas dapat berupa selimut, baju, celana kain, dsb.

D. PADA RUANG MEDIS

**TABEL : IV.17.
POLA PERILAKU PASIEN DENGAN MENGGUNAKAN/PADA
ELEMEN RUANG RUANG DALAM DI RUANG MEDIS (PERAWAT DAN DOKTER)**

Elemen ruang Pola perilaku	Kursi	Lantai	Dinding	Langit- langit	Tempat tidur	Jendela	Pintu	Meja
Agresif (sikap berlebihan)	■				■		■	■

E. PADA RUANG KEBERSIHAN

**TABEL : IV. 18.
POLA PERILAKU PASIEN DENGAN MENGGUNAKAN /PADA
ELEMEN RUANG DALAM DI RUANG KEBERSIHAN (KM/WC)**

Elemen ruang \ Pola perilaku	Lantai	Dinding	Ventilasi	Langit-langit	Pintu	Teralis
Bunuh diri			■			■
Agresif (bersikap berlebihan)					■	
Menelantarkan diri (jorok/kotor)	■					
Melarikan diri		■	■	■		■
Terjatuh/ terpeleset	■					

F. REAKSI TERHADAP SESUATU

**TABEL : IV . 19.
REAKSI PASIEN TERHADAP SESUATU**

NO	REAKSI TERHADAP SESUATU PADA BAGSAL P3/KLAS 2	MENERIMA	TIDAK MENERIMA
1	Lampu	■	
2	Dingin	■	
3	Panas		■
4	Warna cat bangsal	■	
5	Kepadatan pasien		■
6	Sinar matahari	■	
7	Gelap Malam	■	
8	Kebisingan		■
9	Angin	■	

IV.3 Kesimpulan

Dalam proses pencarian data di lapangan ada dua metode mencari data yang digunakan yaitu teknik observasi langsung dan teknik komunikasi langsung/wawancara. Data dari hasil teknik observasi langsung terdiri dari data fisik bangsal P3/Klas 2 dan data non fisik atau data pola perilaku pasien mental dewasa. Proses pencarian data melalui teknik observasi langsung mengalami beberapa kendala misalnya jarak objek amatan/penelitian yang relatif jauh, proses perizinan yang cukup rumit, serta kondisi bangunan yang sudah cukup lama. Kendala-kendala diatas pada beberapa bagian berdampak terhadap proses pencarian data fisik bangsal P3/Klas 2, misalnya kendala kondisi bangunan yang sudah lama sehingga sudah tidak memiliki lagi dokumen resmi fisik bangsal tersebut. Selain itu jarak yang relatif jauh berdampak terhadap proses pencarian data non fisik /data pola perilaku pasien yang tidak teramati secara maksimal. Hal ini disebabkan karena intensitas yang relatif singkat ketika berada di bangsal tersebut. Sehingga untuk memperoleh data mengenai pola perilaku pasien digunakan metode atau teknik komunikasi langsung terhadap pelaku di bangsal tersebut kecuali pasien. Dari proses wawancara ini diharapkan data-data mengenai fenomena yang belum teramati sebelumnya akan diperoleh. Data-data tersebut kemudian disusun berdasarkan kelompok ruang dalam bentuk tabel.

BAB V ANALISIS

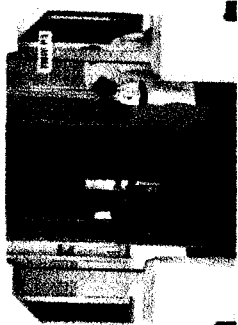
Dari data yang diperoleh dilapangan baik data mengenai tata ruang dalam dan data pola perilaku pasien mental dapat dilihat kecenderungan beberapa hal pada aktifitas yang dilaksanakan diruang-ruang bangsal P3/Klas 2. Metode analisis yang digunakan adalah super imposed dari pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terkonsentrasi pada perilaku manusia didalam ruang (*space*). Pemetaan perilaku yang digunakan adalah (*place centered maps*) yang menunjukkan bagaimana orang tersebut menata diri didalam tempat tertentu.

V.1. Keselamatan dan Keamanan pasien di ruang tamu

- A. Kedudukan ruang tamu terhadap ruang-ruang lain.
- B. Sirkulasi pasien ke/dari ruang tamu
- C. Kedudukan perawat ketika ada kunjungan keluarga

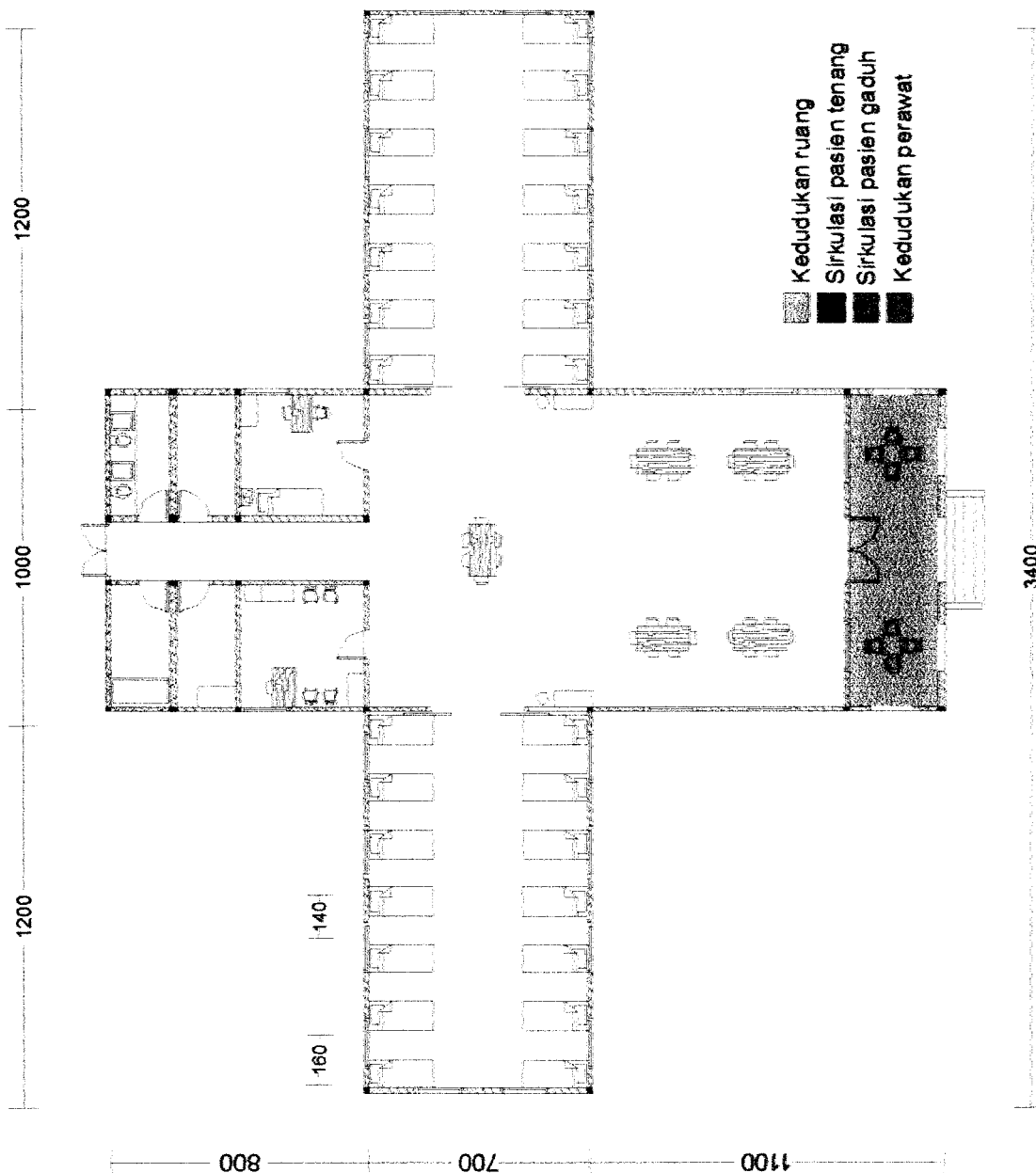
Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang tamu. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

A. KEDUDUKAN RUANG TAMU TERHADAP RUANG- RUANG LAIN

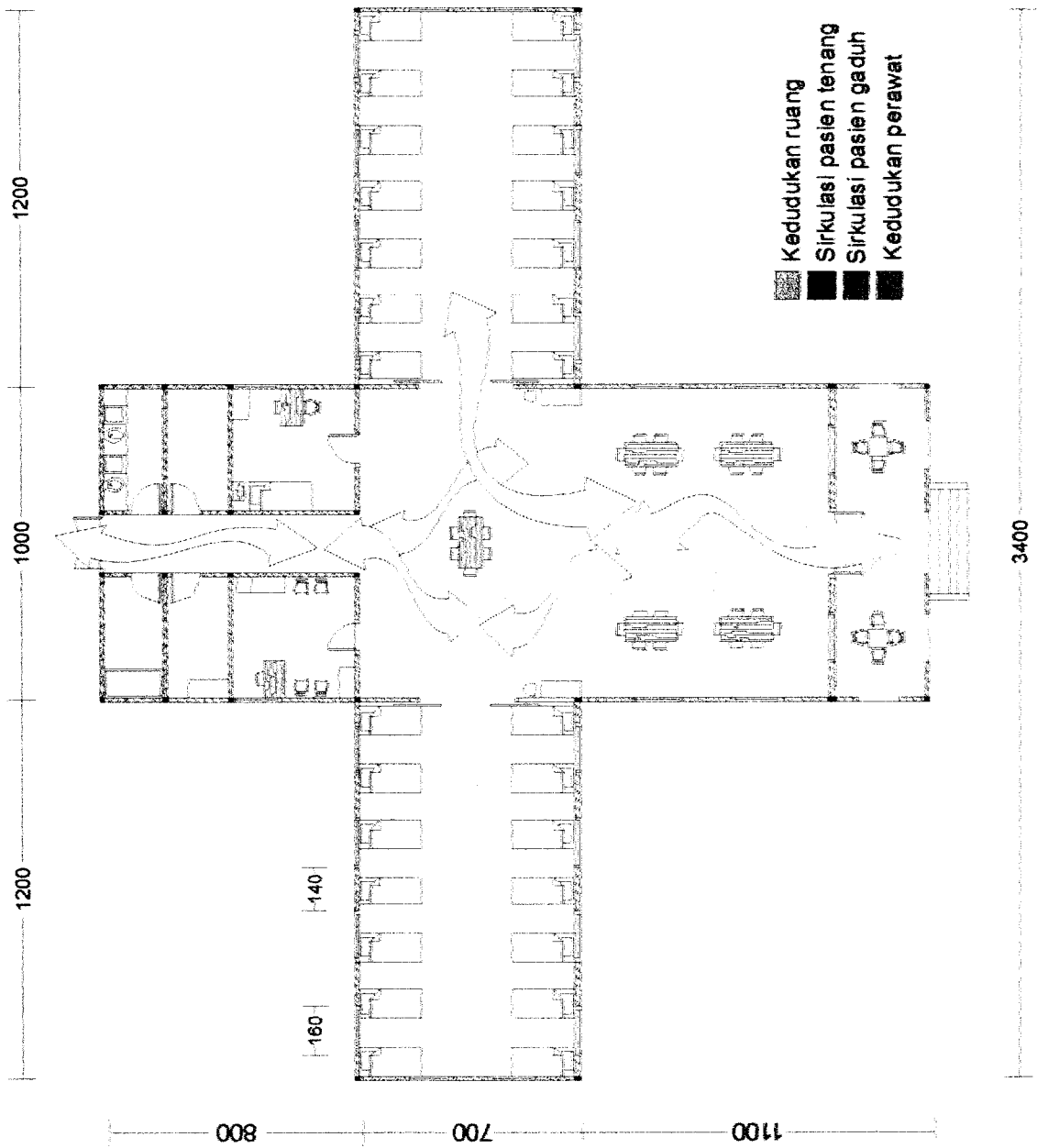


Perilaku pasien di ruang tamu:
 - Pasien terjatuh dan terpeleset
 - Pasien relatif tenang dan menyukai aktivitas kunjungan keluarga

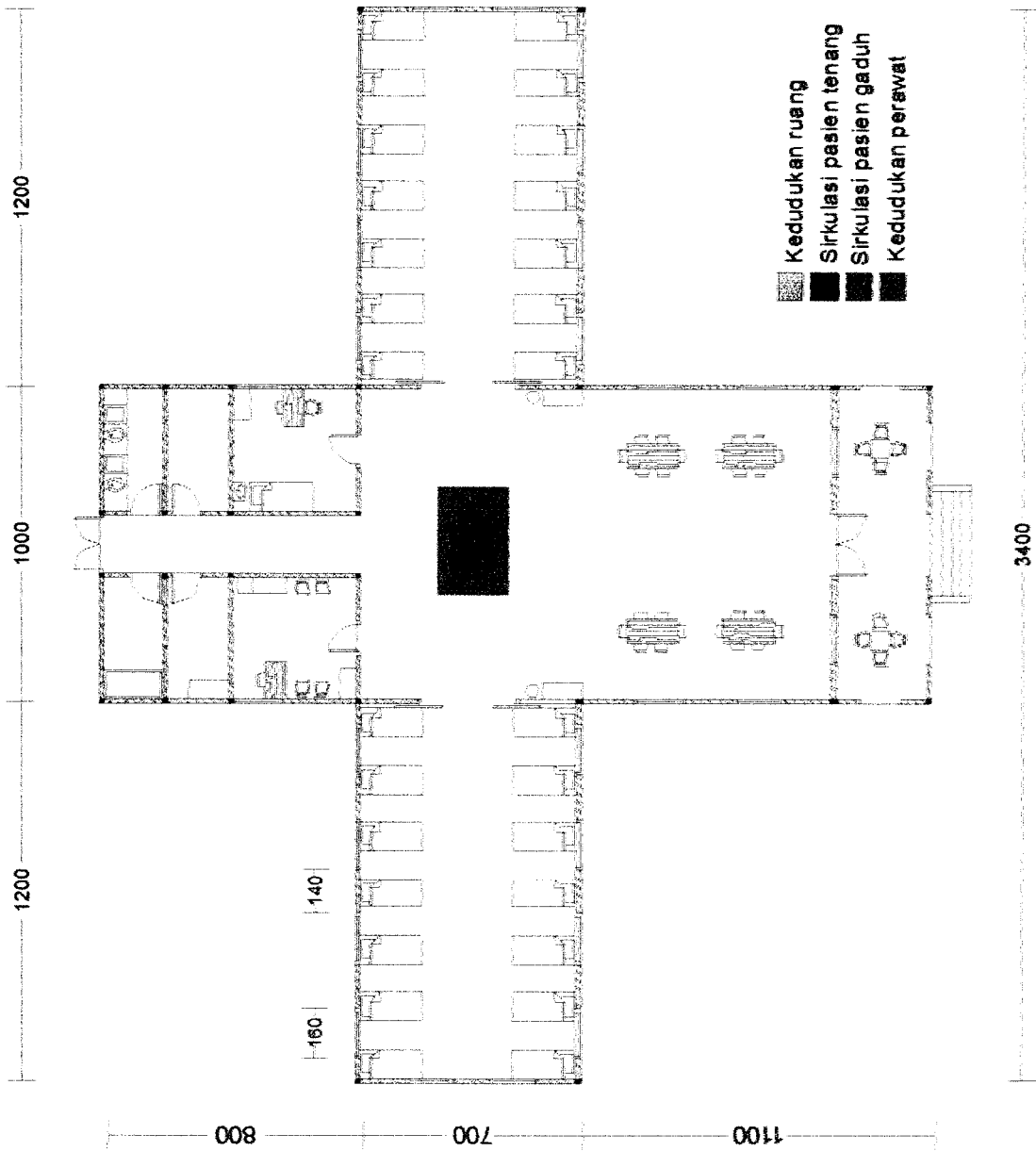
Perabotan yang terdapat di ruang tamu:
 - Delapan buah kursi plastik dan dua meja plastik



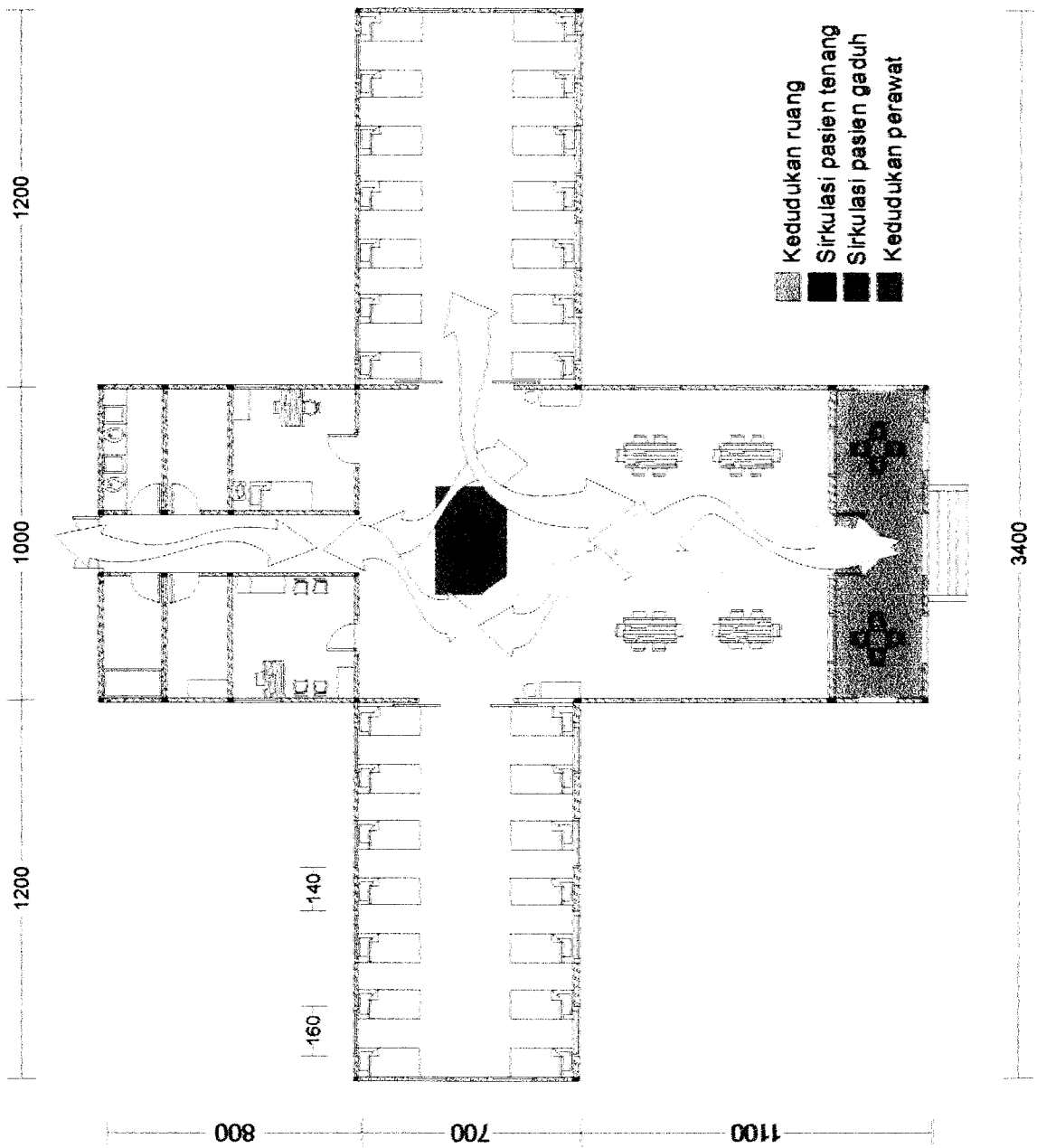
B. SIRKULASI PASIEN
DARI/KE RUANG TAMU



C. KEDUDUKAN PERAWAT
KETIKA ADA KUNJUNGAN
KELUARGA



HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS KUNJUNGAN
KELUARGA DI RUANG TAMU



V.1.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien di ruang tamu merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Pasien tenang ataupun pasien gaduh cenderung menerima aktifitas kunjungan keluarga di ruang tamu sehingga tidak ada reaksi pada perilaku yang berlebihan. Kunjungan keluarga di Rumah Sakit Jiwa juga dianggap memiliki peranan yang cukup besar terhadap kesembuhan pasien. Selama ini ketika aktifitas tersebut berlangsung hanya beberapa pasien yang terjatuh/terpeleset di lantai karena memang kondisi lantai yang licin karena air. Kondisi lantai yang licin tersebut disebabkan karena ruang teras yang kondisinya terbuka serta memiliki ketinggian ruang 4 meter. Sehingga ketika terjadi hujan ruang teras menjadi tempias. Selain itu posisi ruang teras yang berhadapan dengan kemiringan atap selasar yang menghubungkan bangsal-bangsal menyebabkan air hujan yang jatuh dari selasar tepat berada di depan ruang teras. Air yang menyebabkan lantai pada teras menjadi licin merupakan air yang berasal dari hujan. Hal ini dimungkinkan karena semua lantai pada bangsal berada 50 cm diatas tanah. Bila dilihat standard lantai pada Rumah Sakit Umum mengharuskan terbuat dari bahan yang kuat dan kedap air dengan permukaan yang rata, tidak licin serta mudah dibersihkan. Sementara lantai yang memiliki kontak langsung dengan air harus dengan kemiringan yang cukup (2% - 3%) kearah saluran pembuangan air. Apabila melihat persyaratan lantai diatas maka lantai teras pada bangsal P3/Klas 2 sudah mencakup persyaratan tersebut namun hanya kondisi ruangan yang terbuka menyebabkan lantai pada teras menjadi licin ketika terjadi hujan.

Permasalahan keselamatan pada pasien yang terjatuh atau terpeleset sering terjadi karena lambat terantisipasi oleh perawat karena jarak yang cukup jauh antara pasien di ruang tamu dengan posisi atau kedudukan perawat yang berada di meja pengawas dan ruang perawat. Sementara dari pihak keluarga yang melakukan kunjungan keluarga cenderung tidak mengetahui secara pasti perilaku pasien tersebut. Pada ruang tamu elemen ruang berupa perabotan yang cenderung minimalis dari

segi bentuk dan jumlahnya serta terbuat dari bahan plastik selama ini meminimalkan kemungkinan terlukai dan melukai dengan menggunakan elemen tersebut. Selain itu ketika ada aktifitas kunjungan keluarga bagi pasien tenang seluruh ruang dapat diakses kecuali kamar tidur pasien gaduh, ruang perawat, dan ruang dokter sedangkan bagi pasien gaduh ruang geraknya dibatasi hanya melalui ruang makan saja. Pola pemanfaatan ruang antara pasien tenang dan pasien gaduh yang berbeda ini merupakan bentuk antisipasi terhadap permasalahan keselamatan diruang tamu ketika ada aktifitas kunjungan keluarga.

Berdasarkan standard kebutuhan ruang pada Bab II ketika jumlah pasien (16-24 orang) maka mutlak diperlukan ruang tamu yang memungkinkan untuk kapasitas kunjungan (4-8orang). Kapasitas ini sudah terpenuhi pada bangsal P3/Klas 2. Namun permasalahan penempatan area ruang tamu pada bangsal P3/Klas 2 memberikan suasana ruang yang pribadi/*privat* untuk melakukan pembicaraan yang bersifat pribadi karena terletak pada sisi depan yang menjadi akses utama menuju ruang-ruang lain di lingkungan bangsal P3/Klas2. Semetara itu permasalahan keamanan tidak terlalu mendominasi di ruang tamu karena aktifitas kunjungan keluarga hanya terjadi pada jam kerja sehingga pengawasan perawat cukup maksimal. Selain itu fungsi pengawasan terhadap kemungkinan melarikan diri juga dilakukan oleh pihak keluarga. Karena aktifitas kunjungan keluarga hanya dilakukan pada jam-jam kerja saja sehingga intensitas penggunaan ruang tamu pun menjadi minim. Hal ini berdampak pada pengaruh tata ruang dalam terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa pun tidak terlalu mendominasi pada bangsal P3/Klas 2. Selama ini bagi pasien mental dewasa cenderung menerima aktifitas kunjungan keluarga karena memang kondisi ruangan tamu yang terbuka serta tidak memiliki pembatas yang dominan sehingga mengurangi rasa ketakutan yang disebabkan oleh keterkurungan (*confinement*) yang selama ini dialami sebagian pasien di ruang tidur. Ruangan yang terbuka juga memberikan keleluasaan pandangan dari pasien terhadap lingkungan alamiah dan hal ini

cenderung disukai oleh pasien mental dewasa. Sementara itu lingkungan alamiah sendiri selama ini dianggap bagian dari terapi terhadap penyembuhan pasien mental dewasa.

V.1.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan di ruang tamu.

1. Dalam kondisi hujan kondisi teras yang terbuka menyebabkan lantai pada ruang tamu menjadi licin.
2. Kedudukan/posisi perawat yang letaknya jauh dari ruang tamu menyebabkan lambatnya antisipasi terhadap kemungkinan pasien terjatuh.
3. Kondisi ruang tamu/teras yang terbuka dan tanpa pembatas yang dominan memberikan keleluasaan pandangan terhadap lingkungan sekitar sehingga mengurangi rasa keterkurungan (*confinement*) yang selama ini dialami oleh pasien di ruang tidur.
4. Disain perabotan/furnitur yang sederhana dan terbuat dari bahan plastik meminimalkan kemungkinan terlukai dan melukai.
5. Permasalahan keamanan pada ruang tamu tidak terlalu mendominasi karena pengawasan selain dilakukan oleh pasien juga dilakukan oleh pihak keluarga.
6. Penempatan ruang tamu harus mempertimbangkan terciptanya kondisi/ suasana ruang yang intim dan *privat* antara pihak keluarga dan pasien dengan pihak perawat.

V.1.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan di ruang tamu antara lain :

1. Kondisi teras yang terbuka disebabkan karena minimnya elemen pembatas ruang berupa dinding pada teras. Dinding hanya terdapat pada beberapa bagian saja dari luasan teras keseluruhan yaitu 30 m². Ruang tamu atau teras yang memiliki ketinggian ruang 4 meter, dinding yang utuh hanya terdapat pada bagian depan dari akses utama menuju keruang makan, sementara itu pada sisi terdepan, dan samping teras hanya terdapat dinding yang

digunakan sebagai penyangga dari struktur teras dengan ketinggian 90 cm dari lantai. Sementara itu pada bagian paling atas dari teras sebelum langit-langit terdapat penutup dengan ketinggian 1 meter. Hal ini menyebabkan adanya bagian-bagian yang terbuka dari lantai dengan ketinggian 3 meter dan dalam kondisi hujan teras akan menjadi tempias. Air dari hujan inilah yang menyebabkan teras menjadi licin dan membuat pasien seringkali terjatuh. Selain itu kondisi teras yang basah karena air hujan juga membuat lantai pada ruang tamu menjadi lembab. Ketika lantai ruang tamu menjadi

lembab hal ini berdampak terhadap kesehatan pasien secara fisik. Karena temperatur kaki manusia dalam keadaan normal adalah 31° C dan kaki manusia akan kehilangan panas akibat berdiri diatas lantai yang dihubungkan



Gambar : V. 1.
Kondisi ruang tamu yang terbuka

dengan nilai perembesan panas. Jika manusia kehilangan panas terlalu banyak temperatur kaki akan turun dan terasa dingin akibatnya badan menjadi kurang sehat dan tidak mengenakan¹. Walaupun hal ini sudah diantisipasi dengan memberikan alas kaki kepada pasien mental namun karena gangguan yang dideritanya pasien tidak dapat menggunakan dan memfungsikannya dengan baik. Selain itu kemungkin-an pasien terjatuh juga disebabkan karena lambat-nya antisipasi dari perawat untuk membersihkan genangan air karena keterbatasan tenaga perawat. Untuk bagian lantai yang mudah basah, disarankan untuk menghindarkan

¹ Pamudji Suptandar., *Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam 2.* (Yogyakarta: Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan Uli 1982) hal 4.

penggunaan material lantai yang keras dan licin². Dimana lantai yang keras dengan sendirinya akan meminimalkan kemungkinan terlukai dari pasien ketika terjatuh karena kondisi lantai yang licin. Apabila berbicara mengenai lantai yang keras maka secara tidak langsung akan berhubungan dengan pemilihan terhadap material penutup lantai tersebut. Material yang dipilih akan membentuk karakteristik dari ruangan tersebut. Sehingga sebaiknya bahan lantai dipilih berdasarkan pertimbangan baik fungsi maupun estetikanya.

2. Ketika pasien akan melakukan aktifitas kunjungan keluarga pada saat jam kerja, bagi pasien gaduh akan di jemput dari ruang tidur yang kemudian diantarkan ke ruang tamu oleh perawat, sementara pasien tenang dapat hadir dengan sendirinya menuju keruang tamu tanpa harus diantarkan. Perawat akan berada di meja pengawas yang terdapat di ruang makan untuk melakukan pengawasan terhadap aktifitas tersebut. Sementara itu jarak antar meja pengawas pada ruang makan dengan ruang tamu sekitar 14,5 meter dimana hal ini membuat keterbatasan pandangan secara langsung dari perawat terhadap pasien yang berada diruang tamu. Selain itu perabotan seperti kursi dan meja tamu pun diletakkan pada sisi kanan dan kiri dari ruang teras yang terhalang oleh dinding dan jendela, hal ini semakin membatasi pandangan secara langsung dari perawat terhadap pasien. Kemungkinan akan pasien terjatuh harus mendapatkan perhatian lebih ketika kondisi hujan dan sehabis hujan. Pengawasan yang ekstra harus diberikan kepada pasien tenang karena pasien tenang dapat melakukan aktifitas diluar kamar tidur sehingga pasien tenang sewaktu-waktu dapat mengakses ruang tamu.
3. Setelah pasien melewati program pada Unit Pelayanan Intensif (UPI) di Rumah Sakit Jiwa kemudian pasien tersebut dipindah kan ke bangsal/ unit rawat inap. Bangsal sendiri merupakan unit pelayanan

² Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 165

keseharian dari pasien selama mengikuti program rehabilitasi yang diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa tersebut. Sementara itu pada bangsal sendiri aktifitas yang paling dominan tingkat intensitas penggunaannya adalah aktifitas tidur. Misalnya dari 24 jam waktu dimiliki oleh pasien gaduh hampir 18 jam di gunakan di ruang tidur, sementara itu bagi pasien tenang hampir 13 jam digunakan di ruang tidur. Sehingga timbul perasaan keterkurungan (*confinement*) dan ketegangan bagi pasien ketika berada di ruang tidur tersebut disebabkan karena kurangnya atau terbatasnya ruang gerak dari pasien mental. Keterbatasan ruang gerak juga menyebabkan reaksi terhadap pola perilaku pasien ketika berada di ruang tersebut. Hal inilah yang membuat pasien lebih menyukai aktifitas kunjungan keluarga yang dilakukan di ruang tamu karena kondisi teras yang terbuka serta tanpa pembatas yang dominan sehingga memberikan keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitarnya. Dinding hanya terdapat pada beberapa bagian saja dengan ketinggian 90 cm serta difungsikan sebagai struktur penyangga bagi rangka penutup teras. Pola perilaku yang cenderung menyukai aktifitas kunjungan keluarga sendiri membuat pasien menjadi lebih tenang dan kooperatif kepada keluarga ataupun perawat sehingga tidak lagi menimbulkan reaksi yang berlebihan terhadap pola perilaku dari pasien.

4. Bila dilihat dari gangguan *skizofrenia* yang diderita sebagian besar pasien laki-laki pada Rumah Sakit Jiwa Prof.dr.Soeroyo maka pasien memiliki kecendrungan pola perilaku umum mulai dari gerak motorik lambat, tidak teratur, kaku ataupun gerakkan motorik yang berlebihan dan esentrik. Sehingga ada kekhawatiran pasien tesebut akan sulit sekali untuk diawasi ketika melakukan aktifitas keseharian. Salah satu cara untuk mengantisipasi permasalahan keselamatan pasien terhadap kemungkinan melukai dan terlukai adalah dengan memfasilitasi perabotan meja dan kursi tamu yang bersentuhan

langsung dengan pasien menggunakan bahan plastik. Plastik sendiri ditinjau dari segi keselamatan cenderung lebih baik dibandingkan dari bahan kaca. Karena plastik relatif tidak membahayakan, lebih ringan dan relatif lebih kuat serta tahan lama. Selain itu plastik juga dapat memberikan kesan higienis dan bersih bagi ruang tamu. Kelebihan lainnya, plastik juga tidak dapat dengan mudah di “pisah-pisah” menjadi bagian-bagian yang kecil sehingga dapat dipergunakan untuk melukai pasien lain, perawat, ataupun pelaku-pelaku yang lain. Karena ada kekhawatiran ketika perabotan tersebut terbentuk atau tersusun dari beberapa jenis bahan yang berbeda serta tidak merupakan satu kesatuan yang utuh, pasien akan kesulitan memfungsikannya serta dapat dengan mudah dipergunakan untuk hal-hal yang tidak diinginkan. Bila dilihat perabotan pada ruang tamu di bangsal P3/Klas 2 yang sederhana dari segi bentuk dan minimalis dari penggunaan bahan maka kemungkinan untuk terlukai oleh perabotan tersebut menjadi kecil.

5. Sebagian besar pasien baik golongan gaduh ataupun tenang menyukai aktifitas kunjungan keluarga sehingga hampir tidak ada pola perilaku yang berlebihan dari pasien sampai kemudian hendak melarikan diri. Keadaan atau suasana yang berbeda dengan ruang tidur serta kondisi ruang tamu yang terbuka dan memiliki interaksi langsung dengan lingkungan sekitar membuat pasien menjadi lebih tenang dan kooperatif. Sehingga ketika pasien dalam kondisi tenang dan kooperatif permasalahan keamanan terhadap kemungkinan melarikan diripun menjadi relatif kecil. Selain itu karena aktifitas kunjungan keluarga dilakukan pada jam kerja, fungsi pengawasan dari perawat masih cukup maksimal dan pihak keluarga pun berada diruang tamu tersebut ketika aktifitas kunjungan keluarga berlangsung yang pada akhirnya menutup kemungkinan pasien untuk melarikan diri.

6. Bila dilihat perletakan ruang tamu yang berada pada sisi terdepan dari akses utama menuju ke ruang-ruang lain dilingkungan bangsal maka ruang tamu tersebut bukan hanya menjadi ruang tamu akan tetapi menjadi ruang transisi yang intensitas pemakaiannya cukup tinggi. Karena akses yang melewati ruang tamu sekaligus terhubung dengan selasar yang menjadi sirkulasi antara bangsal-bangsal lain dilingkungan Rumah Sakit Jiwa dan proses pencapaian menuju bangsal pun melalui dan melewati ruang tamu. Kondisi ini membuat aktifitas kunjungan keluarga menjadi sedikit terganggu. Sehingga tidak memungkinkan terjadinya interaksi yang baik antar pihak keluarga dengan pasien untuk melakukan pembicaraan-pembicaraan yang bersifat pribadi. Kondisi ini juga membuat fungsi ruang tamu menjadi kabur karena ada banyak kemungkinan yang dapat terjadi pada ruang tamu. Terkadang ruang tamu dapat menjadi ruang tunggu, ruang istirahat bagi pasien dan perawat dan ruang-ruang lainnya. Sementara itu berdasarkan standard yang ada, ruang tamu harus disediakan untuk kunjungan pribadi oleh teman atau pihak keluarga. Misalnya sebuah ruangan di kecil didalam kamar yang terisolasi untuk enam orang, diletakkan dekat dengan pintu masuk ke unit dan ruang perawat, serta memungkinkan pandangan dengan tingkat akustik, tingkat pembicaraan yang pribadi. Selain itu untuk kapasitas jumlah pasien 16-24 orang mutlak diperlukan ruang tamu untuk 4- 8 orang. Bila melihat persyaratan akan kebutuhan ruang diatas maka hanya pemenuhan terhadap kebutuhan ruang tamu yang dimiliki namun dari sisi penempatan dan layout ruang yang memberikan privasi untuk melakukan interaksi terhadap pembicaraan yang bersifat pribadi belum terpenuhi oleh bangsal P3/Klas 2.

V.2. Keselamatan dan Keamanan pasien di Ruang Makan

- A. Kedudukan ruang makan terhadap ruang-ruang lain
- B. Sirkulasi pasien ke/dari ruang makan
- C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas makan

Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang makan. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

A. KEDUDUKAN RUANG MAKAN TERHADAP RUANG- RUANG LAIN

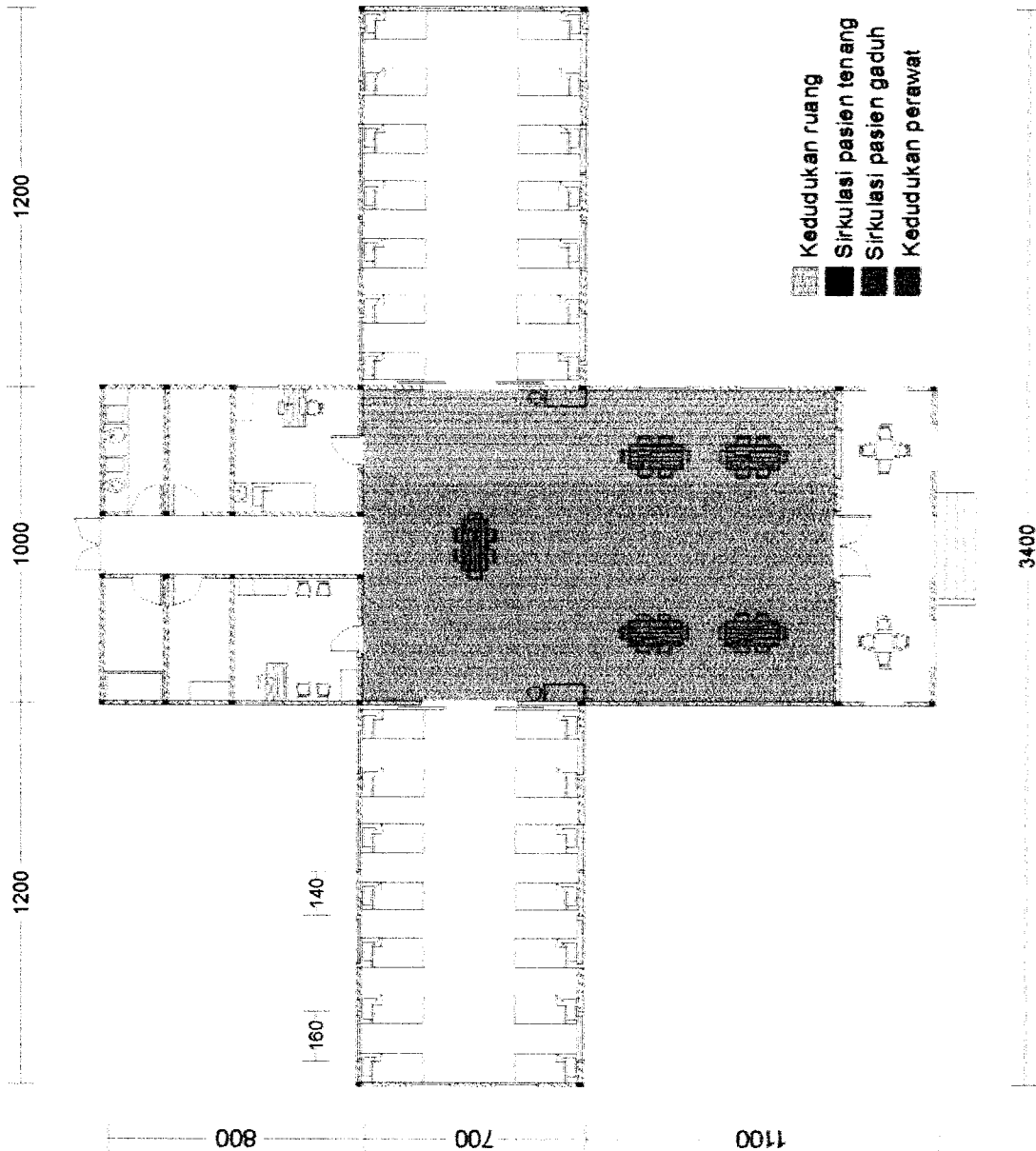


Objek pada ruang makan:

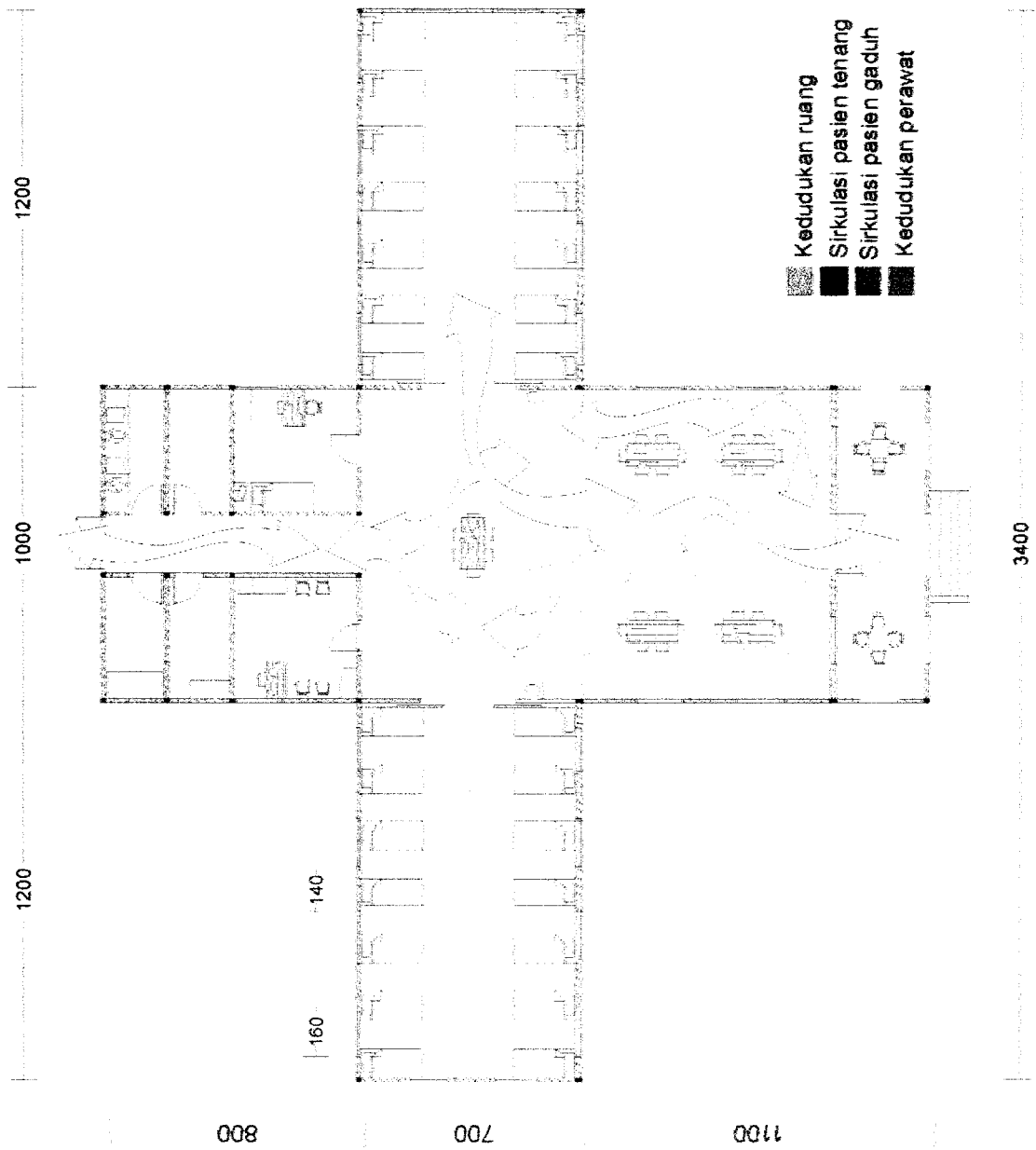
- Kursi makan
- Meja makan
- Kaca/ceemin
- Lemari
- Papan pengumuman

Barier pada ruang makan:

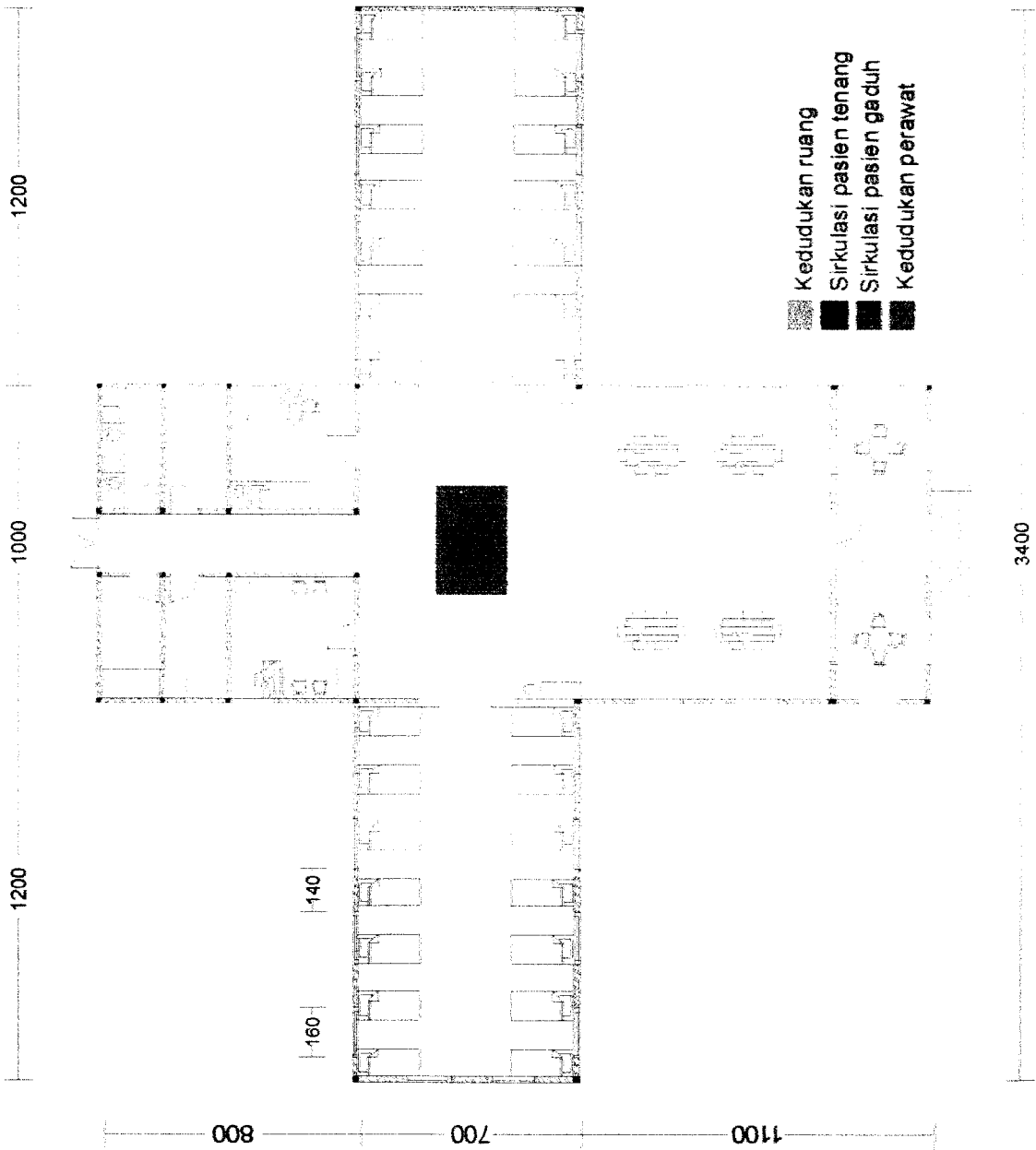
- Tembok
- Lantai
- Jendela
- Pintu



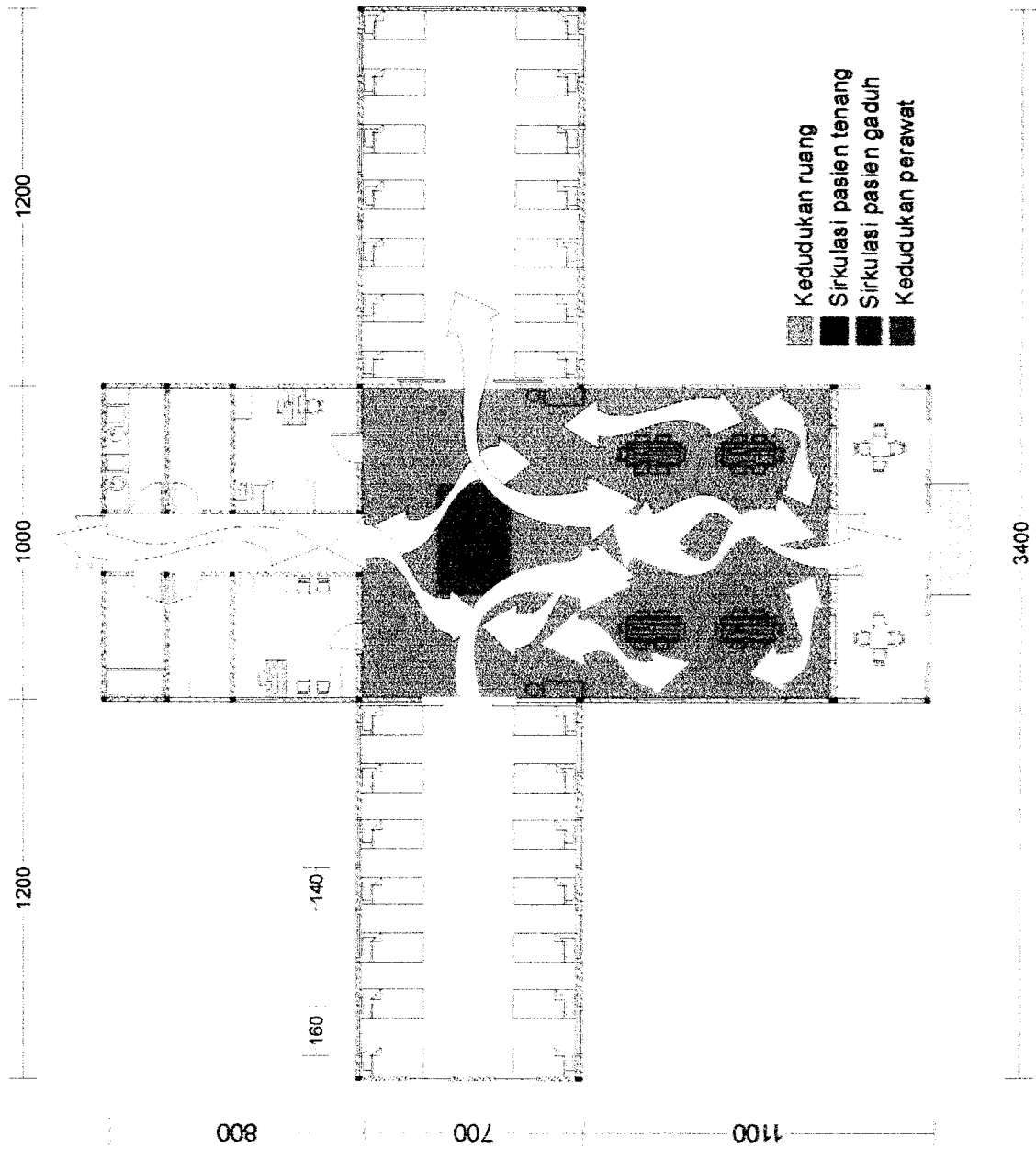
B. SIRKULASI PASIEN
DARI/KE RUANG MAKAN



C. KEDUDUKAN PERAWAT
KETIKA ADA AKTIVITAS
MAKAN



HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS MAKAN DI
RUANG MAKAN



V.2.1. Interpretasi Keselamatan dan Keamanan pasien di ruang makan merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Ruang makan yang diletakkan berdekatan dengan ruang tidur bertujuan memperpendek jarak sirkulasi dari pasien ketika akan melaksanakan aktifitas makan sehingga hal ini memudahkan dalam pengawasan. Selain itu posisi atau kedudukan ruang makan yang terletak ditengah menjadi sentral dan pengikat dari ruang-ruang lain membuat ruang makan menjadi multi fungsi. Mulai dari fungsi ruang makan sendiri, ruang transisi, ruang pengawasan sampai ruang tamu apabila diperlukan. Pola sirkulasi dari aktifitas pasien pun senantiasa akan melewati atau melalui ruang makan. Hal ini juga dapat dilihat dari luasan unit ruang yang terbesar pada bangsal dimiliki oleh ruang makan (150 m²). Padahal fungsi makan hanya dilakukan dalam waktu-waktu tertentu. Namun kondisi ruang makan yang terletak ditengah dan merupakan ruangan yang paling dekat dengan ruang tidur membuat ruang makan lebih dominan menjadi ruang pengawasan terhadap aktifitas pasien diruang tidur. Hal ini terjadi karena ruang perawat walaupun berada cukup dekat dengan ruang tidur namun tidak memiliki keleluasaan pandangan terhadap ruang tidur. Ruang makan memiliki potensi menjadi ruang terapi kelompok bagi pasien karena ruangan tersebut terletak di tengah dengan luasan yang memadai. Ruang terapi kelompok mutlak di perlukan karena selama ini aktifitas yang di wadah oleh bangsal P3/Klas 2 hanya pada pelayanan aktifitas keseharian saja. Sehingga ruang makan dari sisi perletakan dan luasan memiliki potensi untuk menjadi ruang terapi kelompok. Dan ruang terapi kelompok sendiri dituntut penyelesaian yang berbeda dengan ruang-ruang-lain.

Pengawasan terhadap ruang tidur menjadi perlu karena sebagian besar waktu yang dimiliki pasien dilakukan di ruang tidur. Pengawasan diruang makan selama ini dilakukan di meja pengawas sehingga perletakan meja pengawas pun berada diantar 2 pintu kamar tidur dan 1 pintu masuk dan pintu keluar. Selain itu seluruh aktifitas pada ruang-ruang di bangsal P3/Klas 2 akan senantiasa melalui ruang makan sehingga harus ada

pertimbangan terhadap elemen ruang secara fisik ataupun perabot ruang makan. Kecendrungan perilaku pasien mulai dari berkelahi dengan pasien lain, agresif/sifat berlebihan, ataupun terjatuh, selama ini coba diminimalkan oleh kondisi bangsal P3/Klas2. Beberapa perabotan yang berhubungan dengan aktifitas makan tidak ada yang terbuat lagi dari kaca namun terbuat dari melamin dan plastik. Karena dalam kondisi gaduh pasien bersikap berlebihan sehingga dapat menggunakannya untuk melukai pasien dan perawat. Beberapa perabotan yang terletak di ruang makan selama ini juga dipilih dengan disain yang sederhana namun kuat dan beberapa perabotan juga seperti lemari senantiasa berada dalam posisi terkunci. Hal ini juga untuk mengantisipasi perilaku pasien yang sangat sulit diprediksi karena gangguan yang dideritanya.

Keributan antar pasien sangat berpotensi terjadi pada ruang makan karena tidak adanya pemisahan yang jelas pada aktifitas makan antara pasien gaduh dengan pasien tenang. Ruang makan selama ini di fungsikan secara bersama-sama oleh pasien gaduh dengan pasien tenang. Sementara itu permasalahan keamanan pasien terhadap kemungkinan melarikan diri hampir tidak ada peluang karena selama aktifitas makan tersebut berlangsung perawat senantiasa berada di meja pengawas pada ruang makan tersebut. Bila dilihat kondisi ruang makan yang memiliki ketinggian ruang 4,20 meter, jumlah perabotan yang sedikit serta luasan dari ruang makan yang besar (150m²) maka ruang makan secara psikologis terhadap pasien mental memiliki potensi menciptakan ketegangan. Ketegangan tersebut tercipta diantaranya dikarenakan kurangnya kestabilan, komposisi yang tidak seimbang, penggunaan skala besar antara kondisi ruangan secara fisik dengan elemen-elemen yang berada didalamnya. Suasana tegang tersebut lebih dominan terjadi di malam hari karena diperkuat dengan pencahayaan buatan yang tidak merata diseluruh ruangan.

V.2.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan di ruang makan.

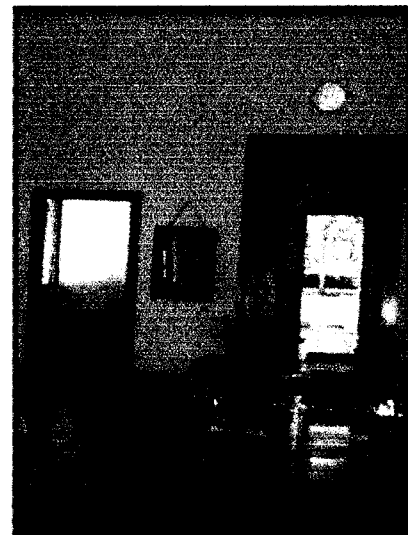
1. Ruang makan yang terletak di tengah dan menjadi pengikat dari ruang-ruang lain selain berfungsi sebagai ruang makan juga di gunakan sebagai ruang pengawasan (lebih dominan), ruang transisi, ruang medis, dan ruang tamu.
2. meja pengawas pada ruang makan memiliki peranan yang besar terhadap pengawasan aktifitas tidur/istirahat dari pasien.
3. Seluruh pola sirkulasi dari aktifitas pasien senantiasa akan melalui ruang makan sehingga harus ada penyelesaian yang berbeda dengan ruang-ruang lain.
4. perabotan untuk aktifitas makan yang terbuat dari plastik/melamin akan meminimalkan kemungkinan terlukai dan melukai oleh pasien dibandingkan dengan perabotan makan dari kaca.
5. Kedudukan ruang makan selayaknya juga berpotensi digunakan sebagai ruang terapi kelompok karena luasan yang dimilikinya dan letaknya yang berada ditengah.
6. Kondisi ruang dengan ketinggian 4,20 meter, jumlah perabotan yang minim, luasan yang besar (150 m²) dan pencahayaan buatan yang tidak merata terutama malam hari pada ruang makan secara psikologis menciptakan suasana/kondisi tegang bagi pasien mental.

V.2.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan di ruang makan antara lain :

1. Ruang makan yang memiliki luasan 150 m² dan merupakan ruangan yang memiliki luasan terbesar dibandingkan dengan ruangan-ruangan lain di lingkungan bangsal P3/Klas 2. Bila dilihat dari penempatannya yang berada di tengah maka ruang makan menjadi penghubung bagi ruang-ruang lain. Mulai dari ruang tamu, ruang tidur pasien gaduh dan tenang, ruang perawat dan ruang dokter merupakan ruang-ruang yang "bersentuhan" langsung dengan ruang makan. Hal ini dapat dilihat dari perletakan pintu-pintu yang

digunakan menuju keruang tersebut semuanya mengarah ke ruang makan. Sehingga membuat ruang makan pun menjadi multi fungsi selain fungsi makan sendiri. Misalnya ruang makan dapat dikatakan sebagai ruang tamu ketika aktifitas tamu yang dilakukan di ruang tamu tidak mencukupi kapasitasnya atau aktifitas tersebut dilakukan dalam kondisi hujan. Kemudian ruang makan dapat dikatakan sebagai ruang pengawasan karena dari ruang makan memiliki keleluasan pandangan terhadap ruang tidur di dibandingkan dengan ruang perawat atau ruang dokter. Sementara itu ruang makan dapat juga berfungsi sebagai ruang medis untuk aktifitas medis yang tidak memerlukan pemeriksaan yang mendetail. Dan ruang makan juga merupakan ruang penghubung atau ruang transisi untuk aktifitas-aktifitas yang lain.

2. Bagi perawat permasalahan yang lebih dominan selain kegiatan terapi sendiri adalah fungsi pengawasan terhadap seluruh aktifitas pasien. Terlebih terhadap aktifitas tidur dari pasien karena hampir sebagian besar waktu yang dimiliki oleh pasien digunakan di ruang tidur. Ketika fungsi pengawasan dilakukan di ruang perawat/dokter maka perawat tidak memiliki keleluasan pandangan secara langsung terhadap pasien di ruang tidur. Sementara itu ketika kedudukan perawat yang berada di meja pengawas maka perawat memiliki keleluasan pandangan terhadap aktifitas tidur. Sehingga kedudukan perawat di meja pengawas pada ruang makan merupakan kedudukan yang paling ideal karena jangkauan perawat bukan hanya ruang tidur akan tetapi keseluruhan ruangan bangsal P3/Klas 2



Gambar : V. 2.
Kedudukan meja pengawas
pada ruang makan

karena posisinya yang terletak diantara 2 pintu kamar tidur pasien dan 2 pintu yang digunakan sebagai akses menuju ke bangsal. Namun karena keterbatasan kemampuan dan tenaga perawat kedudukan perawat di meja pengawas di ruang makan hanya dapat dilakukan pada waktu-waktu tertentu saja. Sehingga ada kemungkinan besar pasien melakukan aktifitas tanpa ada proses pengawasan dari perawat. Hal inilah yang menjadi dasar terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien.

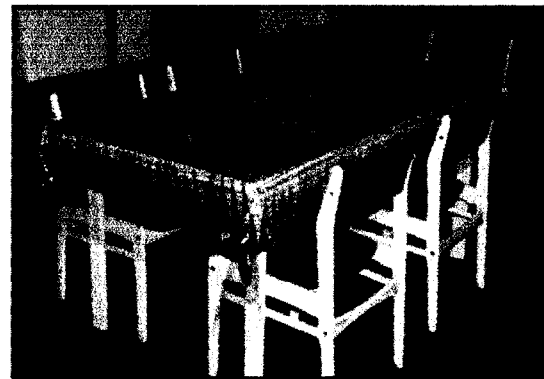
3. Karena posisi/kedudukan dari ruang makan yang berada di tengah dan menjadi pengikat dari sebagian besar ruang-ruang bangsal

P3/Klas 2 sehingga secara tidak langsung seluruh pola sirkulasi pasien tenang ataupun gaduh dalam melakukan aktifitas dibangsal senantiasa melewati ruang makan. Hal ini seharusnya membuat perbedaan penyelesaian terhadap ruang makan. Perbedaan

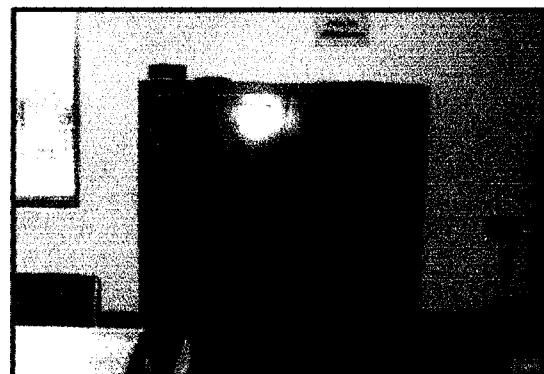
penyelesaian tersebut seharusnya terdapat pada elemen fisik pembentuk ruang dan elemen pelengkap ruang/perabotan dalam rangka mengantisipasi permasalahan keamanan dan keselamatan.

Permasalahan tersebut

menjadi penting karena pada saat-saat tertentu ketika pasien akan melakukan aktifitas tertentu dan melewati ruang makan sementara



Gambar : V. 3.
Meja makan dengan bahan kayu dan disain sederhana



Gambar : V. 4.
Perabotan yang senantiasa terkunci merupakan salah satu bentuk antisipasi

perawat tidak maksimal melakukan pengawasan maka peluang-peluang terhadap kemungkinan terlukai dan melukai serta melarikan diri dapat saja terjadi. Sementara itu selama ini terhadap elemen-elemen fisik pembentuk ruang dan elemen-elemen pelengkap ruang/perabotan pada ruang makan bisa dikatakan sama dengan ruang-ruang lainnya. Namun ada beberapa penyelesaian yang sudah mengantisipasi kaedah-kaedah keselamatan dan keamanan pasien. Misalnya untuk perabotan yang menyimpan barang-barang milik pasien ataupun perawat yang terdapat di ruang tamu senantiasa berada dalam kondisi terkunci yang hanya dapat di fungsikan oleh perawat. Kemudian untuk kursi dan meja makan juga menggunakan bahan kayu dengan disain yang sederhana namun fungsional. Hampir bisa dikatakan tidak ada unsur kaca di ruang makan kecuali kaca cermin yang diletakkan di dekat pintu masuk menuju keruang perawat, dan selama ini pasien dapat memfungsikannya dengan baik selain letak kaca yang berada didekat ruang perawat sehingga masih bisa terawasi.

4. Sementara itu untuk perabotan yang berhubungan dengan aktifitas makan berada dalam pembahasan sendiri karena intensitas penggunaannya yang berbeda dengan perabotan yang lainnya. Walaupun intensitas penggunaannya lebih sedikit dibandingkan dengan elemen-elemen ruang yang lainnya namun permasalahan keselamatan pasien terkait erat dengan perabotan makan tersebut. Selama ini perabotan makan menggunakan bahan-bahan yang terbuat dari plastik dan melamin. Bila dilihat dari bahan yang digunakan bahan melamin dan plastik lebih relatif kuat dan tahan terhadap pecah dibandingkan dengan kaca. Karena selama ini ada kecenderungan pasien dapat menggunakannya untuk melukai perawat dan pasien lain ataupun terlukai karena nya. Selain itu kesan yang di timbulkan oleh plastik dan melamin lebih ringan dan higienis sehingga mendukung aktifitas makan sendiri.

5. Apabila dilihat dari jumlah ruangan yang dimiliki oleh bangsal P3/Klas 2 maka hanya kebutuhan-kebutuhan dasar yang diwadahi oleh ruang-ruang yang ada. Misalnya kebutuhan istirahat, kebutuhan makan, medis dan lain-lain. Sementara itu kebutuhan terapi/penyembuhan hanya dilakukan di ruang-ruang rehabilitasi yang ruang tersebut terpisah dengan bangsal P3/Klas 2. Bila dilihat persyaratan sebuah bangsal/ unit rawat inap untuk kegiatan-kegiatan terapi juga selayaknya dilakukan di bangsal. Sehingga di butuhkan ruang untuk kelompok percakapan kecil yang intim dilengkapi dengan perabotan yang nyaman dan saling berdekatan, dan ruang untuk kegiatan permainan, dansa, musik untuk kelompok 16- 24 orang. Kegiatan ini menjadi berpeluang karena hampir sebagian besar pasien menggunakan waktu yang dimilikinya berada di bangsal. Selama ini di bangsal P3/Klas 2 tidak dilakukan kegiatan-kegiatan yang menunjang aktifitas terapi. Hal ini terjadi karena keterbatasan ruangan dan tenaga perawat untuk bisa melaksanakan aktifitas tersebut. Sehingga ruang makan dilihat dari kapasitas ruang, dan perletakan ruang memiliki potensi menjadi ruang untuk melakukan kegiatan kegiatan terapi di bangsal P3/Klas 2. Karena luasan yang dimiliki ruang tersebut merupakan luasan yang terbesar dan perletakannya pun merupakan sentral dan pengikat terhadap ruang-ruang lain. Namun harus tetap memperhatikan banyak hal mulai dari penataan perabotan sampai dengan permasalahan elemen-elemen ruang yang melingkupinya. Luasan dan peletakan ruang makan memang sangat berpotensi menjadi ruang akan tetapi bukanlah merubah fungsi ruang makan sehingga ruang makan menjadi kehilangan identitas.
6. Bila melihat kondisi ruang makan maka secara psikologis akan memberikan suasana atau kondisi tegang bagi penggunanya. Hal ini cukup beralasan bila dilihat tingginya langit-langit yang dimiliki (4,20meter) serta warna langit-langit yang cerah (putih) sehingga

menambah kesan tingginya ruang semakin kuat. Sementara itu langit-langit yang tinggi cenderung menjadikan ruang terasa terbuka, segar dan luas, dapat juga memberi suasana agung atau resmi khususnya jika rupa dan bentuknya beraturan dan langit-langit yang rendah sebaliknya mempertegas kualitas naungannya dan cenderung menciptakan suasana intim dan ramah³. Selain itu minimnya jumlah perabotan didalamnya dengan luasan ruang 150 m² pun semakin menguatkan kondisi ruang tersebut. Seseorang yang memasuki ruang dengan ceiling (langit-langit) tinggi akan terpaku, melihat keatas, ruang akan terasa agung, dan titik penglihatan bergerak secara vertikal, kesan lebih tinggi dan rendahnya dapat diperoleh melalui warna, dengan warna terang plafond terasa tinggi dan ringan dan dengan warna keras akan terasa pendek dan menekan⁴. Kesan/suasana ini akan sangat mendominasi sekali ketika malam hari dimana ruangan dalam kondisi yang tertutup. Selama ini pencahayaan buatan di ruang makan yang tidak merata disatu sisi mengurangi kondisi ruangan yang tinggi namun disatu sisi tetap menghadirkan suasana tegang bagi pasien. Hal ini berbeda ketika siang hari kesan atau suasana ruang yang tinggi tersebut, dapat diminimal kan oleh kehadiran jendela-jendela yang besar. Karena ruang-ruang yang mempunyai bagian terbuka luas (jendela atau tembok terbuka) terasa lebih luas karena terangkum oleh pandangan dari luar kedalam bangunan⁵. Dan hal inilah yang mengurangi suasana tegang dari hadirnya plafon yang tinggi pada ruang makan di siang hari.

³ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 193

⁴ Pamudji Suptandar..*Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam 2.* (Yogyakarta: Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan UII 1982) hal 59 - 60

⁵ Fritz Wilkening, *Tata Ruang*, (Semarang : SMTIK-PIKA Penerbit Kanisius 1989) hal 43

V.3. Keselamatan dan keamanan pasien di Ruang tidur pasien

V.3.1. Ruang tidur pasien tenang

- A. Kedudukan ruang tidur pasien tenang terhadap ruang-ruang lain.
- B. Sirkulasi pasien tenang di ruang tidur
- C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas tidur/istirahat

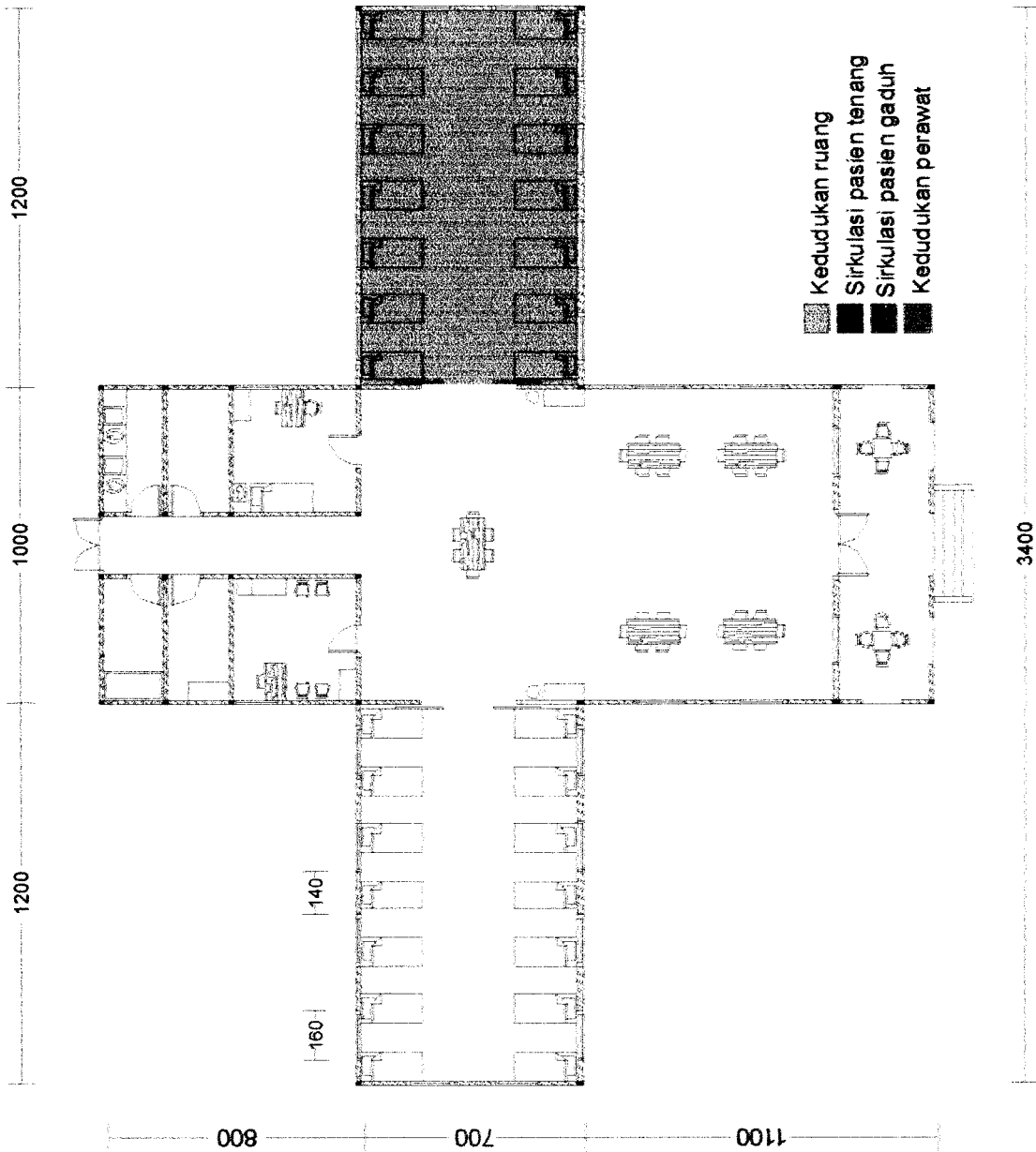
Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat di ruang tidur pasien tenang. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

**A. KEDUDUKAN RUANG
TIDUR PASIEN TENANG
TERHADAP RUANG-RUANG
LAIN**

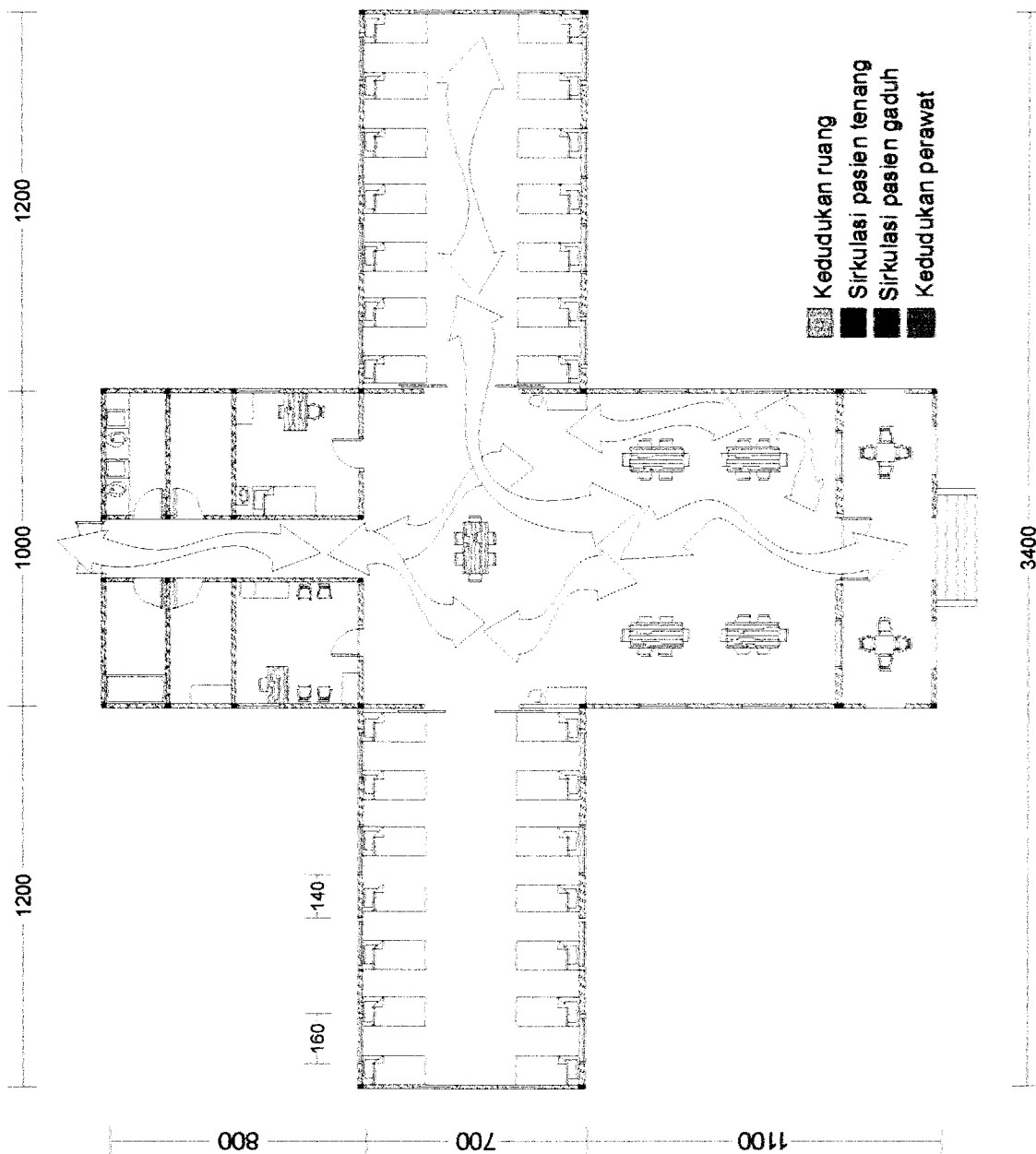


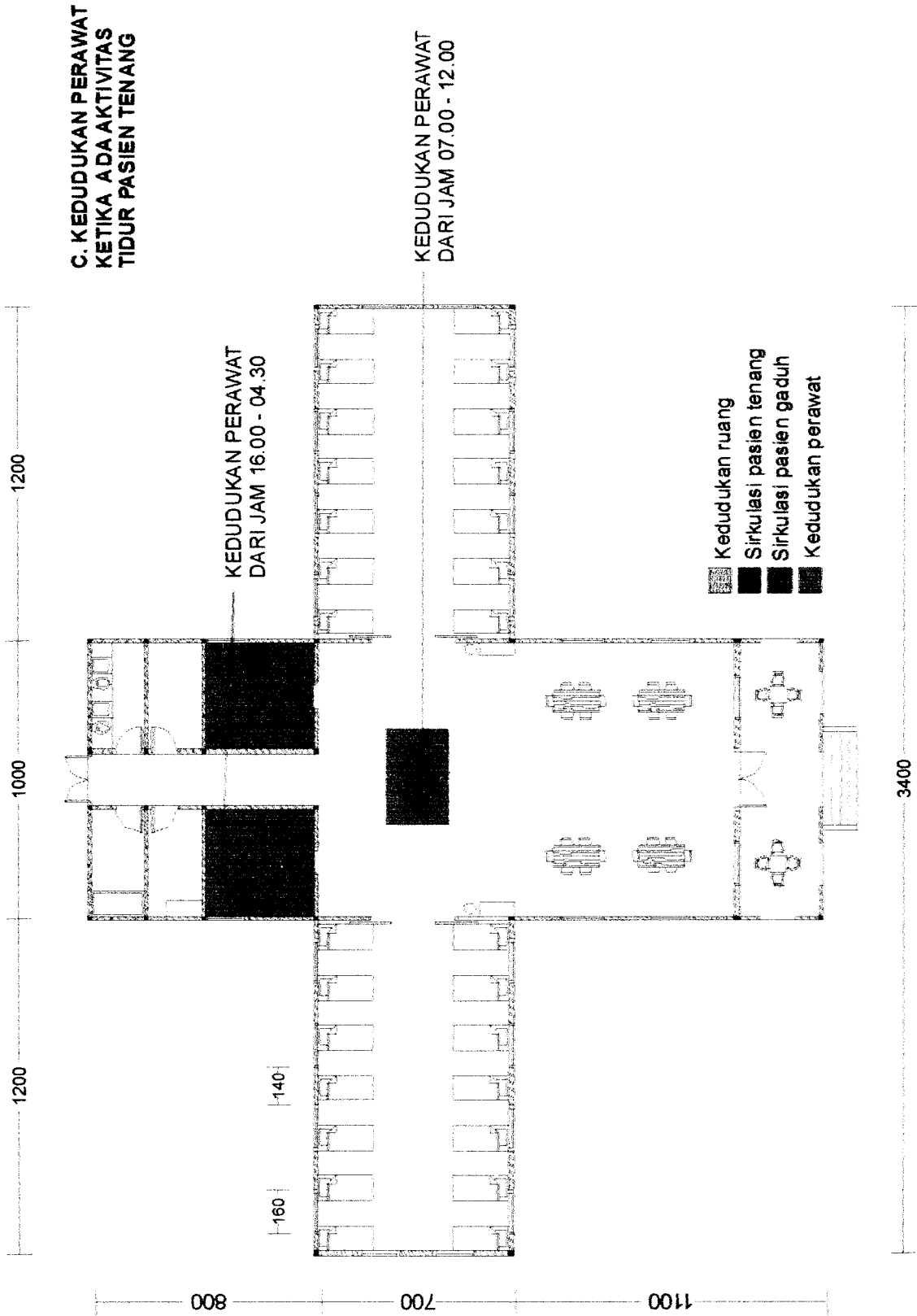
Objek pada ruang tidur pasien tenang:
- Tempat tidur 14 buah

Barrier pada ruang tidur pasien tenang:
- Tembok
- Lantai
- Jendela tanpa teralis 10 buah
- Pintu 1 buah

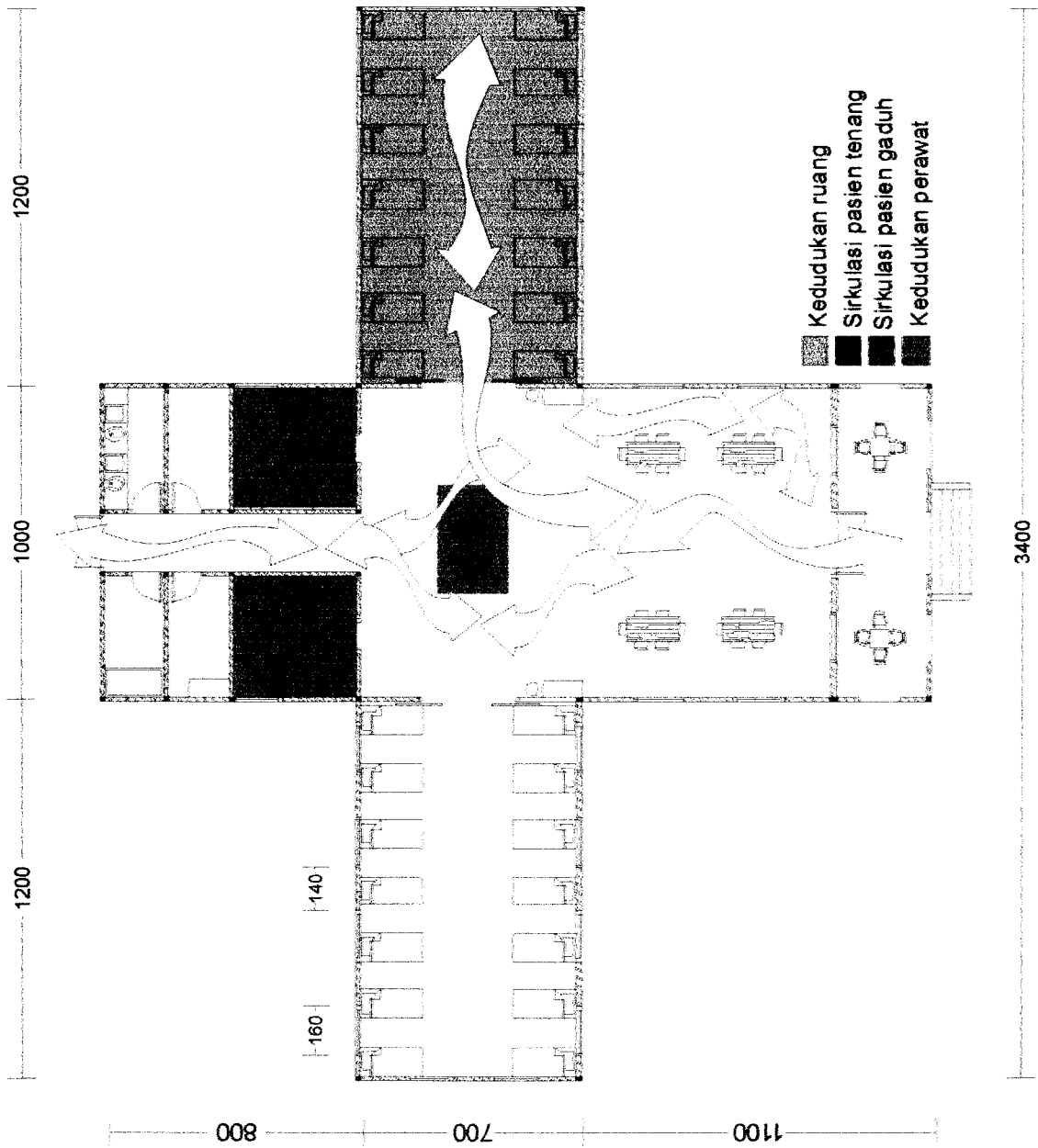


B. SIRKULASI PASIEN
TENANG DARI/KE RUANG
TIDUR PASIEN TENANG





**HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS TIDUR DI RUANG
TIDUR PASIEN TENANG**



V.3.1.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien di ruang tidur pasien tenang merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Ruang tidur yang terletak diantara dua sisi bangsal P3/Klas 2 merupakan bentuk dari pemisahan antara aktifitas tidur pasien tenang dengan aktifitas tidur pasien gaduh. Hal ini untuk mengantisipasi kemungkinan-kemungkinan yang tidak diinginkan antara pasien tenang dan pasien gaduh namun karena pandangan langsung perawat dari ruang perawat artinya terpisahkan oleh ruang makan membuat fungsi pengawasan menjadi sulit. Fungsi pengawasan dari meja pengawas di ruang makan menjadi sangat potensial karena posisinya yang dapat mengawasi dua kamar tidur pasien. Selain itu jangkauannya juga dapat sampai pada ruang kebersihan yang berada di sisi belakang bangsal. Pasien tenang walaupun dapat beraktifitas di luar kamar tidur tidak boleh lepas dari pengawasan perawat walaupun dikategorikan sebagai pasien tenang. Akan tetapi karena gangguan yang dideritanya seperti ilusi, delusi, dan waham-waham tertentu akan sangat mungkin melakukan hal-hal yang dapat membahayakan dirinya dan orang lain. Selama ini kasus yang pernah terjadi di ruang tidur pasien tenang antar lain melakukan bunuh diri dengan menggunakan selimut yang diikatkan pada tempat tidur, melarikan diri melalui eternit dengan menggunakan tempat tidur merupakan bentuk perilaku yang lepas dari pengawasan perawat karena keterbatasan pandangan secara langsung dari ruang perawat. Sehingga dituntut penyelesaian yang berbeda terhadap antara ruang-ruang tersebut. Selama ini tata ruang dalam bangsal sendiri berupaya mengantisipasi kemungkinan melarikan diri tersebut dengan meletakkan kunci pada jendela yang tidak berteralis pada bagian luar sehingga tidak dapat terjangkau oleh pasien tenang ketika malam hari. Perabotan-perabotan ruang tidur pun selayaknya harus kuat, kokoh, dapat dengan mudah di fungsikan serta tidak mudah di pindahkan oleh pasien mental untuk dimanfaatkan kepada hal-hal yang tidak diinginkan. Suasana ruangan juga berpengaruh besar terhadap kondisi emosional pasien yang berada didalamnya. Kondisi ruangan bangsal selama ini yang memiliki

ketinggian ruang 4 meter dan jumlah perabotan yang juga minim dengan bentukan yang statis menciptakan komposisi yang tidak seimbang. Kemudian pencahayaan buatan pada malam hari yang tidak merata berpotensi besar secara psikologis menciptakan suasana tegang bagi pasien mental dewasa. Ketegangan inilah yang melatar belakangi permasalahan terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa. Sementara itu elemen dinding, langit-langit dan lantai memiliki peranan yang besar dalam menciptakan suasana dari ruang tidur karena komposisi dan luasan permukaan yang dimilikinya lebih besar. Warna dari dinding dan langit-langit yang dingin akan menimbulkan perasaan sehat, ketenangan dan kesejukan, menghilangkan perasaan gelisah, permusuhan, gelisah akibat kebisingan dan menenangkan suasana hati. Sehingga ketika suasana ruang sudah mendukung diharapkan dorongan untuk melakukan hal-hal yang membahayakan dirinya dan orang lain dapat di minimalkan.

V.3.1.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan pasien tenang di ruang tidur pasien tenang.

1. permasalahan keamanan dan keselamatan diantisipasi dengan memisahkan ruang tidur antara pasien tenang dan pasien gaduh.
2. pengawasan perawat dari ruang perawat terhadap ruang tidur menjadi tidak maksimal dengan keberadaan dua ruang tidur yang terpisahkan oleh ruang makan.
3. antisipasi terhadap kemungkinan melarikan diri di malam hari melalui jendela selama ini diantisipasi dengan meletakkan kunci jendela pada bagian luar jendela. tanpa teralis tersebut.
4. karena sering kali dimanfaatkan untuk hal-hal yang membahayakan pasien maka perabotan harus kuat, kokoh, mudah di fungsikan dan tidak mudah di pindahkan.
5. kondisi ruang tidur yang memiliki komposisi yang tidak seimbang, penggunaan skala yang besar antara ketinggian ruang, elemen-elemen ruang dalam dan pencahayan yang tidak merata pada malam

hari secara psikologis menciptakan suasana tegang bagi pasien mental di ruang tidur.

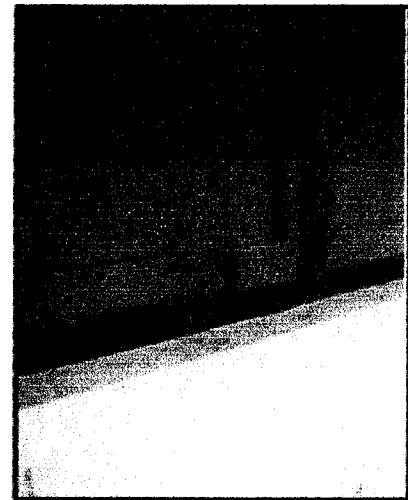
6. langit-langit, dinding dan lantai dengan luasan permukaan yang dominan memiliki peranan yang besar dalam menciptakan suasana ruangan yang diinginkan.

V.3.1.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan di ruang tidur pasien tenang antara lain :

1. Apabila dilihat kecenderungan pola perilaku dari pasien maka ada beberapa perbedaan yang mendasar dari pasien tenang dengan pasien gaduh. Bagi pasien gaduh akan sangat sulit sekali diprediksi pola perilakunya karena gangguan kejiwaan yang dideritanya. Sementara itu bagi pasien tenang lebih kooperatif dengan lingkungannya karena telah melalui program rehabilitasi, sehingga dapat beraktifitas di luar kamar tidur. Ada kekhawatiran ketika pasien tenang dan pasien gaduh berada didalam satu ruang terutama ruang tidur yang intensitas penggunaannya lebih lama dibandingkan dengan ruang-ruang lain akan terjadi keributan antar pasien. Karena sifat dan karakteristik pola perilaku dari pasien tenang dan gaduh yang berbeda. Pemisahan ruang tidur juga apabila dipandang dari sisi pengawasan perawat akan sangat menyulitkan karena ada dua ruang tidur yang harus selalu diawasi dengan letak yang saling berjauhan. Sehingga ketika fungsi pengawasan terhadap pasien menjadi tidak maksimal maka muncul permasalahan keselamatan dan keamanan di ruang tidur.
2. Fungsi pengawasan terhadap aktifitas tidur pasien mutlak di perlukan, selain karena intensitas penggunaan ruang yang relatif lama, juga karena kecenderungan pola perilaku pasien yang sulit diprediksi. Pengawasan terkait erat dengan perawat, dan perawat akan berhubungan langsung dengan kedudukannya ketika aktifitas tersebut berlangsung. Selama ini pengawasan perawat dari ruang perawat terhadap ruang tidur pasien tenang menjadi kurang

maksimal karena kedudukan ruang perawat yang terpisahkan oleh ruang makan. Sehingga perawat tidak memiliki keleluasaan pandangan secara langsung terhadap ruang makan. Ketika perawat tidak memiliki keleluasaan pandangan maka peluang terhadap permasalahan keselamatan dan kemananan menjadi besar. Ada beberapa kedudukan perawat yang terkait erat dengan aktifitas pasien, mulai dari kedudukan di meja pengawas, di ruang dokter dan di ruang perawat. Kedudukan perawat di meja pengawas merupakan kedudukan yang paling ideal dibandingkan kedudukan di ruang dokter dan di ruang perawat, karena jangkauan pengawasannya terhadap ruang tidur lebih baik.

3. Permasalahan keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri untuk pasien tenang memiliki peluang yang besar. Karena kondisi ruangan tidur pasien tenang yang terbuka serta aktifitas pasien tenang yang dapat dilakukan diluar ruang tidur. Selain itu ada beberapa perbedaan secara fisik antara ruang tidur pasien tenang dan pasien gaduh terutama yang berkaitan dengan permasalahan jendela. Karena rencana ruang banyak ditentukan oleh ruang (lubang) jendela⁶, sehingga peranan jendela menjadi sangat penting.



Gambar : V. 5.
GerendelKunci pada
jendela yang diletakkan di
bagian terluar

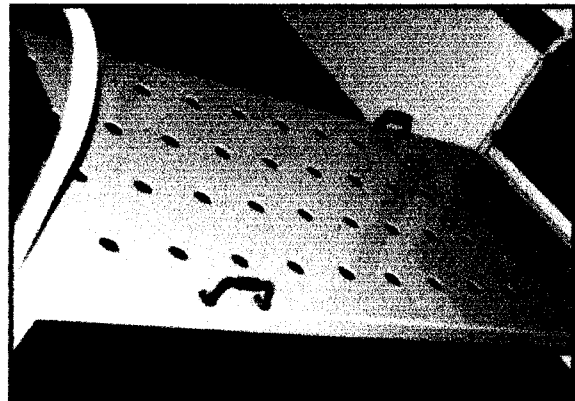
Perbedaan tersebut terletak pada penggunaan teralis, dimana bila melihat pola perilaku pasien tenang yang dapat beraktifitas di luar ruang tidur maka tidak dibutuhkan elemen ruang berupa teralis. Pandangan melalui jendela menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bangunan interior, jendela tidak hanya menyediakan fokus pandangan luar dari dalam sebuah ruang:

⁶ Fritz Wilkening, *Tata Ruang*, (Semarang : SMTIK-PIKA Penerbit Kanisius 1989) hal 42

jendela juga menyampaikan informasi visual kita tentang dimana kita berada.⁷ Sementara itu untuk mengantisipasi permasalahan keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui jendela tersebut yaitu dengan meletakkan kunci jendela tersebut pada bagian luar dari jendela. Kunci yang diletakkan pada bagian luar jendela ini bukan hanya pada jendela ruang tidur saja akan tetapi terdapat juga pada keseluruhan jendela yang ada di bangsal P3/Klas2. Hal ini sangat efektif sekali untuk mengatasi permasalahan keamanan. Terutama pada kondisi malam hari dimana ruang gerak dari pasien tenang dibatasi hanya pada lingkungan bangsal saja sehingga ketika pasien hendak melarikan diri ia relatif akan memanfaatkan jendela. Namun ketika posisi kunci dari jendela tersebut berada diluar maka pasien akan kesulitan untuk menjangkau untuk membukanya.

4. Bila melihat pola perilaku dari pasien tenang ketika beraktifitas di ruang tidur, maka ada

kecenderungan umum pola perilaku tersebut memanfaatkan benda-benda disekitarnya. Pada ruang tidur walaupun jumlah perabotan tidak begitu banyak namun



Gambar V.6 : Disain tempat tidur yang sederhana, minimalis, dalam satu kesatuan utuh

pasien selama ini masih dapat memanfaatkannya untuk melakukan bunuh diri

dan melarikan diri dari ruang tidur. Media atau perabotan yang seringkali digunakan adalah tempat tidur. Permasalahan ini coba diantisipasi dengan menyediakan tempat tidur dengan disain dan

⁷ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 206

dimaksud adalah disain tempat tidur lebih minimalis, tersusun dalam satu kesatuan yang utuh, sehingga tidak dapat di "pisah-pisah" menjadi bagian-bagian kecil yang dapat membahayakan. Selain itu karena tempat tidur seringkali digunakan untuk melarikan diri yaitu dengan mendirikan tempat tidur secara vertikal terhadap langit-langit, selayaknya tempat tidur tersebut harus di minimalkan pergerakannya pada kedudukan awal. Namun tetap dapat di pindahkan ketika ada proses pembersihan ruang.

5. Apabila dilihat kualitas ruangan-ruangan secara umum pada bangsal maka sebagian besar memiliki karakteristik yang sama. Karakteristik tersebut dapat dilihat pada ketinggian ruang, jenis dan bahan/material pembentuknya, jenis bukaan-bukaan baik ukuran dan bahan. Sehingga kualitas ruang yang terdapat pada ruang-ruang lain tidak akan jauh berbeda dengan ruang tidur pasien tenang. Hal ini dapat dilihat dari ketinggian ruang tidur pasien (4meter) dengan luas bukaan pada jendela yang sama dengan ruang-ruang lain. Ruang tidur yang memiliki luasan ruang (84 m²) dan dengan kapasitas ruang untuk 14 orang pasien selama ini kondisi ruangan diinilai terlalu tinggi sehingga menciptakan ketegangan bagi penggunaanya, ketegangan tersebut lah yang memicu pola perilaku berlebihan dari pasien. Namun ada beberapa keuntungan dari kondisi seperti ini antar lain pola sirkulasi udara yang baik, sehingga ruang tidur menjadi nyaman untuk digunakan. Kesan dari ketegangan yang di hasilkan ruang pada siang hari akan berkurang dengan kehadiran bukaan-bukaan jendela yang lebar. Selain itu pasien juga lebih banyak melakukan aktifitas di luar ruang tidur, namun kondisi ini akan terasa sekali ketika malam hari. Dimana tingkat intensitas penggunaan pada malam hari lebih besar dibandingkan dengan siang hari.
6. Dari beberapa elemen ruang yang terdapat ditata ruang dalam, elemen ruang berupa dinding, langit dan lantai merupakan elemen

dengan kapasitas luasan yang terbesar dibandingkan dengan elemen lain. Elemen dinding menjadi muka dari bangunan, memberi proteksi dan privasi pada ruang interior yang dibentuknya⁸ sementara itu langit-langit adalah elemen yang menjadi naungan dalam desain interior, dan menyediakan perlindungan fisik dan psikologis untuk semua yang ada dibawahnya⁹ dan elemen lantai walaupun dianggap sebagai permukaan multiguna dan latar belakang visual untuk suatu ruang interior, lantai melalui warna, pola dan tekstur dapat memainkan peranan yang aktif dalam menentukan karakter suatu ruang¹⁰. Sehingga suasana dan kondisi psikologis pengguna dalam hal ini pasien mental ditentukan oleh seberapa besar elemen tersebut berperan. Ketika elemen tersebut diperhatikan secara baik artinya dari sisi penempatan dan pengolahan permukaannya maka ruangan akan menimbulkan kesan yang berbeda. Suasana ruang yang nyaman dan bersahabat sebaiknya dihasilkan di bangsal RSJ karena proses pemulihan membutuhkan suasana tersebut bukannya suasana Rumah Sakit. Warna-warna dingin sebaiknya menghiasai permukaan-permukaan ruang tidur tersebut karena dapat menciptakan suasana tenang, menghilangkan kegelisahan, permusuhan dan suasana kesejukan.

⁸ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 176

⁹ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 192

¹⁰ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 166

V.3.2. Ruang tidur pasien gaduh

- A. Kedudukan ruang tidur pasien gaduh terhadap ruang-ruang lain
- B. Sirkulasi pasien gaduh dari/ke ruang tidur
- C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas tidur/istirahat

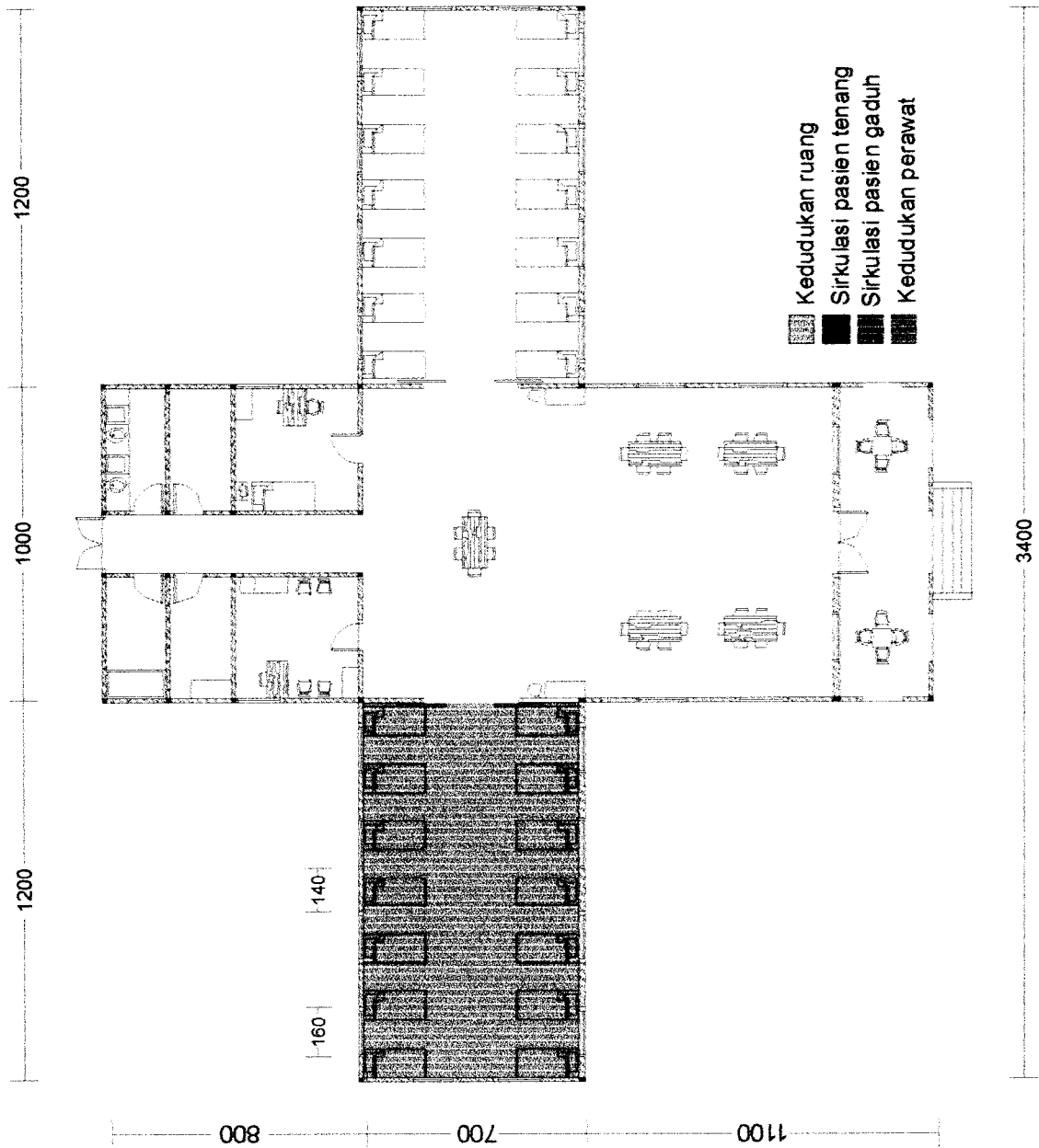
Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang tidur pasien gaduh. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

A. KEDUDUKAN RUANG TIDUR PASIEN GADUH TERHADAP RUANG-RUANG LAIN

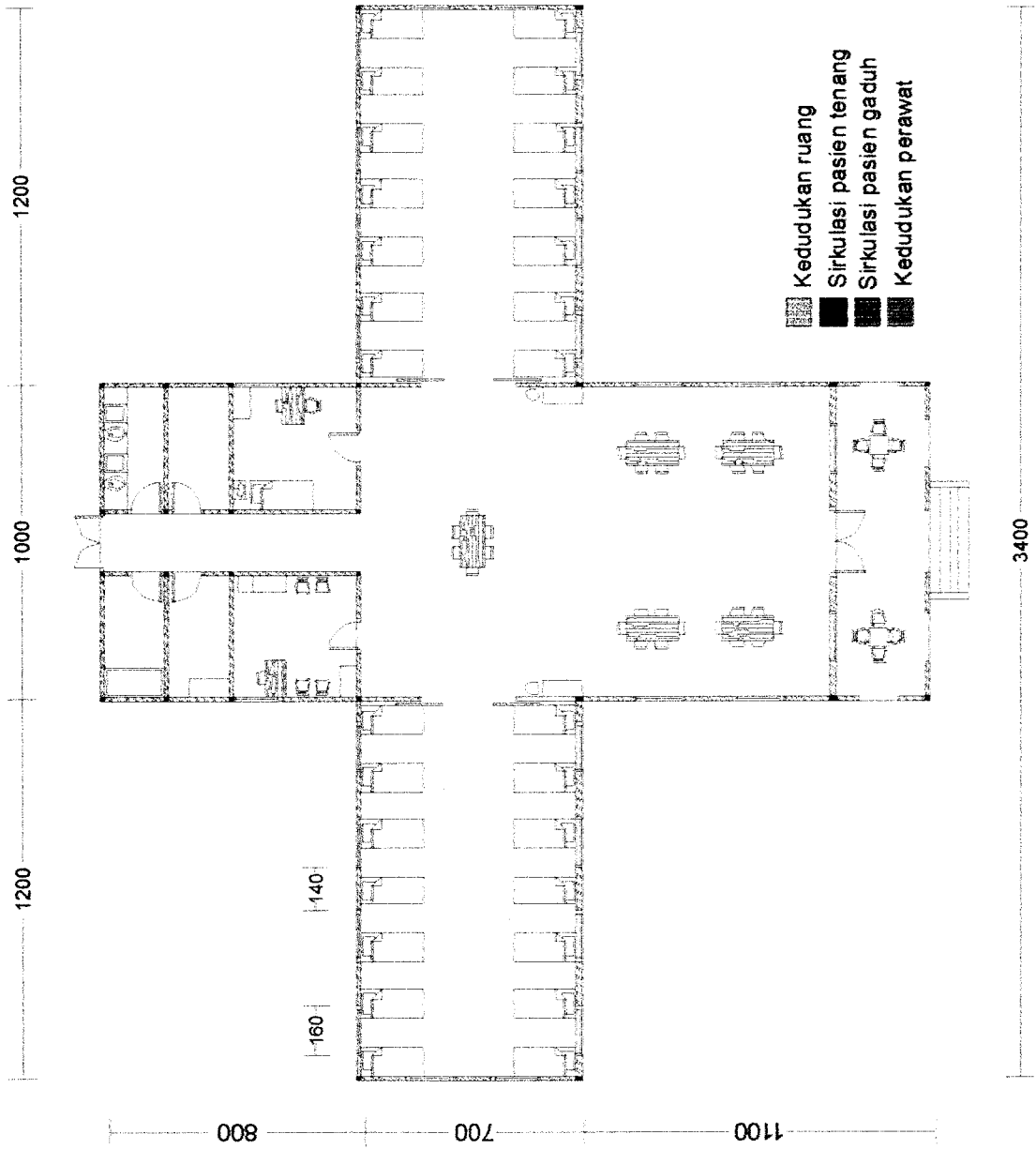


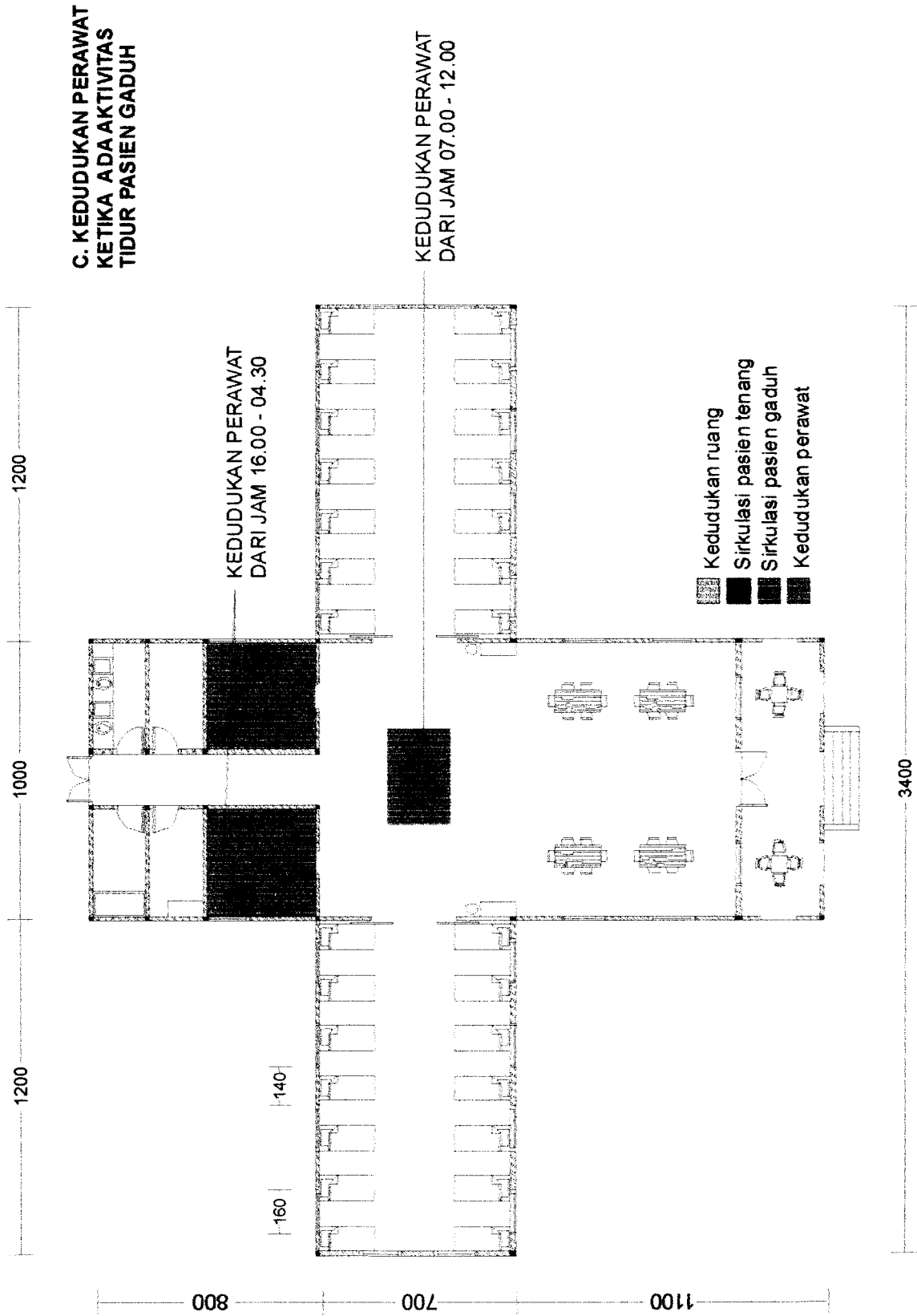
Objek pada ruang tidur pasien tenang:
 - Tempat tidur 14 buah

Barrier pada ruang tidur pasien tenang:
 - Tembok
 - Lantai
 - Jendela dengan teralis 10 buah
 - Pintu 1 buah

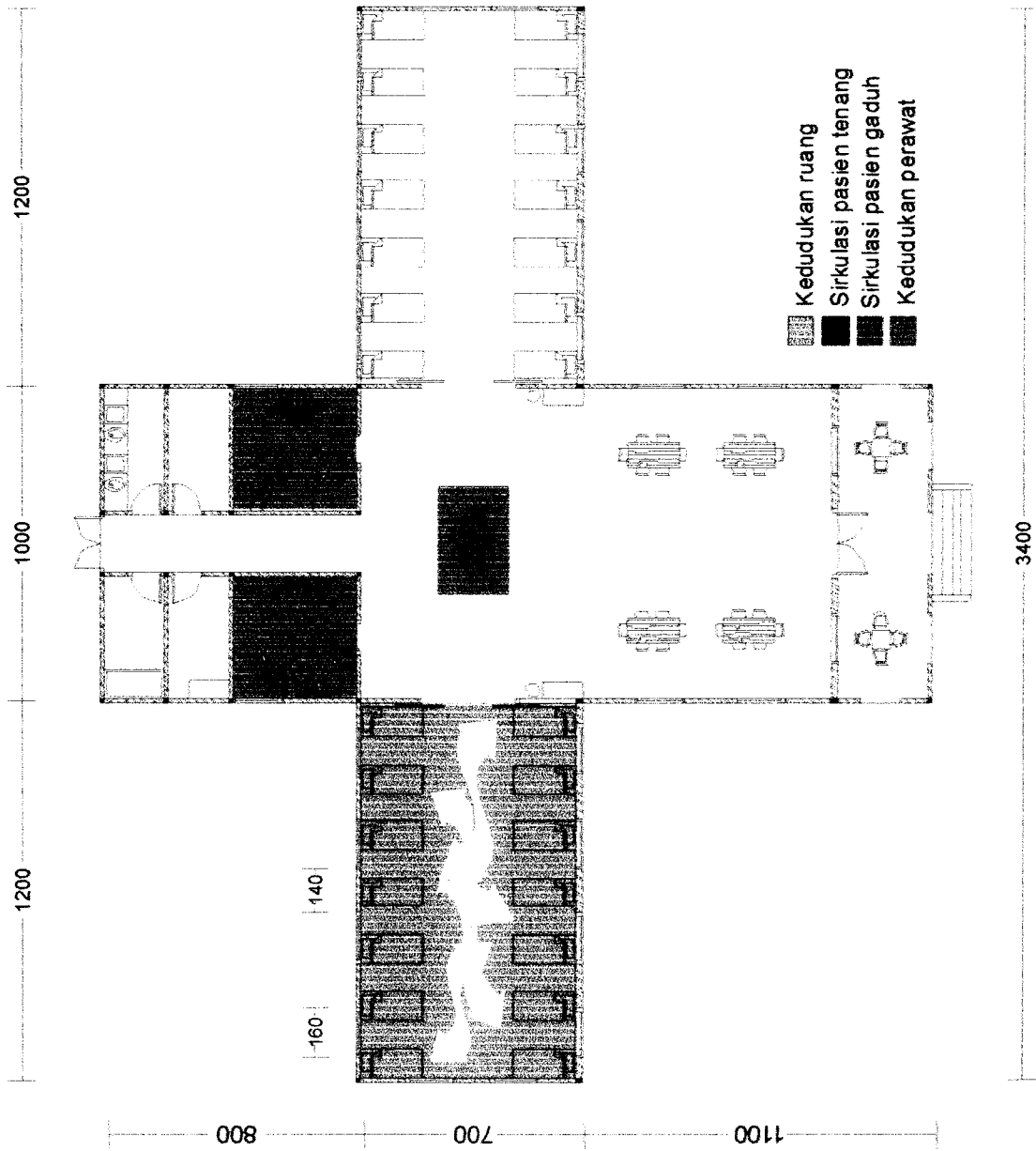


B. SIRKULASI PASIEN
GADUH DI RUANG TIDUR
PASIEN GADUH





HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS TIDUR DI RUANG
TIDUR PASIEN GADUH



V.3.2.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien di ruang tidur pasien gaduh merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Ruang tidur pasien gaduh selama ini lebih mendapatkan perhatian yang khusus dari perawat. Karena hampir sebagian besar waktu yang dimiliki pasien gaduh atau intensitas pemakaian ruang adalah berada di ruang tidur. Gangguan mental yang diderita pasien gaduh cenderung rentan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. Misalnya perilaku berkelahi antar pasien, agresif (bersikap berlebihan), melarikan diri, seringkali memanfaatkan benda-benda yang berada disekitarnya sehingga persyaratan perabotan harus kuat dan kokoh (namun tidak terlihat nyata kekuatannya nya terhadap pasien), tidak mudah di pindahkan serta mudah di fungsikan menjadi pertimbangan utama dalam memilih perabotan didalamnya. Berbeda halnya dengan permasalahan bunuh diri, selama ini pasien memanfaatkan teralis hal ini dimungkinkan karena dimensi teralis yang besar (160 X 200) dengan disain yang rumit sehingga membuka peluang untuk digunakan bunuh diri oleh pasien. Permasalahan teralis menjadi problematis bagi ruang tidur pasien gaduh. Satu sisi ketika ruang tidur pasien gaduh tidak diteralis maka pasien akan melarikan diri sementara dilain pihak ketika teralis diberikan maka pasien akan merasa terkurung dan seringkali dimanfaatkan untuk bunuh diri dan melarikan diri. Sehingga permasalahannya adalah bagaimana membuat teralis yang kuat dan kokoh yang tidak menciptakan suasana terkurung sehingga tidak dimanfaatkan oleh pasien untuk hal-hal yang dapat membahayakan pasien gaduh sendiri.

Perilaku melarikan diri pada pasien gaduh berbeda dengan pasien tenang. Kalau pasien tenang dapat berkativitas dengan leluasa diluar sehingga memungkinkan untuk melarikan diri sementara pasien gaduh melarikan diri melalui langit-langit. Ketinggian langit-langit pun menjadi dilematis pada ruang tidur pasien gaduh. Ketika langit-langit didisain dengan ketinggian yang monumental maka pasien akan merasa tegang, merasa selalu diawasi, dan merasa tertekan namun ketika ruang didisain dengan ketinggian yang normal maka ada kekhawatiran nantinya akan

dimanfaatkan untuk melarikan diri. Bila dilihat kondisi ruangan dengan ketinggian 4 meter, semua jendela memiliki teralis pembatas, elemen ruang yang minim dalam jumlah dan pencahayaan buatan pada malam hari yang tidak merata menimbulkan perasaan tegang dan ketakutan dari pasien gaduh. Hal ini terjadi karena komposisi yang tidak seimbang, penggunaan skala yang besar, perasaan terkurung dan terbatasnya ruang gerak dari pasien karena kondisi ruang tersebut diatas. Dan sangat mungkin perilaku pasien selama ini terjadi karena ruang tersebut yang menciptakan/merangsang pasien untuk berperilaku gaduh. Perilaku pasien yang lain seperti menelantarkan diri (menjadi jorok dan kotor) berupaya diantisipasi oleh bangsal dengan memberikan tempat pada lantai (25X 25cm) untuk dapat melakukan aktifitas kebersihannya. Akan tetapi terkadang fasilitas ini tidak bisa dimanfaatkan secara maksimal oleh pasien karena luasan dan tempat yang diberikan tidak memadai. Hal ini membuat lantai pada ruang tidur menjadi licin sehingga menyebabkan ada pasien yang terjatuh. Pola perilaku diatas terkait erat dengan pengawasan dari perawat, selama ini hanya pada jam-jam tertentu saja perawat dapat secara maksimal melakukan pengawasan dari meja pengawas di ruang makan. Kemudian di lain waktu perawat akan berada di ruang perawat dan ruang dokter yang tidak dapat melakukan pengawasan secara langsung terhadap ruang tidur pasien gaduh. Biasanya pola perilaku bunuh diri, melarikan diri, dan lain-lain terjadi ketika perawat berada di ruang perawat dan ruang dokter. Sementara itu mengenai permasalahan suasana ruangan yang diinginkan sama dengan suasana ruangan pada kamar tidur pasien tenang. Artinya elemen dinding, langit-langit dan lantai memiliki peranan yang besar dalam menciptakan suasana ruangan yang diinginkan. Warna-warna dingin akan menciptakan perasaan tenang, mengurangi kegelisahan, perasaan permusuhan, dan menciptakan kesejukan dan lain-lain. selama ini warna putih pada bangsal

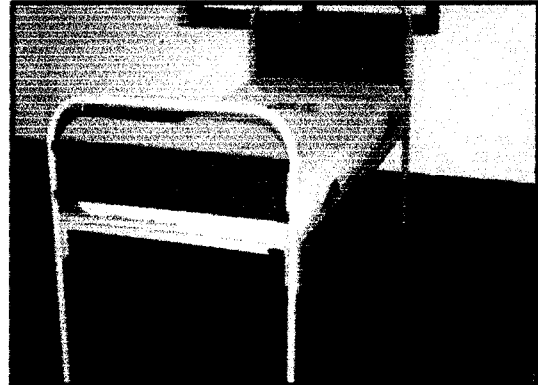
V.3.2.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan pasien gaduh di ruang tidur pasien gaduh

1. kecenderungan pasien gaduh yang memanfaatkan benda disekitarnya sehingga perbotan harus kuat, kokoh, tidak mudah dipindahkan, dan mudah difungsikan.
2. karena besaran dan disain yang dimilikinya.teralis berpotensi digunakan untuk melakukan bunuh diri dan melarikan diri.
3. kondisi atau suasana ruang tidur pasien gaduh dengan ketinggian 4 meter, jendela yang berteralis, minimnya perabotan, serta pencahayaan buatan yang tidak merata melatar belakangi pola perilaku pasien selama ini.
4. perilaku pasien yang menjadi jorok dan kotor serta fasilitas kebersihan didalam ruangan yang tidak memadai menyebabkan ruangan menjadi licin sehingga ada pasien yang terjatuh/terpeleset.
5. pengawasan perawat dari ruang perawat tidak maksimal untuk mengantisipasi pola perilaku pasien di ruang tidur pasien gaduh.
6. dinding,langit-langit dan lantai yang memiliki dimensi yang besar menjadi faktor penentu dalam menciptakan suasana ruang yang diinginkan.

V.3.2.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan di ruang tidur pasien gaduh antara lain :

1. Apabila dilihat pola perilaku keseluruhan dari pasien gaduh selama melakukan aktifitas di lingkungan bangsal P3/Klas 2 maka pola perilaku tersebut lebih banyak terjadi di ruang tidur pasien gaduh. Hal ini dimungkinkan karena intensitas pemakaian yang lebih lama dibandingkan dengan ruang-ruang lain. Hampir 18 jam dari 24 jam waktu yang dimiliki pasien gaduh selama satu hari difungsikan di ruang tidur. Pola perilaku di ruang tidur pun selama ini memiliki kecenderungan memanfaatkan benda-benda disekitarnya salah satunya adalah perabotan. Perabotan pada ruang tidur dari segi

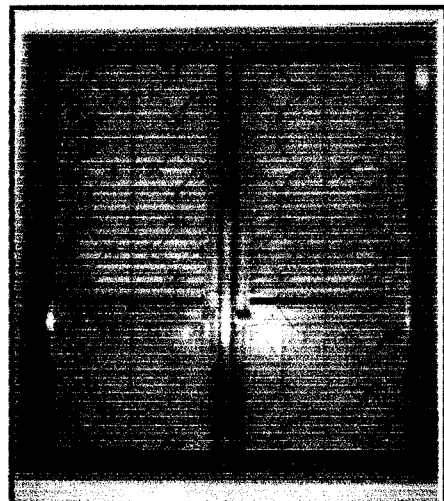
jenisnya sudah diminimalkan sehingga perabotan yang ada pada ruang tidur hanyalah tempat tidur pasien. Namun oleh pasien gaduh masih bisa dimanfaatkan untuk hal-hal yang membahayakan misalnya di gunakan untuk melarikan diri. Sementara itu dari segi disain tempat tidur sudah mempertim- bangkan permasalahan- an keselamatan. Disain tempat tidur yang tersusun dalam satu kesatuan



Gambar V. 7 : disain tempat tidur yang mempertimbangkan keselamatan

yang utuh sehingga tidak mudah di "pisah-pisah" menjadi satuan-satuan yang kecil. Karena ada kemungkinan akan digunakan untuk hal-hal yang membahayakan. Sehingga disain perobotan sendiri harus mempertimbangkan seperti apakah kemungkinan penggunaannya oleh pasien mental ketika perabotan tersebut berada di ruang tidur pasien gaduh. Disain perabotan yang kuat, kokok, tidak mudah dipindahkan, dan mudah untuk difungsikan merupakan pertimbangan utama dalam permasalahan keselamatan di ruang tidur.

2. Selain memanfaatkan perabotan, pasien gaduh juga menggunakan elemen pembentuk ruang fisik terhadap pola perilakunya di ruang

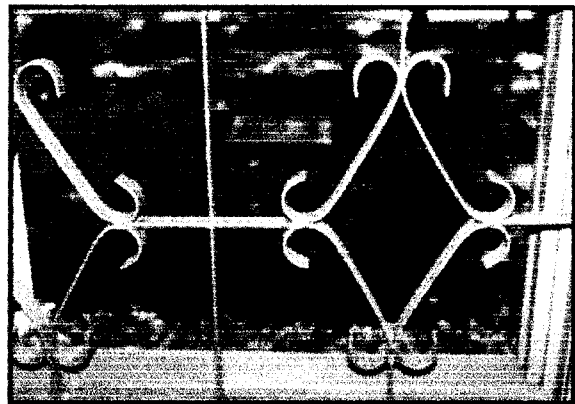


tidur. Elemen ruang fisik yang seringkali dimanfaatkan tersebut adalah teralis. Teralis pada jendela di ruang tidur pasien gaduh digunakan untuk bunuh diri dan

Gambar V. 8 : Dimensi teralis menjadi permasalahan

melarikan diri. Ketika teralis digunakan untuk bunuh diri pasien memanfaatkan selimut dan seprei yang dililitkan pada teralis tersebut. Sementara ketika digunakan untuk melarikan diri pasien menggunakan teralis sebagai " pijakan " untuk dapat melarikan diri melalui langit-langit. Hal ini dimungkinkan karena teralis memiliki dimensi yang besar menyesuaikan dengan kondisi jendela yang ada yaitu (200x160 cm). Selain itu teralis juga memiliki disain yang cenderung rumit dimana pola dan motif yang terdapat pada teralis tersusun secara rapat sehingga memberikan peluang untuk dapat

mengikatkan sesuatu ataupun digunakan sebagai pijakan. Kerapatan motif atau pola pada teralis membuat kesan keterkurungan dari pasien gaduh semakin kuat. Dan



Gambar V. 9 : Kerapatan pola/motif yang terdapat pada teralis menimbulkan permasalahan tersendiri.

sangat dimungkinkan juga bahwa hal ini yang menjadi latar belakang pola perilaku

pasien gaduh di ruang tidur. Selain itu teralis yang terbuat dari bahan besi tersebut bila dilihat dari sisi keamanan sangat maksimal dibandingkan dengan bahan lain dan hal ini juga yang dimanfaatkan oleh pasien gaduh untuk bunuh diri dan melarikan diri. Keberadaan teralis menjadi permasalahan sendiri di ruang tidur pasien gaduh karena ketika ruang tidur tidak berteralis maka besar kemungkinan pasien akan melarikan diri melalui jendela namun ketika ruang tidur menggunakan teralis selama ini seringkali dimanfaatkan untuk bunuh diri. Teralis berada diantar permasalahan keselamatan dan kemanan di ruang tidur pasien gaduh. Sehingga disain, tata

letak, bahan pembentuknya, jumlah, dan besaran yang dimiliki merupakan bagian dari pertimbangan permasalahan tersebut .

3. Kondisi atau suasana ruang tidur pasien gaduh tidak jauh berbeda dengan kondisi ruang tidur pasien tenang. Baik ketinggian ruang, elemen fisik pembentuk ruang, jumlah jendela, pintu serta perabotan didalamnya. Namun yang membedakan adalah penggunaan elemen teralis pada jendela di ruang tidur. Kondisi ruangan yang memiliki ketinggian 4 meter serta dengan bukaan-bukaan (jendela) yang lebar pada siang hari terasa sangat nyaman karena sirkulasi udara yang masuk cukup baik. Namun kesan ketakutan yang disebabkan oleh rasa keterkurungan (*confinement*) dan kesan ketegangan karena kurangnya atau terbatasnya gerakan masih mendominasi. Hal ini disebabkan oleh penggunaan teralis pada jendela. Kondisi atau suasana ini semakin terasa ketika malam hari dimana ruangan dalam keadaan tertutup serta pencahayaan buatan yang tidak merata menimbulkan reaksi terhadap pola perilaku pasien. Biasanya permasalahan keselamatan dan keamanan lebih sering terjadi pada malam hari.

4. Selain aktifitas tidur atau istirahat, diruang tidur pasien gaduh juga terdapat



Gambar V. 10 : Fasilitas kebersihan yang terdapat di kamar tidur pasien gaduh

aktifitas lain yaitu aktifitas kebersihan (WC). Fasilitas

kebersihan ini bertujuan untuk mengantisipasi pola perilaku pasien gaduh yang cenderung menelantarkan diri (menjadi jorok dan kotor). Selama ini fasilitas tersebut hanya berupa dua buah saluran kecil pada lantai dengan ukuran (25x25cm) dan dilengkapi oleh air yang diletakkan pada sebuah tempat dari plastik (ember). Namun karena gangguan yang diderita pasien gaduh fasilitas kebersihan ini tidak

dipandang dari sisi kesehatan dan kebutuhan akan privasi maka fasilitas kebersihan ini jelas tidak memadai karena letaknya yang berada di tengah-tengah ruang tidur. Sehingga dibutuhkan fasilitas yang lebih memadai pada ruang tidur untuk mengantisipasi permasalahan aktifitas kebersihan dengan sedikit mungkin ketentuan dalam memfungsikannya. Karena pada dasarnya pasien membutuhkan kebutuhan akan tidur, berpakaian, aktifitas kebersihan.

5. Permasalahan pengawasan perawat terhadap aktifitas tidur pasien gaduh sama halnya dengan pengawasan terhadap pasien tenang. Bila dilihat kondisi ruang perawat yang terpisah oleh ruang makan maka pengawasan dari ruang perawat menjadi tidak efektif karena memiliki keterbatasan pandangan secara langsung terhadap ruang tidur. Selama ini perawat hanya pada waktu-waktu tertentu saja dapat melakukan pengawasan secara maksimal dan hal tersebut dilakukan dari meja pengawas. Sementara itu ketika kondisi perawat berada di ruang perawat dan ruang dokter membuka peluang permasalahan keselamatan dan keamanan pasien gaduh. Hal ini seringkali terjadi diwaktu malam hari. ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya mulai dari kualitas ruang tidur, gangguan yang diderita pasien sampai kepada kedudukan perawat ketika aktifitas tidur tersebut berlangsung.
6. Kondisi atau suasana ruangan dapat di rancang sesuai dengan kebutuhan penggunaannya dalam hal ini pasien mental. Ketika perencanaan ruang dalam tersebut sesuai dengan karakteristik penggunaannya dalam hal ini mempertimbangkan permasalahan keselamatan dan keamanan maka tercipta interaksi yang baik antar pasien dengan lingkungan yang melingkupinya. Perencanaan ruang dalam tersebut meliputi tiga unsur besar tata ruang dalam yaitu dinding, lantai dan langit. Sehingga ada penyelesaian yang sama antara ruang tidur pasien gaduh dengan ruang tidur pasien tenang

terhadap elemen ruang dalam tersebut. Karena karakteristik pengguna yang dimiliki kedua ruang tersebut hampir sebaian besar sama.

V.4. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang dokter dan perawat (Medis)

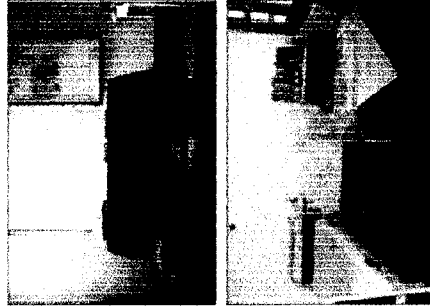
A. Kedudukan ruang medis terhadap ruang-ruang lain.

B. Sirkulasi pasien ke/dari ruang medis.

C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas medis

Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang medis. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

A. KEDUDUKAN RUANG MEDIS TERHADAP RUANG- RUANG LAIN

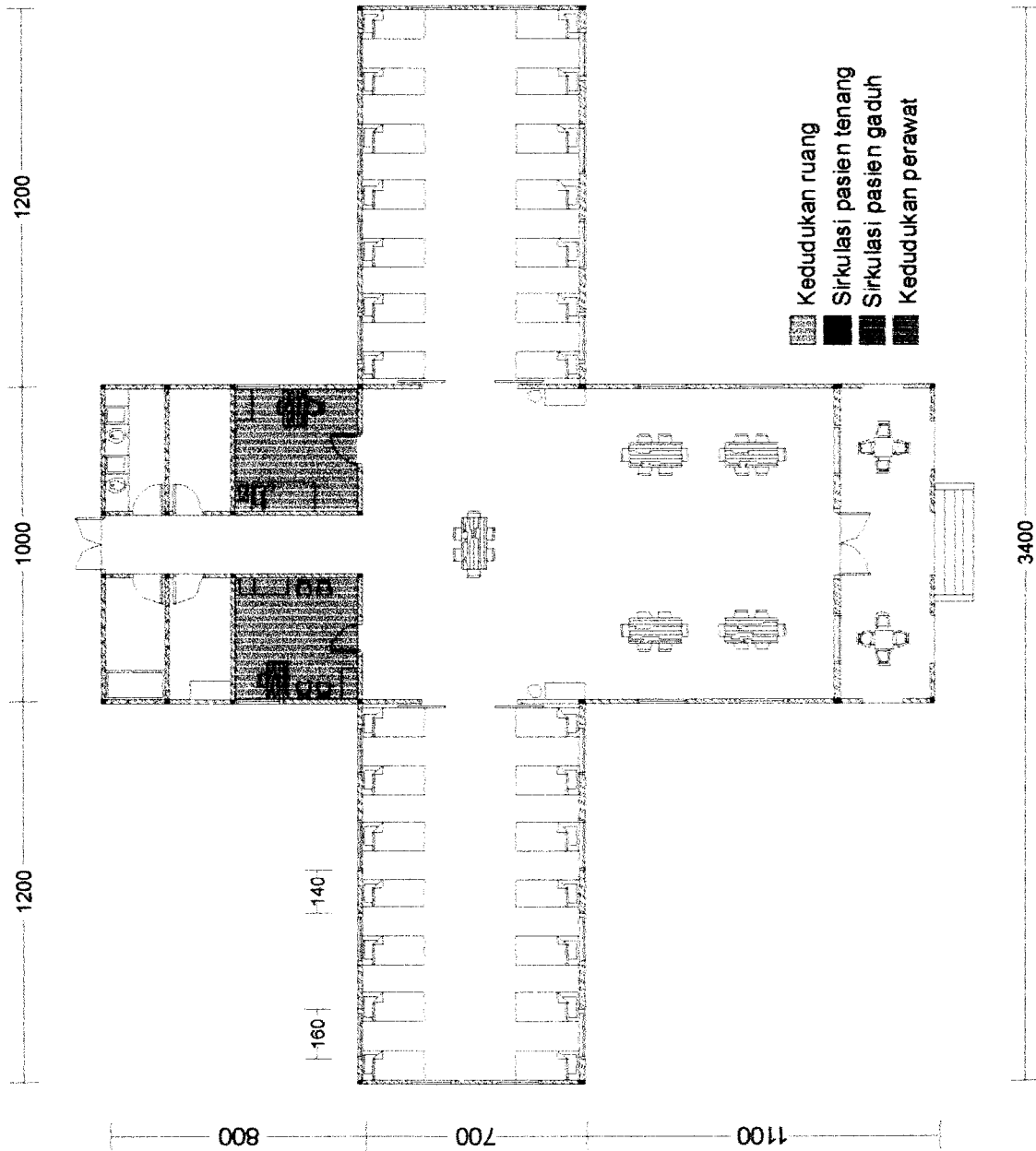


Objek pada ruang tidur pasien

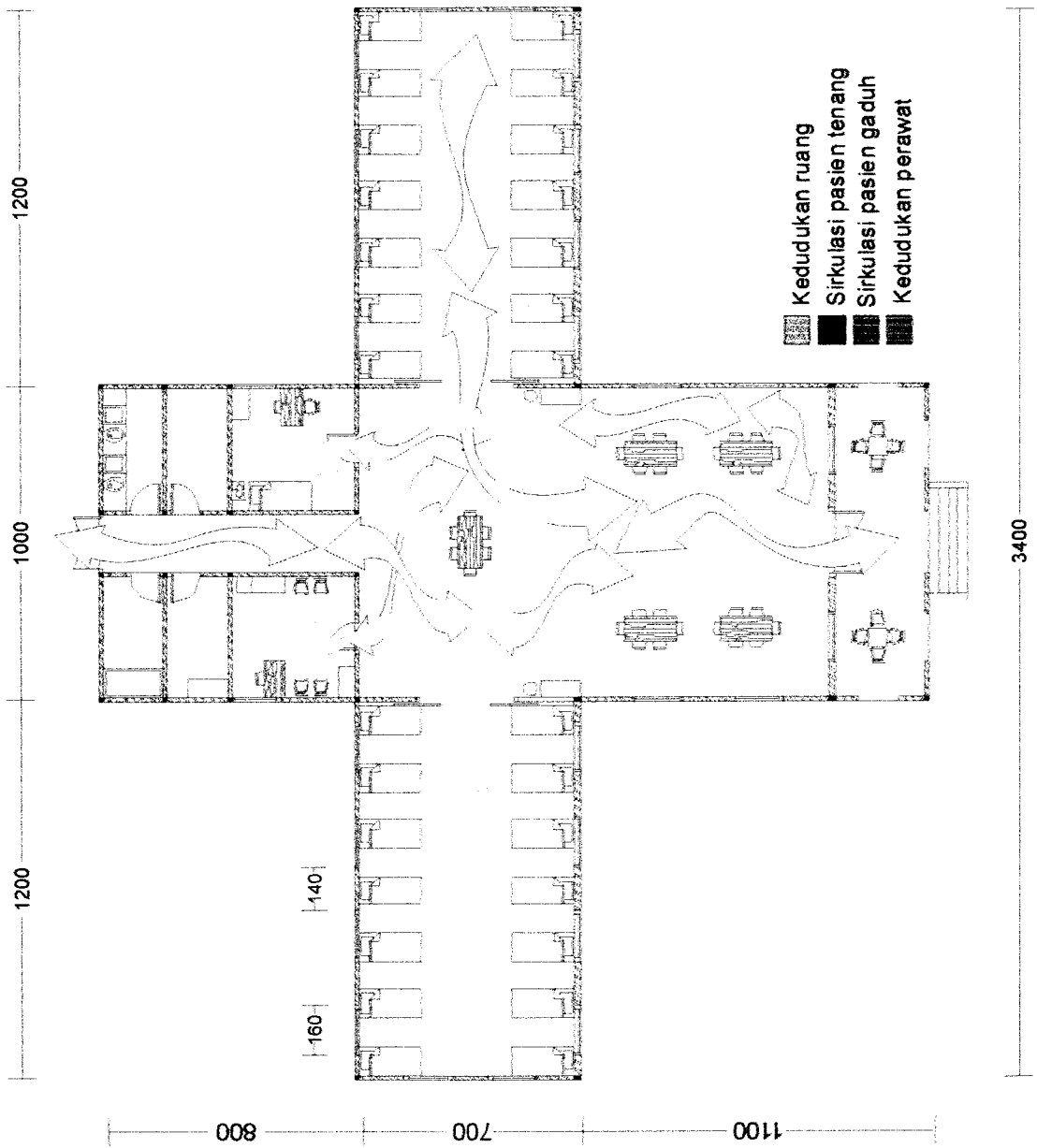
- tenang:
- Tempat tidur 1 buah
 - Kursi 7 Buah
 - Lemari 3 buah
 - Meja 2 buah

Barrier pada ruang tidur pasien

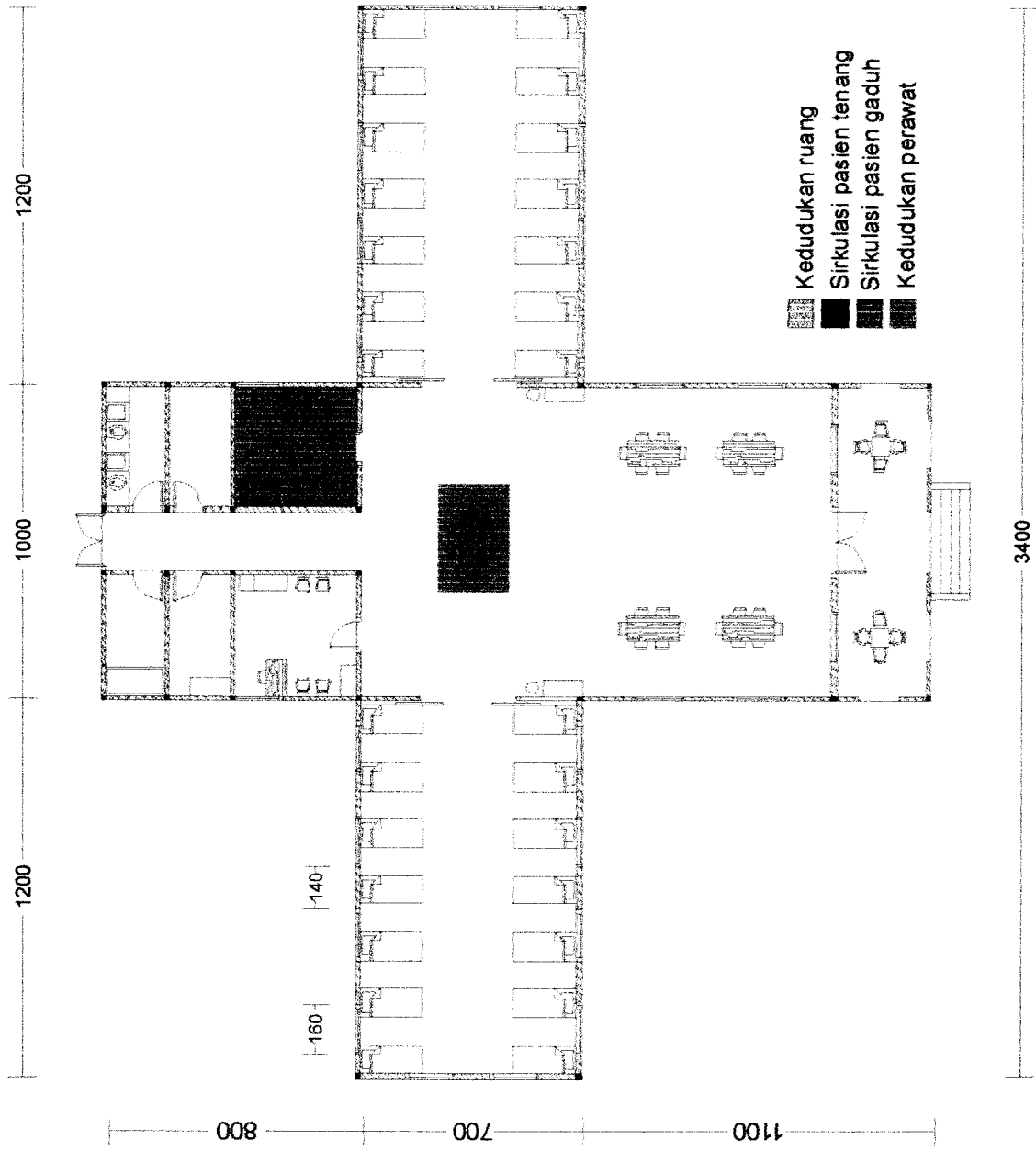
- tenang:
- Tembok
 - Lantai
 - Jendela tanpa teralis 2 buah
 - Pintu 2 buah



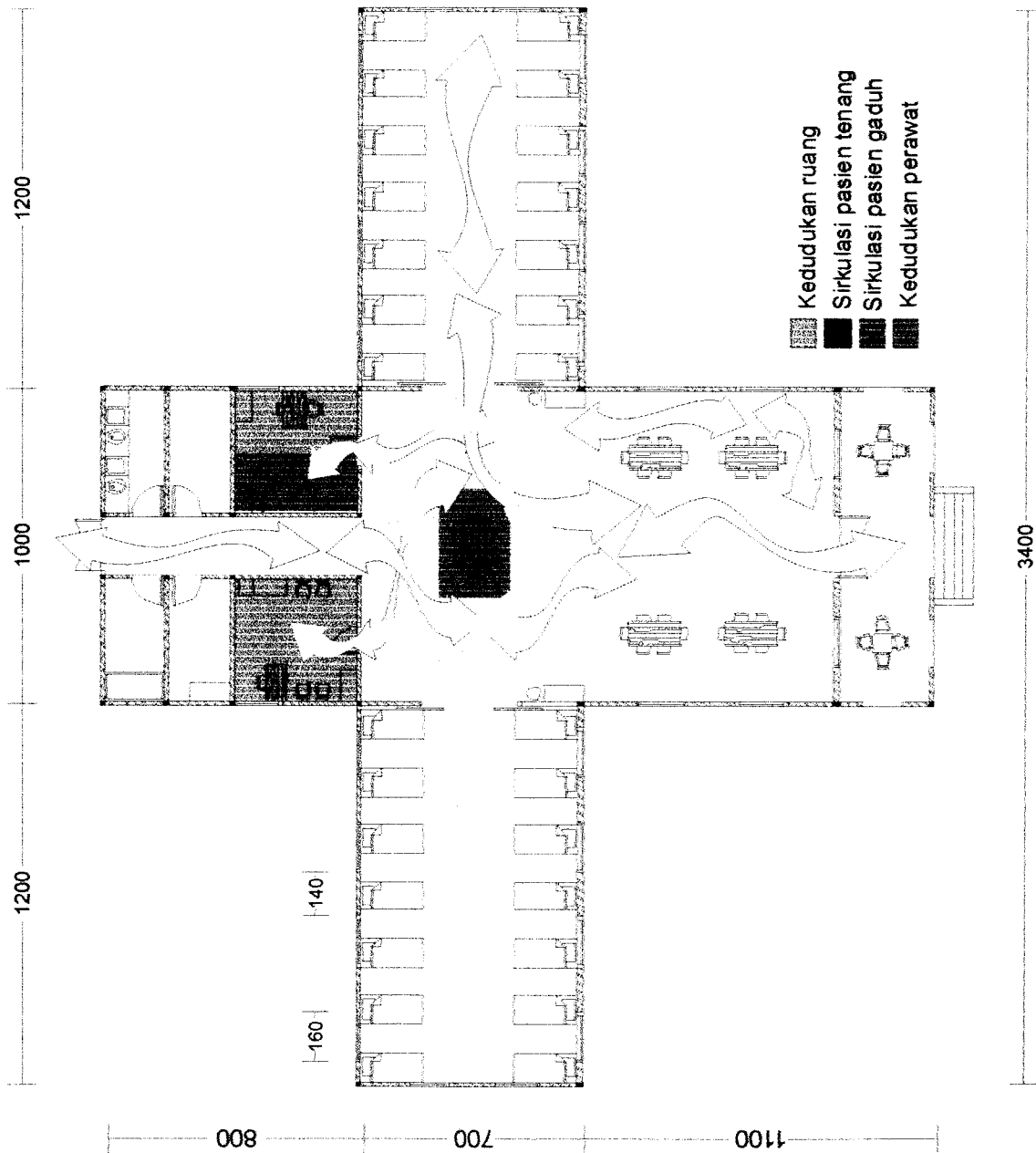
**B. SIRKULASI PASIEN
DARI/KE RUANG MEDIS**



C. KEDUDUKAN PERAWAT
KETIKA ADA AKTIVITAS
MEDIS



HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS MEDIS DI RUANG
MEDIS



V.4.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien di ruang dokter dan perawat (medis) merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Karena aktifitas medis hanya dilakukan pada waktu-waktu tertentu yaitu pada hari senin dan kamis mulai dari jam 10 pagi sampai selesai sehingga permasalahan keselamatan dan keamanan pasien tidak mendominasi di ruang tersebut. Selain itu kondisi ruang yang selalu terkunci dan hanya terbuka apabila ada perawat didalamnya membuat fungsi pengawasan terhadap ruangan menjadi lebih baik. Pola perilaku pasien seperti agresif (bersikap berlebihan) akan cepat diantisipasi oleh perawat karena pasien dan perawat berada dalam satu ruang. Pengaruh ruang lain pun tidak begitu banyak berperan terhadap aktifitas medis ini karena setiap aktifitas medis dimulai maka peranan perawat akan menjadi sentral bagi pergerakan pasien. Interaksi yang singkat antar pasien dengan ruang medis tersebut juga membuat perabotan yang berada didalamnya tidak berpengaruh terlalu besar terhadap pasien. Dan hal ini juga ditunjang oleh penyimpanan terhadap benda-benda berbahaya yang berada didalam lemari yang senantiasa dalam kondisi terkunci. Sementara itu suasana ruangan, pengaruh warna tidak menjadi permasalahan bagi bagi pasien karena intensitas pemakaian yang minim dari pasien terhadap ruang medis tersebut. Bagi ruang perawat dan ruang medis yang menjadi permasalahan adalah bagaimana penempatan ruang tersebut terhadap aktifitas yang berada di ruang lain karena fungsi pengawasannya merupakan hal yang mutlak. Terutama terhadap ruang tidur pasien, karena aktifitas pasien lebih mendominasi pada aktifitas tidur di ruang tidur. Selain itu ada beberapa hal yang harus diperhatikan sehubungan dengan kebutuhan perawat. Fasilitas kamar mandi perawat, area penyimpanan untuk obat-obatan, dan area duduk sudah dimiliki oleh bangsal P3/Klas 2. Namun fasilitas penyimpanan barang-barang pribadi perawat, ruang interview serba guna dan diskusi dengan keluarga, area untuk diskusi dengan terapi belum dimiliki oleh bangsal P3/Klas 2. Ruang perawat dan ruang dokter yang ada selama ini tidak mendukung untuk difungsikan sebagai ruang-ruang tersebut karena

kualitas ruang mulai dari suasana ruangan, warna ruangan dan penempatan ruangan tidak memungkinkan dilakukannya aktifitas tersebut. Ruang yang difungsikan sebagai ruang terapi, diskusi selayaknya adalah ruangan yang menyenangkan/ berbeda dengan ruangan-ruangan yang lain sehingga pasien akan akan mendapatkan rangsangan/*stimuli* untuk melakukan aktifitas yang bermanfaat.

V.4.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan pasien di ruang medis

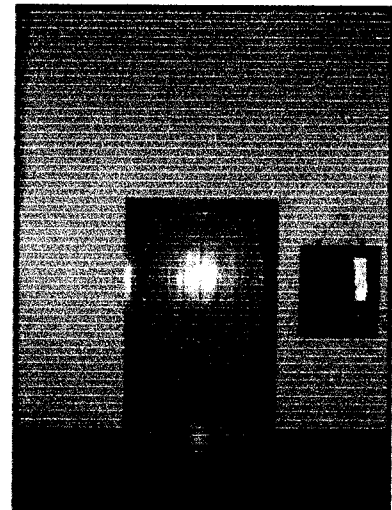
1. permasalahan keselamatan dan keamanan tidak terlalu mendominasi di ruang perawat dan dokter karena intensitas pemakaian yang singkat. Sehingga kondisi/suasana ruang dalam tidak memiliki pengaruh yang besar terhadap pasien.
2. kondisi ruangan yang senantiasa terkunci dan hanya terbuka ketika ada perawat didalamnya menutup kemungkinan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan.
3. untuk ruang medis yang menjadi pertimbangan adalah penempatan yang memudahkan dalam pengawasan terhadap aktifitas pasien diruang lain.
4. Ada beberapa kebutuhan perawat ketika berada di ruang medis sudah disediakan namun ada beberapa kebutuhan ruang lainnya yang juga terkait dengan aktifitas medis belum disediakan oleh Bangsal P3/Klas 2.

V.4.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan di ruang medis antara lain:

1. Tingkat intensitas pemakaian dari ruang medis relatif lebih singkat karena hanya digunakan pada waktu-waktu tertentu saja. Selama ini ketika aktifitas medis dilakukan maka perawat dan pasien akan berada didalam ruang medis tersebut. Pengawasan secara langsung dapat diberikan oleh perawat terhadap aktifitas pasien di ruang medis tersebut. Sehingga permasalahan keselamatan terhadap kemungkinan terlukai dan terlukai pada ruang medis bagi pasien tidak

memiliki peranan yang besar. Sama halnya dengan permasalahan keamanan terhadap kemungkinan melarikan. Hal ini dimungkinkan karena aktifitas medis tersebut merupakan aktifitas yang dilakukan oleh perawat dan pasien secara bersama-sama dengan intensitas pemakaian yang minim. Sehingga kondisi/ suasana ruang dalam tidak terlalu berpengaruh besar terhadap pasien.

2. Ketika aktifitas medis hendak dilakukan di ruang perawat ataupun ruang dokter maka keberadaan perawat memiliki peranan yang penting. Tidak pernah ada aktifitas medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan perawat. Hal ini berdampak terhadap sejauh mana penggunaan ruang perawat atau ruang dokter tersebut. Sehingga ketika tidak ada aktifitas medis kondisi ruang perawat atau ruang dokter akan senantiasa terkunci. Selain itu selama ini ruang medis juga merupakan ruang pengawasan terhadap aktifitas-aktifitas pasien. Sehingga perawat senantiasa akan berada di ruang medis tersebut.



Gambar V. 11 : Kondisi ruang perawat yang senantiasa terkunci

Kondisi ini menutup kemungkinan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien ketika melakukan aktifitas medis.

3. Ketika aktifitas medis tidak memiliki pengaruh yang besar terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan maka yang menjadi permasalahan utama adalah keberadaan ruang medis tersebut terhadap fungsi pengawasan pada aktifitas-aktifitas pasien. Karena selama ini fungsi ruang medis lebih kepada fungsi pengawasan tersebut. Kedudukan atau penempatan perawat pada ruang medis di bangsal P3/Klas 2 selama ini menyulitkan dalam melakukan pengawasan terhadap aktifitas pasien. Hal ini dimungkinkan karena keberadaan ruang medis yang tidak memiliki pandangan secara

langsung terutama terhadap aktifitas tidur. Jangkauan pengawasan secara langsung hanya dapat dilakukan terhadap ruang makan melalui pintu yang terdapat di ruang medis tersebut. Sementara untuk ruang- ruang lain terhadalang oleh dinding pembatas pada ruang medis. Sehingga dalam merencanaakan ruang medis yang menjadi pertimbangan utama adalah sejauh mana fungsi pengawasan terhadap aktifitas-aktifitas tersebut dapat dilakukan. Kemudahan dalam pengawasan dapat diberikan dengan memberikan pandangan seluas mungkin ke seluruh penjuru ruang.

4. Jika melihat kondisi ruang medis maka kebutuhan perawat akan area duduk, kamar mandi perawat, dan area penyimpanan obat sudah disediakan. Untuk arena duduk lebih banyak berada di ruang perawat dimana terdapat 5 unit tempat duduk. Sementara itu untuk kamar mandi perawat terletak bersebelahan dengan kamar mandi pasien dan selalu dalam kondisi terkunci. Area penyimpanan obat selama ini lebih banyak terdapat di ruang perawat karena ruang perawat lebih sering digunakan dibandingkan dengan ruang dokter. Sehingga memudahkan dalam mobilitas perawat ketika sewaktu-waktu dibutuhkan obat-obatan bagi pasien. Namun apabila dilihat standard yang dibutuhkan terhadap ruang perawat maka ada beberapa kebutuhan ruang lainnya. Antara lain fasilitas bagi penyimpanan barang pribadi perawat karena selama ini barang-barang pribadi perawat diletakkan di lemari penyimpanan yang sama dengan barang pribadi pasien. Kemudian ruang interview dan diskusi dengan pihak keluarga. Ruangan ini sangat dibutuhkan sekali karena pihak keuraga juga memiliki peranan yang sama besarnya dengan perawat. Interview dan diskusi dengan phak keluarga selama ini seringkali dilakukan di ruang tamu dan ruang makan sehingga jika dilihat dari tempat yang digunakan maka akan sangat sulit mendapatkan tingkat pembicaraan yang intim ataupun pribadi atara perawat dan pihak keluarga. Untuk kebutuhan ruang yang terakhir

adalah ruang bagi diskusi dan terapi. Kegiatan tersebut selama ini tidak memungkinkan untuk dilaksanakan karena ruangan yang tidak memadai serta tenaga perawat yang terbatas jumlahnya. Sehingga pasien lebih banyak menghabiskan waktu yang dimilikinya di ruang tidur. Dari sisi penempatan keseluruhan ruang tersebut maka yang menjadi pertimbangan utama adalah pengawasan terhadap aktifitas pasien tersebut. Pengawasan yang ideal adalah ketika perawat memiliki keleluasaan pandangan terhadap aktifitas pasien.

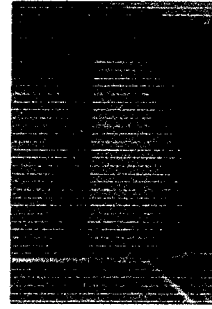
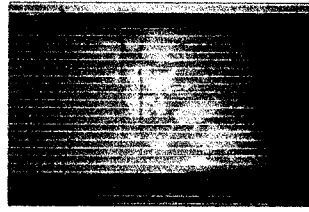
V.5. Keselamatan dan keamanan pasien di ruang kebersihan

V.5.1. Pasien tenang.

- A. Kedudukan Km/Wc terhadap ruang-ruang lain
- B. Sirkulasi pasien tenang ke/dari Km/Wc.
- C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas Km/Wc

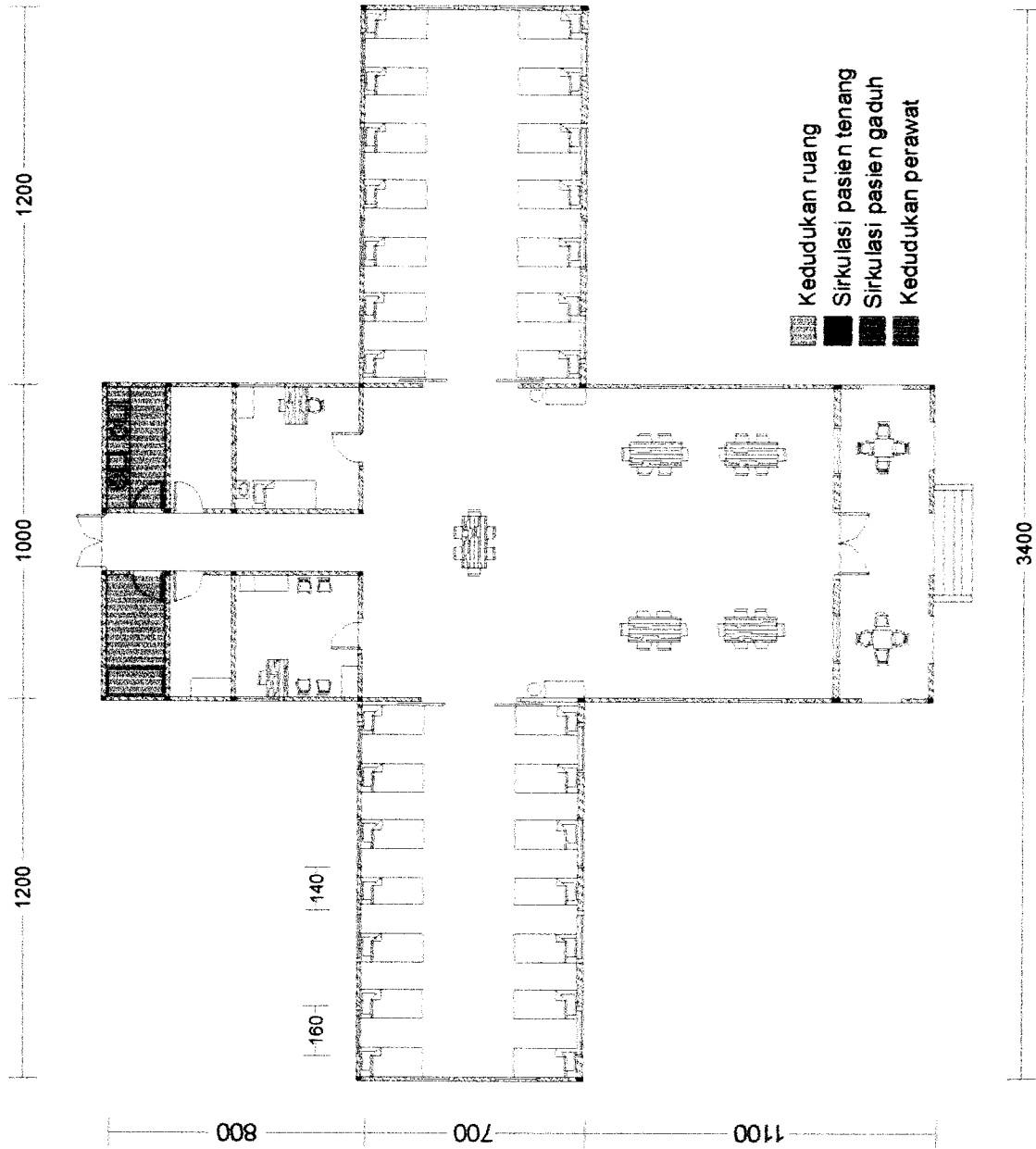
Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang kebersihan. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

**A. KEDUDUKAN RUANG
KEBERSIHAN TERHADAP
RUANG-RUANG LAIN**

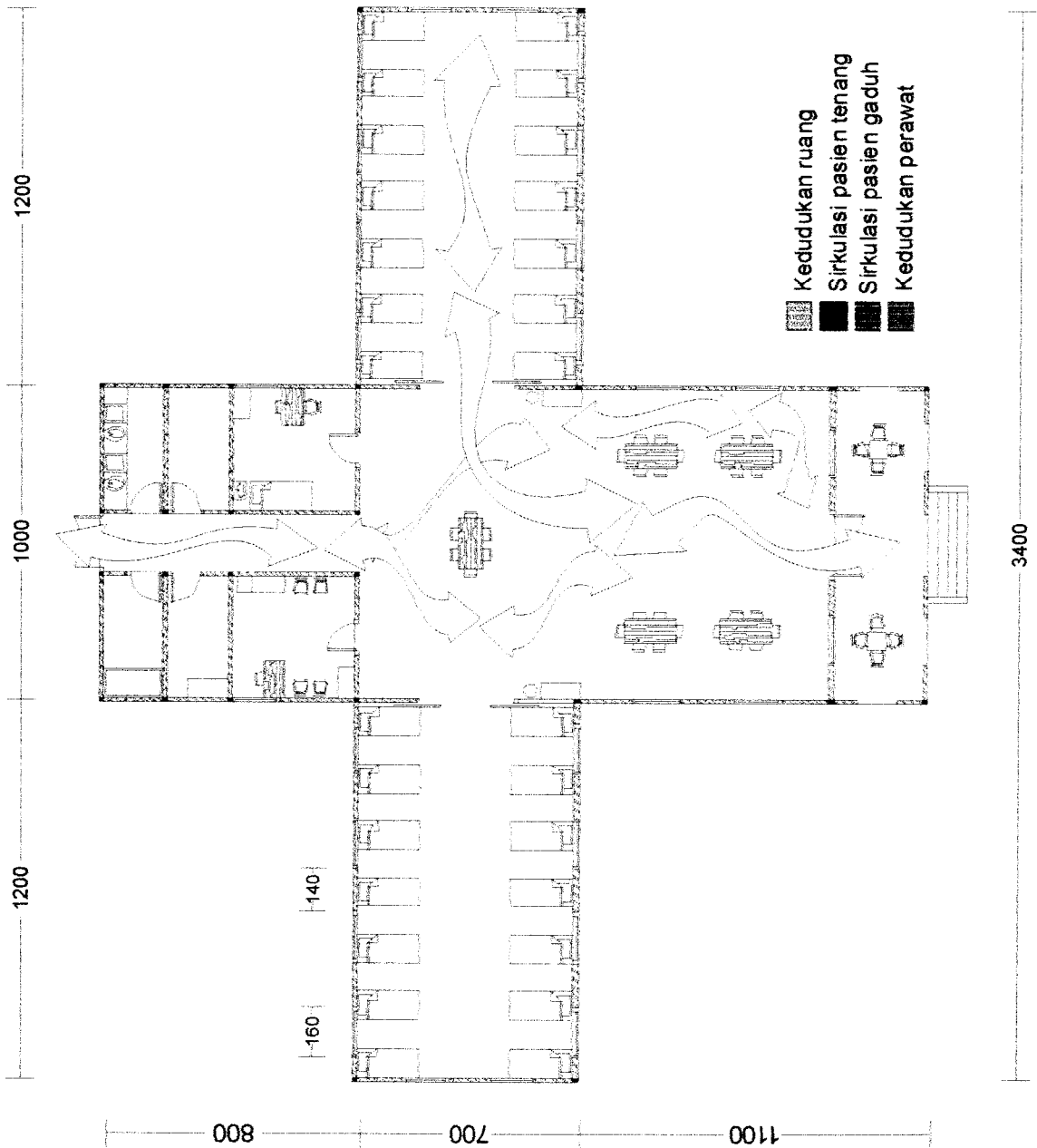


Barrier pada ruang tidur pasien

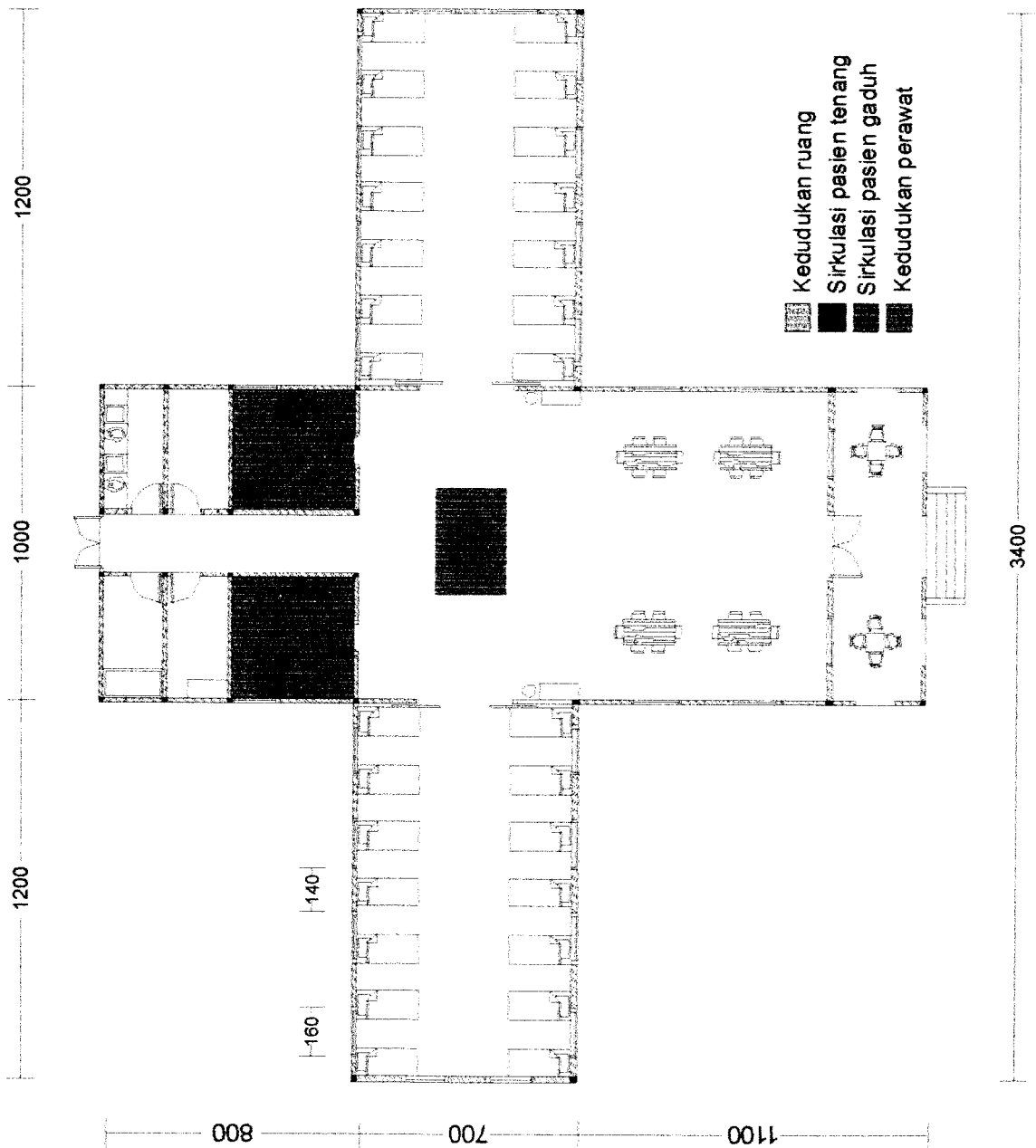
- tenang:
- Tembok
 - Lantai
 - Ventilasi dengan teralis 8 buah
 - Pintu 2 buah



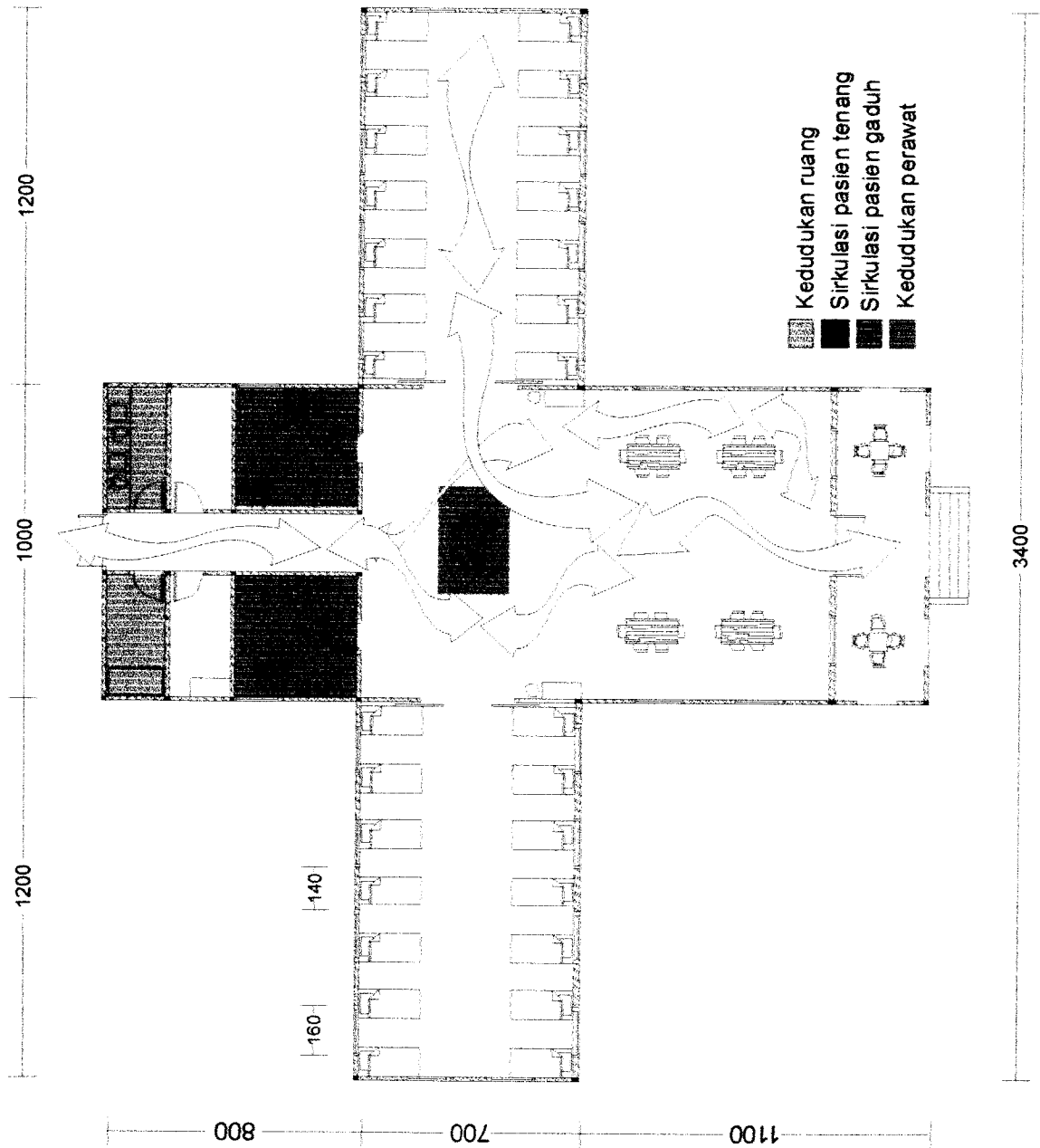
**B. SIRKULASI PASIEN
TENANG DARI/KE RUANG
KEBERSIHAN (KMWC)**



C. KEDUDUKAN PERAWAT
KETIKA ADA AKTIVITAS
KEBERSIHAN PASIEN
TENANG



HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS KEBERSIHAN
PASIEN TENANG DI RUANG
KEBERSIHAN



V.5.1.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien tenang di Km/Wc pasien merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Bagi pasien tenang yang dapat melakukan aktifitas di luar kamar tidur, sewaktu-waktu dapat menggunakan kamar mandi atau wc tanpa harus memberitahukan terlebih dahulu pada perawat. Sehingga peluang ini seringkali digunakan pasien tenang untuk melakukan hal-hal yang membahayakan. Kesulitan untuk memprediksi gangguan yang diderita pasien tenang seringkali menjadi penyebab utama terjadinya bunuh diri, melarikan diri, dan lain-lain. Pola perilaku bunuh diri memungkinkan terjadi ketika perawat beristirahat di ruang dokter. Pasien seringkali menggunakan teralis pada ventilasi udara yang jaraknya dari lantai hanya 2,50 meter sehingga sangat mudah sekali dijangkau dengan bantuan pijakan pada bak air. Sementara itu ruang dengan ketinggian 3 meter sering dimanfaatkan oleh pasien untuk melarikan diri melalui langit-langit juga dengan menggunakan pijakan pada bak air pada Kamar mandi/Wc dan hal ini terjadi ketika seluruh ruangan berada dalam kondisi terkunci.

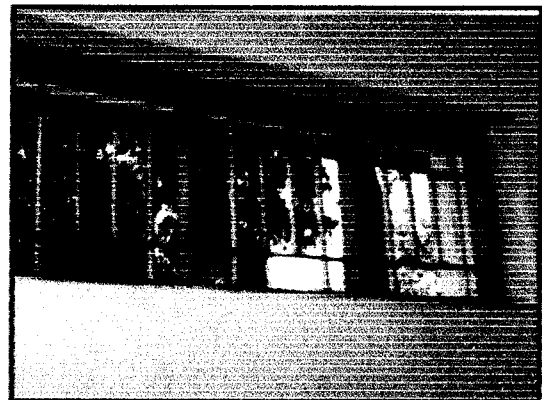
Letak kamar mandi dan wc yang berada di sisi belakang dari bangsal menyulitkan perawat ketika hendak melakukan fungsi pengawasan. Apalagi ketika perawat berada di ruang perawat dan dokter. Akan sangat sulit diketahui karena perawat tidak memiliki akses pandangan secara langsung terhadap ruang kebersihan tersebut. Sementara posisi/kedudukan dari meja pengawas di ruang makan, lebih baik dalam fungsi pengawasan bagi pasien yang tiba-tiba dapat menjadi agresif di kamar mandi/wc. Sementara itu kualitas ruang yang berhubungan dengan suasana/kondisi ruang tidak menjadi permasalahan yang khusus akan tetapi yang menjadi permasalahan adalah bagaimana kualitas ruangan tersebut dapat meminimalkan kemungkinan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

V.5.1.2. Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan pasien tenang di Km/Wc.

1. permasalahan keselamatan (bunuh diri) dan keamanan (melarikan diri) seringkali terjadi dengan memanfaatkan teralis pada ventilasi dan langit-langit
2. letak dari Km/WC yang berada disisi belakang bangunan menyulitkan dalam pengawasan terhadap aktifitas kebersihan pasien tenang.
3. pengawasan terhadap aktifitas kebersihan pada KM/WC lebih maksimal dilakukan pada meja pengawas di ruang makan.

V.5.1.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan pasien tenang di KM/WC antara lain :

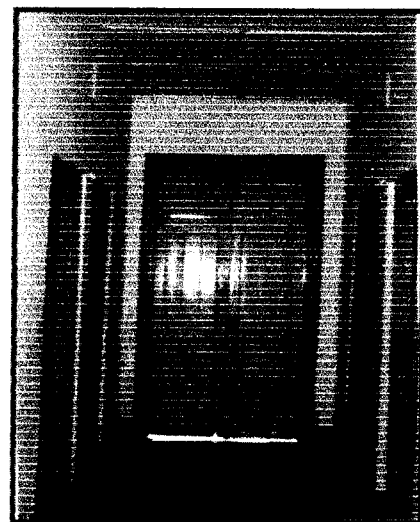
1. Karena pasien tenang dapat melakukan aktifitas di luar kamar tidur sehingga aktifitas kebersihan di KM/WC dapat dilakukan sendiri oleh pasien tenang tanpa harus diantarkan oleh perawat. sehingga fungsi pengawasan perawat menjadi kurang maksimal terhadap aktifitas kebersihan pasien tenang. Selama ini pola perilaku di KM/WC seperti bunuh diri seringkali memanfaatkan teralis pada ventilasi di kamar mandi atau WC. Sama halnya dengan teralis pada kamar tidur pasien gaduh, teralis di KM/WC memiliki peluang karena disain yang dimilikinya serta penempatannya memungkinkan untuk melakukan hal tersebut. Pola atau motif teralis yang renggang, dan berjarak cukup memudahkan pasien tenang untuk "mengaitkan" kain atau selimut yang digunakan untuk bunuh diri. Untuk dapat menjangkau teralis pada ventilasi tersebut pasien memanfaatkan bak air yang digunakan sebagai pijakan. Selain itu ketinggian teralis



Gambar V. 12 : Pola/motif teralis yang renggang dan letaknya yang terlalu rendah

(2,50 meter) juga memudahkan untuk menjangkaunya. Jumlah teralis pada ventilasi yang terlalu banyak terdiri dari 4 unit di KM dan 4 Unit di WC juga membuka peluang bagi pasien tenang untuk dapat menggunakannya. Kemudian untuk kemungkinan melarikan diri seringkali terjadi ketika seluruh ruang dalam kondisi terkunci, sehingga pasien memanfaatkan KM/WC untuk melarikan diri. Hal dimungkinkan karena ketinggian ruang pada KM/WC relatif lebih rendah dibandingkan dengan ruang-ruang lain yaitu (3 meter) sehingga pasien dengan menggunakan bantuan "pijakan" pada bak air pada KM/WC melarikan diri melalui langit-langit. Sehingga hal tersebut diatas mendasari perencanaan akan kebutuhan ruang tersebut. Teralis yang di berikan selain memberikan sirkulasi udara yang baik juga harus mempertimbangkan kemungkinan penggunaan yang salah oleh pasien mental.

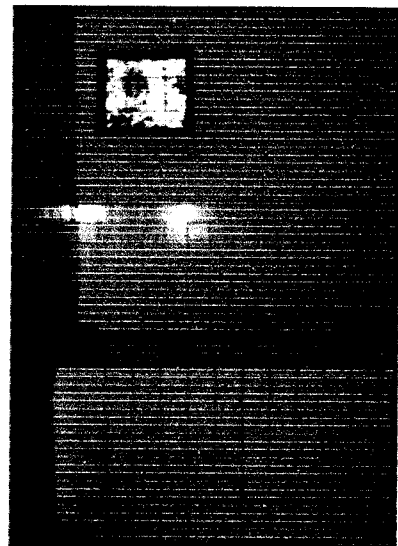
2. Keberadaan ruang kebersihan (KM/WC) yang berada di sisi belakang dari bangsal menyulitkan perawat dalam melakukan pengawasan. Ketika perawat berada di ruang medis maka perawat tidak memiliki keleluasaan pandangan secara langsung terhadap aktifitas tersebut. Hal ini terjadi karena pandangan tersebut terhalangi oleh tembok pembatas yang melingkupi ruang medis tersebut. Ketika pengawasan menjadi tidak maksimal maka membuka peluang terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan pasien pada saat melakukan aktifitas kebersihan di KM/WC. Hal ini seringkali terjadi pada kondisi malam hari dimana perawat lebih sering berada diruang medis. Kondisi malam hari merupakan kondisi yang paling rentan terhadap



Gambar V. 13 : Selasar yang memisahkan ruang medis dengan ruang kebersihan

permasalahan keselamatan dan keamanan karena ada banyak faktor yang berperan pada saat tersebut. Baik yang berhubungan dengan tingkat pengawasan perawat, kondisi ruangan, dan berbagai faktor lainnya.

3. Selama ini ketika aktifitas kebersihan berlangsung pada malam hari maka perawat lebih dominan berada di ruang medis. sementara ketika aktifitas kebersihan dilasanakan pada waktu siang hari perawat akan berada di meja pengawas pada ruang makan. Kedudukan perawat pada meja pengawas tersebut meminimalkan kemungkinan terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. Hal ini dimungkinkan karena pengawasan perawat menjadi sangat masimal karena memiliki keleluasaan pandangan terhadap keberadaan ruang kebersihan. Kedudukan perawat ini merupakan kedudukan yang sangat ideal bukan hanya untuk aktifitas kebersihan akan tetapi juga untuk aktifitas yang lainnya. Keterbatasan pandangan dari perawat serta kondisi ruangan yang mendukung memungkinkan untuk permasalahan keselamatan terjadi.



Gambar V. 14 : kondisi teralis yang mudah dijangkau menimbulkan permasalahan

V.5.2. Pasien Gaduh

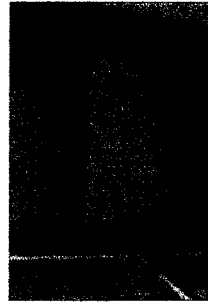
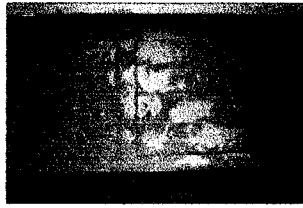
A. Kedudukan Km/Wc terhadap ruang ruang lain

B. Sirkulasi pasien gaduh ke/dari Km/wc

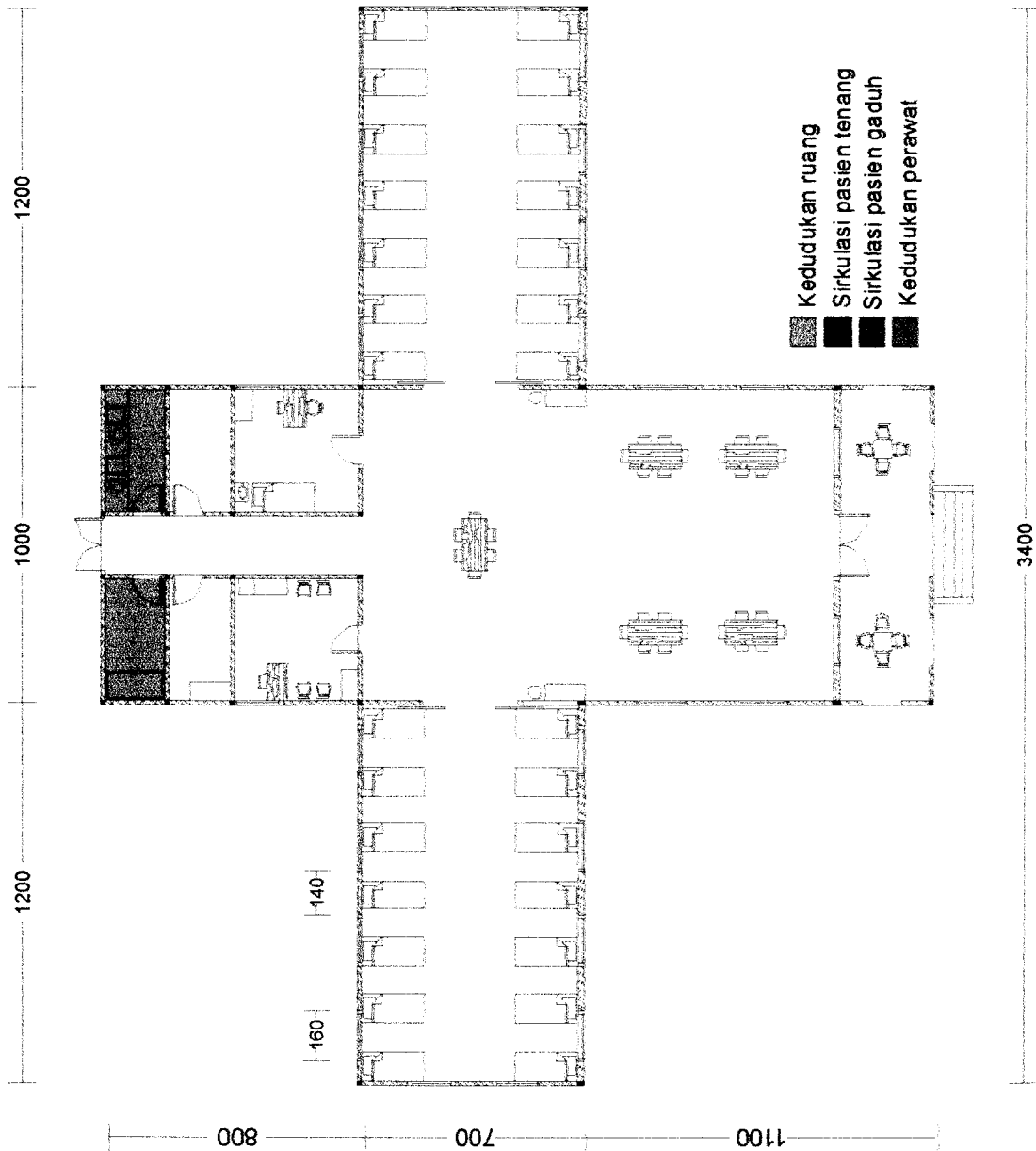
C. Kedudukan perawat ketika ada aktifitas Km/Wc

Tiga item diatas merupakan pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) yang terdapat diruang kebersihan. Kemudian pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) di super imposed sehingga nantinya dapat dilihat seperti apakah kecenderungan pasien terhadap tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2.

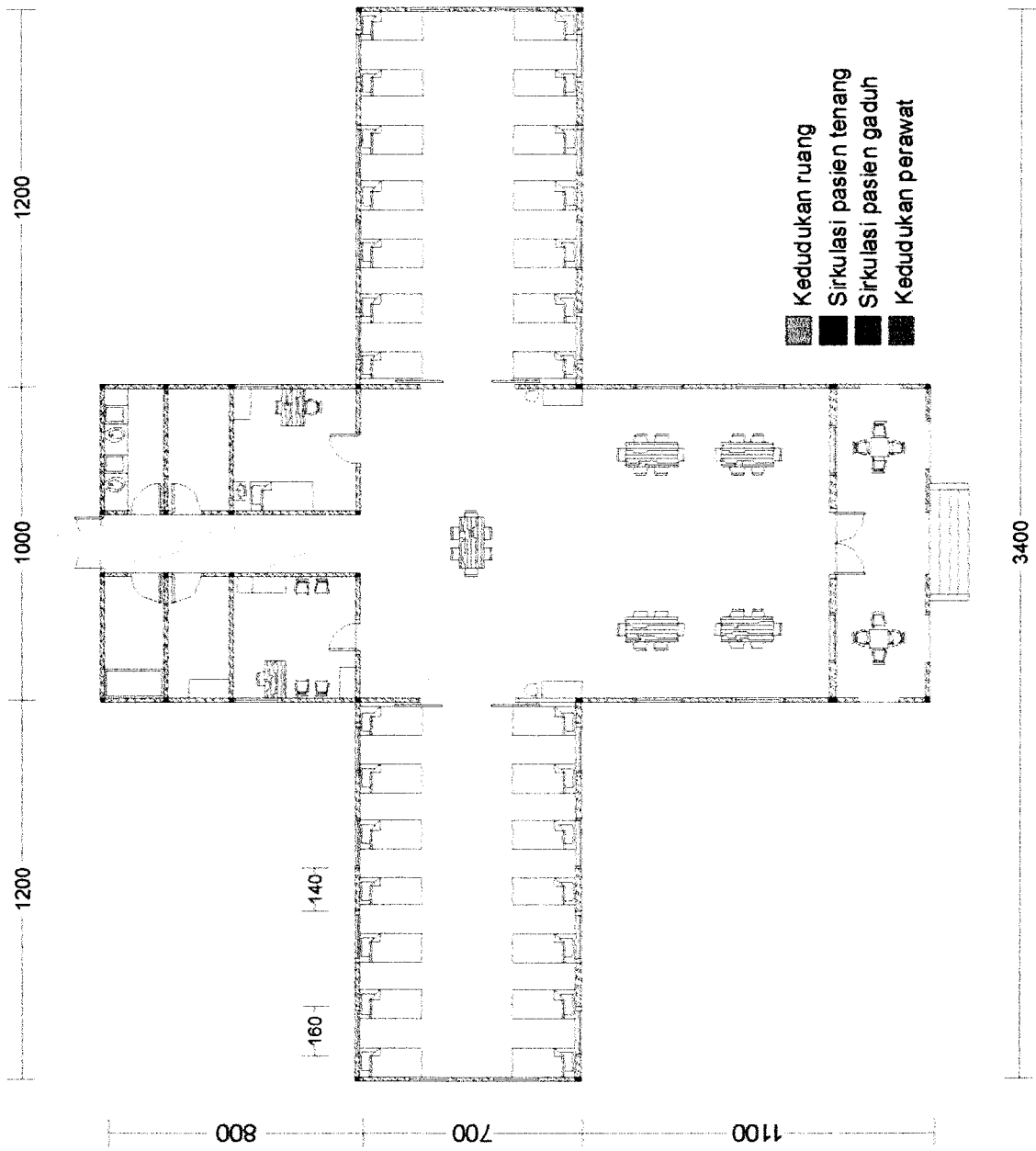
**A. KEDUDUKAN RUANG
KEBERSIHAN TERHADAP
RUANG-RUANG LAIN**



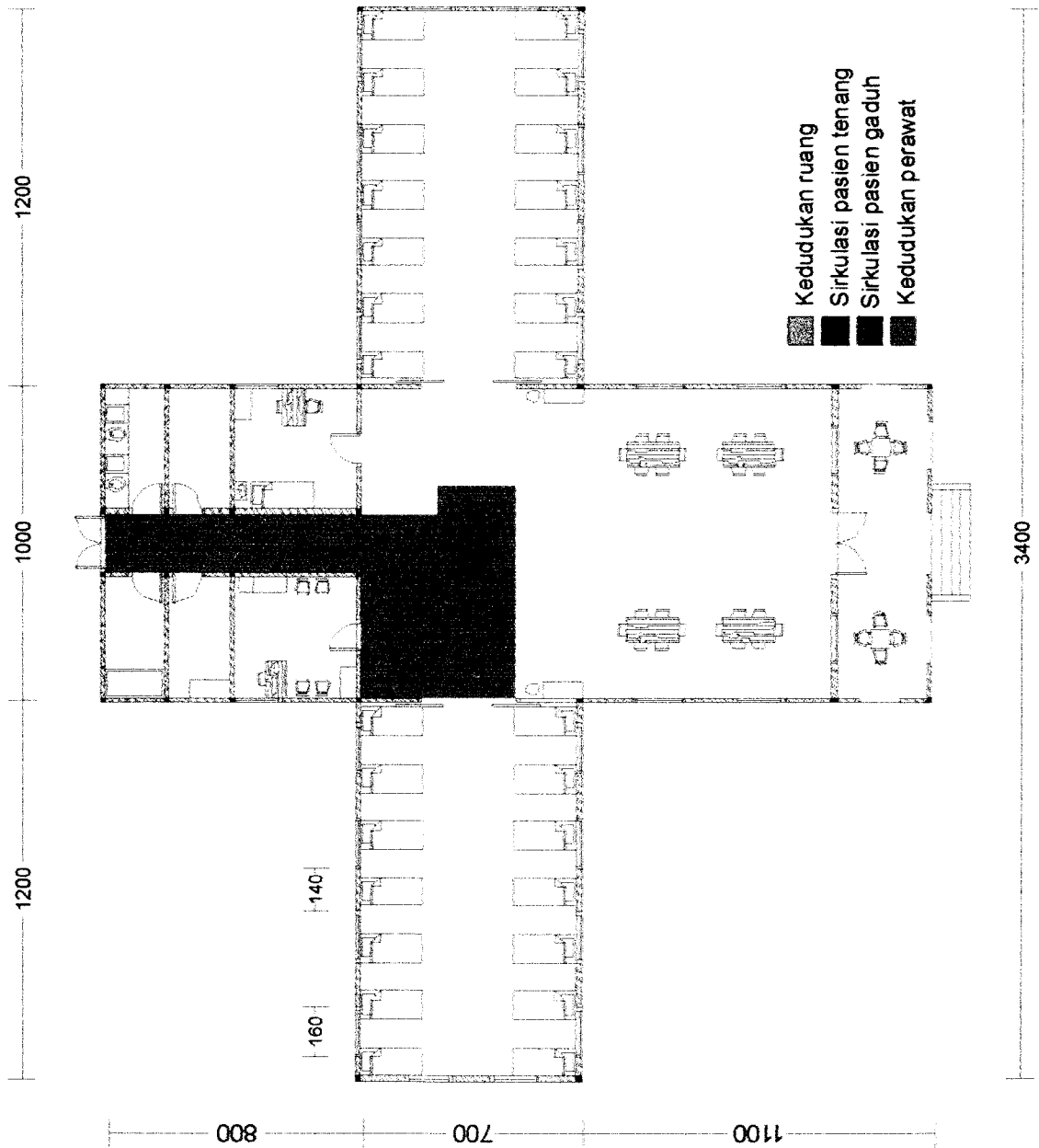
Barier pada ruang tidur pasien
tenang :
- Tembok
- Lantai
- Ventilasi dengan teralis 8 buah
- Pintu 2 buah



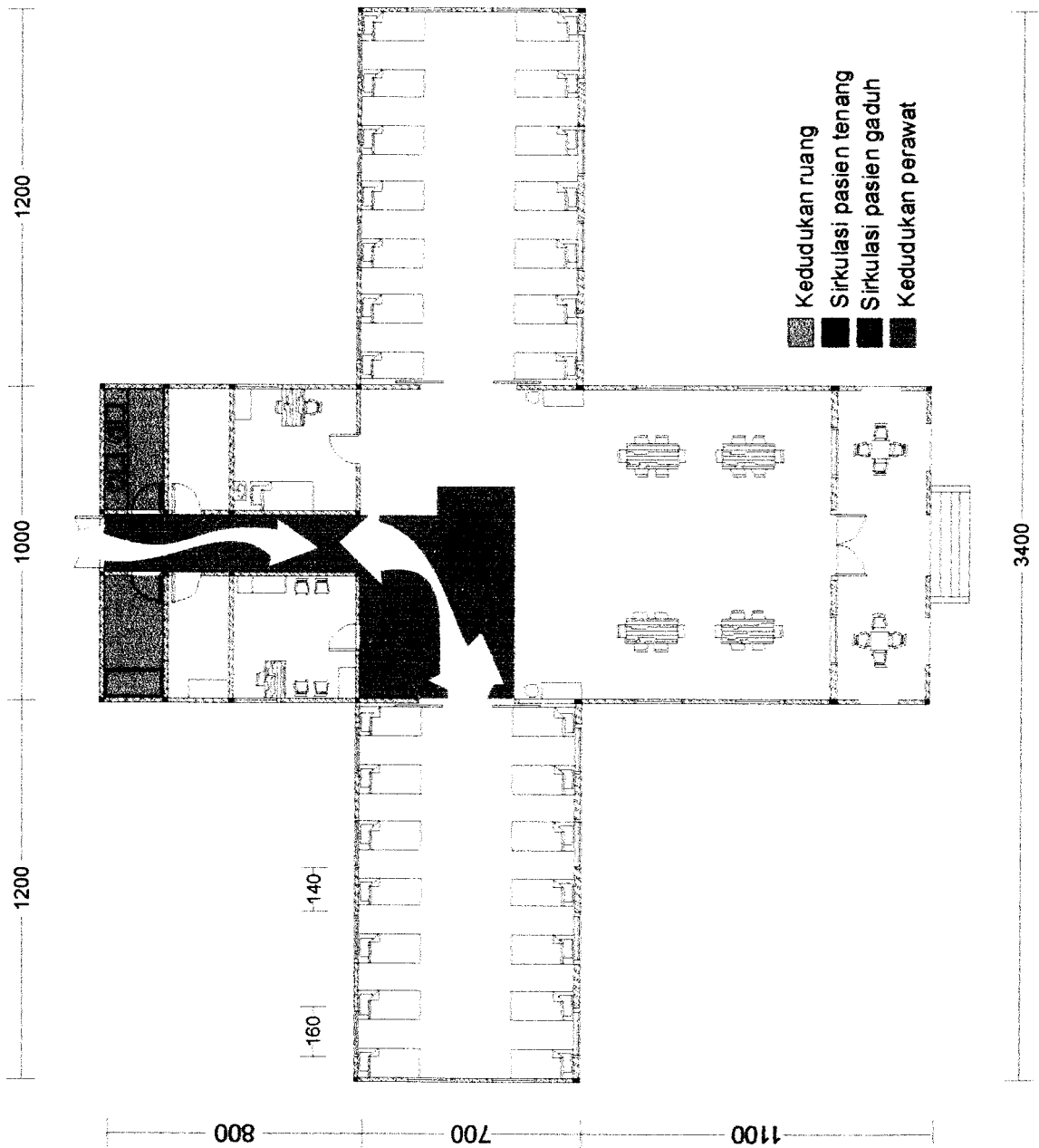
B. SIRKULASI PASIEN
GADUH DARI/KE RUANG
KEBERSIHAN (KM/WC)



**C. KEDUDUKAN PERAWAT
KETIKA ADA AKTIVITAS
KEBERSIHAN PASIEN
GADUH**



**HASIL SUPER IMPOSED
AKTIVITAS KEBERSIHAN
PASIEN TENANG DI RUANG
KEBERSIHAN**



V.5.2.1. Interpretasi keselamatan dan keamanan pasien gaduh di Km/Wc pasien merupakan hasil super imposed dari item A,B,C.

Sebagian besar pola perilaku pasien gaduh terhadap ruang kebersihan (KM/WC) memiliki persamaan dengan pasien tenang . Hal ini dimungkinkan karena ruangan yang digunakan merupakan ruangan yang sama. Untuk aktifitas kebersihan diri dari pasien gaduh telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah disusun oleh perawat. Namun ketika pasien hendak melakukan aktifitas tersebut diluar waktu yang ditentukan maka perawat akan menghantarkannya. Dan perawat akan melakukan fungsi pengawasan melalui meja pengawas yang berada diruang makan. Namun terkadang pasien gaduh ada yang berusaha untuk melarikan diri dan bunuh diri di KM/WC pasien ketika aktifitas tersebut berlangsung . Teralis pada Ventilasi udara dengan ketinggian 2,50 meter dari lantai dengan mudah terjangkau oleh untuk digunakan bunuh diri. Sementara ruangan dengan ketinggian 3 meter dapat digunakan untuk melarikan diri melalui bak air pada kamar mandi dan wc. Sehingga fungsi perawat harus benar-benar maksimal ketika aktifitas ini berlangsung, sementara itu kamar mandi dan wc yang tertutup akan menyulitkan perawat dalam pengawasan dari meja pengawas. Aktifitas kebersihan juga dapat dilakukan oleh pasien di ruang tidur di tempat yang telah disediakan namun karena tidak memadai nya fasilitas tersebut maka ruang tidur pasien gaduh seringkali menjadi kotor dan jorok serta tidak jarang menyebabkan pasien gaduh terjatuh karena air yang digunakan untuk aktifitas tersebut seringkali membasahi ruang yang ada.

V.5.2.2.Intisari dari interpretasi keselamatan dan keamanan pasien gaduh di KM/WC :

1. aktifitas kebersihan dari pasien gaduh yang dilakukan diluar ruangan harus senantiasa berada dalam pengawasan perawat. .
2. kondisi ruang KM/WC yang tertutup menyulitkan pengawasan terhadap aktifitas kebersihan di KM/WC sehingga sering kali terjadi pasien yang melarikan diri, bunuh diri, dan lain-lain

3. aktifitas kebersihan yang dilakukan di kamar tidur pasien gaduh menyebabkan ruangan menjadi licin sehingga menyebabkan pasien terjatuh/ terpeleset.

V.5.2.3. Penjelasan-penjelasan dari intisari keselamatan dan keamanan pasien gaduh di KM/WC antara lain :

1. melihat kecenderungan pola perilaku pasien gaduh maka setiap aktifitas yang dilakukan pasien gaduh diluar ruang tidur senantiasa harus mendapatkan perhatian yang lebih ekstra. Misalnya aktifitas kebersihan yang dilakukan di KM/WC pasien maka keberadaan perawat memiliki kapasitas yang lebih. Pasien yang dalam kesehariannya senantiasa berada di ruang tidur akan memanfaatkan kesempatan tersebut untuk melakukan hal-hal yang merugikan dirinya ataupun orang lain. Fungsi pengawasan terhadap aktifitas tersebut selama ini dilakukan perawat dari meja pengawas. Kedudukan perawat dari meja pengawas merupakan kedudukan yang paling ideal untuk mengantisipasi permasalahan kewanitaan dan keselamatan. Hal ini dimungkinkan karena perawat memiliki kelulasaan pandangan terhadap aktifitas kebersihan yang dilakukan oleh perawat.
2. Bila dilihat kondisi ruangan kebersihan maka terdapat peluang terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. Misalnya permasalahan keberadaan teralis dan ketinggian ruang pada kamar mandi terhadap aktifitas kebersihan pasien gaduh memiliki kesamaan dengan pasien tenang. Hal ini didasari pada penggunaan ruang yang sama antara pasien gaduh dengan pasien tenang. Namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan terutama dalam hal penempatan ruang kebersihan tersebut. Hal ini nantinya akan berdampak terhadap kapasitas dari ruang kebersihan tersebut. Karena ada pola pemanfaatan yang berbeda terutama yang berkaitan dengan permasalahan sirkulasi. Sehingga nantinya pertimbangan terhadap ruang kebersihan tersebut adalah

keberadaannya terhadap pasien gaduh dan proses sirkulasinya. Penempatan itu sendiri akan berkaitan dengan proses pengawasan dari perawat yang tidak boleh dilupakan karena memiliki peranan yang penting terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. Selama ini keberadaan ruang kebersihan yang berkedudukan di sisi belakang dari bangsal sangst menyulitkan perawat dalam melakukan fungsi pengawasannya walaupun perawat akan berada di meja pengawas namun perawat tidak memiliki keleluasaan pandangan terhadap aktifitas tersebut.

3. Aktifitas kebersihan kecil yang berada di ruang tidur di berikan untuk mengantisipasi sewaktu-waktu bagi pasien yang hendak melakukan aktifitas kebersihan kecil. Namun karena gangguan yang diderita pasien gaduh sulit memfungsikan fasilitas tersebut. Selain itu fasilitas tersebut belum cukup layak dan memadai. Hal inilah yang menyebabkan lantai pada ruang tidur menjadi jorok dan kotor. Kondisi lantai yang licin inilah yang sering kali membuat pasien gaduh terjatuh di ruang tidur. Jika dilihat dari sisi kesehatan maka kondisi ruang tidur menjadi kurang sehat dengan fasilitas yang berada tepat di tengah-tengah. Selain itu jika dilihat dari segi privasi terhadap aktifitas kebersihan maka pasien seolah-olah tidak memiliki privasi dalam melakukan aktifitas kebersihan. Namun ada juga pasien yang cukup tenang yang ingin melakukan aktifitas kebersihan tersebut di KM/WC pasien. Keadaan ini seringkali terjadi pada saat perawat masih cukup efektif melakukan pengawasan. Ketika perawat berada di ruang medis maka kemungkinan tersebut menjadi kecil karena kondisi ruang medis yang tertutup membuat keterbatasan secara visual dan akustik dari perawat.

V.6. Keselamatan dan keamanan pasien di bangsal P3/Klas2

Dalam pembahasan terdahulu permasalahan keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa dilihat dari keberadaan setiap ruang yang ada di bangsal P3/Klas 2. Namun dalam pembahasan kali ini permasalahan

keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa di lihat dari satu kesatuan utuh tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2. Dan yang menjadi pedoman dalam pembahasan kali ini adalah kesimpulan dari penjelasan-penjelasan diatas mengenai keselamatan dan keamanan pasien disetiap ruang pada Bangsal P3/Klas 2. Kesimpulan dari penjelasan-penjelasan setiap ruang tersebut disusun berdasarkan kategorisasi elemen-elemen tata ruang dalam.

TABEL : V. 1. KESIMPULAN DARI PENJELASAN-PENJELASAN DIATAS BERDASARKAN ELEMEN-ELEMEN TATA RUANG DALAM

NAMA RUANG	KONDISI RUANGAN (lantai-dinding-langit-langit)	HUBUNGAN/ ORGANISASI RUANG	PERABOTAN/ FURNITURE
Ruang Tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pada saat hujan lantai menjadi licin karena kondisi ruangan yang minim elemen pembatas berupa dinding, selain itu kondisi ini membuat lantai lembab sehingga berdampak terhadap kesehatan. • Pasien lebih menyukai aktifitas kunjungan keluarga karena kondisi ruang yang terbuka dan tanpa pembatas yang dominan membuat keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitar. 	<ul style="list-style-type: none"> • kedudukan perawat di meja pengawas pada ruang makan yang berjarak 14,5 meter dari ruang tamu serta perletakan perabot yang terhalang oleh dinding dan jendela menyebabkan lambatnya antisipasi terhadap kemungkinan pasien terjatuh. • Permasalahan keamanan tidak mendominasi karena pasien relatif tenang dan kooperatif serta pengawasan dari pihak perawat dan keluarga cukup maksimal. • Kondisi ruang tamu yang berada di sisi terdepan dari bangsal sering kali membuat ruang tamu menjadi ruang tunggu,transisi, ruang istirahat dll. Sehingga membuat aktifitas tersebut menjadi sedikit terganggu dandidak memungkinkan terjadinya interaksi yang baik antara pasien dan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • perabotan dari bahan plastik lebih aman dan tidak membahayakan dibanding-kan kaca karena relatif lebih kuat. tahan lama. memberi kesan higienis. bersih serta tersusun dalam satu kesatuan utuh.

<p>Ruang Makan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruangan pada malam hari secara psikologis menciptakan ketegangan bagi pasien dimana ruang makan dalam kondisi ruangan tertutup dengan ketinggian langit-langit 4,20 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata serta minimnya jumlah perabotan. Namun kondisi ini pada siang hari dapat diminimalkan dengan kehadiran jendela dengan bukaan-bukaan yang lebar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedudukan ruang makan menjadi pengikat terhadap ruang-ruang lain membuat ruang makan menjadi multi fungsi mulai dari fungsi makan, tamu, medis dan pengawasan. • Pengawasan terhadap aktifitas seluruh aktifitas pasien dari meja pengawas di ruang makan merupakan kedudukan yang paling ideal karena terletak di tengah diantara 2 pintu kamar tidur dan 2 pintu akses utama bangsal. • Kedudukan ruang makan yang berada ditengah sehingga menjadi pengikat terhadap ruang lain membuat seluruh pola sirkulasi senantiasa melewati ruang makan sehingga penyelesaian berbeda terhadap elemen ruang mutlak diperlukan. • Kedudukan ruang makan yang menjadi pengikat terhadap ruang lain serta kapasitas yang dimilikinya membuat ruang makan berpotensi menjadi ruang percakapan kecil yang intim, ruang permainan, ruang dansa, musik untuk kelompok 16-24 orang. 	<ul style="list-style-type: none"> • perabotan makan yang terbuat dari bahan plastik dan melamin relatif lebih aman terhadap pasien, kuat, tahan lama dibandingkan dari bahan kaca serta kesan yang ditimbulkan plastik lebih ringan dan higienis.
<p>Ruang Tidur pasien tenang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kemungkinan pasien melarikan diri dari jendela diantisipasi dengan meletakkan kunci jendela-jendela tersebut pada bagian terluar dari jendela pada bangsal. Sehingga pasien kesulitan untuk menjangkaunya. • Kondisi ruang tidur pasien tidak jauh berbeda dengan kondisi ruang- 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemisahan ruang tidur antara pasien tenang dan pasien gaduh dilakukan karena perbedaan mendasar dari sifat dan karakteristik pola perilaku pasien dimana pasien tenang lebih kooperatif namun pasien gaduh sulit sekali diprediksi pola perilakunya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimnya jumlah perabotan di ruang tidur, dan disain perabotan yang sederhana, minimalis dan terbentuk dalam satu kesatuan yang utuh meminimalkan permasalahan keselamatan. dan membatasi

	<p>ruang lain dengan ketinggian 4 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata, dan ruang dalam kondisi tertutup pada malam hari menimbulkan perasaan ketegangan dan ketertutupan. Namun berbeda ketika siang hari keberadaan jendela dan intensitas pemakaian yang rendah meminimalkan keadaan tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilihat dari kapasitas luasan yang dimilikinya dinding, lantai dan langit-langit elemen tersebut berperan dalam menentukan suasana dan psikologis pasien didalam ruang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan perawat terhadap aktifitas tidur pasien dari ruang perawat menjadi tidak maksimal karena terpisahkan oleh ruang makan sehingga membatasi pandangan secara langsung. 	<p>pergerakan perabot mengantisipasi permasalahan keamanan.</p>
<p>Ruang Tidur pasien gaduh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teralis yang memiliki disain, pola, dan motif yang rumit/rapat seringkali digunakan untuk bunuh diri dan membuat kesan keterkurungan semakin kuat. Sementara itu teralis dengan luasan yang besar seringkali dimanfaatkan sebagai pijakan/landasan untuk melarikan diri melalui langit-langit. • Kondisi ruang pasien gaduh yang tidak jauh berbeda dengan ruang tidur pasien tenang menimbulkan perasaan tegang dan ketertutupan. Hal ini lebih dominan terjadi pada malam hari dimana semakin diperkuat dengan penggunaan teralis. • Keberadaan fasilitas kebersihan kecil di ruang tidur menyebabkan lantai menjadi licin sehingga seringkali membuat pasien terjatuh. Selain itu dari sisi kesehatan dan privasi pasien fasilitas tersebut belum 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan perawat pada kedudukan perawat di ruang medis menjadi tidak maksimal karena terhalangi oleh ruang makan. Sehingga membuka peluang terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimnya jumlah perabotan di ruang tidur, dan disain perabotan yang sederhana, minimalis dan terbentuk dalam satu kesatuan yang utuh meminimalkan permasalahan keselamatan, dan membatasi pergerakan perabot mengantisipasi permasalahan keamanan

	<p>memadai.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lantai, dinding, dan langit-langit dilihat dari kapasitas luasan yang dimilikinya berperan besar dalam menciptakan interaksi yang baik antara pasien dengan lingkungan yang melingkupinya. 		
Ruang Medis	<ul style="list-style-type: none"> • Suasana/ kondisi ruang medis tidak terlalu berpengaruh terhadap pasien karena intensitas pemakaian ruang yang relatif singkat/ dalam waktu tertentu saja, dan hanya dapat difungsikan oleh perawat. • Ruang medis yang hanya dapat difungsikan oleh perawat serta fungsi ruang medis yang digunakan sebagai ruang pengawasan menutup kemungkinan permasalahan dan keamanan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsi pengawasan dari ruang medis tidak efektif karena terhalang oleh ruang makan. Sehingga pertimbangan utama terhadap keberadaan ruang medis adalah keleluasaan pandangan langsung perawat dalam melakukan pengawasan terhadap aktifitas pasien. • Beberapa kebutuhan dasar ruang perawat pada ruang medis sudah terpenuhi namun kebutuhan akan area penyimpanan barang pribadi perawat, ruang interview dan diskusi dengan pihak keluarga, dan ruang diskusi dan terapi belum diberikan. Sehingga hal-hal tersebut belum bisa dilaksanakan karena keterbatasan tempat dan tenaga perawat. 	
KM/WC Pasien tenang	<ul style="list-style-type: none"> • Teralis yang jumlahnya terlalu banyak, dengan pola disain yang renggang, dan terletak pada ketinggian 2,50 meter dari lantai memudahkan bagi pasien untuk digunakan bunuh diri dengan cara mengaitkan sesuatu pada teralis tersebut. Sementara itu ketinggian ruang yang hanya 3 meter seringkali dimanfaatkan pasien untuk melarikan diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Letak KM/WC yang berada disisi belakang bangsal menyulitkan perawat dalam melakukan pengawasan dari ruang medis terhadap aktifitas kebersihan pasien tenang sehingga membuka peluang terhadap permasalahan keselamatan dan keamanan. • Pengawasan perawat dari meja pengawas terhadap aktifitas 	

	melalui langit-langit dengan menggunakan pijakan/landasan pada bak air.	kebersihan merupakan kedudukan pengawasan yang paling ideal.	
KM/WC Pasien Gaduh	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruang kebersihan yang tertutup menyulitkan perawat dalam melakukan pengawasan terhadap aktifitas tersebut sehingga walaupun perawat berada di meja pengawas bukan berarti menutup kemungkinan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan. • Dilihat dari penempatannya maka fasilitas kebersihan di ruang tidur seringkali menyebabkan lantai menjadi licin. Selain itu jika dilihat dari segi privasi dan kesehatan pasien maka fasilitas tersebut tidak memadai. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedudukan perawat pada meja pengawas di ruang makan merupakan kedudukan yang ideal terhadap aktifitas kebersihan pasien gaduh di luar ruang tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perabotan karena fungsinya yang tidak terlalu berperan di ruang kebersihan sehingga baik dari segi jenis dan jumlahnya tidak terlalu berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien

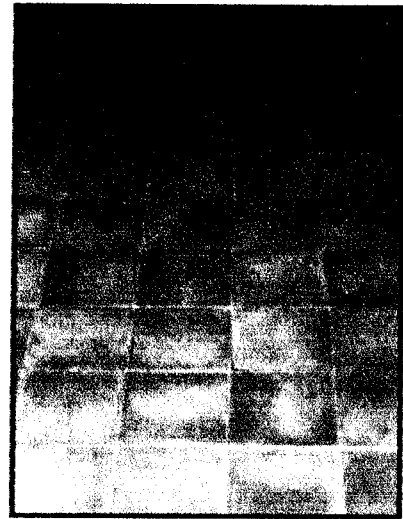
Tabel diatas merupakan kesimpulan dari penjelasan-penjelasan mengenai keselamatan dan keamanan pada setiap ruang di bangsal P3/Klas 2 kemudian di susun berdasarkan elemen-elemen tata ruang dalam. Tabel tersebut bersama dengan data mengenai kecenderungan pola perilaku pasien menjadi acuan bagi elemen-elemen ruang yang akan di gunakan. Tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 merupakan perpaduan antara elemen pembatas ruang dalam (lantai,dinding,langit-langit) dan elemen penunjang ruang dalam (perabotan dan hubungan/organisasi ruang).Berikut pembahasan elemen tata ruang dalam di bangsal P3/Klas 2.

V.6.1. Elemen pembatas ruang dalam

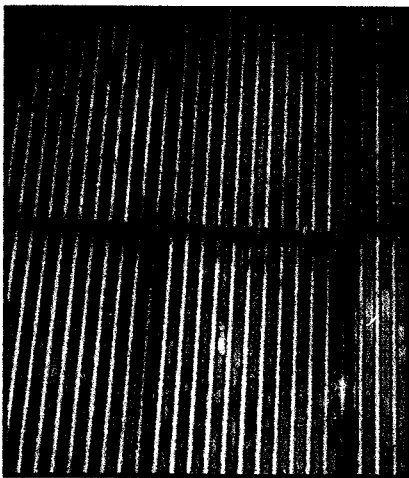
V.6.1.1. Lantai

Seluruh ruang yang terdapat di bangsal P3/Klas 2 hampir memiliki jenis dan karakteristik elemen lantai yang sama. Tidak terdapat perbedaaan yang besar pada elemen lantai tersebut, yang membedakan hanyalah luasan lantai. Hal ini terjadi karena luasan dari ruangan yang berbeda.

Perbedaan elemen lantai hanya terdapat pada ruang kebersihan (km/wc). Dimana karakteristik elemen lantai tersebut lebih bertekstur kasar dibandingkan elemen lantai ruang-ruang yang lain. Selain itu warna dari elemen lantai di ruang kebersihan cenderung lebih cerah. Jika dilihat dari fungsi yang berbeda dari setiap ruang yang terdapat di bangsal P3/Klas 2 maka sebaiknya lantai pun di bedakan menurut fungsi yang menaunginya. Karena lantai menunjang fungsi atau kegiatan yang terjadi didalam ruang, dapat memberi karakter dan dapat memperjelas sifat ruang¹¹. Selama ini elemen lantai pada bangsal merupakan lantai



Gambar V. 15 : Kondisi lantai yang gelap berdampak terhadap ruangan



Gambar V. 16 : Kondisi lantai yang terang terdapat pada km/wc

tegel keramik. Tegel keramik ukurannya relatif kecil, berupa unit-unit modul yang terbuat dari tanah liat atau campuran porselin, jenis dari tanah liat biasanya tidak berglazur, dengan warna asli tanah liat¹². Elemen lantai ini cenderung memberikan efek gelap terhadap ruang. Sehingga kesan ruang pun menjadi berat.

Permukaan lantai yang berwarna terang akan memantulkan lebih banyak cahaya yang jatuh diatas permukaan tersebut dan membuat suasana ruang menjadi lebih terang dibandingkan dengan lantai yang berwarna gelap dan bertekstur¹³. Selain itu lantai yang berwarna terang akan meningkatkan tingkat kekuatan cahaya dalam ruang,

¹¹ Pamudji Suptandar., *Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam 2.* (Yogyakarta: Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan Ull 1982) hal 2

¹² Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 170

¹³ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 165.

sedangkan lantai yang berwarna gelap akan menyerap sebagian besar cahaya yang jatuh dipermukaannya. Hal inilah yang membuat kondisi atau suasana ruangan di bangsal P3/Klas 2 menjadi suram dan tegang bagi pasien. Karena ketika kondisi malam hari dimana seluruh ruangan dalam keadaan tertutup serta pencahayaan buatan pun tidak merata ke seluruh ruang maka kesan keterkurungan dari pasien pun semakin terasa. Terlebih terhadap ruang tidur yang intensitas pemakaiannya lebih lama dibandingkan dengan ruang-ruang lain. Namun ada beberapa keuntungan dari lantai yang berwarna gelap, diantaranya adalah bagian dari strategi menyembunyikan kotoran yang terdapat di lantai akan tetapi hal ini tidak menjadi permasalahan yang utama. Selain memiliki karakteristik dari elemen lantai yang nantinya digunakan sesuai dengan fungsi ruang yang disandangnya pemilihan material elemen lantai juga mempertimbangkan kekuatan yang dimiliki elemen tersebut. Karena tidak seperti dinding dan langit-langit, lantai menyalurkan kualitas fisiknya, tekstur dan kepadatannya langsung kepada kita ketika kita berjalan diatas permukaannya¹⁴. Sehingga elemen lantai harus dapat menahan beban yang berada diatasnya. Untuk kekuatan dan kemudahan pemeliharaan, material lantai harus tahan terhadap kotoran, kelembaban, minyak dan noda, khususnya untuk bagian-bagian lantai yang digunakan untuk bekerja dan daerah lalu lalang¹⁵.

Karena yang menjadi pertimbangan utama adalah permasalahan keselamatan dan keamanan, penyelesaian yang berbeda terhadap elemen lantai mutlak di butuhkan terhadap pasien mental. Perbedaan tersebut dapat mengacu pada kecenderungan pola perilaku pasien dan kondisi setiap ruang dilingkungan bangsal P3/Klas 2, namun tetap dengan mempertimbangkan permasalahan keselamatan dan keamanan. Berikut penggunaan elemen lantai yang disesuaikan dengan pola perilaku pasien dan beberapa kesimpulan dari penjelasan-penjelasan mengenai kondisi

¹⁴ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 166

¹⁵ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 164.

ruangan-ruangan di bangsal P3/Klas 2 yang relevan dengan pembahasan mengenai lantai.

TABEL : V. 2
ELEMEN LANTAI YANG DIBUTUHKAN SESUAI DENGAN
POLA PERILAKU PASIEN DAN KONDISI RUANGAN

RUANGAN	KECENDERUNGAN POLA PERILAKU PASIEN	KONDISI RUANGAN BANGSAL P3/KLAS 2	ELEMEN LANTAI YANG DIBUTUHKAN
Rang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali terjatuh. • lebih kooperatif dan menyukai aktifitas kunjungan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pada saat hujan lantai menjadi licin karena kondisi ruangan yang minim elemen pembatas berupa dinding, selain itu kondisi ini membuat lantai lembab sehingga berdampak terhadap kesehatan. • Pasien lebih menyukai aktifitas kunjungan keluarga karena kondisi ruang yang terbuka dan tanpa pembatas yang dominan membuat keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lantai yang tahan tekanan dan beban. • Permukaan rata • Teksture halus, warna alami atau cerah dengan motif-motif yang akrab. • Mudah dibersihkan tidak licin, cepat kering ketika basah • Kedap air dan tidak lembab • Memiliki kemiringan 2-3 % sehingga memudahkan dalam pembersihan.
Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali berkelahi dengan pasien lain ketika aktifitas makan. • agresif (bersikap berlebihan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruangan pada malam hari secara psikologis menciptakan ketegangan bagi pasien dimana ruang makan dalam kondisi ruangan tertutup dengan ketinggian langit-langit 4,20 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata serta minimnya jumlah perabotan. Namun kondisi ini pada siang hari dapat diminimalkan dengan kehadiran jendela dengan bukaan-bukaan yang lebar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuat akan tekanan dan beban. • Lantai yang berteksture halus dan terang disesuaikan dengan kondisi ruang. • Mudah dibersihkan, tidak lembab. • Tidak licin, dengan warna warna dingin dan berkesan ringan. • Menggunakan motif-motif yang akrab. • Kedap air dan tidak lembab • Memiliki permukaan yang rata
Ruang tidur (pasien tenang dan pasien gaduh)	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri, berkelahi dengan pasien lain. • agresif (bersikap berlebihan). • melarikan diri. • menelantarkan diri (jorok/kotor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruang tidur pasien tidak jauh berbeda dengan kondisi ruang-ruang lain dengan ketinggian 4 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata, dan ruang dalam kondisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Lantai yang berteksture halus, terang. • Dengan warna dingin dan berkesan ringan. • Mudah dibersihkan • Tidak licin, mudah dalam perawatan

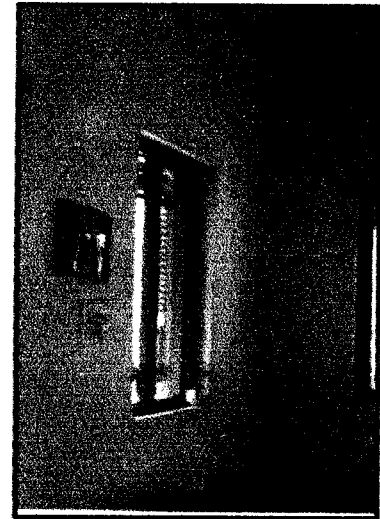
		<p>tertutup pada malam hari menimbulkan perasaan ketegangan dan ketertutupan. Namun berbeda ketika siang hari keberadaan jendela dan intensitas pemakaian yang rendah meminimalkan keadaan tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> Keberadaan fasilitas kebersihan kecil di ruang tidur menyebabkan lantai menjadi licin sehingga seringkali membuat pasien terjatuh. Selain itu dari sisi kesehatan dan privasi pasien fasilitas tersebut belum memadai. 	<ul style="list-style-type: none"> Tidak lembab, kedap air. Memiliki saluran khusus untuk memudahkan dalam pembesihan dengan kemiringan 2-3% kearah saluran pembuangan air. Memiliki permukaan yang rata.
Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> Cenderung lebih tenang, dan kooperatif 	<ul style="list-style-type: none"> Suasana/ kondisi ruang medis tidak terlalu berpengaruh terhadap pasien karena intensitas pemakaian ruang yang relatif singkat/ dalam waktu tertentu saja, dan hanya dapat difungsikan oleh perawat. 	<ul style="list-style-type: none"> Lantai yang bertekstur halus dan terang. Tidak licin, tidak lembab. warna-warna dingin dan berkesan ringan. Mudah dibersihkan.
Ruang Kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> Bunuh diri. Agresif (besikap berlebihan). Melarikan diri. Menelantarkan diri (jorok dan kotor). Terjatuh. 	<ul style="list-style-type: none"> Kondisi ruang kebersihan yang tertutup menyulitkan perawat dalam melakukan pengawasan terhadap aktifitas tersebut sehingga walaupun perawat berada di meja pengawas bukan berarti menutup kemungkinan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan. 	<ul style="list-style-type: none"> Teksture kasar dengan warna-warna cerah. Mudah dibersihkan. Tidak licin ketika dalam kondisi basah. Kedap air dan tidak lembab Memiliki kemiringan 2-3 % sehingga memudahkan dalam pembersihan.

Pemisahan ataupun perbedaaan elemen lantai pada setiap ruang selain merupakan bentuk penyelesaian yang berbeda terhadap pola perilaku didalamnya juga digunakan untuk mempertegas perbedaan antara ruangan-ruangan yang ada sehingga semakin memperkuat fungsi dari ruang tersebut. Ketegasan fungsi dari ruang tersebut akan membantu pasien dalam mengenali keberadaan dirinya serta aktifitas yang dilakukannya. Namun tidaklah cukup hanya dengan menggunakan elemen

lantai, sehingga harus lah ditunjang oleh keberadaan perabotan, penempatan ruang dan elemen-elemen lainnya.

V.6.1.2. Dinding

Dinding yang terdapat pada bangsal P3/Klas 2 selain berfungsi sebagai elemen pembatas ruang juga berfungsi sebagai elemen struktur. Ketika elemen dinding di fungsikan sebagai sebagai elemen struktur, dinding harus diatur dalam suatu pola yang dikoordinasikan dengan bentangan-bentangan struktur lantai dan atap yang dipikulnya, pada saat yang sama pola stuktur ini mulai menentukan kemungkinan-kemungkinan ukuran, bentuk dan tata letak ruang-ruang interiornya¹⁶. Hal ini berdampak terhadap pola ruang yang dihasilkan oleh dinding yang berfungsi sebagai struktur. Ruangan-ruangan pada bangsal lebih cenderung linear atau memanjang, sehingga fungsi dan elemen-elemen ruang yang lain menyesuaikan dengan kondisi ruang tersebut. Jika melihat karakteristik



Gambar V. 17 : Kondisi dinding berpengaruh terhadap suasana ruangan

kejiwaan dari pasien mental dewasa maka kualitas ruang yang linear relatif lebih baik. Karena memberikan kebebasan dan keleluasaan ruang gerak dari pasien ketika berada di ruang dalam tersebut. Hal ini dimungkinkan karena dinding yang berfungsi sebagai struktur meminimalkan penggunaan kolom. Namun hal ini berdampak terhadap skala ruang yang menjadi besar. Skala ruangan yang besar tersebut memiliki dampak psikologis terhadap pasien dimana ia menciptakan ketegangan bagi pasien.

Ketegangan muncul karena kurangnya kestabilan, komposisi yang tidak seimbang, penggunaan skala dan kontras yang ekstim dan lain-lain. Jika melihat keadaan dari ruang-ruang yang ada di bangsal P3/Klas 2

¹⁶ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga 1996) hal 176

secara keseluruhan dimana memiliki ketinggian ruang yang sebagian besar empat meter, pola ruang yang memanjang, pencahayaan yang kurang merata pada malam hari akan membuat suasana tegang, kesan keterkurungan dan ketertutupan akan semakin terasa. Berbeda ketika kondisi siang hari karena banyaknya bukaan-bukaan yang besar meminimalkan kondisi keterkurungan dan ketertutupan yang di hasilkan dinding. Elemen dinding yang berwarna terang (putih) selama ini berusaha meminimalkan kondisi tersebut. Dinding berwarna terang memantulkan cahaya secara efektif dan dapat dipakai sebagai latar belakang untuk elemen-elemen yang ada didepannya, dinding berwarna gelap menyerap cahaya, membuat ruang lebih sulit diterangi, dan menimbulkan kesan tertutup, intim¹⁷. Namun kondisi ini tidak terlalu berpengaruh ketika malam hari karena keberadaan jendela atau bukaan-bukaan yang terdapat pada dinding berada dalam kondisi tertutup selain itu warna yang terdapat pada bukaan (jendela) tersebut juga berwarna dingin. Warna dingin cenderung tertutup dan meningkatkan persepsi akan volume ruang. Sehingga dimungkinkan sekali pola perilaku pasien ikut juga ditentukan oleh kualitas ruangan yang ada. Efek cahaya yang dipantulkan oleh dinding juga ditentukan oleh tekstur dari dinding itu sendiri. Dinding yang halus lebih banyak memantulkan cahaya dari pada dinding dengan yang cenderung mengaburkan cahaya yang menyinari permukaannya¹⁸. Dinding juga dapat dilihat sebagai penghalang yang juga merupakan batas sirkulasi kita, memisahkan satu ruang dengan ruang disebelahnya dan menyediakan privasi visual maupun akustik bagi pemakai sebuah ruang¹⁹. Hal inilah yang menjadi permasalahan bagi ruang medis, dimana keleluasan pandangan secara langsung dari perawat terhadap ruang tidur pasien gaduh tidak maksimal, selain itu dinding yang juga merupakan struktur dengan ketebalannya membatasi tingkat akustik ketika perawat berada diruang

¹⁷ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 185

¹⁸ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 185

¹⁹ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 180

medis tersebut. Seringkali permasalahan keselamatan dan keamanan terjadi ketika perawat berada di ruang medis.

Kualitas sebuah ruang juga terkait erat dengan keberadaan bukaan-bukaan yang berada pada elemen dinding tersebut. Elemen tersebut akan mengurangi ketertutupan yang dihasilkan oleh dinding. Lubang bukaan pada atau antara bidang-bidang dinding memungkinkan kontinuitas dan gerak sirkulasi fisik kita diantara ruang-ruang tersebut, sekaligus sebagai jalan masuk cahaya, panas dan suara²⁰. Pada bangsal ketika siang hari kesan ketertutupan dan keterkurungan menjadi tidak begitu dominan karena terdapat bukaan-bukaan pada jendela yang lebar. Semakin besar ukurannya, lubang bukaan juga mulai mengikis kesan keterkurungan yang ditimbulkan oleh dinding, dan secara visual memperluas ruang karena menarik masuk ruang-ruang didekatnya²¹. Berikut beberapa elemen yang terkait dengan dinding yang mengurangi kesan ketertutupan yang dihasilkan oleh keberadaan dinding.

1. Pintu

Pintu juga merupakan bukaan yang terdapat pada dinding dan mengurangi efek ketertutupan yang dihasilkan oleh dinding. Melalui disain, konstruksi, dan lokasinya, pintu dan jalan masuk dapat mengendalikan penggunaan ruang, pandangan dari satu ruang keruang berikutnya dan masuknya cahaya, suara, udara hangat dan hawa sejuk²². Pada bangsal ada dua jenis pintu yaitu pintu berayun dan pintu sorong. Pintu berayun yang terdapat diseluruh ruang kecuali ruang tidur mempunyai beberapa karakteristik antar lain ²³: Engsel pintu terletak disamping ; bagi pintu yang berat atau lebar dapat diberi engsel putar pada bagian puncak dan dasar pintu ; paling nyaman untuk jalan masuk dan lalu lalang ; paling efektif untuk mengisolasi suara dan melindungi dari cuaca ; digunakan untuk eksterior dan interior ; membutuhkan ruang

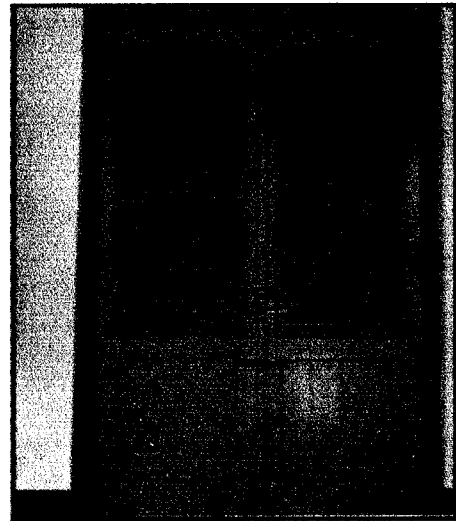
²⁰ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 181

²¹ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 181

²² Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 220

²³ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 222

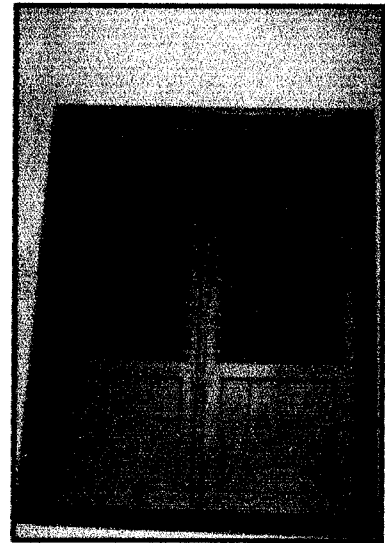
untuk jalur ayunannya. Namun berbeda dengan pintu yang terdapat pada ruang tidur pasien, dimana digunakan pintu sorong dengan dimensi yang besar. Pintu sorong digunakan untuk mengantisipasi pola perilaku pasien yang tidak terduga sewaktu-waktu. Dimana tingkat kekuatan pintu sorong lebih baik dari pada pintu berayun ketika ada desakan dari dalam ruang tidur. Selain itu pintu sorong relatif tidak membutuhkan ruangan yang luas dalam penggunaannya. Selama ini tingkat kekuatan yang dimiliki pintu-pintu pada bangsal P3/Klas 2 menutup kemungkinan pasien melarikan diri dengan mendobrak atau merusak pintu. Selain itu pintu yang terbuat dari bahan kayu cenderung lebih aman dibandingkan pintu dari bahan yang lainnya. Namun pintu dari bahan kayu yang terdapat di bangsal selama ini memiliki ketebalan yang besar sehingga berpotensi menciptakan kesan yang berat terhadap ruang tersebut. Kesan berat yang tercipta secara tidak langsung akan meningkatkan persepsi volume akan ruang tersebut. Dan ketika hal tersebut terjadi maka secara psikologis akan menciptakan ketegangan bagi pasien mental dewasa. Pintu jenis ayun dari bahan kayu tersebut dari segi disain relatif lebih baik dibandingkan dengan menggunakan pintu jenis lain karena proses penghawaan ruangan dapat di berikan oleh pintu tersebut. Selain itu sinar matahari pun masih bisa masuk kedalam ruangan melalui celah-celah atau rongga yang dimilikinya.



Gambar V.18 : pintu ayun yang memberikan kesan tertutup

2. Jendela

Ukuran, bentuk dan penempatan jendela mempengaruhi, integritas visual permukaan dinding dan perasaan tertutup yang dihasilkannya.²⁴ Sehingga peluang melihat ruang luar sangat membantu mengurangi kesan tersebut. Pandangan melalui jendela menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari ruang interior, jendela tidak hanya menyediakan fokus pandangan luar dari dalam sebuah ruang, jendela juga menyampaikan informasi visual kepada kita tentang dimana kita berada²⁵. Apabila dihubungkan dengan pasien mental maka pengenalan akan keberadaannya merupakan bagian dari terapi, selain itu hubungan dengan ruang luar juga membantu pemulihan pasien. Keberadaan jendela jika ditinjau dari permasalahan keselamatan dan keamanan maka ada beberapa hal yang akan menjadi pertimbangan.



Gambar V. 19 : jendela yang nyaman untuk penghawaan namun memberikan kesan tertutup

Selama ini disain jendela pada bangsal yang tersusun atas celah-celah/kisi-kisi memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Kisi-kisi pada jendela dapat memberikan aliran udara yang baik, mendistribusikan cahaya melalui celahnya sehingga penghawaan ruangan menjadi lebih baik. Namun ketika dalam kondisi tertutup semakin menambah kondisi tertutupnya sebuah ruang. Sementara itu dari segi keselamatan jendela harus tersusun dan terbuat dalam satu kesatuan yang utuh sehingga tidak mudah difungsikan untuk melukai ataupun telukai olehnya. Selain itu penggunaan unsur kayu relatif lebih aman dibandingkan dengan unsur-unsur lain. Untuk pertimbangan permasalahan keamanan hanya tinggal memilih jenis material kayu yang akan digunakan. Sehingga

²⁴ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 204

²⁵ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 206

memiliki kekuatan yang masih cukup maksimal terhadap peluang perilaku pasien melarikan diri. Selain itu antisipasi selama ini yang dilakukan di bangsal P3/Klas 2 adalah dengan meletakkan kunci pada jendela tersebut di bagian terluar dari jendela. Hal ini dilakukan agar kontrol terhadap penggunaan jendela tersebut hanya dapat dilakukan oleh perawat. Jendela ketika dihubungkan dengan kualitas ruangan maka pertimbangan dimensi dari jendela tersebut menjadi penting. Ketika kondisi siang hari jendela yang memiliki dimensi besar akan mengurangi kesan ketertutupan dan keterkurungan yang dihasilkan oleh dinding karena membuka peluang bagi ruang luar untuk dapat hadir di ruang dalam secara visual. Sementara itu ketika kondisi malam hari jendela dengan dimensi yang besar akan menambah kesan ketertutupan dan keterkurungan karena memiliki jendela yang berkisi-kisi menutup pandangan terhadap ruang luar serta warnanya yang dingin (biru/kebiru-biruan) juga menambah kesan ruang yang berat dan tertutup. Skala sebuah jendela tidak hanya berkaitan dengan bidang dinding disekelilingnya tetapi juga dengan dimensi kita sendiri, kita terbiasa dengan tinggi puncak jendela yang sedikit lebih tinggi dari tinggi kita dan ketinggian bagian bawah jendela yang setara dengan tinggi pinggang kita²⁶. Selain itu bahan kayu pembentuk jendela yang terbuat dari kayu dengan ketebalan yang besar pada bangsal selama ini secara psikologis berpotensi menciptakan ketegangan bagi pasien terutama pada malam hari. Karena ketebalan bahan yang dimiliki menciptakan kesan berat terhadap ruang sehingga meningkatkan persepsi terhadap volumen ruang tersebut. Pada akhirnya penggunaan elemen jendela harus benar-benar memperhatikan kualitas ruang yang ingin di hasilkan.

3. Teralis

Teralis menjadi permasalahan sendiri di bangsal P3/Klas 2. Jika melihat pola perilaku pasien maka teralis di ruang tidur pasien gaduh masih mutlak diperlukan karena teralis tersebut akan membatasi gerak dari

²⁶ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga 1996) hal 205

pasien untuk meninggalkan ruangan tidur pasien gaduh. Namun hanya tinggal disain dan dimensinya yang masih harus diperhatikan. Disain yang terlalu rumit dan membuat celah yang terlalu banyak membuka peluang untuk digunakan bunuh diri. Sementara dimensi yang terlalu besar mempermudah pasien melarikan diri dari langit-langit. Sehingga teralis sebaiknya hadir sebagai elemen ruang dalam yang tetap fungsional namun kesan keterkurungan yang muncul dapat diminimalkan dengan disain yang menarik. Disain yang menarik dapat diperoleh dengan menggunakan motif-motif / pola-pola yang akrab dengan pasien mental. Misalnya pola tanaman/tumbuhan sekitarnya. Sementara itu bahan teralis yang terbuat dari besi memberikan kesan kuat dan keras sehingga secara psikologis menimbulkan kesan keterkurungan bagi pasien. Selain itu teralis sebaiknya tetap memberikan keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitarnya ketika siang hari. Namun pada malam hari teralis tetap menjadi elemen ruang dalam yang menarik seolah-olah menjadi elemen dekoratif. Ketika tujuan tersebut diatas maka penggunaan-penggunaan diluar fungsi akan dapat diminimalkan.

Berikut penggunaan elemen dinding yang disesuaikan dengan pola perilaku pasien dan beberapa kesimpulan dari penjelasan-penjelasan mengenai kondisi ruangan-ruangan di bangsal P3/Klas 2 yang relevan dengan pembahasan mengenai dinding.

**TABEL : V. 3
KECENDERUNGAN POLA PERILAKU PASIEN DAN
KESIMPULAN DARI PENJELASAN MENGENAI KONDISI RUANGAN**

RUANG	KECENDERUNGAN POLA PERILAKU PASIEN	KONDISI RUANGAN BANGSAL P3/KLAS 2
Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali terjatuh. • lebih kooperatif dan menyukai aktifitas kunjungan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pada saat hujan lantai menjadi licin karena kondisi ruangan yang minim elemen pembatas berupa dinding, selain itu kondisi ini membuat lantai lembab sehingga berdampak terhadap kesehatan. • Pasien lebih menyukai aktifitas kunjungan keluarga karena kondisi ruang yang terbuka dan tanpa pembatas yang dominan membuat keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitar.

<p>Ruang makan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali berkelahi dengan pasien lain ketika aktifitas makan. • agresif (bersikap berlebihan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruangan pada malam hari secara psikologis menciptakan ketegangan bagi pasien dimana ruang makan dalam kondisi ruangan tertutup dengan ketinggian langit-langit 4,20 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata serta minimnya jumlah perabotan. Namun kondisi ini pada siang hari dapat diminimalkan dengan kehadiran jendela dengan bukaan-bukaan yang lebar.
<p>Ruang tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri, berkelahi dengan pasien lain. • agresif (bersikap berlebihan). • melarikan diri. • menelantarkan diri (jorok/kotor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruang tidur pasien tidak jauh berbeda dengan kondisi ruang-ruang lain dengan ketinggian 4 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata, dan ruang dalam kondisi tertutup pada malam hari menimbulkan perasaan ketegangan dan tertutupan. Namun berbeda ketika siang hari keberadaan jendela dan intensitas pemakaian yang rendah meminimalkan keadaan tersebut. • kemungkinan pasien melarikan diri dari jendela diantisipasi dengan meletakkan kunci jendela-jendela tersebut pada bagian terluar dari jendela pada bangsal. Sehingga pasien kesulitan untuk menjangkaunya • Teralis yang memiliki disain, pola, dan motif yang rumit/rapat seringkali digunakan untuk bunuh diri dan membuat kesan keterkurungan semakin kuat. Sementara itu teralis dengan luasan yang besar seringkali dimanfaatkan sebagai pijakan/landasan untuk melarikan diri melalui langit-langit • Lantai, dinding, dan langit-langit dilihat dari kapasitas luasan yang dimilikinya berperan besar dalam menciptakan interaksi yang baik antara pasien dengan lingkungan yang melingkupinya
<p>Ruang medis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cenderung lebih tenang, dan kooperatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Suasana/ kondisi ruang medis tidak terlalu berpengaruh terhadap pasien karena intensitas pemakaian ruang yang relatif singkat/ dalam waktu tertentu saja, dan hanya dapat difungsikan oleh perawat. • Ruang medis yang hanya dapat difungsikan oleh perawat serta fungsi ruang medis yang digunakan sebagai ruang pengawasan menutup kemungkinan permasalahan dan keamanan.

Ruang Kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri. • Agresif (besikap berlebihan). • Melarikan diri. • Menelantarkan diri (jorok dan kotor). • Terjatuh. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teralis yang jumlahnya terlalu banyak, dengan pola disain yang renggang, dan terletak pada ketinggian 2,50 meter dari lantai memudahkan bagi pasien untuk digunakan bunuh diri dengan cara mengaitkan sesuatu pada teralis tersebut. Sementara itu ketinggian ruang yang hanya 3 meter seringkali dimanfaatkan pasien untuk melarikan diri melalui langit-langit dengan menggunakan pijakan/landasan pada bak air. • Kondisi ruang kebersihan yang tertutup menyulitkan perawat dalam melakukan pengawasan terhadap aktifitas tersebut sehingga walaupun perawat berada di meja pengawas bukan berarti menutup kemungkinan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan.
------------------	---	---

Dari tabel kecenderungan pola perilaku pasien dan beberapa kesimpulan dari penjelasan-penjelasan mengenai kondisi ruang-ruang bangsal P3/Klas 2 maka dapat ditentukan seperti apakah elemen dinding yang dibutuhkan, termasuk didalamnya jendela, pintu, teralis.

Berikut tabel elemen-elemen ruang dalam berupa dinding, jendela, pintu, dan teralis yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan kesimpulan dari penjelasan-penjelasan kondisi ruang-ruang bangsal P3/Klas 2 :

**TABEL : V. 4 .
ELEMEN-ELEMEN RUANG DALAM
(dinding, jendela, teralis, dan pintu)
YANG DIBUTUHKAN SESUAI DENGAN POLA PERILAKU DAN KONDISI RUANGAN**

RUANG	DINDING	PINTU	JENDELA	TERALIS
Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Meminimalkan penggunaan elemen dinding. • Penggunaan warna-warna terang. • Teksture dinding halus dengan pencahayaan yang cukup 	<ul style="list-style-type: none"> • menggunakan pintu ayun yang efektif mengisolasi dari cuaca serta paling nyaman untuk sirkulasi • bahan terbuat dari kayu. Dan diberi warna dingin (biru, hijau kebiruan, biru, biru keunguan, ungu) • disain pintu yang menggunakan bahan kayu sebaiknya menimbulkan kesan ringan terhadap pada ruang 	<ul style="list-style-type: none"> • Sebaiknya tanpa elemen jendela 	<ul style="list-style-type: none"> • tanpa elemen teralis

<p>Ruang makan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • memberikan bukaan-bukaan lebar yang normal. • Memberikan lubang untuk ventilasi udara. • Warna-warna dinding menggunakan warna dingin • Teksture dinding halus dengan pencahayaan yang merata. • Dinding kedap air. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pintu ayun yang efektif mengisolasi dari cuaca. Nyaman untuk sirkulasi. • Bahan terbuat dari kayu dan diberi warna panas • Disain pintu tidak terkesan menutup/mengisolasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diberi jendela dalam ukuran normal dan diberi warna panas • Bahan terbuat dari kayu. • Disain jendela yang menggunakan bahan kayu sebaiknya menimbulkan kesan ringan terhadap ruangan. • Disain jendela tidak terkesan menutup /mengisolasi • Kunci pada jendela diletakkan pada bagian terluar 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanpa elemen teralis pada jendela
<p>Ruang tidur pasien tenang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • memberikan lubang untuk ventilasi udara. • Ketinggian dinding normal. • Warna dinding menggunakan warna-warna dingin. • Pencahayaan merata diseluruh ruang. • Teksture dinding halus dan kedap air. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pintu sorong yang aman terhadap kemungkinan pola perilaku pasien. • Bahan campuran kayu dan besi. • pintu diberi warna-warna panas. • Posisi kunci pada bagian luar pintu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bukaan jendela dalam ukuran normal • Bahan lebih baik dari kayu. • Diberi warna-warna panas • Kunci pada jendela terletak pada bagian luar jendela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanpa elemen teralis pada jendela.
<p>Ruang tidur pasien gaduh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan lubang untuk ventilasi udara. • Ketinggian dinding normal. • Warna dinding menggunakan warna-warna dingin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pintu sorong yang aman terhadap kemungkinan pola perilaku pasien. • Bahan campuran kayu dan besi. • pintu diberi warna-warna panas 	<ul style="list-style-type: none"> • Bukaan jendela dalam ukuran normal • Bahan lebih baik dari kayu. • Diberi warna- 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan teralis • Terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama. • Didisain dengan pola dan motif yang

	<ul style="list-style-type: none"> • Pencahayaan merata diseluruh ruang. • Teksture dinding halus dan kedap air. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi kunci pada bagian luar pintu 	<p>warna panas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunci pada jendela terletak pada bagian luar jendela 	<p>menarik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pola dan motif yang akrab dengan pasien. • Diberi warna cerah sehingga tidak terkesan seperti teralis. • Pada malam hari dapat menjadi unsur dekoratif.
Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> • Ketebalan dinding lebih kecil dibanding kan ruang lain • Warna dinding dingin dengan teksture halus dan pecahayaannya merata. • Kedap air beberapa bagian ada lubang ventilasi • Beberapa bagian dinding terbuka untuk dijadikan tempat pengawasan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pintu ayun • dengan bahan kayu dan berwarna panas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jendela dibuat dalam ukuran normal • Lebih baik terbuat dari bahan kayu • Diberi warna panas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jendela tanpa teralis.
Ruang kebersihan KM/WC.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinding bertekstur halus • Dengan warna-warna dingin • Dinding mudah dibersihkan • Terdapat lubang ventilasi. • Kedap air dan pencahayaan merata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pintu ayun • Terbuat dari bahan kayu dan besi tahan karat. • Diberi warna panas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jendela hanya ventilasi udara • Ditempatkan jauh dari jangkauan pasien. • Jumlahnya disesuaikan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jika menggunakan teralis, teralis dibuat menjadi elemen dekoratif. • Diberi warna panas.

Elemen dinding bersama dengan elemen lain membentuk karakteristik ruang sehingga ruang tersebut dapat menaungi aktifitas didalamnya sesuai dengan pertimbangan keselamatan dan keamanan.

V.6.1.3. Langit-langit

Langit-langit yang terdapat pada lingkungan bangsal P3/Klas 2 merupakan salah satu elemen ruang yang seringkali digunakan oleh pasien untuk melarikan diri. Sehingga ada banyak faktor yang akan diperhatikan ketika berhubungan dengan permasalahan langit-langit. Faktor-faktor tersebut berhubungan dengan elemen-elemen ruang lainnya yang menentukan kualitas sebuah ruang. Hubungan tersebut dapat dilihat pada perilaku pasien yang melarikan diri, pasien senantiasa akan memanfaatkan dinding, jendela, teralis untuk bisa melarikan diri dari langit-langit. Sehingga keberadaan akan langit-langit menyesuaikan dengan ketinggian dinding yang terdapat pada ruang tersebut. Tinggi normal langit-langit harus lah disesuaikan dengan proporsi dimensi horizontal dari ruang dan pemakainya. Mengubah ketinggian langit-langit dalam suatu ruang atau dari satu ruang keruang yang lain membantu membentuk batas-batas spasial dan membedakan daerah-daerah yang bersebelahan²⁷. Selama ini langit-langit pada bangsal P3/Klas 2 dengan ketinggian rata-rata 4 meter dirasakan belum dapat membentuk karakteristik dari ruang-ruang yang ada dilingkungan bangsal. Sehingga dimungkinkan pasien tidak merasakan adanya perbedaan ruang-ruang yang melingkupinya. Perbedaan tinggi dan bentuk langit-langit dapat menunjukkan perbedaan visual atas zona-zona dari ruang yang lebih luas dan orang dapat merasakan adanya perbedaan aktifitas dalam ruangan tersebut²⁸. Hal ini akan sangat membantu pasien dalam mengetahui keberadaan akan aktifitas tersebut sehingga akan memberikan reaksi bagi pasien untuk dapat melakukan kegiatan atau aktifitas kembali. Namun ketika dihubungkan dengan permasalahan keamanan terhadap kemungkinan melarikan diri melalui langit-langit dapat diantisipasi dengan memberikan perhatian yang khusus terhadap material pembentuk langit-langit tersebut. Aktifitas yang terjadi didalam ruang akan menentukan fungsi ruang tersebut selanjutnya fungsi akan menentukan

²⁷ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga 1996) hal 193

²⁸ Pamudji Suptandar., *Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam 2*. (Yogyakarta: Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan UII 1982) hal 60

bentuk langit-langit serat material-material tertentu yang sesuai²⁹. Kemudian pola yang digunakanpun memberikan dampak terhadap ruang yang dinaunginya. Langit-langit dengan pola grid akan memberikan bobot ruang yang lebih rendah.pola langit-langit apapun juga akan cenderung menarik perhatian dan tampak lebih rendah dari sebenarnya sebagai akibat bobot visualnya³⁰.Akan tetapi meminimalkan kemungkinan melarikan diri lebih baik dilakukan dengan membentuk kualitas ruang yang ideal yang sesuai dengan fungsi pada ruang tersebut.

Berikut penggunaan elemen langit-langit yang disesuaikan dengan pola perilaku pasien dan kesimpulan dari penjelasan-penjelasan kondisi ruang-ruang bangsal P3/Klas 2.

**TABEL V. 5 :
ELEMEN LANGIT-LANGIT YANG DIBUTUHKAN SESUAI DENGAN
POLA PERILAKU PASIEN DAN KONDISI RUANGAN**

RUANG	POLA PERILAKU PASIEN	KONDISI RUANGAN BANGSAL P3/KLAS 2	ELEMEN LANGIT-LANGIT YANG DIBUTUHKAN
Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali terjatuh. • lebih kooperatif dan menyukai aktifitas kunjungan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien lebih menyukai aktifitas kunjungan keluarga karena kondisi ruang yang terbuka dan tanpa pembatas yang dominan membuat keleluasan pandangan terhadap lingkungan sekitar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan langit-langit yang rendah. • warna langit-langit terang. • pola langit-langit grid
Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali berkelahi dengan pasien lain ketika aktifitas makan. • agresif (bersikap berlebihan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruangan pada malam hari secara psikologis menciptakan ketegangan bagi pasien dimana ruang makan dalam kondisi ruangan tertutup dengan ketinggian langit-langit 4,20 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata serta minimnya jumlah perabotan. Namun kondisi ini pada siang hari dapat diminimalkan dengan kehadiran jendela dengan bukaan-bukaan yang lebar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketinggian langit-langit lebih dari ruang tamu. • warna langit-langit cerah. • pola yang digunakan grid • pencahayaan merata diseluruh ruangan.

²⁹ Pamudji Suptandar., *Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam 2.* (Yogyakarta: Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan UII 1982) hal 61

³⁰ Francis DK Ching *Ilustrasi Desain Interior* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 195

<p>Ruang tidur (pasien tenang dan pasien gaduh)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri, berkelahi dengan pasien lain. • agresif (bersikap berlebihan). • melarikan diri. • menelantarkan diri (jorok/kotor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi ruang tidur pasien tidak jauh berbeda dengan kondisi ruang-ruang lain dengan ketinggian 4 meter, pencahayaan buatan yang tidak merata, dan ruang dalam kondisi tertutup pada malam hari menimbulkan perasaan ketegangan dan tertutupan. Namun berbeda ketika siang hari keberadaan jendela dan intensitas pemakaian yang rendah meminimalkan keadaan tersebut. • Lantai, dinding, dan langit-langit dilihat dari kapasitas luasan yang dimilikinya berperan besar dalam menciptakan interaksi yang baik antara pasien dengan lingkungan yang melingkupinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketinggian langit-langit lebih dari ruang tamu namun dibawah ruang makan. • Warna langit-langit cerah. • Pola yang digunakan grid. • Dengan pencahayaan yang merata.
<p>Ruang medis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cenderung lebih tenang, dan kooperatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Suasana/ kondisi ruang medis tidak terlalu berpengaruh terhadap pasien karena intensitas pemakaian ruang yang relatif singkat/ dalam waktu tertentu saja, dan hanya dapat difungsikan oleh perawat. • Ruang medis yang hanya dapat difungsikan oleh perawat serta fungsi ruang medis yang digunakan sebagai ruang pengawasan menutup kemungkinan permasalahan dan keamanan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketinggian ruang sama dengan ruang tamu • Warna langit-langit cerah. • Pola menyesuaikan dengan kondisi langit-langit keseluruhan . • Pencahayaan sesuai keinginan perawat.
<p>Ruang Kebersihan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri. • Agresif (besikap berlebihan). • Melarikan diri. • Menelantarkan diri (jorok dan kotor). • Terjatuh. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teralis yang jumlahnya terlalu banyak, dengan pola disain yang renggang, dan terletak pada ketinggian 2,50 meter dari lantai memudahkan bagi pasien untuk digunakan bunuh diri dengan cara mengaitkan sesuatu pada teralis tersebut. Sementara itu ketinggian ruang yang hanya 3 meter seringkali dimanfaatkan pasien untuk melarikan diri melalui langit-langit dengan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketinggian teralis sama dengan ketinggian ruang tamu. • Warna langit-langit cerah. • Pola grid namun dengan bahan yang lebih baik, kuat dan tahan terhadap kemungkinan melarikan diri pasien • Pecahayaan merata.

		menggunakan pijakan/landasan pada bak air.	
--	--	--	--

V.6.2. Elemen pelengkap ruang dalam

V.6.2.1. Hubungan/ organisasi ruang

Pola hubungan ruang atau organisasi ruang merupakan bagian yang tidak terlepas dari perencanaan tata ruang dalam. Ada beberapa syarat-syarat untuk berbagai macam ruang antar lain ³¹ : memiliki fungsi yang khusus atau menghendaki bentuk yang khusus; berfungsi tunggal dan unik atau penting pada organisasi bangunan ; harus mudah dicapai. Bangsal P3/Klas 2 merupakan unit ruang dengan fungsi yang spesifik apalagi dengan adanya penekanan pada keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa. Sehingga kualitas ruang serta hubungan ruang menjadi pembahasan yang cukup beralasan. Keputusan mengenai macam organisasi ruang yang harus digunakan dalam situasi khusus tergantung kepada permintaan akan program bangunan, seperti hubungan fungsional, persyaratan ukuran, klasifikasi hirarki ruang, dan syarat-syarat pencapaian pencahayaan dan pemandangan³² . Ruang makan pada bangsal P3/Klas 2 merupakan ruang yang menjadi sentral dari ruang-ruang lainnya. Kedudukannya yang berada ditengah menjadi pengikat bagi ruang-ruang lain. Seluruh pola sirkulasi terhadap aktifitas pasien mental senantiasa melewati ruang makan. Pada ruang makan terdapat meja pengawas yang digunakan untuk melakukan pengawasan pada waktu tertentu. Kedudukan perawat pada meja pengawas ini merupakan kedudukan yang paling ideal bagi perawat dalam melakukan fungsi pengawasannya. Jangkauan perawat mencapai seluruh ruangan yang ada dibangsal. Karena ketika jangkauan perawat tidak mencapai ruangan-ruangan tertentu maka ada kemungkinan muncul permasalahan keselamatan dan keamanan. Pola perilaku yang selama ini

³¹ Francis DK Ching *arsitektur bentuk dan susunannya* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 204

³² Francis DK Ching *arsitektur bentuk dan susunannya* (Jakarta : Penerbit Erlangga1996) hal 204

terjadi karena jangkauan perawat yang tidak maksimal sehingga mengakibatkan lambatnya antisipasi perawat terhadap pasien. Misalnya pengawasan dari ruang medis menjadi tidak maksimal karena terhalang oleh dinding pembatas dimana ruang medis terpisahkan oleh *ruang makan. Sehingga nantinya yang menjadi pertimbangan utama dalam perletakan ruang medis adalah pertimbangan masalah pengawasan. Sementara untuk ruang-ruang yang lain disusun berdasarkan tingkat kedekatan ruang dan kualitas ruang yang diinginkan. Namun tetap yang menjadi pertimbangan utama adalah keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

Berikut penggunaan elemen pelengkap ruang yang disesuaikan dengan pola perilaku dan kesimpulan dari penjelasan-penjelasan mengenai hubungan/organisasi ruang bangsal P3/Klas 2.

TABEL V. 6 :
ORGANISASI RUANG YANG DIBUTUHKAN SESUAI DENGAN
POLA PERILAKU PASIEN DAN PENJELASAN MENGENAI ORGANISASI RUANG

RUANG	POLA PERILAKU PASIEN	HUBUNGAN/ ORGANISASI RUANG	ORGANISASI RUANG YANG DIBUTUHKAN
Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali terjatuh. • lebih kooperatif dan menyukai aktifitas kunjungan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • kedudukan perawat di meja pengawas pada ruang makan yang berjarak 14,5 meter dari ruang tamu serta perletakan perabot yang terhalang oleh dinding dan jendela menyebabkan lambatnya antisipasi terhadap kemungkinan pasien terjatuh. • Permasalahan keamanan tidak mendominasi karena pasien relatif tenang dan kooperatif serta pengawasan dari pihak perawat dan keluarga cukup maksimal. • Kondisi ruang tamu yang berada di sisi terdepan dari bangsal sering kali membuat ruang tamu menjadi ruang tunggu,transisi, ruang istirahat dll. Sehingga membuat aktifitas tersebut menjadi sedikit terganggu dan tidak memungkinkan terjadinya interaksi yang baik antara pasien dan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan kedudukan meja pengawas pada ruang makan berdekatan dengan ruang tamu sehingga pengawasan menjadi mudah. • Penempatan ruang tamu sebaiknya mempertimbangkan tingkat privasi antara pasien dengan keluarga dalam melakukan interaksi.

<p>Ruang makan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali berkelahi dengan pasien lain ketika aktifitas makan. • agresif (bersikap berlebihan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedudukan ruang makan menjadi pengikat terhadap ruang-ruang lain membuat ruang makan menjadi multi fungsi mulai dari fungsi makan, tamu, medis dan pengawasan. • Pengawasan terhadap aktifitas seluruh aktifitas pasien dari meja pengawas di ruang makan merupakan kedudukan yang paling ideal karena terletak di tengah diantara 2 pintu kamar tidur dan 2 pintu akses utama bangsal. • Kedudukan ruang makan yang berada ditengah sehingga menjadi pengikat terhadap ruang lain membuat seluruh pola sirkulasi senantiasa melewati ruang makan sehingga penyelesaian berbeda terhadap elemen ruang mutlak diperlukan. • Kedudukan ruang makan yang menjadi pengikat terhadap ruang lain serta kapasitas yang dimilikinya membuat ruang makan berpotensi menjadi ruang percakapan kecil yang intim, ruang permainan, ruang dansa, musik untuk kelompok 16-24 orang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meletakkan ruang pengawasan ataupun ruang medis berada pada kedudukan ruang yang memiliki keleluasaan pandangan secara langsung terhadap seluruh aktifitas pasien. • Menempatkan ruang makan pada area yang mudah dijangkau serta menyusun komposisi pada ruang makan sehingga memungkinkan dilakukannya aktifitas-aktifitas terapi lainnya.
<p>Ruang tidur (pasien tenang dan pasien gaduh)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri, berkelahi dengan pasien lain. • agresif (bersikap berlebihan). • melarikan diri. • menelantarkan diri (jorok/kotor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemisahan ruang tidur antara pasien tenang dan pasien gaduh dilakukan karena perbedaan mendasar dari sifat dan karakteristik pola perilaku pasien dimana pasien tenang lebih kooperatif namun pasien gaduh sulit sekali diprediksi pola perilakunya. • Pengawasan perawat terhadap aktifitas tidur pasien dari ruang perawat menjadi tidak maksimal karena terpisahkan oleh ruang makan sehingga membatasi pandangan secara langsung. 	<p>Diberikan pemisahan ruangan terhadap aktifitas tidur pasien namun tetap memudahkan pengawasan terhadap aktifitas tersebut dari ruang medis.</p>

warna, tekstur, dan skala masing-masing benda maupun pengaturannya memainkan peranan yang penting terhadap membangun sifat ekspresi dari suatu ruang. Pada bangsal selama ini perabotan relatif lebih baik karena telah mempertimbangkan kemungkinan penggunaan yang salah dari pasien.

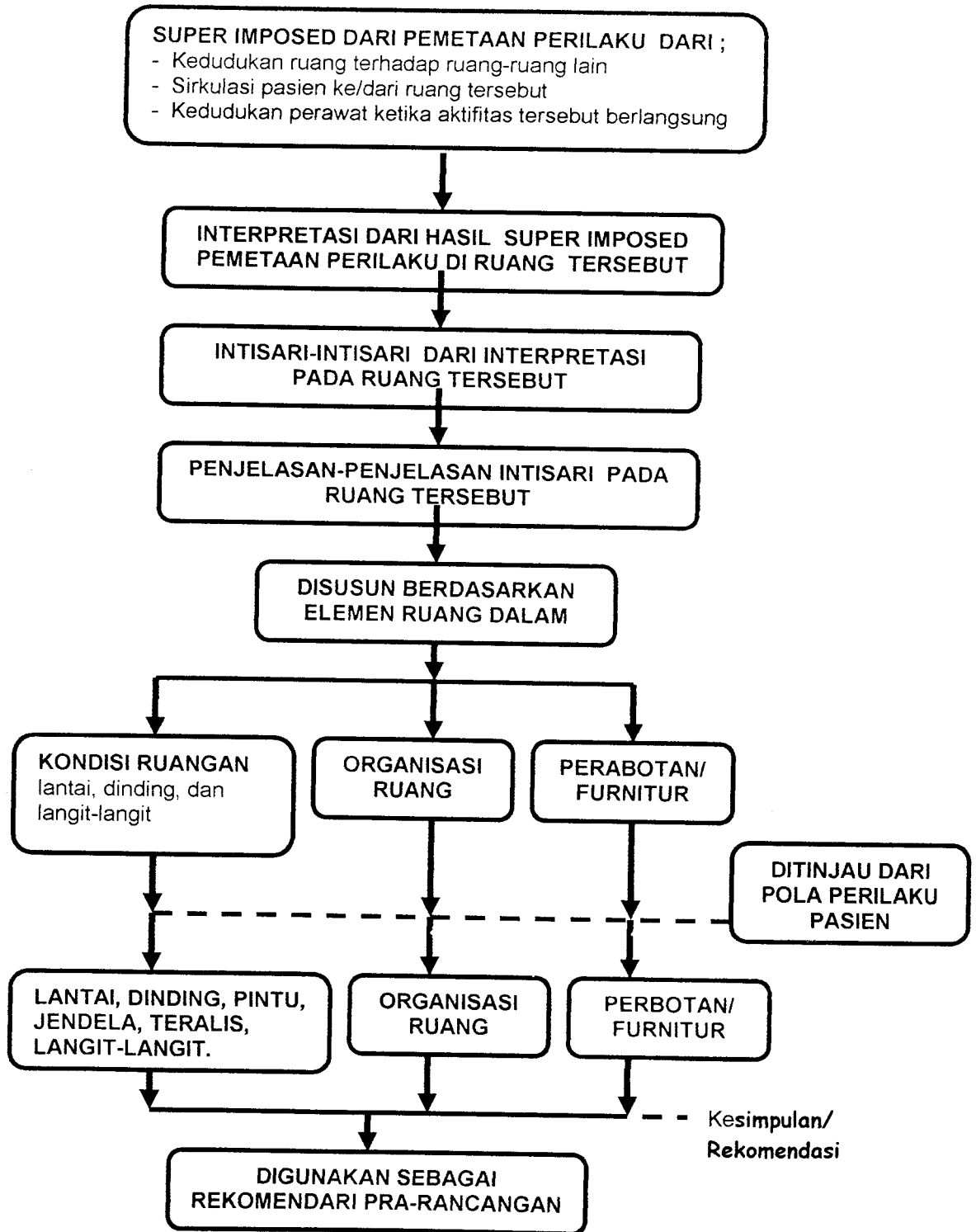
TABEL V. 7 : PERABOTAN RUANG YANG DIBUTUHKAN MENURUT POLA PERILAKU PASIEN DAN PENJELASAN MENGENAI PERABOTAN

RUANGAN	KECENDERONGAN POLA PERILAKU PASIEN	PERABOTAN	PERABOTAN YANG DIBUTUHKAN
Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali terjatuh. • lebih kooperatif dan menyukai aktifitas kunjungan keluarga. 	Perabotan dari bahan plastik lebih aman dan tidak membahayakan dibandingkan kaca karena plastik relatif lebih kuat tahan lama, memberikan kesan higienis, bersih serta tersusun dalam satu kesatuan utuh.	Perabotan yang kuat, terbentuk dalam satu kesatuan yang utuh, kokoh, tahan lama, elastis, memberikan kesan higienis. terbuat dari plastik atau kayu.
Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien seringkali berkelahi dengan pasien lain ketika aktifitas makan. • agresif (bersikap berlebihan). 	Perabotan makan yang terbuat dari bahan plastik dan melamin relatif lebih aman terhadap pasien, kuat dan tahan lama dibandingkan dari bahan kaca serta kesan yang ditimbulkan plastik lebih ringan dan higienis.	Semua perabotan makan terbuat dari plastik dan melamin karena memberikan kesan ringan, higienis tahan lama, relatif tidak membahayakan dibandingkan kaca. Sementara itu untuk perabotan ruang sama dengan perabotan ruang tamu.
Ruang tidur (pasien tenang dan pasien gaduh)	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri, berkelahi dengan pasien lain. • agresif (bersikap berlebihan). • melarikan diri. • menelantarkan diri (jorok/kotor). 	Minimnya jumlah perabotan diruang tidur dan disain perabotan yang sederhana, minimalis, dan terbentuk dalam satu kesatuan utuh meminimalkan permasalahan keselamatan. Dan membatasi pergerakan perabot mengantisipasi permasalahan keamanan.	Perabotan yang kuat, terbentuk dalam satu kesatuan utuh, fungsional, jenis perabotan dibatasi hanya untuk yang berhubungan langsung dengan aktifitas tidur. Serta perabot yang kokoh dan dapat dibatasi pergerakannya.

<p>Ruang medis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cenderung lebih tenang, dan kooperatif 	<p>Elemen ruang berupa perabotan di ruang medis ini relatif tidak berpengaruh besar terhadap pasien karena ketika ruang tersebut digunakan maka secara otomatis perawat juga akan berada di urnag tersebut. Sehingga pengawasan mejadi maksimal.</p>	<p>perabotan hanya diperlukan hanya untuk kepentingan medis saja dan kebutuhan perawat serta senantiasa berada dalam pengawasan perawat.</p>
<p>Ruang Kebersihan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bunuh diri. • Agresif (besikap berlebihan). • Melarikan diri. • Menelantarkan diri (jorok dan kotor). • Terjatuh. 	<p>Perabotan karena fungsinya yang tidak terlalu berperan di ruang kebersihan sehingga baik dari segi jenis dan jumlahnya tidak terlalu berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien</p>	<p>Meiminimalkan jumlah dan jenis perabotan dan perabotan yang digunakan hanya perabotan yang berfungsi untuk aktifitas kebersihan.</p>

Proses analisis tersebut merupakan satu rangkaian yang saling berhubungan. Berikut proses analisis yang disusun dalam bentuk diagram :

**DIAGRAM : V.1 .
PROSES ANALISIS**



V.7. Kesimpulan.

Dari proses analisis terhadap keselamatan dan keamanan pasien ketika melakukan aktifitas pada ruang-ruang yang terdapat di bangsal P3/Klas 2 diatas, elemen-elemen tata ruang dalam di bangsal tersebut berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa dalam hal sebagai berikut :

A. Lantai berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :

- Bahan dan tektur lantai yang halus sehingga pada ruang-ruang tertentu misalnya ruang tamu dan ruang tidur pasien gaduh menyebabkan lantai menjadi licin ketika air ada menggenangnya.
- Warna lantai yang gelap pada ruang-ruang tertentu misalnya ruang makan dan ruang tidur ketika malam hari berdampak terhadap suasana/kondisi ruangan yang menjadi gelap,suram dan mencekam.
- Kelembaban lantai yang tinggi karena air yang menggenangnya berdampak terhadap kesehatan pasien mental dewasa.

B. Dinding berpangaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :

- Dinding yang tinggi rata-rata 4 meter pada semua ruang secara psikologis menyebabkan ketegangan bagi pasien terutama ketika malam hari dimana ruangan dalam kondisi tertutup.
- Ketebalan dinding yang besar misalnya pada ruang medis membatasi tingkat pendengaran (akustik) dari perawat terhadap aktifitas pasien.

C. Pintu berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :

- Disain pintu yang besar misalnya pada ruang tamu dan ruang tidur secara psikologis menciptakan ketegangan bagi pasien karena kualitas ruangan yang dihasilkan.
- Warna pintu yang menggunakan warna dingin (biru, biru muda dll) pada semua ruang ketika malam hari berpotensi menciptakan kesan tertutup dan meningkatkan persepsi akan volume dan ukuran ruangan.
- Jenis pintu ayun yang tersusun atau tanpa kisi-kisi dan celah-celah ketika malam hari pada beberapa ruang menciptakan kesan tertutup dan mengisolasi.
- Ketebalan pintu yang besar memberikan kesan berat terhadap ruang sehingga secara psikologis menciptakan suasana tegang bagi pasien meningkatnya persepsi akan volume ruangan tersebut.

D. Jendela berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :

- Dimensi jendela yang besar membuka peluang bagi pasien digunakan sebagai pijakan untuk melarikan diri melalui langit-langit.
- Disain jendela yang besar pada semua ruang secara psikologis menciptakan suasana tegang bagi pasien karena kualitas ruangan yang dihasilkannya.
- Warna jendela yang dingin pada semua ruang memberikan kesan tertutup dan mengisolasi ketika malam hari.
- Ketebalan jendela yang besar memberikan kesan berat terhadap ruang sehingga secara psikologis bagi pasien meningkatkan persepsi akan volume ruang.

- E. Teralis berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :
- Bahan teralis yang terbuat dari besi memberikan kesan yang keras dan kuat bagi pasien sehingga secara psikologis menimbulkan persepsi akan keterkurungan.
 - Dimensi teralis yang besar membuka peluang bagi pasien digunakan sebagai pijakan untuk melarikan diri melalui langit-langit.
 - Dimensi teralis yang besar juga membuka peluang bagi pasien untuk mengikatkan sesuatu yang digunakan bunuh diri.
 - Disain teralis yang berpola/ bermotif rumit menimbulkan kesan keterkurungan dan keterisolasian.
- F. Langit-langit berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :
- Langit-langit yang tinggi pada semua ruang berpotensi menciptakan kondisi/suasana tegang bagi pasien.
 - Bahan langit-langit yang kurang tingkat kekuatannya sering kali dirusak oleh pasien untuk dapat melarikan diri melalui atap.
- G. Organisasi ruang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan dalam hal :
- Kedudukan ruang antar ruang medis dengan ruang tamu dan ruang tidur yang jauh mempengaruhi tingkat pengamatan langsung dari perawat terhadap aktifitas pasien.
 - Tingkat kedekatan ruang yang diletakkan berjauhan misalnya antara ruang tidur dengan ruang kebersihan mempengaruhi pola sirkulasi dari pasien sehingga menyulitkan perawat dalam pengawasan.

- Pola sirkulasi pasien yang jai dari perawat mempengaruhi tingkat pengawasan terhadap aktifitas tersebut.

G. Perabotan ruang berpengaruh dalam hal :

- Penggunaan bahan yang ringan misalnya tempat tidur pasien sering kali digunakan untuk melarikan diri mellui langit-langit.
- Jumlah perabotan yang terlalu minim terutama pada ruang makan dan ruang tidur menimbulkan kesan luas pada malam hari sehingga berpotensi menciptakan ketegangan bagi pasien.
- Jenis perabotan yang sebagian besar sama menyulitkan dalam mengidentifikasi fungsi ruang tersebut bagi pasien ketika melakukan aktifitas.
- Dimensi perabotan yang besar kuat berpotensi digunakan untuk melarikan diri dan bunuh diri.

BAB VI REKOMENDASI

Rekomendasi yang digunakan pada pra-rancangan disusun menurut jenis ruang dan elemen-elemen tata ruang dalam, rekomendasi ini diambil dari tabel-tabel pada Bab V Analisis. Tabel-tabel tersebut antara lain :

A. Tabel : V. 2.

Elemen lantai yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan kondisi ruangan.

B. Tabel : V. 4.

Elemen-elemen ruangan (dinding, pintu, jendela, teralis) yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan kondisi ruangan.

C. Tabel : V. 5.

Elemen langit-langit yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan kondisi ruangan.

D. Tabel : V. 6.

Organisasi ruang yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan penjelasan mengenai organisasi ruang.

E. Tabel : V. 7.

Perabotan yang dibutuhkan sesuai dengan pola perilaku pasien dan penjelasan mengenai perabotan.

Berikut merupakan rincian rekomendasi yang dipakai sebagai pedoman pada pra-rancangan bangsal tersebut.

VI.1. Lantai

**TABEL : VI. 1.
REKOMENDASI LANTAI MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI LANTAI
1.	Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lantai yang tahan tekanan dan beban. ➤ Permukaan rata ➤ Teksture halus, warna alami atau cerah dengan motif-motif yang akrab. ➤ Mudah dibersihkan, tidak licin, cepat kering ketika basah ➤ Kedap air dan tidak lembab ➤ Memiliki kemiringan 2-3 % sehingga memudahkan dalam pembersihan.

2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kuat akan tekanan dan beban. ➤ Lantai yang berteksture halus dan terang disesuaikan dengan kondisi ruang. ➤ Mudah dibersihkan, tidak lembab. ➤ Tidak licin, dengan warna warna dingin dan berkesan ringan. ➤ Menggunakan motif-motif yang akrab. ➤ Kedap air dan tidak lembab ➤ Memiliki permukaan yang rata
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lantai yang berteksture halus, terang ➤ Dengan warna dingin dan berkesan ringan ➤ Mudah dibersihkan ➤ Tidak licin, mudah dalam perawatan ➤ Tidak lembab, kedap air. ➤ Memiliki saluran khusus untuk memudahkan dalam pembesihan dengan kemiringan 2-3% kearah saluran pembuangan air. ➤ Memiliki permukaan yang rata
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lantai yang bertekstur halus dan terang. ➤ Tidak licin, tidak lembab. ➤ warna-warna dingin dan berkesan ringan. ➤ Mudah dibersihkan.
5.	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teksture kasar dengan warna-warna cerah ➤ Mudah dibersihkan ➤ Tidak licin ketika dalam kondisi basah. ➤ Kedap air dan tidak lembab ➤ Memiliki kemiringan 2-3 % sehingga memudahkan dalam pembersihan.

VI.2. Dinding

**TABEL : VI. 2.
REKOMENDASI DINDING MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI DINDING
1.	Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meminimalkan penggunaan elemen dinding. ➤ Penggunaan warna-warna terang. ➤ Teksture dinding halus dengan pencahayaan yang cukup
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ memberikan bukaan-bukaan lebar yang normal ➤ Memberikan lubang untuk ventilas udara. ➤ Warna-warna dinding menggunakan warna dingin ➤ Teksture dinding halus dengan pencahayaan yang merata. ➤ Dinding kedap air
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ memberikan lubang untuk ventilasi udara. ➤ Ketinggian dinding normal. ➤ Warna dinding menggunakan warna-warna dingin. ➤ Pencahayaan merata diseluruh ruang ➤ Teksture dinding halus dan kedap air.
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketebalan dinding lebih kecil dibanding kan ruang lain ➤ Warna dinding dingin dengan teksture halus dan pecahayaana merata. ➤ Kedap air beberapa bagian ada lubang ventilasi ➤ Beberapa bagian dinding terbuka untuk dijadikan tempat pengawasan

5.	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinding bertekstur halus ➤ Dengan warna-warna dingin ➤ Dinding mudah dibersihkan ➤ Terdapat lubang ventilasi. ➤ Kedap air dan pencahayaan merata
----	------------------	--

VI.3. Pintu

**TABEL : VI. 3.
REKOMENDASI PINTU MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI PINTU
1.	Ruang tamu	➤ Tanpa menggunakan elemen pintu
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan pintu ayun yang efektif mengisolasi cuaca dan baik untuk penghawaan serta nyaman untuk sirkulasi. ➤ Bahan terbuat dari kayu dan diberi warna panas ➤ Disain pintu tidak terkesan menutup/mengisolasi.
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan pintu sorong yang aman terhadap kemungkinan pola perilaku pasien. ➤ Bahan campuran kayu dan besi. ➤ pintu diberi warna-warna panas. ➤ Posisi kunci pada bagian luar pintu
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan pintu ayun ➤ dengan bahan kayu dan berwarna panas
5.	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan pintu ayun ➤ Terbuat dari bahan kayu dan besi tahan karat. ➤ Diberi warna panas

VI.4. Jendela

**TABEL : VI. 4.
REKOMENDASI JENDELA MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI JENDELA
1.	Ruang tamu	➤ sebaiknya tanpa elemen jendela
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diberi jendela dalam ukuran normal dan diberi warna panas ➤ Bahan terbuat dari kayu. ➤ Disain jendela tidak berkesan menutup /mengisolasi ➤ Kunci pada jendela diletakkan pada bagian terluar
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bukaan jendela dalam ukuran normal ➤ Bahan lebih baik dari kayu. ➤ Diberi warna-warna panas. ➤ Kunci pada jendela terletak pada bagian luar jendela
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jendela dibuat dalam ukuran normal ➤ Lebih baik terbuat dari bahan kayu ➤ Diberi warna panas
5.	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jendela hanya ventilasi udara ➤ Ditempatkan jauh dari jangkauan pasien. ➤ Jumlahnya disesuaikan

VI.5. Teralis

**TABEL : VI. 5.
REKOMENDASI TERALIS MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI TERALIS
1.	Ruang tamu	➤ Tanpa elemen teralis.
2.	Ruang makan	➤ Tanpa elemen teralis pada jendela
3.	Ruang tidur pasien tenang	➤ Tanpa elemen teralis pada jendela
4.	Ruang tidur pasien gaduh	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan teralis ➤ Terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama. ➤ Didisain dengan pola dan motif yang menarik. ➤ Pola dan motif yang akrab dengan pasien. ➤ Diberi warna cerah sehingga tidak terkesan seperti teralis. ➤ Pada malam hari dapat menjadi unsur dekoratif.
5.	Ruang medis	➤ Tanpa elemen teralis pada jendela
6.	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jika menggunakan teralis, teralis dibuat menjadi elemen dekoratif. ➤ Diberi warna panas

VI.6. Langit-langit

**TABEL : VI. 6.
REKOMENDASI LANGIT-LANGIT MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI LANGIT-LANGIT
1.	Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggunakan langit-langit yang rendah. ➤ warna langit-langit terang. ➤ pola langit-langit grid
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketinggian langit-langit lebih dari ruang tamu. ➤ warna langit-langit cerah. ➤ pola yang digunakan grid ➤ pencahayaan merata diseluruh ruangan
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketinggian langit-langit lebih dari ruang tamu namun dibawah ruang makan. ➤ Warna langit-langit cerah. ➤ Pola yang digunakan grid. ➤ Dengan pencahayaan yang merata
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketinggian ruang sama dengan ruang tamu ➤ Warna langit-langit cerah. ➤ Pola menyesuaikan dengan kondisk langit-langit keseluruhan ➤ Pencahayaan sesuai keinginan perawat
5	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketinggian langit-langit sama dengan ketinggian ruang tamu. ➤ Warna langit-langit cerah. ➤ Pola grid namun dengan bahan yang lebih baik, kuat dan tahan terhadap kemungkinan melarikan diri pasien ➤ Pecahayaana merata

VI.7. Organisasi/hubungan ruang

**TABEL : VI. 7.
REKOMENDASI ORGANISASI RUANG MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI ORGANISASI/HUBUNGAN RUANG
1.	Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menempatkan kedudukan meja pengawas pada ruang makan berdekatan dengan ruang tamu sehingga pengawasan menjadi mudah. ➤ Penempatan ruang tamu sebaiknya mempertimbangkan tingkat privasi antara pasien dengan keluarga dalam melakukan interaksi.
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meletakkan ruang pengawasan ataupun ruang medis berada pada kedudukan ruang yang memiliki keleluasaan pandangan secara langsung terhadap seluruh aktifitas pasien. ➤ Menempatkan ruang makan pada area yang mudah dijangkau serta menyusun komposisi pada ruang makan sehingga memungkinkan dilakukannya aktifitas-aktifitas terapi lainnya
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diberikan pemisahan ruangan terhadap aktifitas tidur pasien namun tetap memudahkan pengawasan terhadap aktifitas tersebut dari ruang medis
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengatur kembali kedudukan perawat diruang medis yang memberikan kemudahan pengawasan terhadap seluruh aktifitas pasien, dan memberikan ruang/area untuk beberapa fasilitas bagi perawat
5	Ruang kebersihan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meletakkan ruang kebersihan yang berdekatan dengan ruang pengawasan sehingga memudahkan perawat dalam melakukan pengawasan ketika aktifitas tersebut berlangsung

VI.8. Perabotan/furnitur.

**TABEL : VI. 8.
REKOMENDASI PERABOTAN MENURUT KEBERADAAN RUANG-RUANG**

NO	NAMA RUANG	REKOMENDASI PERABOTAN/FURNITUR
1.	Ruang tamu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perabotan yang kuat , terbentuk dalam satu kesatuan yang utuh, kokoh, tahan lama, elastis, ➤ Memberikan kesan higienis, terbuat dari plastik atau kayu
2.	Ruang makan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Semua perabotan makan terbuat dari plastik dan melamin karena memberikan kesan ringan, higienis, tahan lama, relatif tidak membahayakan dibandingkan kaca. ➤ Sementara itu untuk perabotan ruang sama dengan perabotan ruang tamu.
3.	Ruang tidur	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perabotan yang kuat, terbentuk dalam satu kesatuan utuh, fungsional, jenis perabotan dibatasi hanya untuk yang berhubungan langsung dengan aktifitas tidur ➤ Serta perabot yang kokoh dan dapat dibatasi pergerakannya
4.	Ruang medis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ perabotan hanya diperlukan hanya untuk kepentingan medis saja dan kebutuhan perawat serta senantiasa berada dalam pengawasan perawat

5	Ruang kebersihan	➤ Meiminimalkan jumlah dan jenis perabotan dan perabotan yang digunakan hanya perabotan yang berfungsi untuk aktifitas kebersihan
---	------------------	---

VI.9. Daftar gambar pra-rancangan yang akan dikerjakan di studio.

- Denah bangsal
- Tampak bangsal
- Potongan bangsal
- Pola lantai
- Pola dan rencana langit-langit
- Detail-detail yang diperlukan antara lain : pintu, jendela, teralis,-
- Rencana perletakan perabotan pada bangsal.

DAFTAR PUSTAKA

Sumber pustaka yang dipublikasikan

- Boedojo, Poedio, dan lain-lain *Arsitektur Manusia dan Pengamatanya*. Jakarta : Penerbit Djambatan, 1986.
- Ching DK, Francis.(1996) *Arsitektur Bentuk Ruang Dan Susunannya*. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Ching DK, Francis.(1996) *Ilustrasi Desain Interior* Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Chiara, Joseph De dan John Hancock Callender,. *Time-Saver Standards Second Edition*. New York St Louis San Franciscan Auckland, MacGraw-Hill Book Company
- Evans, David.(1995) *How to Write A better Thesis or Report*.Carlton, Victoria : Melbourne University Press.
- Focault, Michel (2002), *Kegilaan Dan Peradaban, Madness and civilization*, Yogyakarta : Penerbit Ikon Teralitera.
- Wilkening, Fritz, (1989) *Tata Ruang*, SMTIK-PIKA Semarang , Yogyakarta Penerbit Kanisius
- Kamus Bahasa Indonesia Kotemporer*, edisi perdana 1991
- Kartono, Kartini(1980), *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. Bandung : Penerbit Alumni
- Kartono,Kartini, (1981). *Gangguan-Gangguan Psikis*, Bandung: Penerbit Binar Baru
- Meichhati, Siti , *Kesehatan Mental*, Yogyakarta: Penerbit Fakultas Psikologi, UGM, 1973.
- Moore, Gary T " Pengantar Arsitektur. Jakarta". editor James C Snyder dan Anthony J Catanese. Jakarta : Penerbit Erlangga 1979,
- Neufert, Ernst (1989). *Data Arsitek Edisi Kedua Jilid 1*. Jakarta :Penerbit Erlangga

- Narbuko. Cholid. Dan Ahmadi. Abu. *Metodologi Penelitian*. diedit di Jakarta : Bumi Aksara (2002).
- Republik Indonesia. Departemen Agama, *Islam untuk disiplin ilmu kedokteran dan kesehatan*, Jakarta, Depag RI, 1998/1999
- Sarwono, Sarlito Wirawan, *Psikologi lingkungan*, Jakarta: Penerbit Gramedia cetakan ke II, 1995.
- Surahmad, Winarno. *Pengantar Penelitian Ilmiah, Dasar Metode Teknik*, Bandung: Penerbit Tarsito Bandung, Edisi ke VII.
- Sommer, Robert dan Barbara B Sommer, *A Practical Guide To Behavioral Research. Tolls and Techniques*. New York:Oxford Univ Press. 1980.
- Wade, John W. " Pengantar Arsitektur. Jakarta". editor James C Snyder dan Anthony J Catanese. Jakarta : Penerbit Erlangga 1979,
- Whelan, Bride M " *Color Harmony, A Guide to Creative Color Combination*, Hongkong, 1994.

Sumber pustaka yang tidak dipublikasikan

- Republik Indonesia, Direktorat Kesehatan Jiwa., *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia* .Jakarta: DepKes RI cetakan ke II 1985,
- Haryangsah, Ranu, *Laporan Kerja Praktek Evaluasi Purna Huni Rumah Sakit Jiwa Pakem*. Yogyakarta : Jurusan Arsitektur UII. 2002
- Prof.dr Soeroyo Magelang, Rumah Sakit Jiwa, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001* .Magelang: RJS Prof.dr Soeroyo.2001
- Suptandar, Pamudji *Catatan kuliah Interior Design, Merancang tata ruang dalam*. Yogyakarta:Perputakaan Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan UII 1982

I. Lampiran Hasil Wawancara Dengan Pelaku (selain pasien) di Lingkungan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang.

A. Hasil wawancara dengan Pak Widodo selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas, jum'at tgl 4 April 2003 jam 19.00. wib.

1. Respon pasien mental terhadap tata ruang dalam ?

Tidak sama antara satu pasien dengan yang lainnya sehingga ada penyelesaian yang berbeda. Sebagai contoh dulu tidak ada teralis namun setelah ada masukan dari berbagai pihak maka di berikan teralis karena dulu banyak pasien yang tenang sekalipun melarikan diri apalagi yang gaduh.

2. Seperti apa kondisi pasien yang tidak stabil.?

Ketika berontak ada yang bersikeras ingin kembali pulang atau melarikan dirisehingga ada cara dengan di fiksasi atau pengikatan.

3. Pasien yang terlukai dan melukai oleh tata ruang dalam ?

Terlukai ?

yang maksimal adalah bunuh diri dengan selimut pada teralis di ruang tidur

Melukai ?

Di bangsal P3 /Kelas 2 sudah diantisipasi dengan menyimpan secara baik barang-barang berbahaya di lemari, digudang dan dikunci yang dipegang oleh parawat. .

Melarikan diri ?

Biasanya terjadi salah duga, pasien tenang dapat melarikan diri. Namun banyak yang melarikan diri melalui langit-langit dengan menggunakan tempat tidur yang didirikan kemudian merusak langit-langit dan melarikan diri melalui atap.

4. Reaksi terhadap dingin?

Pasien terhadap dingin relatif tenang dan tidur dengan nyenyak.

Namun ketika panas pasien akan sangat bereaksi keras dan menjadi gaduh dan gelisah.

5. Reaksi terhadap kepadatan ?
Sering terjadi keributan antar pasien ketika kapasitas ruangan penuh dimana pasien mengganggu pasien yang lain didalam ruangan tersebut dan biasanya keributan antara beberapa pasien menimbulkan keributan seluruh pasien.
6. Terhadap cahaya ?
Ada pasien yang ingin lampu dimatikan namun ada juga pasien yang tetap ingin lampu dinyalakan. Pada umumnya semua bangsal relative terang dan reaksinya tergantung kondisi ketika berada di rumah/keluarga.
7. Reaksi terhadap keributan/kebisingan ?
apabila ada kunjungan dalam jumlah yang besar biasanya pasien akan bereaksi dengan keras dan mencari perhatian dan biasanya terjadi keributan di bangsal tersebut.
8. Reaksi terhadap malam ?
relatif tenang dan istirahat pada malam hari.
9. Reaksi terhadap angin. ?
relatif tidak ada reaksi yang berlebihan.
10. Aktifitas makan dari pasien ?
Dapat mengikuti dengan baik, namun terkadang ada keributan antar pasien dengan membanting piring yang terbuat dari melamin, dan kejadian ini relatif banyak.
11. Reaksi terhadap sinar matahari ?
relatif menyukai dan tidak ada penolakan yang berarti sekali.
12. Reaksi terhadap perabotan-perabotan (lamari, bunga, lukisan dll) ?
cukup datar namun ada juga yang menyukai mungkin karena latar belakang keluarga (tidak dapat diprediksi)

13. Respon terhadap sesuatu yang tajam ?
secara teoritis benda tajam akan dihindarkan sehingga hampir tidak ada benda tajam diruangan bangsal P3/Kelas 2 karena da kekhawatiran melukai dan dilukai terhadap benda-benda tajam tersebut.
14. Warna yang disukai pasien mental ?
warna-warna yang tenang dan memberikan kesejukan, warna biru dan putih selama ini cukup disukai.
15. Respon terhadap teralis. ?
paling banyak digunakan untuk bunuh diri dan melarikan diri melalui langit-langit.
16. Respon terhadap besi,tali,dll
Pernah ada besi yang terlepas dan diambil oleh pasien mental pada tata ruang dalam dan ternyata di fungsikan untuk memukul pasien mental yang lain sampai berdarah dan tidak sadarkan diri.
17. Reaksi pasien terhadap pengunjung
Pasien yang tenang relative menerima dengan baik, namun pasien yang gadung akan bereaksi dengan mencari perhatian dan rebut ketiak ada kunjungan dari orang luar.
18. Keributan antar pasien ?
Ketika terjadi kepadatan di ruang tidur yang berlebihan maka terjadi keributan dan keributan juga terjadi ketika ada pasien yang ingin meminta sesuatu dg pasien lain namun tidak terpenuhi.
19. Seperti apa antisipasi terhadap keributan ?
Dengan hubungan ruang seperti ini akan dengan mudah diawasi dan diantisipasi dengan cepat ketika terjadi keributan.
20. Saran-saran terhadap RSJ sekarang ?
Ketinggian ruang perlu di kaji lagi karena banyak yang melarikan diri dari langit-langit, teralis di buat seperti tidak mengurung namun tetap kuat untuk keamanan dan tidak digunakan untuk bunuh diri.

21. Kecendrungan kembali ke unit pelayanan intensif.?

Biasanya pasien yang masuk ke rsj dan sudah mulai sadar lebih kersasan tinggal di RSJ dibandingkan pulang karena dimasyarakat terjadi penolakan terhadap mantan pasien tersebut.

22. Reaksi terhadap lantai ?

Lantai apabila ada genagan airnya cenderung lebih licin dan banyak pasien yang tejatuh karena lantai tersebut, dan lantai keramik seniri belum tentu lebih baik dibandingkan dengan lantai tegel biasa. Karena terkadang dibutuhkan gerakan yang cepat sehingga perlu diantisipasi.

23. Reaksi dikamar mandi ?

Yang tenang bisa menggunakan dengan baik, namun yang belum tenang dapat menggunakan saluran yang disediakan di ruang tidur untuk buang air kecil. Dan yang terjatuh dikamarmandi bnyak terjadi di golongan pasien mental manula.

24. Reaksi diruang tamu.

Relatif tenang ketika berinteraksi dengan keluarga. dan keluarga yang mengawasi ketika berada diruang tamu.

B. Wawancara dengan Bapak Slamet Sutrisno perawat psikiatris di lingkungan RSJ Prof.dr.Soeroyo Magelang, jum'at tgl 04 April 2003 jam 20.30.wib.

1. Seperti apakah respon pasien dalam kondisi tidak stabil ?

Ada berbagai macam tingkah laku pasien mulai dari menggoyang/ berusaha merusak teralis pembatas pada kamar tidur, mendorong-dorong tempat tidur, berteriak, mondar-mandir tanpa tujuan, dll

2. Seperti apa respon pasien terhadap dingin ?

Ketika pasien tidak kebagian selimut bisanya akan terjadi keributan antar pasien.

3. Seperti apa respon pasien terhadap teralis ?
Teralis diusahakan dengan jeruji yang agak jarang sehingga pasien tidak merasa terisolasi atau terkurung.
4. Seperti apa respon pasien terhadap perabotan dalam hal ini tempat tidur yang ada di ruang tidur?
Tempat tidur pernah digunakan untuk bunuh diri dengan menggunakan pakaian yang diikatkan pada tempat tidur. dan tempat tidur juga pernah digunakan untuk melarikan diri melalui langit-langit.
5. Seperti apakah pengaruh lantai bangsal selama ini terhadap pasien mental ?
Ada pasien yang terjatuh karena lantai licin di kamar mandi dan ada beberapa diruangan-ruangan lain.
6. Seperti apakah reaksi pasien ketika dalam kondisi tidak stabil ketika berada diruang tidur ?
Paling gaduh membuat keributan dengan mendorong-dorong tempat tidur.
7. Reaksi pasien terhadap kepadatan seperti apa ?
Lebih sering sekali terjadi keributan antar pasien yang ingin istirahat dengan pasien yang kondisinya tidak stabil karena hal tertentu.
8. Seperti apakah pencahayaan di bangsal ini ?
Pencahayaan baik karena ventilasi udara baik. Dan cahaya dapat masuk dari banyak tempat..
9. Seperti apakah reaksi pasien terhadap pencahayaan buatan (lampu) ?
Pada malam hari pasien lebih senang menggunakan lampu dibandingkan gelap.
10. Seperti apakah reaksi pasien terhadap warna cat pada bangsal ini ?
Pasien lebih menyukai warna-warna sejuk dan menenangkan.
11. Biasanya faktor apa yang mendasari keributan antar pasien ?
Faktor makanan dan pakaian.

12. Biasanya pasien menggunakan apa ketika terjadi keributan antar pasien diruang makan ?
Ada yang menggunakan piring dll.
13. Seperti apakah pengamanan terhadap benda-benda tajam ?
Benda tajam diamankan diruang dokter dan ruang perawat diletakan didalam lemari dan dikunci yang kuncinya dipegang olah perawat.
14. Usulan/masukan terhadap bangsal yang ada selama ini ?
Akan lebih baik nyaman kalau pasien ditempatkan per kamar/ 3 orang namun kesulitan dalam pengawasan nya yang membutuhkan banyak sekali perawat. Akan tetapi bangsal seperti sekarang ini lebih baik dari segi pengawasan namun kurang nyaman bagi pasien.
15. Permasalahan lain yang menjadi kendala bagi kenyamanan pasien ?
Permasalahan nyamuk yang banyak karena disekitar bangsal masih banyak pohon yang besar.

C. Wawancara dengan Ibu Sri , Psikolog/ahli psikologi klinis di lingkungan RSJ Magelang, Sabtu 5 April 2003 jam 09.00 wib.

1. Kenapa bangsal tidak dibuat dalam bentukan kamar-kamar ?
Untuk memudahkan pengawasan kepada pasien karena ada kekhawatiran pasien yang menalami halusinasi akan sangat berbahaya sekali.
2. Benda-benda apa saja yang dijauhkan dari pasien ?
Benda-benda tajam dan tali yang mungkin dugunakan untuk bunuh diri.
3. Seperti apakah reaksi pasien dalam tahap pengobatan ?
Bagi pasien yang baru bisanya ia tidak mersa SAKIT yang sakit justru lingkungannya sehingga diperlukan pengertian kepada pasien yang kontinu sehingga ia menyadari bahwa ia sakit.
4. Dalam kondisi tidak stabil seperti apakah reaksi pasien ?

Golongan gaduh gelisah memiliki reaksi yang bermacam-macam dan akan sangat bervariasi mulai dari menghantukan kepala ke dinding, ribut dengan pasien lain, dll

5. Kenapa ruang isolasi tidak ada lagi ?

Pada awal mulanya ada ruang isolasi namun karena sudah menjadi kesepakatan bahwa pasien yang gaduh akan dikirim ke UPI (unit pelayanan intensif) pria dan maksimal di Fiksasi.

6. Seperti apakah proses seleksi dari sisi psikolog klinis ?

Seleksi dari sisi kognitif (proses pikir)

Seleksi dari sisi emosional (tidak stabil/agresif)

Seleksi dari sisi konotif (kebersihan diri)

Seleksi dari sisi sosialisasi (hubungan dengan orang lain)

7. Seperti apakah bentuk pola pikir yang terganggu dari pasien ?

Orientasi dari pasien akan terganggu, tidak mengetahui waktu, tempat, ada halusinasi (ada waham yang sulit sekali diprediksi)

8. Sisi emosional yang terganggu akan berdampak seperti apakah ?

Akan ada waham curiga (paranoid) sehingga terjadi gangguan sosialisasi selain itu juga ada kesulitan melakukan aktifitas kebersihan.

9. Seperti apakah pengaruh ketinggian bangunan ?

Mungkin dengan bangunan yang cenderung monumental membuat pasien merasa kecil dan tak berdaya. Karena kebanyakan orang beranggapan bahwa pasien yang dulu sangat agresif namun ketika masuk di RSJ menjadi sangat penurut dan pasrah sekali.

10. Pengaruh warna selama ini seperti apakah ?

Warna-warna sejuk, sederhana, naturalis akan sangat membantu menenangkan pasien.

D. Hasil wawancara dengan Pak Yulianto selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas , sabtu tgl 26 April 2003 jam 13.30. wib

1. Respon pasien terhadap ruang ?
Pertama pasien masuk ke UPI setelah itu baru masuk ke bangsal – bangsal sesuai dengan kelasnya.
2. Pasien dalam kondisi tidak stabil seperti apa ?
Di injeksi kemudian tindakan yang paling akhir di fiksasi
3. Cici-ciri sebelum mulai gaduh ?
Berteriak, gaduh, gelisah, dari raut muka terlihat
4. Perabot dikamar tidur digunakan seperti apa ketika ngamuk ?
Di dorong-dorong, di dobrak-dobrak pintu dan lain-lain
5. Keributan antar pasien pernah terjadi ?
Kadang-kadang tergantung kondisi dan memukul dengan menggunakan tangan.
6. Pasien yang pernah melukai pasien lain dengan benda disekitarnya ?
Dulu pernah menggunakan tempat tidur dengan besi yang ada digunakan memukul.
7. Selain itu ada barang lain yang digunakan ?
Kebetulan barang-barang tidak menggunakan barang berbahaya, melainkan plastik dll jarang yang menggunakan kaca.
8. Pasien melarikan diri dari mana ?
Dari langit-langit melalui teralis
9. Reaksi terhadap dingin ?
Lebih menyukai hawa yang sejuk.
10. Respon terhadap sinar matahari?
lebih menyukai dan tidak berpengaruh
11. Benda-benda yang diamankan?
Disimpan ditempat-tempat aman dan dikunci selalu

12. Gudang posisinya bagaimana ?terkunci/tidak
Tidak selalu terkunci
13. Warna pengaruhnya selama ini?
Cat seharusnya menyesuaikan dalam kondisi bangsal apa
14. Akatifitas makan
Dapat mengikuti secara baik
15. Bunuh diri ?
Kebanyakan dari pasien tenag biasanya pasien yang putus asa dengan menggunakan selimut, celana panjang dengan menggunakan teralis.
16. Melarikan diri lebih banyak dari pasien-pasien apa ?
Pasien tenag .
17. Kamar rmandi perawat lebih banyak tidk terkunci/ tidak ?
Selalu terkunci
18. Ada Pasien yang pernah terjatuh ?
Biasanya karena tidak tahan obat drop tekanan darahnya
19. Yang bapak rasakan di RSJ Magelang ?
Posisi seperti ini kondisi kontrolnya baik. Kalau bisa Bangsal per kasus dan pewarnaan cat lebih baik, dan juga bagian langit langit di dobel.
20. Kondisi teralis bagaimana ?
Teralis menjadi dilema antara untuk menjaga keamanan dan bunuh diri. setiap malam ada diua perawat.yang jaga
21. Bagi pasien yang hendak kekamar mandi/wc bagaimana ?
Di buka ruang tidurnya dan pasien di latih kemandiriannya untuk ke kamar mandi/wc sendiri. Asalkan kondisi ruang belakang dan ruang makan sudah tertutup, namun ada juga pasien yang diantarkan. namun ada juga pasien yang alasan kekamar mandi namun sebenarnya ingin kabur.

E. Hasil wawancara dengan Pak Irianto selaku perawat psikiatris di bangsal P3/Kelas , jum'at tgl 26 April 2003 jam 13.30. wib

1. Diruang makan pernah terjadi seperti apa ?
Biasanya kurang komunikasi yang baik antara pasien dan perawat sehingga pasien marah dan menggunakan piring dan ada yang mukul perawatnya.
2. Reaksi diruang dokter dan ruang perawat ?
Benda-benda berbahaya sudah dimasukkan kedalam lemari dan peranan perawat menjadi utama untuk mengontrol benda-benda berbahaya tersebut.
3. Pasien melarikan diri melalui elemen apa ?
Melalui eternit/langit-langit dikamar tidur.
4. Dikamarmandi rekasi pasien seperti apa ?
Terjatuh dan tergelicir sering terjadi
5. Pasien yang melarikan diri dari kamar mandi ?
Ketika aktifitas mandi
6. Hal-hal dilakukan untuk mengantisipasi keselamatan ?
Menjadi tanggung jawab perawat dan tergantung kondisi dilapangan namun harus dengan pendekatan yang baik.
7. Mengapa pola tidur ditentukan ?
Untuk memudahkan dan membiasakan pasien untuk istirahat ketika malam hari.

II. Lampiran Sejarah Rumah Sakit Jiwa Magelang¹.

Pada tahun 1916, Schoitens merencanakan untuk membangun suatu "Krankzinnigengesticht" (Rumah Sakit Jiwa) di Jawa Tengah dengan kapasitas 1400 tempat tidur. Banyak rintangan yang harus dihadapi sebelum rencana tersebut dapat dilaksanakan. Pada akhirnya pembangunan dapat dilaksanakan juga dan magelang ditetapkan sebagai lokasi oleh pemerintah belanda pada saat itu. Rumah sakit jiwa Magelang terletak 4 kilometer dari pusat kota Magelang ditepi jalan raya yang menghubungkan kota-kota : yogyakarta, semarang, dan purworejo dikelilingi gunung-gunung merapi, merbabu, andong, dan telomoyo disebelah timur, ungaran disebelah utara, sumbing serta menoreh disebelah sebelah barat dibukit tidar (pakunya pulau jawa) disebelah selatan. Semula adalah ""Krankzinnigengesticht kramat". Setelah beberapa perubahan sesuai dengan perkembangan waktu, baik sebelum dan sesudah kemerdekaan namanya menjadai rumah sakit jiwa magelang.namum nama kramat agaknya masih cukup melekat pada masyarakat.

Mengapa tempat ini disebut kramat berhubungan dengan erat dengan catatan bahwa konon sebelum dibangun sebagian daerah merupakan makam. Salah satu makam tersebut adalah Kyiai ponggol . Makam ini dianggap angker (Kramat) oleh masyarakat sekitar. Sebenarnya makam ini sudah dipindahkan sejauh kurang lenih 11 kilometer. Disebelah selatan kompleks rumah sakit jiwa. Tapi bekas makam tersebut sampai tahun 70 an masih dianggap keramat sehingga pada tiap malam jumat selalu ada orang yang memohon berkah. Ada kepercayaan bahwa mereka yang melangkahi tempat tersebut akan mendapat musibah misalnya dalam bentuk sakit jiwa dsb.

Tidak seperti biasanya, yaitu menunggu sampai seluruh bangunan, setiap bangsal yang selesai dibangun segera dihuni. Hal ini disebabkan datangnya pasien yang tidak henti-hentinya dari berbagai daerah. Bahkan ada

¹ Sumber didapatkan dari Bagian Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang, pada saat melakukan survey 17 maret 2003

yang dikirim dari rumah sakit jiwa Lawang dan Bogor, yang keduanya sudah didirikan jauh sebelumnya.. sehingga terasa sekali betapa kurangnya ruangan bagi mereka. Menurut rencana seluruh bangunan rumah sakit sudah harus selesai pertengahan tahun 1923. untuk mencapai target tersebut para pasien dikerahkan. Termasuk pasien-pasien yang masih cukup berbahaya dan mengalami gangguan jiwa yang parah. Mereka dipekerjakan terutama untuk pekerjaan-pekerjaan seperti menggali tanah dan mengangkut batu-batu secara estafet dari Kali Progo, dapat dikatakan cara membangun rumah sakit ini seperti para transmigran yang harus membuka lahan dan sebagainya terlebih dahulu. Dalam hal ini yang diutamakan adalah pembangunan jalan dan bangsal.

Hal yang lain seperti membuka kebun kopi, sawah dan sebagainya menyusul kemudian. Pembangunan bangsal yang sengaja dipencar-pencar dan sampai sekarangpun masih ada, sudah termasuk amat modern waktu itu karena sudah mempertimbangkan keleluasaan gerak bagi penghuninya. Dan pertimbangan-pertimbangan lain yang mendukung untuk kesembuhan pasien. Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa sumbangsih para pasien dalam pembangunan Rumah Sakit Jiwa Magelang relatif cukup besar, namun dari segi medis mereka agak dirugikan karena dengan cara pengerahan pasien seperti itu, terapi yang diterapkan adalah terapi kerja masal.

Beberapa tahun kemudian, setelah pembanguan dianggap selesai dan memadai, barulah diterapkan terapi kerja individual. Tetapi jenis ini waktu itu baru pertama kali diterapkan diindonesia oleh dr.J.C. Van Andel. Peresmian bangunan walaupun belum sepenuhnya selesai akhirnya dilaksanakan juga oleh direktur pertama RSJ Magelang yaitu dr. Engelhard pada pertengahan tahun 1923. pasien pada waktu itu sudah lebih dari 1100 orang dan dengan cepat melonjak menjadi lebih dari 1400 orang. Magelang sempat juga dikunjungi oleh psikiater ternama Kraeplin. Disamping hal pembangunan yang sudah diuraikan diatas telah dimulai juga program, pendidikan khusus perawat untuk penderita

penyakit jiwa. Kurikulumnya mencakup pendidikan perawat umum, ditambah hal-hal yang menyangkut medis psikologis, psikiatris, dan garis besar terapi kerja. Dengan kata lain pendidikan khusus ini merupakan pelopor dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) magelang yang ada di RSJ Magelang sekarang ini. Sepanjang berdirinya RSJ Magelang cukup banyak mengalami masa-masa sulit dan kejadian-kejadian pahit yang memperhatikan diantaranya:

- Pada tahun 1930, waktu gunung merapi meletus dengan hebatnya, maka beberapa bangsal harus dikosongkan untuk menampung korban letusan merapi itu, namun akibatnya banyak terjadi kerusakan pada bangunan dan peralatan, bahkan banyak juga yang hilang.
- Pada tanggal 22 april 1942 semua tenaga kerja warga negara Belanda, termasuk direktornya dr. P.J.Stigter ditahan oleh tentara jepang sehingga terjadi kekosongan yang mengacau pengelolaan rumah sakit. Pimpinan rumah sakit pada waktu zaman jepang dipegang oleh dr. Soerojo. Seperti yang terjadi pada umumnya waktu itu, harta benda rumah sakit jiwa magelang tidak luput dari perampasan pihak jepang, beras dan kopi dilumbung, gula pasir dari hasil perkebunan tebu, ikan dari kolam rumah sakit, semua diangkut untuk kepentingan tentara jepang. Obat-obatan tidak tersedia, untuk menolong pasien dalam rumah sakit maupun penduduk dipergunakan ramuan tradisional. Pasien berpakaian bagor, kesehatan pasien sangat menyedihkan sehingga banyak yang meninggal dunia karena Hongerrudem. Diperkirakan waktu itu jumlah pasien yang dirawat kurang dari 1000 orang sedang pegawai banyak yang keluar.
- Pada waktu proklamasi kemerdekaan, dentum kemerdekaan juga menggelora di rumah sakit jiwa magelang, bahkan tiap tahun diadakan peringatan berdirinya republik. Tetapi keadaan ini segera berubah dengan masuknya tentara pendudukan Inggris/Gurkha/Nica ke magelang. Suasana tegang menyelimuti Rumah Sakit Jiwa Magelang,

pegawai dan penduduk berjaga-jaga dengan bambu runcing, Rumah sakit Jiwa Magelang digunakan sebagai pos PMI cabang Magelang utara. Rumah direktur dipergunakan markas TKR pada waktu pertempuran disecang dan ambarawa terjadi, RSJ Magelang mengirimkan obat-obatan dan tenaga kesehatan.

- Pada tahun 1946-1950 RSJ Magelang masih diliputi suasana yang tak menentu fungsi sebagai rumah sakit jiwa tidak dapat berjalan sebagai mana mestinya, beberapa bangsal terutama bagian depan dalam tahun-tahun tersebut pernah dipergunakan untuk asrama TKR, ALRI tempat penampungan keluarga kereta api, tempat pengungsian penduduk sekitar RS.

Disebutkan pula bahwa, kantor Hygiene pernah pula berkedudukan di RSJ Magelang selama masa tersebut RSJ Magelang kadang-kadang tidak luput sebagai ajang pertempuran maupun kekacauan. Semua keadaan ini menyebabkan kerusakan bangunan, hancurnya areal perkebunan (kopi, tebu), hilangnya pakaian pasien, perlengkapan terapi kerja dan alat hiburan seperti wayang dan gamelan. Demikian juga dengan arsip dan alat-alat kantor. Keadaan yang berlarut-larut tersebut membuat semangat kerja para karyawan menurun bahkan beberapa karyawan berhenti kerja.

Pada masa Trikora dan Dwikora juga cukup terasa di rumah sakit jiwa Magelang akibat penghematan anggaran belanja. Sampai-sampai halaman disekitar bangsal perlu ditanamai ubi, kacang, dsb. Untuk tambahan bahan makanan juga sebagian tanah (kebun kopi) diambil alih oleh pihak Hankam sehingga mulai saat itu luas areal yang semula 82975 Ha 74138 Ha. Namun kemudian dengan adanya repelita keadaan RSJ Magelang berangsur-angsur membaik praktis disegala bidang.

Akan tetapi, masih ada yang belum dapat dikembalikan seperti keadaan semula misalnya: perikanan belum dapat dilaksanakan lagi karena areal RSJ Magelang tidak lagi mencapai aliran irigasi yang memadai. Dalam rangka

repelita RSJ magelang mendapat areal tanah untuk penyediaan air bersih 0,945 Ha. Sebelumnya air bersih didapatkan dari PAM Magelang tetapi sejak zaman jepang tidak berjalan lagi.

III.Lampiran Foto-Foto Kondisi bangsal P3/Klas 2²



Tampak depan Bangsal P3/Klas 2



Tampak Samping Bangsal P3/Klas 2



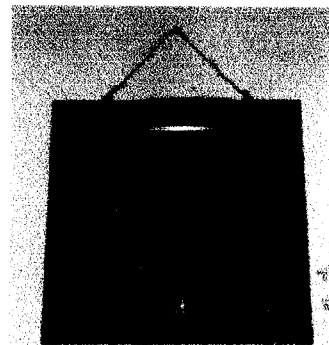
Tampak Belakang Bangsal P3/Klas 2



Perabotan berupa timbangan badan yang terdapat di ruang makan

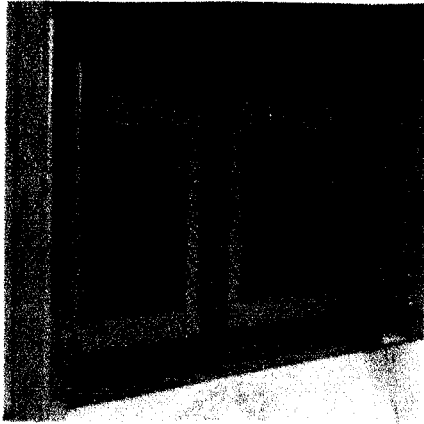


Kondisi gudang di Bangsal P3/Klas 2

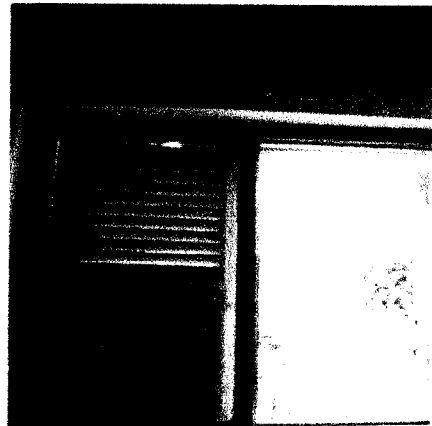


Perabotan berupa kaca yang terdapat di ruang makan

² Foto didapatkan ketika melakukan survey di Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soeroyo Magelang, pada saat 04 april dan 26 april 2003.



Jendela yang terdapat di ruang dokter



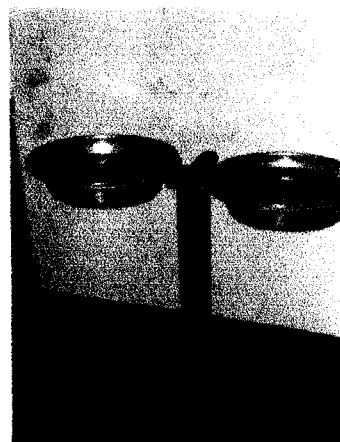
Jendela yang terdapat di ruang perawat



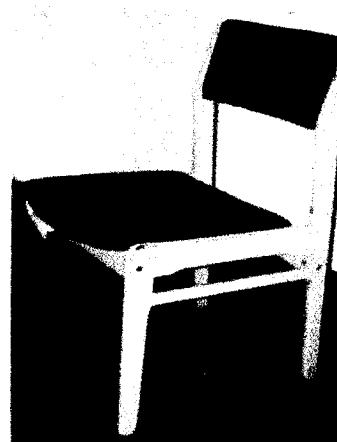
**Pintu pada gudang di
Bangsal P3/Klas 2dokter**



**Pintu pada Kamar mandi
di bangsal P3/Klas 2**



**Perabotan cuci tangan dokter
Yang terdapat di ruang makan**



**Kursi yang terdapat di ruang
makan dan ruang medis**

KALA BERMAKNA

1998

1. peserta pekan ta'aruf universitas dan fakultas
2. peserta Forum Komunikasi Arsitektur 1998
3. Sekretaris KOSEMA 98 (koordinator seluruh mahasiswa)

1999

1. panitia pekan ta'aruf 1999 divisi perlengkapan
2. panitia Forum Komunikasi Arsitektur 1999 divisi Humas
3. tim delegasi UII pada TKI-MAI ke XVI di Semarang
4. panitia dan peserta Training Manajemen Organisasi
5. panitia seminar nasional NAPZA divisi Pubdekdok
6. panitia Gelar seni amal harapan divisi Pubdekdok

2000

1. Ketua Umum Himpunan Mahasiswa Arsitektur "mimar" Periode VI Thn 2000-2002
2. ketua umum OC pekan ta'aruf FTSP UII
3. panitia porseni dan inagurasi divisi pubdekdok
4. peserta studi Ekskursi bersama AMI
5. SC forum komunikasi arsitektur 2000
6. peserta pameran dalam gelar karya mahasiswa di benteng Vredeburg.

2001

1. pimpinan delegasi HMA UII pada Raker IMAYOG I di atmajaya.
2. SC Pekan ta'aruf FTSP UII komisi B.
3. Pengisi acara pada peringatan hari bumi
4. kkn di kali code sebagai koordinator desa.

2002

1. anggota dewan advokasi Pekan ta'aruf FTSP UII
2. panitia Keamanan malam Inagurasi UII
3. Penganggung jawab pameran fotografi "architecture in frame"
4. Penanggung jawab KKL ke Bali.
5. panitia dan peserta seminar nasional arsitektur pinggiran.
6. peserta dan panitia festival anak dan pusaka jogjakarta.

[membuka semua.....]

1. banteng,mino dan gentan.....
 2. perjalanan arsitektur ke ITB;UNPAR Thn 1999
 3. ketua delegasi pameran di mercubuana jakarta
 4. perjalanan fotografi ke malang dan surabaya
 5. perjalanan fotografi ke semarang
 6. himpunan mahasiswa arsitektur "mimar" periode VI
 7. menulis di solid edisi khusus pekan ta'aruf ftsp UII 2000
 8. menulis di solid edisi # 2 tahun 2001
8. tugas akhir di bimbing DR.IR. Titien Saraswati.M.Arch.