

2/703

| | |
|-------------------|---------------|
| PERPUSTAKAAN FTSP | |
| HABIAN/BELI | |
| TGL TERIMA : | 13 JUN 2001 |
| NO. JUDUL : | |
| NO. INV. : | 314/TA/17A/01 |
| NO. INDIK. : | |

TUGAS AKHIR

5120000480001

PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA DI YOGYAKARTA

PENDEKATAN PADA KONTEKSTUAL ALAM SEKITAR DENGAN
MEMPERHATIKAN KONDISI PSIKOLOGIS PASIEN

xvi, 106 : 22.700



TA
711.57
AS
P
01

Disusun Oleh :

ASTIKA YULI ASIH

No. Mhs. : 96340037

NIRM : 960051013116120037

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN
PERENCANAAN UIN YOGYAKARTA

JURUSAN ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2001

TUGAS AKHIR
PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN
NARKOBA
DI YOGYAKARTA
PENDEKATAN PADA KON9TEKSTUAL ALAM SEKITAR DAN
KONDISI PSIKOLOGIS PASIEN

Diajukan Kepada Fakultas Teknik Sipil Dan Perencanaan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memenuhi Gelar Sarjana Teknik

Disusun oleh:

Nama : ASTIKA YULI ASIH
No. Mhs : 96340037
NIRM : 960051013116120037

JURUSAN ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK SIPIL DAN PERENCANAAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA

2001

Lembar pengesahan

TUGAS AKHIR
PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA
DI YOGYAKARTA

PENDEKATAN PADA KONTEKSTUAL ALAM SEKITAR DENGAN
MEMPERHATIKAN KONDISI PSIKOLOGIS PASIEN

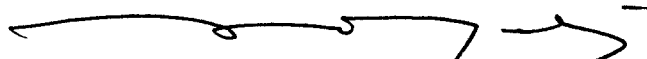
Oleh
ASTIKA YULI ASIH
No Mhs: 96340037
NIRM: 960051013116120037

Yogyakarta, Februari 2001

Menyetujui,

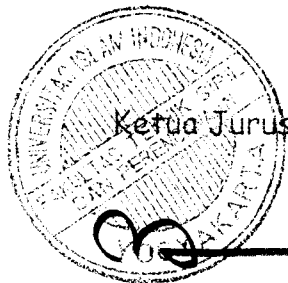
Dosen Pembimbing I

Dosen Pembimbing II



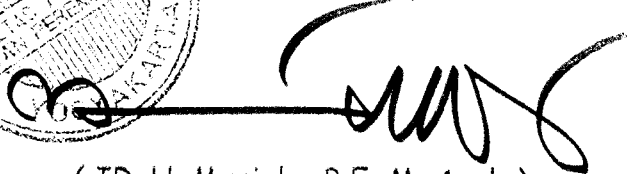
(IR. Sri Hardiyatno, MT)

(IR. Handoyotomo, MSA)



Mengetahui,

Ketua Jurusan Arsitektur, FTSP UII



(IR. H. Munichy B.E, M. Arch)

*Kupersembahkan karya kecil ini untuk
Orang- orang yang sangat berarti dalam hidupku
Bapak dan Ibu tercinta
Dengan segala ketulusan dan pengorbanannya
Kakak-kakakku tersayang
Mas Innoe, Mbak Yoen, Mbak Utiek dengan segala supportnya*

"Life is a Journey not a Destination."

KATA PENGANTAR

*Bismillahirrahmannirrohiim,
Assalammualaikum Wr. Wb.*

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan taufiq dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Tugas akhir ini berjudul;

"PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA DI YOYAKARTA"

Pendekatan Pada Kontekstual Alam Sekitar Dengan Memperhatikan Kondisi Psikologis Pasien

Tugas akhir ini merupakan kurikulum wajib yang harus dikerjakan oleh mahasiswa Fakultas Teknik Sipil Dan Perencanaan Jurusan Arsitektur sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar sarjana.

Dengan harapan Tugas Akhir ini tidak hanya sekedar dalam rangka memenuhi persyaratan akademik yang dicanangkan oleh jurusan, lebih dari itu adalah sebagai upaya untuk dapat menambah wawasan praktis bagi penulis tentang ilmu arsitektur khususnya sebuah bangunan Pusat Rehabilitasi Narkoba serta dapat memberi masukan-masukan dan feedback pada perancangan bangunan Pusat Rehabilitasi Narkoba yang lebih baik dimasa mendatang.

Terselesainya Tugas Akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini pula penulis ingin menyampaikan ungkapan terimakasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu hingga terselesainya Tugas Akhir ini terutama kepada:

1. Allah SWT dengan segala keajaibannya, yang telah memberikan kekuatan dan kesehatan kepada hambanya.
2. Bapak Ir. Widodo, MSCE. PhD, selaku dekan Fakultas Teknik Sipil Dan Perencanaan.
3. Bapak Ir. Munichy B. Edres, M.Arch, selaku ketua jurusan arsitektur Universitas Islam Indonesia.
4. Bapak Ir. Sri Hardiyatno, MT selaku Dosen pembimbing utama atas bimbingan, kritik, saran dan arahan selama penyusunan tugas akhir ini.

5. Bapak Ir. Handoyotomo, MSA, selaku dosen pembimbing pendamping atas arahan, bimbingan, kritik, masukan, dan sarannya.
6. Bapak Dr. Musinggih Djarot Rouyani, Spkj, Staf ahli jiwa RSU Sardjito atas masukan-masukan, arahan, data, dan buku-bukunya.
7. Seluruh staf "GRANAT" "DIY" atas saran dan masukan-masukannya.
8. Bapak KH Haryoso, Pimpinan pondok pesantren rehabilitasi narkoba Al Islami, Kali Bawang, Kulon Progo Atas izin surveinya.
9. Bapak dan Ibu tercinta atas ketulusan, pengorbanan dan dorongan yang demikian besar kepada ananda sehingga ananda dapat meraih apa yang ananda harapkan selama ini.
10. Kakak-kakakku tersayang Mas Innoe, Mbak Yoen, Mbak Utik, Mbak Iin, Mas Ari, Mas Agung, atas dorongan, arahan dan motivasinya dan keponakanku yang lucu Ifan, Audi, Faiz, Almas yang membuat aku selalu pengen pulang.
11. Teman-temanku seperjuangan dan sebimbingan studio Luqman, Eko Ershad, Husin dan Doni kita kompak yha!!!!!!!!!!!!
12. Wowok, yang selalu membantu disaat aku susah, sabar yha!
13. Anis Supriyono ST, atas bantuan, motivasi dan data-datanya, makasih banget!!
14. Temen-temenku seperjuangan dan merengek, Uwi' (makasih yha ngetiknya) Henny, Cintya, Pipiet, Alia, Timpul, Ipe (kapan pindah?), Septi, Ria, Lita, De el el.
15. Teguh Prihanto ST, Erna Susanti ST, Ari Ariadi atas bantuan dan masukannya.
16. Seluruh rombongan STUDIO periode 2 TA/2000/2001, nyante dulu ah!!!!
17. Seluruh angkatan "songo enem" Arsitektur UII kapan ngumpul bareng lagi?
18. Temen-teman KKN angkatan 20, Iva, Fanfan, Tarno, Gita, Wiwin, Nugie, seluruh masyarakat Dusun Candi, kenangan tak terlupakan di Gunung Kidul!!!!
19. Sepupu-sepupuku di Nusa Indah 24, Mbak Kunti, Lia, Ook, Redes, atas suport dan candanya.
20. Dan semua pihak yang telah membantu namun penulis tidak dapat sebutkan satu persatu.

Demikianlah Tugas Akhir ini dibuat, penulis sadar bahwa masih terlalu banyak kekurangan yang harus dibenahi karena masih terlalu banyak keterbatasan ilmu dan wawasan penulis, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan demi sempurnanya penyusunan Tugas Akhir ini. Harapan penulis semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Yogyakarta, Februari 2001

ASTIKA YULI ASIH

ABSTRAK

**PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA
DI YOGYAKARTA**

*Pendekatan pada kontekstual alam sekitar dengan
memperhatikan kondisi psikologis pasien*

**REHABILITATION CENTRE OF DRUG ADDICTION
IN YOGYAKARTA**

*Nature enviroment contextual focusing to psychology condition
of patient as an approachment*

Pendirian sebuah Pusat Rehabilitasi Ketergantungan narkoba di Yogyakarta sangat diharapkan dapat berperan membantu mengatasi korban penyalahgunaan Narkoba yang kian banyak.

Konsep Perencanaan dan perancangan Pusat Rehabilitasi Narkoba di Yogyakarta ini adalah dengan mengakomodasi seluruh kegiatan rehabilitasi yang komprehensif meliputi medik, fisik, psikologi, religi, dan sosial dengan menggunakan pendekatan pada konteks lingkungan alam sekitar dan kondisi psikologis pasien.

Konteks lingkungan alam sekitar adalah dengan mengadaptasi elemen-elemen alam seperti; view, pepohonan, sungai, udara dan kontur ke dalam site dan bangunan. Elemen alam yang merupakan potensi site dapat dilibatkan kedalam penataan dan perencanaan organisasi ruang, tata ruang dalam, dan tata ruang luar .

Memperhatikan kondisi psikologis pasien adalah mengetahui suasana tata ruang yang diharapkan pasien untuk ditransformasikan kedalam perancangan bangunan. Sehingga di dalam pusat rehabilitasi pasien dapat merasakan keakraban dengan lingkungan alam, tidak merasa terkekang dan terisolasi dari dunia luar serta dapat mengikuti proses rehabilitasi dengan baik.

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Halaman Judul..... | i |
| Lembar Pengesahan..... | ii |
| Persembahan..... | iii |
| Kata Pengantar..... | v |
| Abstraksi..... | viii |
| Daftar Isi..... | ix |
| Daftar Gambar..... | xiv |
| Daftar Tabel..... | xvi |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|---|----|
| 1.1. Latar Belakang..... | 1 |
| 1.1.1. Narkoba Dan Perkembangannya..... | 1 |
| 1.1.2. Latar Belakang Penyalahgunaan Narkoba..... | 2 |
| 1.1.3. Pusat Rehabilitasi Bagi Korban Ketergantungan..... | 3 |
| 1.1.4. Detoksifikasi Dan Rehabilitasi..... | 5 |
| 1.1.5. Kontekstual Alam Sekitar Dan Karakter Psikologis Pasien..... | 8 |
| 1.1.6. Pemilihan Lokasi Site..... | 9 |
| 1.2. Tinjauan Pustaka..... | 10 |
| 1.3. Permasalahan..... | 11 |
| 1.3.1. Permasalahan Umum..... | 11 |
| 1.3.2. Permasalahn Khusus..... | 11 |
| 1.4. Tujuan Dan Sasaran..... | 11 |
| 1.4.1. Tujuan..... | 11 |
| 1.4.2. Sasaran..... | 11 |
| 1.5. Keaslian Tugas Akhir..... | 12 |
| 1.6. Batasan Dan Lingkup Pembahasan..... | 12 |
| 1.7. Metode pembahasan..... | 13 |
| 1.8. Sistematika Penulisan..... | 14 |
| 1.9. Diagram Pola Pikir..... | 15 |

| | |
|--|----|
| BAB II TINJAUAN TENTANG NARKOBA DAN PUSAT REHABILITASI NARKOBA | 16 |
| 2.1. Tinjauan Tentang Ketergantungan Narkoba..... | 16 |
| 2.1.1. Pengertian Narkoba Dan Dampaknya..... | 16 |
| 2.1.2. Akibat Dan Karakter Psikologis Korban Ketergantungan Narkoba..... | 18 |
| 1. Akibat Secara Umum..... | 18 |
| 2. Akibat keracunan..... | 18 |
| 2.1.3. Faktor Pencetus Penyalahgunaan Narkoba..... | 19 |
| 1. Faktor Individu..... | 19 |
| 2. Faktor Zat..... | 19 |
| 3. Faktor Lingkungan..... | 19 |
| 2.1.4. Korban Ketergantungan Narkoba Di Yogyakarta..... | 20 |
| 1. Jumlah korban penyalahgunaan narkoba di yogyakarta..... | 20 |
| 2. Kapasitas..... | 22 |
| 2.2. Tinjauan Pusat Rehabilitasi Korban Ketergantungan Narkoba..... | 23 |
| 2.2.1. Pengertian Pusat Rehabilitasi Korban Ketergantungan Narkoba..... | 23 |
| 2.2.2. Pelaksanaan Dan Tahap-Tahap Rehabilitasi Korban Ketergantungan Narkoba..... | 23 |
| 1. Tahap-Tahap Pelaksanaan Penanganan Narkoba..... | 23 |
| 2. Tahap-Tahap Pelaksanaan Rehabilitasi Narkoba..... | 26 |
| 2.2.3. Bentuk Dan Pelaku Kegiatan..... | 26 |
| 1. Bentuk Kegiatan..... | 26 |
| 2. Pelaku Kegiatan..... | 26 |
| 2.2.4. Sarana Dan Fasilitas..... | 29 |
| 1. Sarana..... | 29 |
| 2. Fasilitas..... | 30 |
| 2.3. Tinjauan Arsitektur Kontekstual Alam sekitar..... | 30 |
| 2.3.1. Arsitektur kontekstual lingkungan alam sekitar..... | 30 |
| 1. Perancangan Arsitektur dan lingkungan Alam Sekitar..... | 30 |
| 2. Pemanfaatan Elemen Alam Sekitar ke Dalam Perancangan..... | 31 |

| | |
|---|----|
| 2.3.2. Hubungan lingkungan alam sekitar dan karakter psikologis pasien.... | 32 |
| 1. Hubungan Antara Psikologi Dengan Lingkungan..... | 32 |
| 2. Pengaruh Alam Sekitar Terhadap Kondisi Psikologi..... | 33 |
| 2.4. Tinjauan tentang Pengaruh Psikologis Terhadap Tata Ruang Yang Mendukung Penyembuhan Dan Pemulihan Rehabilitan..... | 34 |
| 2.4.1. Pengaruh kondisi psikologis terhadap tata ruang dalam yang mendukung penyembuhan dan pemulihan pasien..... | 34 |
| 2.4.2. Tata Ruang Dalam dan tata ruang luar yang mendukung kondisi psikologis pasien pada proses rehabilitasi..... | 35 |
| 2.5. Obyek Pemandangan..... | 36 |
| 2.5.1. Pusat Rehabilitasi Narkoba Inabah, Suryalaya..... | 36 |
| 2.5.2. Pusat Rehabilitasi Al Islami, Kalibawan, Kulon Progo..... | 38 |
| 2.6. Kesimpulan..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| BAB III ANALISA PENDEKATAN KONSEP TERHADAP FAKTOR-FAKTOR PENENTU PERENCANAAN DAN PERANCANGAN..... | 41 |
| 3.1. Analisa pendekatan Lokasi Dan Site Pusat Rehabilitasi..... | 41 |
| 3.1.1. Analisa lokasi..... | 41 |
| 3.1.2. Analisa kondisi dan potensi site..... | 46 |
| 3.2. Analisa Hubungan antara Lingkungan Alam Sekitar, Kondisi Psikologis Dan Ruang..... | 50 |
| 3.2.1. Hubungan Kondisi Psikologis pasien Terhadap Ruang..... | 50 |
| 1. Kondisi Psikologis Pasien Dan suasana yang diharapkan..... | 51 |
| 2. Pendekatan Konsep Ungkapan Tuntutan Suasana Ruang sesuai kondisi psikologis pasien..... | 51 |
| 3.2.2. Hubungan Lingkungan alam sekitar terhadap ruang..... | 54 |
| 3.3. Analisa kebutuhan Ruang pusat rehabilitasi ketergantungan narkoba..... | 55 |
| 3.3.1. Pelaku dan kegiatan..... | 55 |
| 1.3.1.1. Jumlah Pelaku..... | 55 |
| 1.3.1.2. Kegiatan, Kebutuhan Ruang Dan Besaran Ruang..... | 55 |
| 3.4. Analisa Kegiatan Dan Program Ruang..... | 66 |

| | |
|--|----|
| 3.4.1. Studi Aktifitas..... | 66 |
| 3.4.2. Program Ruang..... | 70 |
| 1. Macam Ruang..... | 70 |
| 2. Pola hubungan Ruang..... | 70 |
| 3.5. Pendekatan Konsep Tata Ruang Yang mendukung Proses Kegiatan Terapi.. | 73 |
| 3.5.1. Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi Medis/Fisik..... | 74 |
| 3.5.2. Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi Religius..... | 76 |
| 3.5.3. Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi Psikologis..... | 77 |
| 3.6. Analisa Pendekatan Konsep Ruang Luar Yang Mendukung Proses Rehabilitasi..... | 78 |
| 3.6.1. Pendekatan Konsep Penataan Site..... | 78 |
| 1. Building Converage..... | 78 |
| 2. Pencapaian Ke Bangunan..... | 78 |
| 3. Sirkulasi Manusia..... | 79 |
| 4. Sirkulasi Kendaraan..... | 80 |
| 5. Pola Gubahan Massa..... | 80 |
| 6. Pola Tata Hijau..... | 81 |

BAB IV KONSEP PERENCANAAN DAN PERANCANGAN PUSAT

| | |
|---|-----------|
| REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA..... | 83 |
| 4.1. Konsep Dasar Perencanaan Bangunan..... | 83 |
| 4.1.1. Konsep Tapak..... | 83 |
| 1. Lokasi Site..... | 83 |
| 2. Konsep Penataan Site..... | 84 |
| 4.1.2. Konsep Tata Ruang Luar..... | 85 |
| 1. Sirkulasi Dan Pencapaian Bangunan..... | 85 |
| 2. Pola Tata Hijau..... | 86 |
| 3. Pola Zoning Site..... | 86 |
| 4. Gubahan Massa..... | 87 |
| 5. Parkir..... | 88 |
| 6. Sistem Kontrol..... | 88 |

| | |
|---|----|
| 4.2. Konsep Dasar Perancangan Bangunan..... | 88 |
| 4.2.1. Konsep Penampilan Bangunan..... | 88 |
| 1. Fasade Bangunan..... | 89 |
| 2. Bentuk Atap Dan Ketinggian Bangunan..... | 89 |
| 4.2.2. Konsep Perancangan Tata Ruang Dalam..... | 90 |
| 1. Besaran Ruang..... | 90 |
| 2. Organisasi Ruang..... | 91 |
| 3. Konsep Tata Ruang Dalam..... | 92 |
| 4.3. Konsep Dasar Teknis..... | 93 |
| 4.3.1. Konsep Sistem Struktur Bangunan..... | 93 |
| 1. Struktur Bangunan..... | 93 |
| 2. Bahan Bangunan..... | 93 |
| 3. Atap..... | 94 |
| 4. Dinding..... | 94 |
| 5. Lantai..... | 94 |
| 4.3.2. Konsep Sistem Utilitas Bangunan..... | 95 |
| 1. Jaringan Air Bersih..... | 95 |
| 2. Jaringan Air Kotor..... | 95 |
| 3. Jaringan Air Limbah..... | 95 |
| 4. Jaringan Listrik..... | 96 |
| 5. Jaringan Komunikasi..... | 96 |
| 4.3.3. Konsep Penghawaan Dan Pencahayaan..... | 97 |
| 1. Penghawaan..... | 97 |
| 2. Pencahayaan..... | 97 |

Daftar Pustaka

Lampiran-Lampiran

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| <i>Gambar 1.1.</i> | <i>: Skema Faktor pencetus.....</i> | <i>3</i> |
| <i>Gambar 1.2.</i> | <i>: Langkah-langkah penanganan.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Gambar 1.3.</i> | <i>: Tata cara rehabilitasi.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Gambar 2.1.</i> | <i>: Skema penyalahgunaan naza.....</i> | <i>20</i> |
| <i>Gambar 2.2.</i> | <i>: Tahap-tahap penanganan narkoba.....</i> | <i>23</i> |
| <i>Gambar 2.3.</i> | <i>: Tahap-tahap proses rehabilitasi.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Gambar 3.1.</i> | <i>: Site tampak dari arah selatan.....</i> | <i>43</i> |
| <i>Gambar 3.2.</i> | <i>: Site tampak dari arah barat.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Gambar 3.3.</i> | <i>: Potongan site.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Gambar 3.4.</i> | <i>: Lokasi site.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Gambar 3.5.</i> | <i>: Analisa site.....</i> | <i>46</i> |
| <i>Gambar 3.6.</i> | <i>: Analisa site.....</i> | <i>47</i> |
| <i>Gambar 3.7.</i> | <i>: Analisa site.....</i> | <i>48</i> |
| <i>Gambar 3.8.</i> | <i>: Analisa site.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Gambar 3.9.</i> | <i>: Ruang gerak manusia dan sirkulasi.....</i> | <i>52</i> |
| <i>Gambar 3.10.</i> | <i>: Suasana ruang.....</i> | <i>52</i> |
| <i>Gambar 3.11.</i> | <i>: Suasana ruang dinamis.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Gambar 3.12.</i> | <i>: Suasana akrab dan terbuka.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Gambar 3.13.</i> | <i>: Vegetasi sebagai view.....</i> | <i>54</i> |
| <i>Gambar 3.14.</i> | <i>: Kontur sebagai pemisah ruang.....</i> | <i>54</i> |
| <i>Gambar 3.15.</i> | <i>: Studi aktifitas keseluruhan unit kegiatan.....</i> | <i>66</i> |
| <i>Gambar 3.16.</i> | <i>: Bagan studi aktifitas proses kegiatan rehabilitasi.....</i> | <i>67</i> |
| <i>Gambar 3.17.</i> | <i>: Studi aktifitas penerimaan awal.....</i> | <i>67</i> |
| <i>Gambar 3.18.</i> | <i>: Studi aktifitas kegiatan terapi.....</i> | <i>68</i> |
| <i>Gambar 3.19.</i> | <i>: Studi aktifitas kegiatan pemantapan sosial.....</i> | <i>69</i> |
| <i>Gambar 3.20.</i> | <i>: Pola hubungan ruang penerimaan awal.....</i> | <i>70</i> |
| <i>Gambar 3.21.</i> | <i>: Pola hubungan ruang kegiatan asrama.....</i> | <i>71</i> |
| <i>Gambar 3.22.</i> | <i>: Pola hubungan ruang kelompok kegiatan terapi.....</i> | <i>71</i> |
| <i>Gambar 3.23.</i> | <i>: Pola hubungan ruang kegiatan vokasional.....</i> | <i>72</i> |

DAFTAR TABEL

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| <i>Tabel 1.1.</i> | <i>: Pusat rehabilitasi/RSKO yang ada di Prop. DIY.....</i> | <i>4</i> |
| <i>Tabel 2.1.</i> | <i>: Tanda dan gejala penggunaan narkoba.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Tabel 2.2.</i> | <i>: Jumlah korban ketergantungan narkoba Prop. DIY.....</i> | <i>21</i> |
| <i>Tabel 2.3.</i> | <i>: Jumlah korban ketergantungan narkoba yang dirawat di Rumah sakit wilayah DIY.....</i> | <i>21</i> |
| <i>Tabel 2.4.</i> | <i>: Bentuk kegiatan, SDM dan ruang yang dibutuhkan pada tata cara pelaksanaan rehabilitasi.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Tabel 2.5.</i> | <i>: Jenis tenaga pengelola yang dibutuhkan.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Tabel 2.6.</i> | <i>: Tuntutan tata ruang terhadap kondisi psikologis pasien.....</i> | <i>36</i> |
| <i>Tabel 2.7.</i> | <i>: Nama ruang dan ukurannya.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Tabel 3.1.</i> | <i>: Unsur alam sekitar dan pengaruh psikologis manusia.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Tabel 3.2.</i> | <i>: Hubungan kondisi psikologis pasien dengan alam sekitar.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Tabel 3.3.</i> | <i>: Kondisi psikologis pasien dan tuntutan suasana.....</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabel 3.4.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang penerimaan awal.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Tabel 3.5.</i> | <i>: Pembagian kegiatan terapi pasien.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Tabel 3.6.</i> | <i>: Kebutuhan ruang dan besaran ruang terapi medis/fisik.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Tabel 3.7.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang.....</i> | <i>59</i> |
| <i>Tabel 3.8.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabel 3.9.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabel 3.10.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabel 3.11.</i> | <i>: Kebutuhan dan basaran ruang.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabel 3.12.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabel 3.13.</i> | <i>: Tenaga pengelola pusat rehabilitasi nakoba.....</i> | <i>64</i> |
| <i>Tabel 3.14.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang kantor dan administrasi.....</i> | <i>65</i> |
| <i>Tabel 3.15.</i> | <i>: Kebutuhan dan besaran ruang servis.....</i> | <i>65</i> |
| <i>Tabel 4.1.</i> | <i>: Besaran ruang keseluruhan unit bangunan.....</i> | <i>90</i> |
| <i>Tabel 4.2.</i> | <i>: Sifat dan kesan bahan material.....</i> | <i>93</i> |

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| <i>Gambar 3.24.</i> | <i>: Pola hubungan ruang pengelola.....</i> | <i>72</i> |
| <i>Gambar 3.25.</i> | <i>: Pola hubungan ruang servis.....</i> | <i>73</i> |
| <i>Gambar 3.26.</i> | <i>: Pendekatan konsep tata ruang terapi.....</i> | <i>74</i> |
| <i>Gambar 3.27.</i> | <i>: Pendekatan konsep potongan tata ruang perawatan Medis.....</i> | <i>75</i> |
| <i>Gambar 3.28.</i> | <i>: Pendekatan konsep ruang olahraga outdoor/indoor.....</i> | <i>76</i> |
| <i>Gambar 3.29.</i> | <i>: potongan pendekatan konsep ruang terapi religius</i> | <i>76</i> |
| <i>Gambar 3.30.</i> | <i>: Pendekatan konsep tata ruang terapi religius.....</i> | <i>77</i> |
| <i>Gambar 3.31.</i> | <i>: Pendekatan konsep tata ruang terapi psikologis.....</i> | <i>78</i> |
| <i>Gambar 3.32.</i> | <i>: Pendekatan konsep sirkulasi manusia.....</i> | <i>79</i> |
| <i>Gambar 3.33.</i> | <i>: Pola gubahan massa.....</i> | <i>81</i> |
| <i>Gambar 3.34.</i> | <i>: Pola tata hijau.....</i> | <i>82</i> |
| <i>Gambar 4.1.</i> | <i>: Perencanaan penataan site.....</i> | <i>84</i> |
| <i>Gambar 4.2.</i> | <i>: Jalur sirkulasi kendaraan dan manusia.....</i> | <i>85</i> |
| <i>Gambar 4.3.</i> | <i>: Pola tata hijau.....</i> | <i>86</i> |
| <i>Gambar 4.4.</i> | <i>: Pola zoning dan ploting.....</i> | <i>87</i> |
| <i>Gambar 4.5.</i> | <i>: Pola gubahan massa.....</i> | <i>87</i> |
| <i>Gambar 4.6.</i> | <i>: Bentuk penampilan bangunan.....</i> | <i>89</i> |
| <i>Gambar 4.7.</i> | <i>:Organisaisi ruang</i> | <i>91</i> |
| <i>Gambar4.8.</i> | <i>: Potongan tata ruang terapi indoor.....</i> | <i>92</i> |
| <i>Gambar 4.9.</i> | <i>: Selasar yang terbuka di salah satu sisi.....</i> | <i>92</i> |
| <i>Gambar 4.10</i> | <i>: Sistem jaringan air bersih.....</i> | <i>95</i> |
| <i>Gambar 4.11.</i> | <i>: Sistem jaringan air limbah.....</i> | <i>96</i> |
| <i>Gambar 4.12</i> | <i>: Sistem jaringan listrik.....</i> | <i>96</i> |

BAB I PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

1.1.1. Narkoba dan perkembangannya.

Perubahan-perubahan sosial yang serba cepat sebagai konsekuensi modernisasi, industrialisasi dan kemajuan IPTEK seperti sekarang ini dapat terlihat jelas dengan adanya pergeseran nilai-nilai sosial pada masyarakat.. Narkoba (narkotika, obat-obat berbahaya dan NAPZA yang merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) yang sekarang merebak dianggap kalangan generasi muda sebagai tren, gaya hidup bahkan sebagai simbol modernisasi. Hal ini dapat dilihat dari korban penyalahgunaan narkoba di seluruh dunia yang kebanyakan remaja berusia 13 tahun sampai dengan 25 tahun semakin terus meningkat.

Demikian halnya di Indonesia, terutama di kota-kota besar seperti Jakarta, Bandung, Surabaya, Medan, Semarang dan Yogyakarta, pada kurun waktu 30 tahun terakhir ini bahaya narkoba seakan menyeruak muncul ke permukaan mengancam masyarakat khususnya generasi muda. Sejak tahun 1971 bencana penyalahgunaan narkoba di Indonesia mulai mendapat perhatian secara serius dari masyarakat umum, khususnya pemerintah yaitu dengan mengeluarkan undang-undang RI No.9/1976 tentang narkotika dan membentuk badan khusus untuk menangani masalah narkotika yaitu Badan Koordinasi pelaksana (BAKOLAK) INPRES No. 6/1971 sub team narkotika. ¹

Seiring dengan perkembangan jaman narkoba mulai mencengkeram generasi muda Indonesia dengan mengepakkan sayapnya pada tahun 1990 hingga era reformasi seperti sekarang ini, bahkan berdasarkan data terbaru korban narkoba di Indonesia pada sepuluh tahun terakhir sebagian besar penyalahguna adalah kelompok remaja dan dewasa muda, untuk lebih jelasnya adalah sebagai berikut:

¹ Ilmu Kedokteran Jiwa, Prof.WF.Maramis, DSJ, Airlangga University Press, 1999.

- Jumlah penyalahguna di indonesia: ± 2000.000 orang
- Jumlah penyalahguna di DIY: ± 60.000 orang
- Data dari POLRI: 70% dari korban berumur 13-25 tahun
- Data dari RSKO: 75% dari penyalahguna berumur 15-25 tahun.
- 82% dari penyalahguna berasal dari keluarga menengah atas atau golongan mampu.
- 65% berpendidikan SMP, SLTA dan mahasiswa²

Melihat besarnya jumlah korban yang sangat banyak seperti diatas maka pemerintah sebagai komponen yang ikut bertanggung jawab terhadap bahaya narkoba, perlu mengeluarkan undang-undang tentang narkoba yang terbaru untuk menjerat korban yaitu dikeluarkannya Undang-Undang Republik Indonesi No. 5 tahun 1997 tentang psikotropika.

Upaya penanganan terhadap bahaya narkoba bukan hanya melibatkan satu komponen saja tapi juga melibatkan aparat, pihak hukum, masyarakat, keluarga, agama, lembaga masyarakat, dinas sosial dan pemerintah. Pembinaan, bimbingan dan perlindungan bagi pecandu sangat diperlukan, mengingat keadaan pecandu tersebut dalam keadaan labil, sehingga jika dibiarkan di tengah masyarakat tanpa ada upaya penanganan yang serius, keadaan korban akan semakin parah dan dapat menyeret korban lebih banyak lagi sehingga semakin merusak generasi penerus bangsa.

1.1.2. Latar belakang penyalahgunaan narkoba

Dalam bahan seminar yang ditulis oleh ahli jiwa dari RSU Sardjito, dr. Musinggih Djarot Rouyani, Spkj, diungkapkan bahwa faktor pencetus penyebab penyalahgunaan naza adalah

- faktor individu
- faktor zat/napza
- faktor lingkungan

² dr. Musinggih Djarot Rouyani/ahli jiwa, RSU sardjito, Yogyakarta.

a. Faktor individu

Faktor individu sebagai pencetus disebabkan karena keadaan fisik tubuh, problem psikis dan problem sosial.

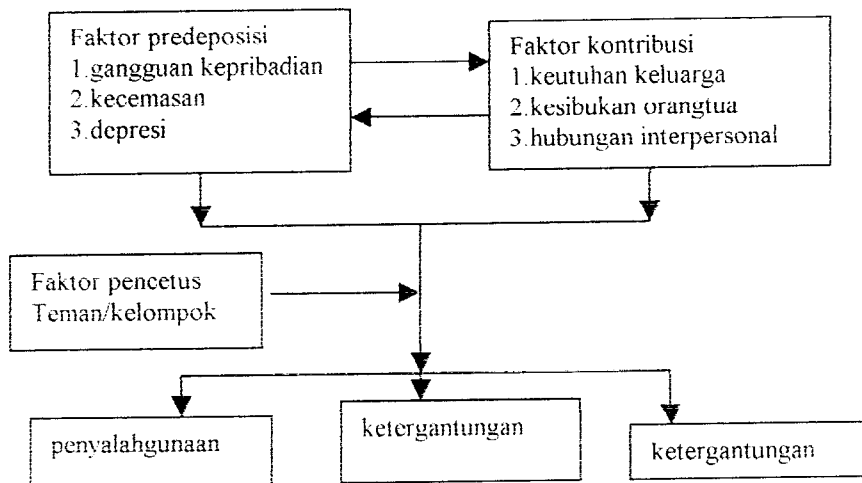
b. Faktor zat

Tersedianya napza secara ilegal

c. Faktor lingkungan

Lingkungan yang memberi peluang penyalahgunaan/kejahatan, kriminal, keluarga tidak harmonis, dan sebagainya.

Hal ini ditegaskan pula oleh ahli jiwa, Prof. Dr.dr. H. Dadang Hawari, bahwa skema terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan naza dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 1.1. Bagan Skema Faktor pencetus penyalahgunaan narkoba
(sumber; Prof.DR.dr Dadang hawari, Psi)

1.1.3. Pusat rehabilitasi bagi korban ketergantungan.

Yogyakarta sebagai kota wisata dan kota pelajar sangat rawan terhadap bahaya narkoba, karena sebagai kota wisata banyak turis asing maupun turis lokal berdatangan keluar masuk kota Yogyakarta sehingga peluang keluar masuknya narkoba dalam beredar juga sangat besar. Didukung kota Yogyakarta sebagai kota pelajar, sehingga banyak pelajar dan mahasiswa yang merupakan generasi penerus bangsa sebagai sasaran empuk pengedar narkoba yang mengakibatkan korban narkoba di

Yogyakarta sangat besar, bahkan menduduki peringkat ke dua di Indonesia, setelah Jakarta³. Pembinaan, bimbingan dan perlindungan korban narkoba memerlukan wadah untuk menjalankan proses penyembuhannya secara total⁴.

Pada Undang-Undang psikotropika No 5 tahun 1997 pasal 37 disebutkan pula bahwa pengguna psikotropika yang menderita sindrom ketergantungan berkewajiban ikut serta dalam pengobatan dan/perawatan. Maka dari itu pemerintah dan lembaga swasta lainnya mencoba menanganinya dengan mendirikan wadah seperti, pusat rehabilitasi, klinik dan pondok pesantren bagi korban ketergantungan narkoba.

Di Yogyakarta sendiri telah ada kurang lebih 10 lembaga pengobatan narkoba. Yaitu RSKO (Rumah Sakit Ketergantungan Obat) ada empat buah, pengobatan alternatif tradisional religius empat buah, dan pusat rehabilitasi hanya ada dua buah. Sehingga jika kita lihat jumlah korban narkoba yang meningkat secara menyolok serta daya tampung yang terbatas pada pusat rehabilitasi tersebut maka dirasa masih sangat kurang memadai dan memenuhi syarat. Daftar lembaga pengobatan korban narkoba di DIY adalah sebagai berikut:

| No | Nama RSKO/Pusat Rehabilitasi | Jenis perawatan | Instansi terkait |
|-----|---|-----------------------|------------------|
| 1 | RSUP Sarjito. | Detoksifikasi | Pemerintah |
| 2.9 | RSUK Puri nirmala I | Detoksifikasi | Swasta |
| 3. | RSU Bethesda. | Detoksifikasi | Swasta |
| 4. | Pondok pesantren al islami, Kalibawang. | Rehabilitasi | Swasta |
| 5. | Inabah 13, Mlangi, Sleman. | Rehabilitasi | Swasta |
| 6. | Anugerah agung, Jl. Jemturan. | Pengobatan alternatif | Swasta |
| 7. | Merpati putih, Jl. Gayam | Pengobatan alternatif | Swasta |
| 8. | Satria Nusantara, Gedong kuning. | Pengobatan alternatif | Swasta |
| 9 | Shaolin, Jl. DR. Wahidin 58. | Pengobatan alternatif | Swasta |
| 10. | RSUK Puri Nirmala II | Detoksifikasi | Swasta |

Tabel 1.1. Pusat rehabilitasi/RSKO yang ada di Prop.DIY

(Sumber BK3S. Prop DIY).

³ Dr Inu wicaksono, Spkj, Rumah sakit jiwa magelang.

⁴ Alqur'an Ilmu kesehatan jiwa dan ilmu kedokteran jiwa, Prof.Dr H.dadang Hawari, Psikiater.

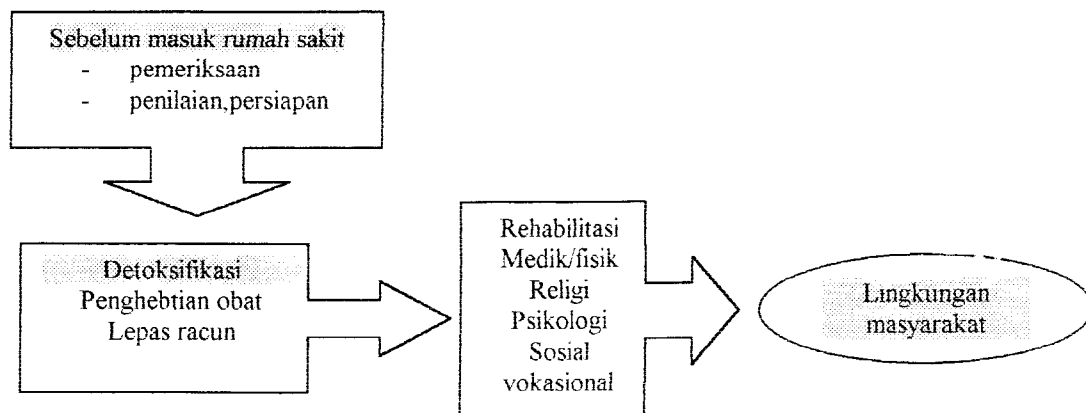
Melihat keadaan ini maka di Yogyakarta sangat diperlukan pusat rehabilitasi bagi korban ketergantungan narkoba sebagai wadah untuk pengobatan, bimbingan, dan perlindungan korban sehingga korban dapat sembuh secara total, baik mental maupun fisik, dan dapat terjun kembali ketengah masyarakat sebagai manusia yang normal.

Menurut Prof. DR. dr. H. Dadang Hawari, psikiater, bahwa pusat rehabilitasi yang baik haruslah memiliki syarat minimal sebagai berikut;

- a. Sarana dan prasarana yang memadai, meliputi gedung, akomodasi, fasilitas, kamarmandi/wc, makanan dan minuman yang bergizi dan halal, ruang kelas, ruang rekreasi, ruang konsultasi individual maupun kelompok, ruang konsultasi keluarga, ruang ibadah, ruang olah raga, ruang ketrampilan dan lain-lain.
- b. Tenaga yang profesional (psikiater, dokter, pekerja sosial, perawat, rohaniawan).
- c. Manajemen yang baik.
- d. Program rehabilitasi yang memadai sesuai kebutuhan.
- e. Peraturan dan tata tertib disiplin yang ketat.
- f. Keamanan dan sistem pengawasan yang ketat agar tidak memungkinkan peredaran naza didalam pusat rehabilitasi.

1.1.4. Detoksifikasi dan Rehabilitasi

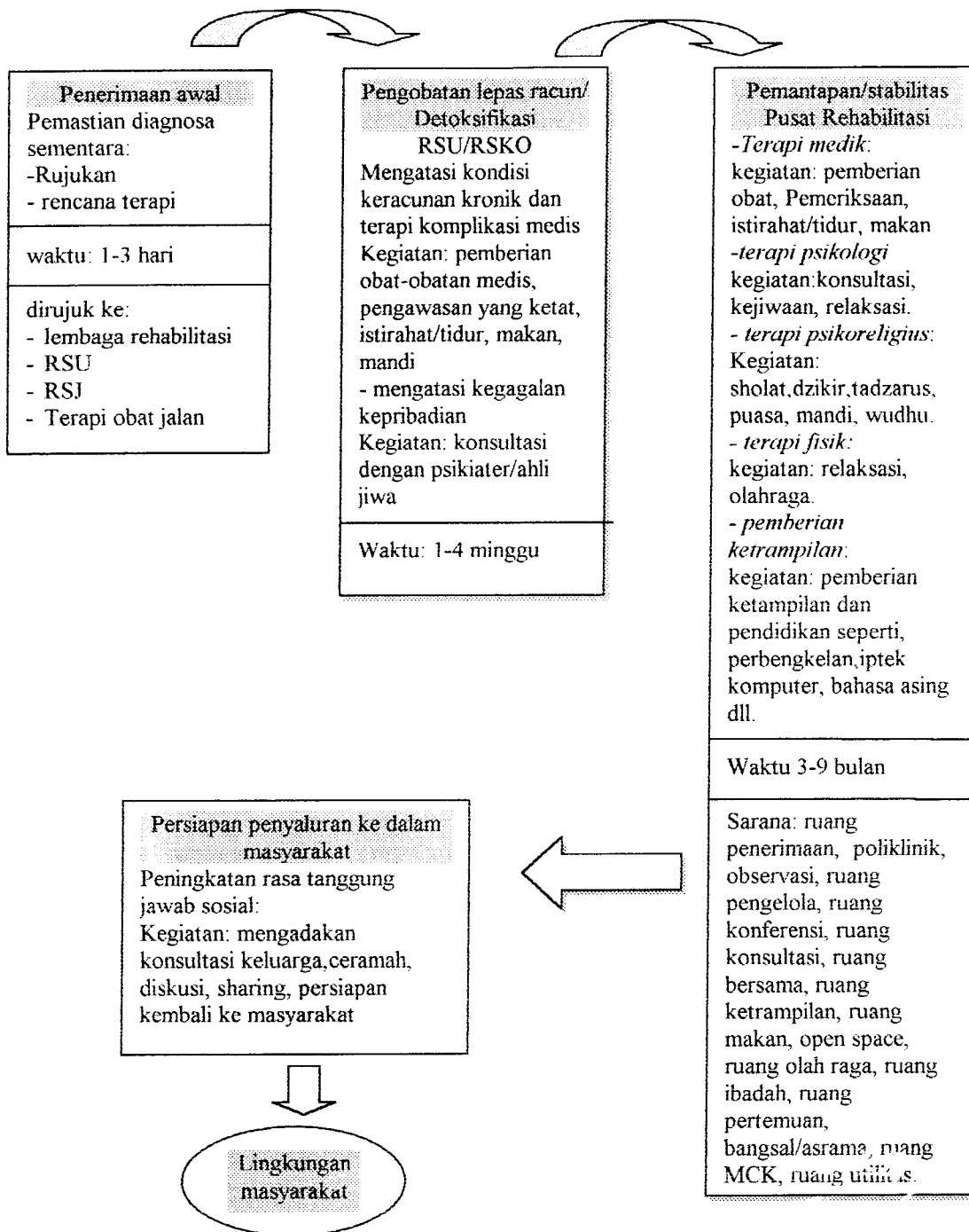
Didalam upaya penanganan bagi korban ketergantungan, terdapat tahap-tahap atau langkah-langkah yang dilakukan seperti bagan dibawah ini:



Gambar 1.2 bagan langkah-langkah penanganan.

Sumber: ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa, Prof.DR.dr.H Dadang Hawari.

Secara umum pelaksanaan tata cara rehabilitasi narkoba adalah sebagai berikut:



Gambar 1.3.Bagan tata cara rehabilitasi korban narkoba (sumber: Petunjuk Pelaksanaan Tata Cara Rehabilitasi Korban Narkoba, Dep.Kes. R.I)

Bagan diatas menunjukkan bahwa proses atau fase penyembuhan korban dibagi menjadi dua bagian besar yaitu proses detoksifikasi dan proses rehabilitasi.

- *Proses detoksifikasi* adalah proses pengobatan lepas racun/komplikasi medik. Yaitu pengobatan untuk menghilangkan racun-racun dari zat-zat narkoba dari tubuhnya. Biasanya pada tahap proses detoksifikasi ini dilakukan di RSU atau RSKO
- *Proses rehabilitasi* adalah pemantapan dan stabilitas, meliputi pemantapan fisik, emosional, kecerdasan, pendidikan dan ketrampilan, sosial ekonomi. Proses rehabilitasi dilaksanakan di Pusat Rehabilitasi.

Sedangkan pada proses rehabilitasi ideal, menurut ketentuan pedoman pelaksanaan rehabilitasi penyalahgunaan narkoba, departemen kesehatan adalah rehabilitasi holistik konprehensif yang meliputi aspek medis, fisik, psikis, sosial dan religius kegiatannya antara lain

1. Penerimaan awal
2. Seleksi medis
3. Kegiatan terapi meliputi;
 - Terapi medik
 - Terapi Psikologi
 - Terapi Psikoreligius
 - Terapi Fisik
 - Terapi sosial
4. Pembinaan dan pembekalan vokasional/ketrampilan
 - Pemberian ketrampilan
 - Pemberian kesenian
- 5 Pendidikan dan ketrampilan
 - Pemberian pendidikan ketrampilan
- 6 Persiapan penerjunan ke masyarakat

1.1.5. Kontekstual alam sekitar dan kondisi psikologis pasien .

Telah banyak penanganan bagi korban ketergantungan dengan mendirikan berbagai macam balai pengobatan. Mulai dari pondok pesantren, wisma-wisma sosial, klinik pengobatan sampai dengan pusat rehabilitasi korban ketergantungan, sebagai upaya penanganan korban ketergantungan maka keberadaan pusat rehabilitasi sangat penting. Pusat rehabilitasi adalah suatu wadah fungsional yang menyelenggarakan dan melaksanakan upaya medis, sosial, edukasional, religi, dan vokasional..

Dalam proses rehabilitasi dengan pendekatan semua aspek medis, religi, psikologi, maupun tradisional, konteks alam sekitar sangat berperan didalam proses penyembuhan pasien. Karena kondisi alam sekitar yang kondusif dapat mempengaruhi psikologis pasien, dan dalam proses kesembuhan pasien, lingkungan alam sekitar yang perlu diperhatikan adalah

- aspek kesehatan lingkungan,
- ketenangan lingkungan yang tenang
- dan keamanan pasien⁴. Keamanan pasien adalah sistem pengawasan pasien yang ketat dari pengaruh melarikan diri, dan penyelundupan narkoba ke dalam pusat rehabilitasi

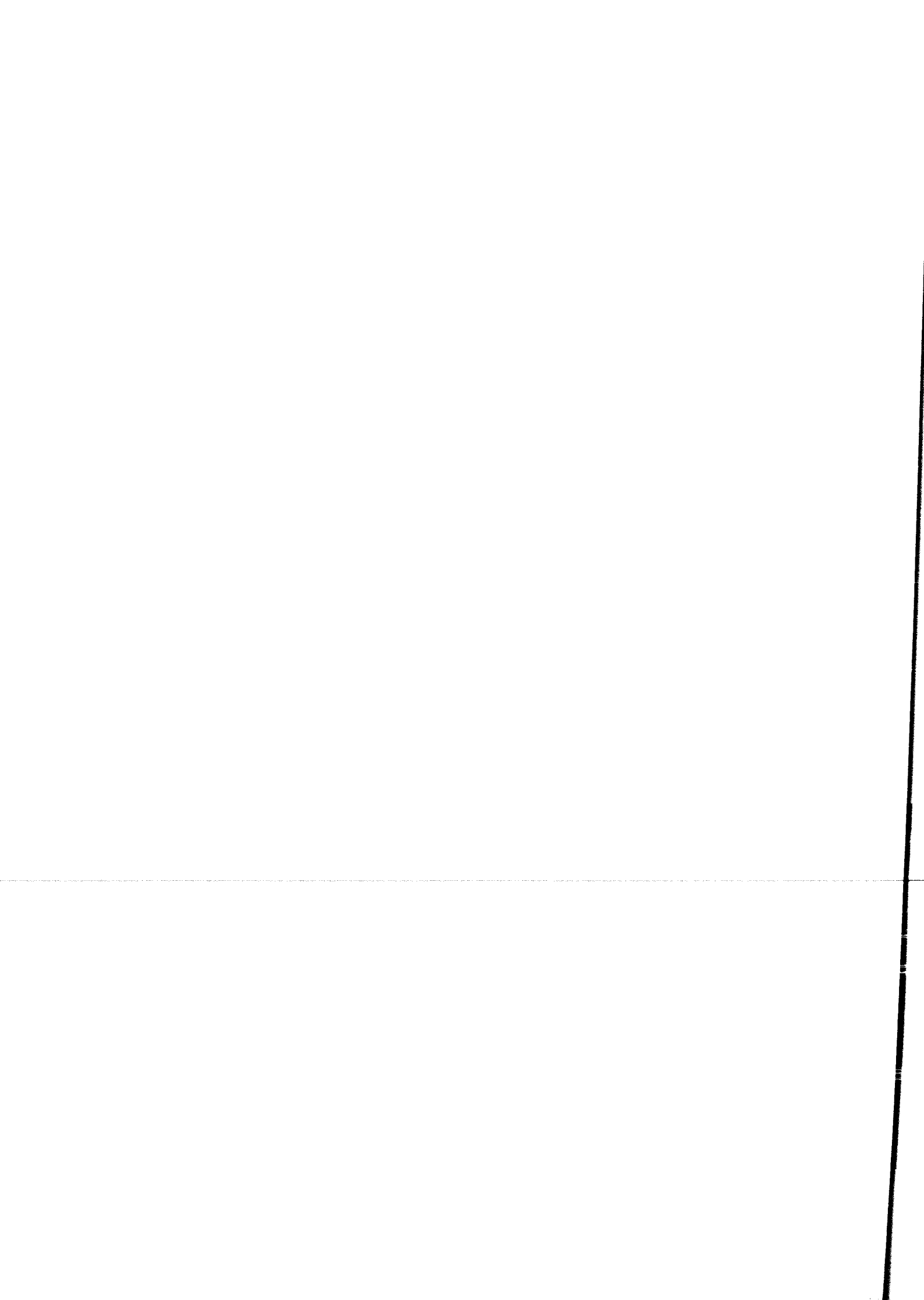
Dalam dunia arsitektur penataan dan perancangan suatu bangunan sangat dipengaruhi oleh konteks lingkungan, alam sekitar, dan perilaku serta kondisi psikologis manusia yang menempatnya. Seperti ungkapan psikiater DR Hans Sigerbath bahwa:

arsitektur dapat memberikan dorongan spiritual dan membuat hidup lebih salah satunya dengan penciptaan suasana lingkungan yang familiar.⁵

dari itu peran alam sekitar sebagai pendukung proses rehabilitasi ketergantungan sangatlah penting dilibatkan didalam perencanaan dan bangunan.

lingkungan alam sekitar dapat dilibatkan lewat penataan dan organisasi ruang, tata ruang dalam dan tata ruang luar (landscape)

ni/ahlijiwa, RSU Sardjito Yogyakarta.
Psychology principle and practise, allyn and bacoon inc 1987.



1.1.5. Kontekstual alam sekitar dan kondisi psikologis pasien .

Telah banyak penanganan bagi korban ketergantungan dengan mendirikan berbagai macam balai pengobatan. Mulai dari pondok pesantren, wisma-wisma sosial, klinik pengobatan sampai dengan pusat rehabilitasi korban ketergantungan, sebagai upaya penanganan korban ketergantungan maka keberadaan pusat rehabilitasi sangat penting. Pusat rehabilitasi adalah suatu wadah fungsional yang menyelenggarakan dan melaksanakan upaya medis, sosial, edukasional, religi, dan vokasional..

Dalam proses rehabilitasi dengan pendekatan semua aspek medis, religi, psikologi, maupun tradisional, konteks alam sekitar sangat berperan didalam proses penyembuhan pasien. Karena kondisi alam sekitar yang kondusif dapat mempengaruhi psikologis pasien, dan dalam proses kesembuhan pasien, lingkungan alam sekitar yang perlu diperhatikan adalah

- aspek kesehatan lingkungan,
- ketenangan/lingkungan yang tenang
- dan keamanan pasien⁴. Keamanan pasien adalah sistem pengawasan pasien yang ketat dari pengaruh melarikan diri, dan penyelundupan narkoba ke dalam pusat rehabilitasi

Dalam dunia arsitektur penataan dan perancangan suatu bangunan sangat dipengaruhi oleh konteks lingkungan, alam sekitar, dan perilaku serta kondisi psikologis manusia yang menempatinnya. Seperti ungkapan psikiater DR Hans Esser bahwa:

*Arsitektur dapat memberikan dorongan spiritual dan membuat hidup lebih indah, salah satunya dengan penciptaan suasana lingkungan yang familiar.*⁵

Maka dari itu peran alam sekitar sebagai pendukung proses rehabilitasi korban ketergantungan sangatlah penting dilibatkan didalam perencanaan dan perancangan bangunan.

Konteks lingkungan alam sekitar dapat dilibatkan lewat penataan dan perencanaan organisasi ruang, tata ruang dalam dan tata ruang luar (landscape)

⁴ dr. Musinggih Djarot Rouyani/ahlijiwa, RSU Sardjito Yogyakarta.

⁵ Gifford Robert, Environment Psychology principle and practise, allyn and bacocon inc 1987.

pada bangunan pusat rehabilitasi. Dengan memperhatikan pula proses dan tahap-tahap terapi pasien Sehingga dalam proses rehabilitasi, korban tidak merasa terkekang, terpenjara dan terisolasi dari dunia luar, korban dapat merasakan kenyamanan dan keleluasaan gerak lewat penataan organisasi ruang dan tata ruang luar yang mampu mengadaptasi konteks alam sekitar ke dalam bangunan.

1.1.6. Pemilihan lokasi site.

Lokasi site yang akan didirikan dipilih dengan pertimbangan dan kriteria lokasi yang memenuhi standar dari konsep perencanaan awal. Kriteria tersebut terutama mengenai:

- Kondisi alam sekitar/view:
Daerah lereng gunung Merapi yang sejuk, udara yang masih segar dan penghijauan alami sehingga dapat mempengaruhi psikologis rehabilitan dapat mendukung kesembuhan
- Kondisi Lingkungan: Lingkungan yang damai, tidak terlalu dekat dengan pemukiman sehingga sistem kontrol dapat diawasi dengan baik dari pengaruh buruk luar.
- Noise/kebisingan: pertimbangan lingkungan yang tenang, di luar kota, jauh dari kebisingan menciptakan keadaan damai yang mendukung kesembuhan rehabilitan.
- Kontur/elemen Alam: adanya elemen alam seperti sungai, hutan, tanah yang berkontur, sehingga konteks alam sekitar dapat diadaptasi ke dalam bangunan.
- Pencapaian ke bangunan: Walaupun lokasi di luar kota dan jauh dari pemukiman, namun masih bisa tercapai, karena berada di pinggir jalan lingkungan.
- Lahan: Lahan yang cukup luas sehingga dapat merencanakan tata ruang yang sesuai dengan konsep alam sekitar.

3.2. Permasalahan Khusus.

- a. Bagaimana mengungkapkan bentuk dan pola gubahan masa pusat rehabilitasi yang akrab dengan alam sekitar dengan memperhatikan kondisi psikologis pasien dan dapat mengakomodasi proses terapi yang komprehensif (medik, religi, psikologi, fisik dan sosial).
- b. Bagaimana merencanakan organisasi ruang, tata ruang dalam, dan tata ruang luar yang akrab dengan alam sekitar dengan memperhatikan kondisi psikologis korban sehingga dapat mendukung seluruh kegiatan rehabilitasi yang bersifat memberi pengobatan, pembinaan, dan pengawasan bagi pasien.

IV. TUJUAN DAN SASARAN

4.1. Tujuan

Merancang wadah fisik yang mewadahi kegiatan proses rehabilitasi korban ketergantungan narkoba, yang akrab dengan alam sekitar, dan tanpa mengabaikan kondisi psikologis pasien sehingga dapat menunjang proses penyembuhan korban agar dapat kembali menjadi manusia yang sehat secara fisik, mental dan sosial.

4.2. Sasaran

Mendapatkan susunan konsep dasar perencanaan dan perancangan sebagai pedoman mengungkapkan fisik bangunan rehabilitasi ketergantungan narkoba yang dapat:

- Menyediakan fasilitas rehabilitasi bagi korban ketergantungan narkoba yang komprehensif khususnya di wilayah DIY dan sekitarnya.
- Mengakomodasi seluruh proses kegiatan rehabilitasi ke dalam bangunan rehabilitasi yang akrab dengan alam sekitar serta dengan memperhatikan karakter psikologis pasien.

V. KEASLIAN TUGAS AKHIR

Untuk menjaga dari kegiatan penduplikasian tulisan maka penulis sebutkan studi pustaka yang dijadikan sebagai literatur dalam penulisan ini:

- a. Judul : Unit Detoksifikasi Dan Stabilisasi Pada Pusat Rehabilitasi Bagi Korban Ketergantungan Narkotika Di Jakarta. Oleh Susianti/TA/UGM.

Penekanan: Sistem Sirkulasi

Permasalahan: bagaimana mengungkapkan sirkulasi bangunan berdasarkan tahap-tahap pengobatan

Perbedaan: Fungsi bangunan untuk unit detoksifikasi. Pada studi pustaka lokasinya di Jakarta dan penekanan pada sistem sirkulasi, sedangkan penulis fungsi bangunan sebagai unit rehabilitasi, lokasinya di Yogyakarta, penekanan pada kontekstual alam sekitar dan kondisi psikologis pasien.

- b. Judul: Pengembangan Unit Rehabilitasi RSJ Magelang (Studi Ekspresi Penampilan Bagunan Dengan Pendekatan Psikologis. Oleh Hari Susilo/TA/UGM.

Penekanan: Karakter Psikologis pasien

Perbedaan: pada studi pustaka ini fungsi bangunan untuk Rumah Sakit jiwa, lokasi di Magelang, sedangkan pada penulis fungsi bangunan untuk Rehabilitasi korban ketergantungan narkoba.

VI. BATASAN DAN LINGKUP PEMBAHASAN

1. Pembahasan ditekankan pada bangunan rehabilitasi ketergantungan narkoba dengan memperhatikan aspek psikologis, perilaku korban dan pemanfaatan alam sekitar kedalam tranformasi desain bangunan sebagai pendukung proses terapi bagi korban.
2. Pembahasan yang ada dalam lingkup studi arsitektur adalah yang berkaitan dengan masalah tipologi fungsi bangunan pusat rehabilitasi serta hal-hal arsitektural yang berkaitan dengan permasalahan aktifitas, sarana, organisasi ruang dan tata ruang luar (landscape).

VII. METODE PEMBAHASAN

a. Pengumpulan data

Pengumpulan dilakukan dengan cara

- Studi lapangan atau observasi; dengan melihat secara langsung pusat rehabilitasi narkoba yang telah ada untuk mendapatkan karakteristik kegiatan yang dilakukan serta pelakunya dan bentuk, dimensi serta besaran ruang yang mewadahi kegiatan yang ada.
- Studi literatur;
Dengan mempelajari literatur-literatur yang ada dan data-data dari pihak terkait mengenai narkoba dan pusat rehabilitasi sebagai perbandingan dan acuan didalam proses perencanaan.
- Wawancara,
Melakukan wawancara langsung dengan pihak-pihak terkait seperti, pengguna narkoba, dokter jiwa, psikiater dan pengelola rehabilitasi.

b. Tahap analisa dan sintesa

Tahap analisa dan sintesa digunakan untuk memperoleh pendekatan konsep perancangan pusat rehabilitasi melalui

- analisa kegiatan, fasilitas yang mewadahi dan perilaku pasien
- analisa psikologis pasien dan lingkungan alam sekitar
- analisa site, tata ruang, dan penampilan bangunan

c. Tahap perumusan konsep

perumusan digunakan untuk mendapatkan konsep yang menjawab permasalahan yang ada, sebagai dasar di dalam perencanaan dan perancangan pusat rehabilitasi ketergantungan narkoba yang konprehensif.

IX. SISTIMATIKA PENULISAN

Sistimatika pada penulisan tugas akhir adalah sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Mengungkapkan latar belakang, tinjauan pustaka, permasalahan umum, permasalahan khusus, tujuan dan sasaran, keaslian tugas akhir, batasan dan lingkup pembahasan, metode pemecahan permasalahan, sistematika penulisan dan daftar pustaka.

BAB II TINJAUAN UMUM NARKOBA DAN PUSAT REHABILITASI NARKOBA DI YOGYAKARTA

Mengungkapkan tentang pengertian narkoba, karakter psikologis rehabilitan, pusat-pusat rehabilitasi yang telah ada sebagai studi kasus, proses terapi dan rehabilitasi, jenis kegiatan, dan sarana/fasilitas sebagai pendukung proses rehabilitasi.

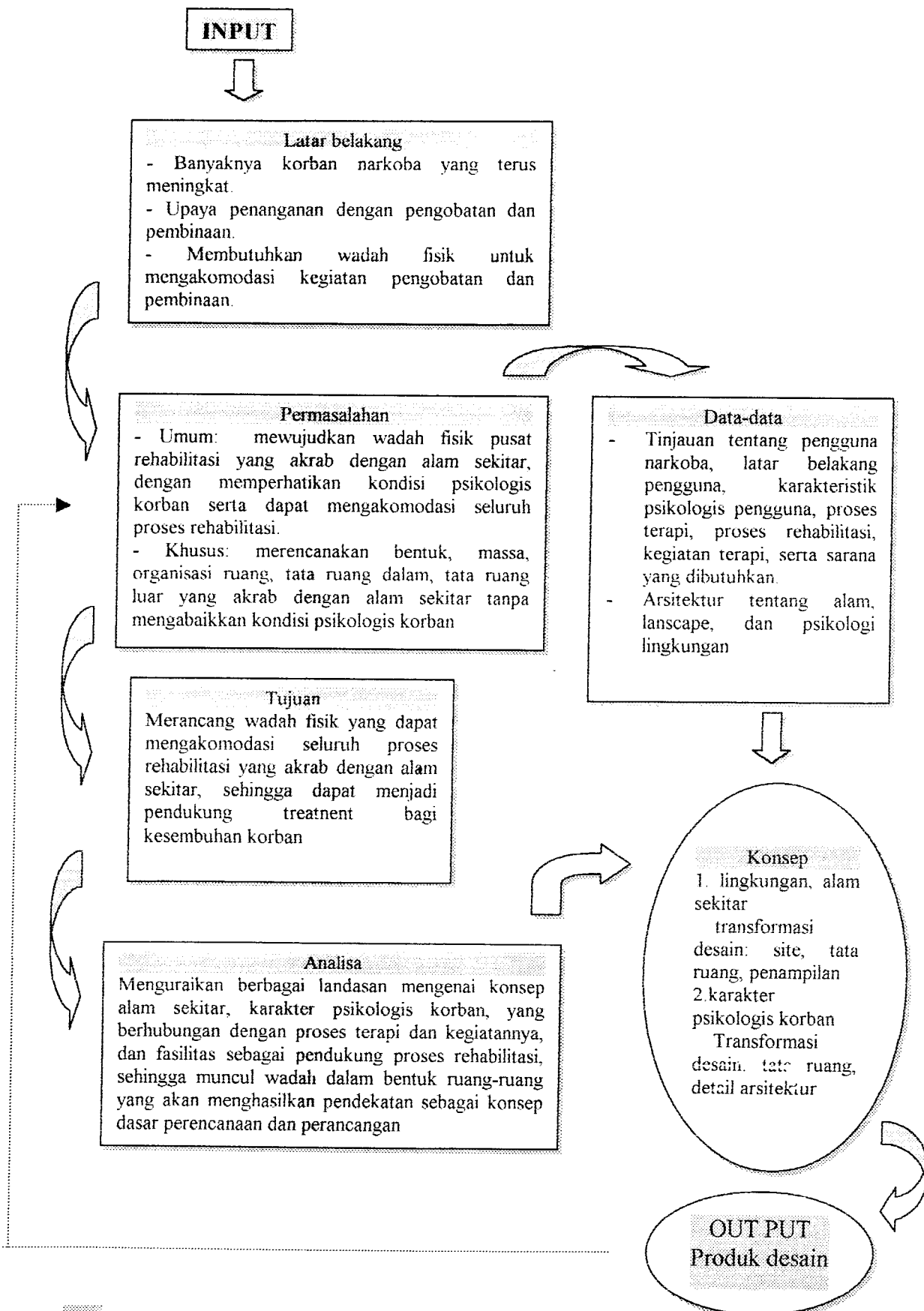
BAB III ANALISA DAN PENDEKATAN KONSEP

Analisa terhadap faktor-faktor penentu perencanaan dan perancangan. Menguraikan berbagai landasan mengenai kontekstual alam sekitar dengan memperhatikan karakter psikologis rehabilitan sehingga dapat diungkapkan ke dalam wadah fisik bagi rehabilitan narkoba sebagai fasilitas pengobatan, perawatan, bimbingan yang akan menghasilkan rumusan pendekatan konsep perencanaan dan perancangan.

BAB IV KONSEP-KONSEP DASAR PERANCANGAN

Menentukan konsep perencanaan dan perancangan yang merupakan kesimpulan akhir dari pendekatan konsep perencanaan dan perancangan untuk mendasari transformasi desain fisik.

DIAGRAM POLA PIKIR



BAB II

TINJAUAN TENTANG NARKOBA DAN PUSAT REHABILITASI NARKOBA

2.1. Tinjauan Tentang Ketergantungan Narkoba

2.1.1 Pengertian Narkoba Dan Dampaknya

Narkoba adalah NAPZA (narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lainnya) yang diistilahkan oleh orang awam agar mudah diingat dan dimengerti menjadi Narkoba (narkotika dan obat-obatan terlarang).

Sebenarnya narkoba hanya boleh digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan pengobatan pasien dalam dunia kedokteran. Hal ini ditegaskan dalam undang-undang tentang narkotika nomor 9 tahun 1976 pasal 3 ayat 1; *narkotika hanya digunakan untuk kepentingan pengobatan dan atau tujuan ilmu pengetahuan*. Akan tetapi narkoba sering disalahgunakan oleh orang awam untuk dikonsumsi bebas, padahal dampak dari penyalahgunaan narkoba adalah sangat merugikan baik bagi kesehatan fisik dan psikologis pengguna, keluarga, maupun lingkungan, penyalahgunaan narkoba juga akan menimbulkan ketagihan atau ketergantungan.

*Menurut dunia kedokteran penyalahgunaan narkoba ialah penggunaan narkotika, alkohol maupun obat-obatan adiktif lainnya yang tidak sesuai dengan aturan ilmu kedokteran dengan tujuan tertentu.*¹ Sedangkan ketergantungan narkoba adalah suatu keadaan keracunan yang periodik atau menahun yang merugikan individu dan masyarakat yang disebabkan penggunaan narkoba yang berulang-ulang dengan ciri-ciri sebagai berikut, yaitu adanya:

1. Keinginan atau kebutuhan yang luar biasa untuk meneruskan penggunaan obat itu dan usaha untuk mendapatkannya dengan segala cara.
2. Kecenderungan menaikkan dosis.
3. Ketergantungan psikologis (emosional) kadang-kadang juga ketergantungan fisik pada obat itu.

a. Tanda Dan Gejala Penyalahgunaan Narkoba:

Tabel 2.1, tanda dan gejala penggunaan narkoba:

| Jenis narkoba yang dipakai | Alat dan bahan | Gejala Fisik dan psikologis |
|--|---|--|
| Menghirup lem (Glue sniffing) | Tube lem, kantong kertas besar, sapu tangan | Tindakan kekerasan, kelihatan mabuk, roman muka kosong atau seperti mimpi. |
| Heroin, morfin, kodein, kokain | Jarum suntik, kapas, tali, karet pengikat, sendok atau tutup botol terbakar | Mengantuk, tanda jarum pada tubuh, mata berair, nafsu makan hilang, bekas darah pada lengan baju, pilek |
| Marijuana, ganja | Bau daun hangus yang keras, kertas rokok | Lekas mengantuk, suka mclamun, pupil melebar, kurang keordinasi, nafsu makan bertambah |
| Amfetamin (ekstasi, shabu-shabu) | Bong, alumunium foil | Perilaku agresif, tolol, bicara cepat, pikiran bingung, nafsu makan tak ada, euforia, percaya diri yang berlebih, rasa kantuk hilang, adiksi |
| Alkohol (brendy, whisky, beer, anggur) | Gelas, botol | Rasa malu hilang, rasa cemas hilang, mudah marah dan tersinggung, cadel, bola mata bergerak-gerak ke samping, mata merah, sempoyongan, |

sumber: Ilmu kedokteran jiwa, Prof. Dr Maramis, Dsj, hal 326.

¹ Bahan Seminar dr. musinggih Djarot Rouyani Spkj, ahli jiwa RSUP Sarjito.

2.1.2. Akibat dan Karakter Psikologis Ketergantungan Narkoba

Penelitian (Hawari, 1990) membuktikan bahwa penyalahgunaan narkoba menimbulkan akibat antara lain, merusak hubungan kekeluargaan, menurunkan kemampuan belajar, ketidakmampuan untuk membedakan mana yang baik dan buruk, perubahan perilaku menjadi anti sosial, merosotnya produktifitas kerja, gangguan kesehatan, mempertinggi kriminalitas dan tindakan kekerasan lainnya. Secara lebih rinci akibat dan karakter psikologis ketergantungan narkoba adalah sebagai berikut:

1. Akibat Secara umum

- Rusaknya kemampuan berpikir, menghancurkan karir, menghilangkan daya menilai yang baik dan buruk, gangguan sosial, akibat hukum, akibat kesehatan, sampai menimbulkan kematian.

Ketergantungan psikis

- tidak bisa mencegah keinginan menggunakan narkoba (ketergantungan)
- Selalu ingin mendapatkannya, berusaha dengan segala cara.
- Tegang, gelisah sebelum mendapatkannya

Ketergantungan Fisik

Timbul gejala-gejala fisik bila tak minum obat tersebut antara lain gemetar, berdebar-debar, berkeringat, pingsan, kejang-kejang

Toleransi dosis

Dosis/jumlah zat yang terakhir sudah tidak cukup lagi untuk mendapatkan efek yang sama, sehingga merasa ingin menambah dosisnya sehingga bisa mengakibatkan over dosis.

2. Akibat ketergantungan/keracunan/over dosis

Fisik

- Jantung berdebar-debar, tekanan darah berubah
- Pernapasan; sesak napas
- Pencernaan; muntah-muntah, diare kronis
- Kehamilan; janin tak normal
- Mata; merah, bengkak
- Hidung; pilek/luka-luka

- Kulit; gatal-gatal, perubahan warna, infeksi
- Susunan saraf/reflek menurun, kejang-kejang/pingsan, meninggal
- Susunan fungsi hati berubah

Psikis

- Gangguan perasaan; gelisah, agitasi
- Gangguan bicara; kacau banyak bicara, cadel
- Gangguan psikomotorik; diam, apatis, ribut.
- Gangguan pikiran; waham curiga, berdosa, halusinasi.

2.1.3. Faktor Pencetus Penyalahgunaan Narkoba

Faktor pencetus penyalahgunaan narkoba adalah:

1. Faktor individu
2. Faktor zat
3. Faktor Lingkungan

1. Individu

- a. Faktor individu disebabkan karena keadaan fisik tubuh yang selalu membutuhkan obat terus menerus.
- b. Problem psikis, yaitu adanya
 - kecemasan, masalah keluarga
 - masalah hubungan dengan teman/pacar/orangtua dan sebagainya
- c. Problem sosial
 - Kemampuan membeli/mendapatkan narkoba dengan mudah.

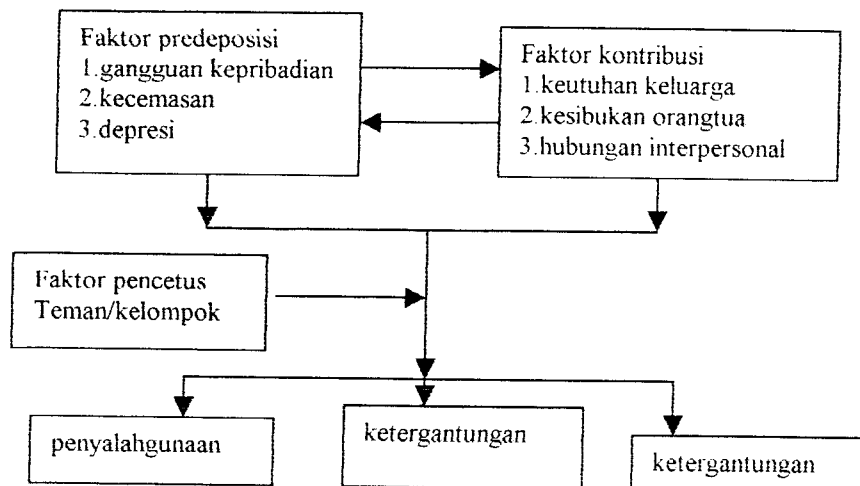
2. Faktor Zat

- a. Tersedianya narkoba secara ilegal
- b. Kurangnya kontrol baik yang legal (lewat apotik/toko obat) maupun ilegal.

4. Faktor Lingkungan

- a. Lingkungan yang memberi peluang penyalahgunaan/kejahatan, kriminal dan sebagainya
- b. Keluarga tidak harmonis.

Hal ini ditegaskan pula oleh ahli jiwa, Prof. Dr.dr. H. Dadang Hawari, bahwa skema terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan naza dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 2.1. bagan skema penyalahgunaan naza.

2.1.4. Tinjauan Tentang Korban Ketergantungan Narkoba Di Yogyakarta

1. Jumlah Korban Penyalahgunaan narkoba Di Yogyakarta

Di Indonesia masalah penyalahgunaan narkoba semakin memprihatinkan, karena dari tahun ke tahun terus meningkat, akan tetapi jumlah korban secara pasti sulit dihitung, karena bagaikan “gunung es” bahwa pada kenyataannya jumlah korban yang tak terdeteksi/terhitung lebih banyak dari jumlah korban yang terhitung. Data resmi dari BAKOLAK INPRES 6/71,1995, menunjukkan bahwa penyalahguna narkoba sampai akhir tahun ini adalah 0,065% dikali 10 dari jumlah penduduk 200 juta atau sekitar $130000 \cdot 10 = 1.300.000$ orang.

Data penyalahgunaan narkoba di Indonesia dari berbagai sumber adalah sebagai berikut:

- Sebagian besar penyalah guna adalah kelompok remaja dan dewasa muda.
- Data dari POLRI: 70% penyalah guna berumur 13-25 tahun
- Data dari RSKO: 75% penyalahguna berumur 15-25 tahun
- 82% penyalahguna berasal dari keluarga menengah ke atas atau golongan mampu.
- 68% berpendidikan SMP, SLTA dan mahasiswa.

Untuk wilayah Yogyakarta penyalahguna menempati urutan kedua setelah Jakarta yaitu secara kasar berjumlah sekitar 60 000 jiwa, 10% nya perlu perawatan rehabilitasi yaitu sekitar 600 orang, sedangkan jumlah korban penyalahgunaan narkoba yang terdata resmi untuk seluruh propinsi DIY sekitar 404 jiwa, dengan rincian di setiap kabupaten ²

Tabel 2.2. Jumlah korban ketergantungan narkoba Prop. DIY

| Kabupaten | Jumlah korban (jiwa) |
|-----------------------|-------------------------|
| Kota Madya Yogyakarta | 197 |
| Sleman | 87 |
| Bantul | 68 |
| Gunung kidul | 49 |
| Kulon Progo | 3 |
| Jumlah | 404 |

Sumber, Departemen Sosial DIY, 2000

Untuk jumlah korban ketergantungan narkoba yang telah masuk ke rumah sakit di wilayah Propinsi D.I. Yogyakarta adalah sekitar 115 jiwa, 97% korban adalah laki-laki, 3% perempuan. ³

Tabel 2.3. Jumlah Korban ketergantungan narkoba yang dirawat di Rumah sakit wilayah DIY, tahun 1999:

| Rumah Sakit | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|---------------------|-----------|-----------|--------|
| RSJ Pakem | 11 | 0 | 11 |
| RSK Puri Nirmala I | 31 | 0 | 31 |
| RSK Puri Nirmala II | 29 | 1 | 30 |
| RSU Wonosari | 4 | 1 | 5 |
| RSUP Sarjito | 37 | 1 | 38 |
| Jumlah | 112 | 3 | 115 |

Sumber, Departemen Sosial DIY, 2000.

² Departemen Sosial Propinsi DIY, 2000.

2. Kapasitas

Untuk menghitung berapa kapasitas yang dibutuhkan sebuah unit rehabilitasi narkoba secara pasti cukup sulit, karena memang jumlah korban narkoba secara pasti belum dapat dihitung. Sedangkan standar kapasitas sebuah pusat rehabilitasi bagi ketergantungan narkoba belum ada. Maka sebagai penentuan kapasitas Pusat rehabilitasi ketergantungan narkoba berdasarkan pertimbangan;

- pendekatan standar pusat rehabilitasi pasien mental dan kenakalan remaja
- studi banding
- pendekatan/asumsi

Pendekatan standar pusat rehabilitasi mental

Pendekatan standar pusat rehabilitasi mental PRPM (pedoman rehabilitasi pasien mental, departemen kesehatan RI) menyebutkan bahwa standar kapasitas PRPM adalah 200-400 orang, sedangkan standar yang di pakai pada rehabilitasi kenakalan remaja standar maksimal 500 orang, standar ideal 200 orang.

Studi Banding.

Pusat rehabilitasi Inabah Suryalaya berkapasitas sekitar 150 Orang, dengan luas 1 hektar. Pusat rehabilitasi pondok pesantren Kali bawang, Kulon Progo sebanyak 60 Orang, untuk wilayah regional.

Pendekatan asumsi

Dari data jumlah korban narkoba di DIY sekitar 60 000 orang, 10% perlu mendapat perawatan, dapat di asumsikan bahwa dari sekitar 600 orang, korban yang telah terdata resmi diseluruh DIY sampai akhir tahun 2000 adalah sekitar 404 orang, sedangkan yang mendapat perawatan secara intensif di RSK/RSU adalah 115 sehingga jumlah korban yang terdata adalah 510 orang.

Akan tetapi tidak semua korban bersedia masuk ke pusat rehabilitasi, karena tergantung pengaruh kondisi individu, keluarga dan lingkungan masing-masing, sehingga angka yang masuk menjadi 1/3 dari jumlah korban yang perlu masuk ke pusat rehabilitasi, yaitu sekitar 170 orang.

Sehingga untuk perancangan pusat rehabilitasi yang akan didirikan dapat diasumsikan memiliki daya tampung sekitar **200 orang**, 85% lingkup DIY, 15%

³ Departemen Sosial Propinsi DIY, 2000.

di luar DIY dengan asumsi bahwa untuk 10 tahun ke depan peningkatan jumlah korban 0-5% (cenderung tetap)⁴.

2.2. Tinjauan Tentang Pusat Rehabilitasi Ketergantungan Narkoba

2.2.1. Pengertian Pusat Rehabilitasi Narkoba

Rehabilitasi adalah usaha memulihkan untuk menjadikan pecandu narkoba hidup sehat jasmaniah dan atau rohaniah sehingga dapat menyesuaikan dan meningkatkan kembali pengertiannya, ketrampilannya serta kependaaiannya dalam lingkungan hidup⁵.

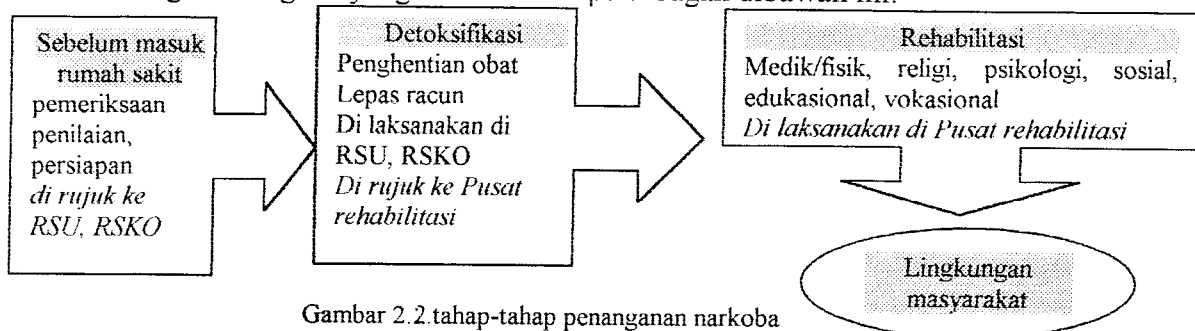
Sedangkan Pusat rehabilitasi adalah suatu wadah fungsional yang menyelenggarakan dan melaksanakan upaya medis, sosial dan vokasional.

Untuk lebih jelasnya *Pusat Rehabilitasi Korban Ketergantungan Narkoba adalah suatu wadah untuk menampung orang yang terjerumus ke penyalahgunaan narkoba sehingga hidupnya diperbudak oleh narkoba, menderita ketergantungan narkoba baik secara fisik maupun psikis untuk diberikan pengobatan, asuhan, bimbingan, pembinaan, pendidikan, ketrampilan dan kepercayaan diri agar dapat kembali sebagai anggota masyarakat yang baik dan bertanggungjawab.⁶*

2.2.2. Pelaksanaan dan Tahap-tahap Rehabilitasi Narkoba

1. Tahap-tahap pelaksanaan penanganan narkoba

Didalam upaya penanganan bagi korban ketergantungan, terdapat tahap-tahap atau langkah-langkah yang dilakukan seperti bagan dibawah ini:



Gambar 2.2.tahap-tahap penanganan narkoba

Sumber: ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa, Prof.DR.dr.H Dadang Hawari

⁴ Proposal Unit pondok rehabilitasi bagi korban ketergantungan narkoba, Departemen sosial.

⁵ UU RI Tahun 1979, tentang narkotika, Pedoman Rehabilitasi Pasien mental RSJ di Indonesia, 1983.

⁶ Narkotika, perundang-undangannya di Indonesia, politeia 1976, hal 6.

Sedangkan tahap-tahap penanganan korban ketergantungan narkoba sesuai dengan pedoman rehabilitasi pasien mental rumah sakit jiwa di Indonesia adalah:

1. Penerimaan awal
 - Pemastian sementara (diagnosa)
 - Rencana terapi sementara
 - Dirujuk ke rsu,rsj,rsku.
2. Pengobatan lepas racun (detoksifikasi) dan pengobatan komplikasi medik, dilaksanakan di RSU, RSJ, RSKO
 - Mengatasi kondisi keracunan kronik
 - Penyembuhan komplikasi medik
 - Mencegah atau mengatasi kegagalan kepribadian
 - Dilaksanakan di RSU(unit detoksi fikasi), RSKO
 - Waktu pelaksanaan satu sampai tiga minggu
 - Dirujuk ke unit atau pusat rehabilitasi
3. Pemantapan / stabilisasi, Dilaksanakan di pusat rehabilitasi

Pemantapan atau stabilisasi adalah tata cara rehabilitasi narkoba yang dilaksanakan di pusat rehabilitasi, setelah korban ketergantungan narkoba menjalankan perawatan detoksifikasi di RSU atau RSKO.

Tujuan dari terapi pemantapan atau stabilisasi di pusat rehabilitasi adalah mencapai pemantapan dan peningkatan rasa keagamaan keadaan fisik, emosi, kecerdasan, pendidikan dan kebudayaan, sosial dan fokasional (ketrampilan), sehingga yang bersangkutan dapat merasa berfungsi lebih baik tanpa keharusan untuk mempergunakan narkoba menyesuaikan diri lebih mantap secara sosial dan emosi.

a. Kegiatan

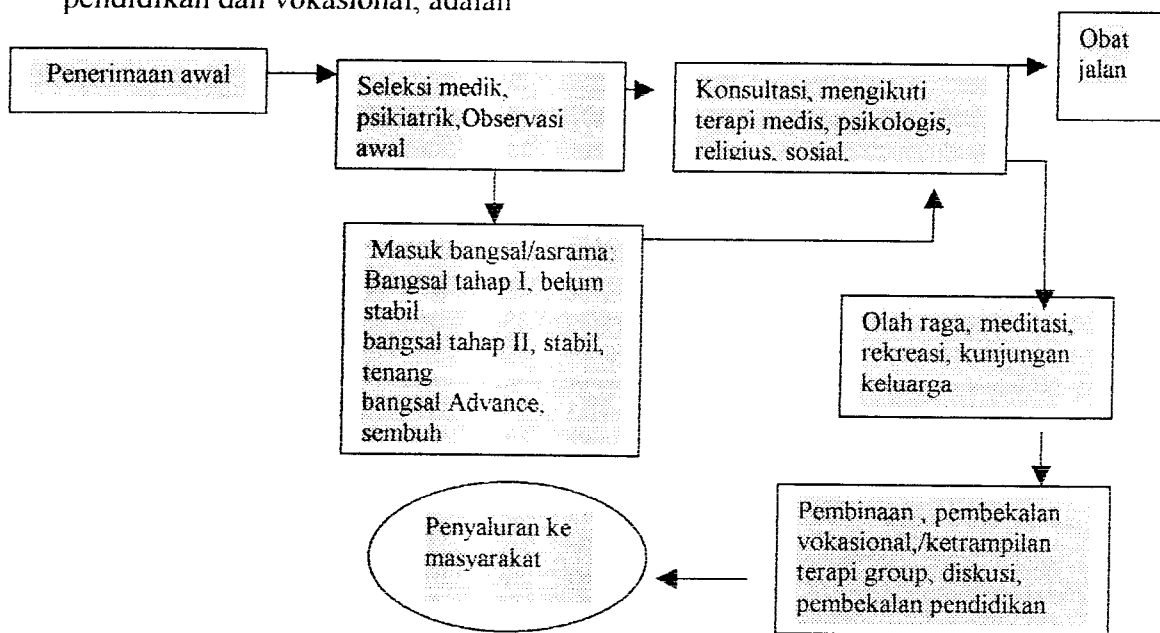
1. Pemantapan keagamaan
 - Kedudukan manusia ditengah makhluk tuhan
 - Kelemahan yang dimiliki manusia secara umum
 - Arti agama bagi mamusia
 - Membangkitkan rasa optimisme berdasarkan sifat-sifat tuhan (maha mengetahui, maha penganpun, maha bijaksana)

2. Pemantapan badaniah / fisik
 - Kepastian (diagnosa) dan evaluasi kondisi fisik
 - Pengobatan fisik
 - Latihan relaksasi
 - latihan jasmani atau olah raga
 3. Pemantapan mental
 - Pemastian diagnosa dan evaluasi kondisi mental
 - Psikoterapi perorangan dan kelompok
 - Pengobatan dengan obat-obatan psikoterapic
 - Terapi keluarga
 - Menentukan dan merangsang kekuatan lain yan bermakna
 4. Pemantapan sosial
 - Bimbingan sosial perseorangan
 - Bimbingan sosial kelompok
 - Kunjungan rumah dan bimbingan sosial keluarga
 - Bimbingan organisasi masyarakat dimana klien berdomisili
 - Memberikan penerangan intensif terhadap kelompok tetap pada lingkungan tertentu
 5. Pemantapan pendidikan vokasional
 - memberikan pelajaran ketrampilan sesuai dengan kecakapan masing masing
 - menanamkan rasa keindahan dalam meningkatkan seni sastra senitari
 6. Pemantapan vokasional
 - Penelitian kemampuan kerja atau kecekatan penggiatan atau penyegaran ketrampilan
 - Latihan ketrampilan bagi yang memerlukan suatu ketrampilan yang belum pernah dipunyainya.
- b. Tenaga/ahli agama*
1. Pemantapan keagamaan meliputi ahli agama.

2. Pemantapan fisik meliputi dokter, perawat ahli akupuntur pembina olah raga, juru penerangan khusus yang terlatih.
3. Pemantapan mental meliputi psikiater dan ahli jiwa
4. Pemantapan sosial meliputi pekerja sosial.
5. Pemantapan pendidikan dan kebudayaan meliputi guru.
6. Pemantapan vokasional meliputi pelatih, penyuluh.

2. Tahap-Tahap Pelaksanaan Rehabilitasi Narkoba

Di dalam pelaksanaan proses rehabilitasi tahap-tahap proses rehabilitasi yang dilaksanakan di pusat rehabilitasi narkoba adalah rehabilitasi holistik konferehensif yang meliputi semua aspek medis, fisik, religi, sosial, psikis, pendidikan dan vokasional, adalah



Gambar 2.3 tahap-tahap proses rehabilitasi

Sumber; pedoman rehabilitasi korban narkotika, dr Musinggih Jarot Rouyani Spkj, RSU Sardjito.

2.2.3. Bentuk Dan Pelaku Kegiatan

1. Bentuk Kegiatan

Dari tata cara pelaksanaan rehabilitasi, bentuk kegiatan yang dihasilkan adalah Tabel 2.4. Bentuk kegiatan, SDM dan ruang yang dibutuhkan pada tata cara pelaksanaan rehabilitasi:

| Jenis kegiatan | Kegiatan | Bentuk kegiatan | SDM & Jumlah SDM | Wadah/Ruang |
|--------------------------------------|--|--|--|---|
| 1. Penerimaan awal | Seleksi medik Observasi awal | Diagnosa Pemeriksaan awal | Dokter/ps ikiater Perawat 1:20 1:3 | Ruangpemeriksaan, polikliniklaboratorium sederhana. r.observasi awal |
| 2. rawat inap mengikuti terapi | -Terapi Religius Mendekatkan diri dengan Tuhan | Ibadah, Membaca buku religius, mendengarkan ceramah religius | Ahli Agama 1:40 | Tempat Perihadatan |
| | -Terapi Fisik / Medis pengobatan fisik Pelatian Relaksasi Pelatihan Jasmani | Perawatan Medis relaksasi Olah raga | Dokter, Perawat, AhliAkupuntur, Pembina OlahRaga 1:20 1:3 1:10 1:10 | Ruang Medis, Ruang Olah raga tertutup dan terbuka, Ruang dokter dan perawat |
| | -Terapi Psikologis Diagnosa, Pengobatan psikotropik, konsultasi perorangan dan kelompok menentukan dan merangsang kegiatan pilihan lain yang bermanfaat | Konsultasi Sharing Diagnosa dan pemberian obat | Dokter Ahli Jiwa perawat Pskiater 1:20 1:3 1:20 | Ruang Konsultasi sendiri dan kelompok, Ruang Cek up, Ruang penunjang. |
| | Pemantauan Sosial Bimbingan Sosial Individu dan kelompok, kunjungan rumah dan bimbingan sosial keluarga. | Konsultasi, Ceramah, Diskusi. | Pekerja Sosial, Pegawai Penyuluh Pengunjung/famili. 1/jenis kegiatan 5/1keluarga | Ruang Pertemuan Indifidu, Ruang pertemuan Kelompok, Ruang rekereasi indoor/out door |
| 3. persiapan penerjuan ke masyarakat | Pemantauan Pendidikan dan Kebudayaan Memberikan pelajaran secara individu dan klasikal, Pelajaran ketrampilan dan kesenian. | Belajar Kelompok dan individu | Guru mata pelajaran, Guru ketrampilan dan kesenian 1/mata pelajaran | Ruang Kelas Individu dan kelompok, Perpustakaan, Ruang penunjang lainnya |

II. TINJAUAN PUSTAKA

- Pusat rehabilitasi adalah suatu wadah fungsional yang menyelenggarakan dan melaksanakan upaya medis, sosial, edukasional dan vokasional.(Pedoman rehabilitasi bagi pasien mental, Depkes RI, 1993)
- Penyembuhan dan pemulihan korban adalah suatu kondisi yang dialami rehabilitan yang bertahap dan seksama dengan melakukan secara terapi atau dengan melakukan berbagai latihan kerja yang bertahap dan seksama untuk pemulihan dan kesembuhan kesadaran rehabilitan.(Ensiklopedia Umum)
- Ketergantungan obat adalah suatu keadaan dan dorongan yang kuat untuk memakai obat itu tanpa alasan medik, untuk mendiagnosa ini perlu adanya bukti penggunaan dan kebutuhan yang terus menerus (Ilmu kedokteran Jiwa, Prof. WS Maramis, DSJ)
- Tata ruang luar adalah unsur linear lurus sebagai pembentuk utama untuk menyatu deretan ruang, jalan dapat melengkung atau terdiri atas beberapa bagian, memotong jalan lain, mempunyai cabang, berupa bentuk site, sirkulasi , pembatas site, view, dan massa bangunan. (Ibid no 23 hal 271).
- Pasien adalah sebutan nama bagi orang yang menjalani proses kegiatan rehabilitasi. (Ilmu kedokteran jiwa, Prof.WS Maramis, DSJ).

III. PERMASALAHAN

3.1. Permasalahan umum.

Merencanakan suatu wadah fisik Pusat Rehabilitasi bagi korban ketergantungan narkoba dengan mengakomodasi seluruh kegiatan proses rehabilitasi yang komprehensif meliputi medik, fisik, psikologi, religi, dan sosial, yang akrab dengan lingkungan alam sekitar sehingga dapat mendukung proses penyembuhan dan pemulihan pasien.

| | | | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|---|------------------|---|
| Pemantauan Vokasional | Penentuan kemampuan kerja, latihan Vokasional, pemberian ketrampilan | Penyuluhan, praktek ketrampilan | Penyuluh vokasional, Pelatih vokasional, tukang | 1/Jenis kegiatan | Ruang ketrampilan, lahan pertanian, lahan perikanan |
|--------------------------|--|---------------------------------|---|------------------|---|

Sumber: Petunjuk pelaksanaan Tata cara Rehabilitasi korban Narkotika, depkes RI, 1993

2. Pelaku kegiatan dalam proses rehabilitasi meliputi⁷

1. Rehabilitan: pasien rehabilitasi putra dan putri.
2. Tenaga Pengelola/ SDM meliputi:

Tabel 2.5. Jenis tenaga pengelola yang dibutuhkan:

| Jenis tenaga pengelola | Jumlah yang dibutuhkan | |
|----------------------------|------------------------|------------------|
| | 1/unit | Optimal |
| Psikiater/dokter | 1 | 1:20 |
| Psikolog | 1 | 1:20 |
| Social worker | 1 | 1:50 |
| Perawat psikiatri | 1:10 | 1:3 |
| Occupational Therapist | 1 | 1:20 |
| Petugas laboratorium | 1 | 1:20 |
| Petugas dapur gizi | 1 | 1:10 |
| Petugas keamanan | - | 1:4 |
| Administrasi | - | 1:10 |
| Pelatih kerja dan olahraga | - | 1:10 |
| Petugas terapi sosial | - | 1/jenis kegiatan |
| Petugas rekreasi | - | 1/jenis kegiatan |
| Pembantu pelatih/tukang | - | 1/jenis kegiatan |

Sumber: pedoman rehabilitasi pasien mental di Indonesia, Depkes RI, 1993.

3. Pengunjung

Pengunjung adalah tamu, khususnya keluarga, teman sebagai suport/ pendukung kesembuhan.

⁷ - Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental RSJ, Dep Kes RI, 1983

2.2.4. Sarana dan Fasilitas

a. Sarana

Sarana yang ada pada pusat rehabilitasi adalah berdasarkan kegiatan rehabilitasi, seperti telah diungkapkan di atas yaitu⁸

1. Penerimaan awal:
 - Ruang tunggu
 - Ruang pendaftaran
 - Ruang administrasi
 - Ruang tata usaha
 - Ruang tamu
 - Ruang penunjang: ruang rapat, ruang direktur, ruang manager, ruang konferensi, KM/WC, ruang pengelola, ruang dokter

2. Seleksi medik
 - Poliklinik
 - Ruang periksa
 - Ruang observasi awal
 - Laboratorium sederhana
 - Ruang penunjang: km/wc, gudang, ruang pengelola

3. Kegiatan terapi
 - Bangsal/asrama putra
 - Bangsal/asrama putri
 - Ruang Terapi: ruang konsultasi, ruang terapi medis, ruang dokter, ruang rohaniawan, ruangibadah, ruang meditasi
 - Ruang penunjang: Dapur logistik, ruang makan bersama, gudang, KM/WC, Ruang Jaga

4. Kegiatan vokasional, sosial, edukasional
 - Ruang group terapi kelompok dan individu

- Penyalahgunaan Ketergantungan NAZA, Prof. DR. H. Dadang Hawari, psikiater.
⁸ Proposal unit pondok penanganan korban penyalahgunaan naza, RSUP Sardjito

- Ruang-ruang ketrampilan
- Ruang- ruang kelas
- Bengkel work shop
- Ruang penunjang: Taman, ruang olah raga, indoor dan out door, ruang pengawas, KM/WC, gudang
- Ruang pelatihan
- Ruang ruang rekreasi indoor dan out door,
- Ruang pengelolaan hasil pertanian
- Lahan pertanian
- Lahan perikanan

↳ Fasilitas yang diperlukan adalah⁹

- Perangkat medis
- Perangkat psikologis, medik psikiatrik, spiritual
- Perangkat fisik/kebugaran
- Perangkat bangsal/tempat tinggal
- Perangkat keamanan
- Perangkat administratif
- Perangkat lain sesuai kebutuhan

2.3. Tinjauan Tentang Arsitektur Kontekstual Alam Sekitar

2.3.1. Arsitektur Kontekstual lingkungan alam sekitar

a. Perancangan arsitektur dan lingkungan alam sekitar

Dalam dunia arsitektur penataan dan perancangan suatu bangunan sangat dipengaruhi oleh konteks lingkungan, alam sekitar, dan perilaku serta kondisi psikologis manusia yang menempatinnya. Seperti ungkapan psikiater DR Hans Esser bahwa:

*Arsitektur dapat memberikan dorongan spiritual dan membuat hidup lebih indah, salah satunya dengan penciptaan suasana lingkungan yang familiar.*¹⁰

⁹ Proposal unit pondo9k penanganan korban penyalahgunaan naza, RSUP Sardjito, 2000

¹⁰ Gifford Robert, Enviromental Psycology Principle and practise, allyn ang baccon inc, 1987.

Penciptaan lingkungan yang familiar adalah merencanakan bangunan yang akrab dengan lingkungan yang ada di sekitarnya, seperti halnya di dalam perancangan pusat rehabilitasi menghindari bentuk-bentuk isolasi, lebih di inginkan bangunan dimana pasien dapat berinteraksi langsung dengan lingkungan sekitarnya, sehingga merasa betah tinggal dengan suasana yang nyaman, damai, seperti di rumah sendiri bukan seperti di penjara dan diisolasi dari dunia luar.¹¹

Walaupun perancangan pusat rehabilitasi yang akrab dengan alam sekitar dan pasien dapat berinteraksi langsung dengan lingkungan sekitar tapi tetap memperhatikan kebutuhan pengawasan dari percobaan kecenderungan melarikan diri yang dialami oleh pasien tahap I yang secara psikologis keadaan jiwanya masih belum stabil dan depresif, perlindungan dari pengaruh buruk luar (penyelundupan narkoba dari lingkungan luar) dan sistem keamanan yang terkontrol dengan baik.

Menanggapi bangunan pusat rehabilitasi yang akrab dengan lingkungan alam sekitar salah satunya dengan memanfaatkan elemen alam yang ada di sekitarnya ke dalam perancangan bangunan, dalam hal ini adalah ke dalam perancangan pusat rehabilitasi korban ketergantungan narkoba, karena suasana lingkungan alam disekitarnya dapat mendukung proses penyembuhan dan pemulihan rehabilitan.¹²

b. Pemanfaatan elemen alam sekitar ke dalam perancangan

Pemanfaatan elemen alam ke dalam perancangan pusat rehabilitasi adalah dengan melibatkan;

- Udara yang segar dan sejuk sebagai penghawaan alami
- Sinar matahari yang cukup sebagai pencahayaan alami bangunan
- Penggunaan lansekap yang cukup dengan pemanfaatan lahan yang cukup luas.
- Pemanfaatan gunung, sungai, hutan sebagai view dan bagian dari lansekap
- Pemanfaatan kontur alami

¹¹ Data arsitek I, hal 164, Ernst Neufert.

¹² Data arsitek I, RS Jiwa psikiatrik hal 164, Ernst Neufert.

- Pemanfaatan bahan bangunan yang alami seperti misalnya batu alam, kayu, pasir.
- Pemanfaatan tanaman-tanaman hidup yang ada di sekitarnya sebagai view dan peredam kebisingan serta polusi.

2.3.2. Hubungan lingkungan alam sekitar dengan karakter psikologis rehabilitan.

a. Hubungan antara psikologi dengan lingkungan

Lingkungan merupakan faktor utama di dalam mengatur batasan-batasan dan kemungkinan tingkah laku, jadi kemungkinan-kemungkinan tindakan atau tingkah laku dapat dibatasi oleh kondisi lingkungan. Di pandang dari sudut ini, arsitektur mempunyai fungsi untuk meningkatkan kondisi lingkungan tersebut, agar tingkah laku manusia menjadi lebih bermanfaat, lebih efektif dan lebih efisien dalam interaksi dengan lingkungan yang ada.

Hubungan aspek psikologik dengan lingkungan dapat di uraikan bahwa lingkungan sekitar dapat mempengaruhi kondisi psikologis manusia, lingkungan sekitar tersebut meliputi:

- Lingkungan luar (di luar bangunan)
lingkungan luar adalah lingkungan di luar bangunan yaitu; kondisi alam sekitar, kondisi lingkungan di sekitar bangunan, kondisi tata ruang luar.
- Lingkungan dalam (ruang/bangunan).
Lingkungan dalam bangunan yaitu: kondisi tata ruang dalam.

Sedangkan variabel atau aspek yang ada dilingkungan yang berpengaruh kepada psikologi adalah;¹³

- privacy
- space around the body/ruang di sekitar badan
- tata letak perabot
- keintiman dan kesenangan

- kepadatan/density of users
- ekology tingkah laku

b. Pengaruh alam sekitar terhadap kondisi psikologis

Dalam proses rehabilitasi dengan pendekatan semua aspek medis, religi, psikologi, maupun tradisional, konteks alam sekitar sangat berperan didalam proses penyembuhan pasien. Karena kondisi alam sekitar yang kondusif dapat mempengaruhi psikologis pasien, dan dalam proses kesembuhan pasien, lingkungan alam sekitar yang perlu diperhatikan adalah ¹⁴

- aspek *kondisi lingkungan sekitar*,
aspek kesehatan lingkungan yang dapat mendukung psikologis rehabilitan yaitu

lingkungan dengan udara yang sejuk dan segar, jauh dari polusi udara, view yang indah.

Di dalam psikologi lingkungan dijelaskan bahwa faktor kondisi lingkungan sekitar yang mempengaruhi kondisi psikologis adalah

a. Keteraturan (coherence).

Tanaman-tanaman yang terpelihara rapi dan bunga-bunga hidup lebih disukai dari pada halaman dan tanaman buatan dan liar.

b. Texture.

Kasar lembutnya suatu pemandangan, hamparan sawah menghijau, tanaman dan pepohonan yang rindang, lebih disukai daripada batu-batu karang dan buatan serta tanaman kaktus disana-sini.

c. Keakraban dengan lingkungan

Lingkungan yang makin akrab dan mudah di kenai untuk beriteraksi makin disukai, daripada lingkungan yang tertutup. Dan terisolasi dari luar.

d. Keluasan ruang pandang

Makin luas ruang pandang makin baik, kamar-kamar dengan jendela yang menghadapke pemandangan yang luas di luar (pegunungan, pantai, sungai, hutan, pepohonan rindang, pemandangan kota) lebih disukai dari pada kamar tak berjendela atau kamar dengan jendela yang menghadap ke tembok lain.

e. Kemajemukan rangsang

Semakin banyak elemen yang terdapat dalam pemandangan semakin disukai. Misalnya elemen alam, gunung, sungai, hutan, bunga dan sebagainya.

- *Aspek ketenangan/lingkungan yang tenang*

lingkungan yang damai, tenang, jauh dari kebisingan, dan kepadatan penduduk .

- *Aspek keamanan pasien.*

keamanan pasien adalah sistem pengawasan pasien yang ketat dari pengaruh melarikan diri, dan penyelundupan narkoba ke dalam pusat rehabilitasi.

2.4. Tinjauan Tentang Pengaruh Psikologis Terhadap Tata Ruang Yang Mendukung Penyembuhan Dan Pemulihan Pasien

2.4.1. Pengaruh Kondisi Psikologis Terhadap Tata Ruang Dalam Yang Mendukung Penyembuhan Dan Pemulihan Pasien

Efek psikologis dan emosi pasien merupakan perasaan kejiwaan yang sangat peka dialami oleh rehabilitan, sehingga keberadaan ruang-ruang yang dipergunakan tidak terlepas dari psikologisnya. Dalam hal ini yang menjadi pertimbangan penataan tata ruang dalam yang sesuai dengan kondisi psikologis pasien adalah ¹⁵:

- a. Kesan dari tempat rehabilitasi tersebut dapat memberikan pandangan (image) yang positif sebagai tempat pembinaan dan penyembuhan pasien, bukan sebagai tempat pembuangan dan pengasingan seperti

¹⁴ Psikologi lingkungan, hal 40, Sarlito Wirawan Sarwono, 1992.

¹⁵ Rumah Sakit Jiwa sebagai Lingkungan tereupatik, Jatmiko AS, 1985.

- layaknya penjara. Sehingga pasien merasa timbul motivasi untuk sembuh, dan merasa betah.
- b. Untuk menciptakan suasana seperti diatas maka alat-alat, bahan, dan sarana/fasilitas hendaknya diatur sedemikian rupa agar menarik motivasi pasien dalam proses penyembuhan.
 - c. Suasana ruang yang tenang, aman dalam menciptakan suasana proses rehabilitasi.
 - d. Memberikan kesan keterbukaan visual rehabilitan dan menghindarkan kesan murung sehingga rehabilitan dapat akrab dengan lingkungannya
 - e. Dapat memberikan kegiatan dalam suatu ruangan yang akrab dan bersahabat.

2.4.2. Tata Ruang Dalam Dan Tata Ruang Luar Yang Mendukung Kondisi Psikologis Pasien Pada Proses Rehabilitasi.

Kondisi psikologis pasien di bagi menjadi tiga tahap yaitu;

- tahap 1; kondisi pasien yang baru masuk pada penerimaan dan observasi awal, psikisnya masih labil, mudah murung, depresi serta lemah/tidak bergairah.
- Tahap 2; kondisi pasien yang cukup tenang, kooperatif, dapat mengikuti kegiatan rehabilitasi dengan baik.
- Tahap 3; kondisi pasien yang sudah sembuh dan dalam persiapan penyaluran ke masyarakat, kondisi psikisnya sudah stabil, tenang, bersemangat, sehingga bisa membantu teman yang lain.

Pada dasarnya kondisi psikologis rehabilitan dibagi tiga seperti diatas, tetapi dalam mengakomodasi semua pasien ke dalam ruang, semua pasien disatukan kedalam satu ruang setiap jenis kegiatan, karena yang sangat penting dalam proses penyembuhan adalah kebersamaan dan keakaraban antara pasien satu dengan yang lain.

Untuk merencanakan ruang dengan kondisi pasien dalam tiga tahap tersebut maka tata ruang harus dapat mengakomodasi seluruh kondisi psikologis pasien.¹⁶

¹⁶ Arsitektur, manusia dan pengamatannya, laporan seminar UI
Dr. Musinggih Djarot Rouyani, SPKj, ahli jiwa

Tabel 2.6. Tuntutan tata ruang terhadap kondisi psikologis pasien:

| Kondisi psikologis pasien | Tuntutan psikologis | Tuntutan ruang dalam | Tuntutan ruang luar |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Belum stabil, depresif, mudah marah | Suasana yang tenang, nyaman, | Warna ruang hijau, biru dan warna-warna pastel, elemen/ dekorasi yang tidak ramai, tekstur yang lembut | Lingkungan dengan udara yang sejuk, segar, jauh dari polusi |
| Ingin diri melarikan bosan | Keluasan ruang pandang akrab/terbuka dengan lingkungan | Ruang yang akrab dengan lingkungan, adanya taman yang rapi, bukaan yang langsung melihat suasana alami | Lansekap yang tidak monoton Adanya elemen alam seperti Sungai, pepohonan, hutan Dan taman |

Sumber, Arsitektur manusia dan pengamatannya, laporan seminar UI

2.5. Obyek Pemandang

2.5.1. Pusat Rehabilitasi Inabah, Suryalaya

a. Sejarah berdirinya

Pusat rehabilitasi Pondok Inabah Suryalaya resmi didirikan tahun 1980, dengan masa perintisan tahun 1971-1979 atas prakarsa pimpinan Pesantren Suryalaya Abah Anom. Pondok Inabah ini di bagi menjadi dua yaitu Pondok inabah putra yang bernama pondok inabah Cibereum dan pondok inabah putri Ciceri.

b. Lokasi

Pondok inabah putra cibereum terletak di suatu kampung cibereum Desa Sukamantri kecamatan Panjalu Kabupaten Ciamis. Luas kompleks tersebut sekitar 1 hektar diatas tanah yang berbukit-bukit, sehingga suhu udara cukup dingin, sedangkan Pondok Inabah Ciceri terletak di sebelah selatan Desa Ciomas Kecamatan Panjalu Kabupaten Ciamis. Luas Kompleh Inabah yang menjadi satu dengan Pesantren Ciceri sekitar 1,5 hektar, kontur tanah yang berbukit-bukit dengan udara yang sangat sejuk ssehingga sangat tepat untuk rehabilitan yang memang memerlukan ketenangan.

c. Fungsi

Sebagai tempat pembinaan mental bagi para korban penyalahgunaan narkoba, perawatan dilakukan dengan cara pendekatan agama

d. Tahap-tahap Rehabilitasi

- Tahap I, pendekatan kesadaran keagamaan

Remaja dibina dalam kegiatan yang mengarah kepada ketaatan perintah agama dan meninggalkan segala perbuatan yang dilarang agama. Hal ini dilakukan dengansenantiasa melakukan kewajiban sholat 5 waktu, sembahyang sunat, berdzikir setiap malam secara teratur dan terbimbing.

- Tahap II, Pendekatan pembinaan resosialisasi dan rehabilitasi secara agamis, pada tahap ini rehabilitan dibina diarahkan kembali ppada pendidikan dan pengajarandi pesantren suryalaya dengan tidak terlepas dari bimbingan dan pengawasan yang kontinue, dari pihak pembina, dan bagi mrekan yang mengikuti pendidikan di luar pesantren, ditekankan kepada mereka orangtuanya untuk selalu membimbing ke arah positif.

- Tahap III, Pendekatan Bina Lanjutan.

Dalam tahap ini mereka diarahkan pada keahlian terutama bagi mereka yang tidak meneruskan pendidikan di sekolah. Kegiatan pada tahap ini ditekankan dalam segi ketrampilan. untuk itu dari pihak pesantren mengadakan kerjasama dengan pemerintah khususnya Departemen Sosial.

e. Kegiatan:

- Kegiatan Religi
 - Sholat Fardhu
 - Sholat sunat
 - Dzikir
 - Mandi taubat
 - Ceramah dan pengajian
- Kegiatan medis/fisik
 - Pemeriksaan tim medis
 - Olah raga
 - Relaksasi
- Kegiatan resosialisasi/vokasional
 - Diskusi
 - Ketrampilan
 - Sharing, rekreasi

-Kegiatan rumah tangga

f. Fasilitas dan sarana

a. fasilitas yang ada

- Masjid dan madrasah
- Tempat kediaman pimpinan asrama santri putra dan putri
- Kantor yayasan
- Bangunan sekolah (mts, smp, sma islam)
- Pusat latihan ketrampilan
- Tempat penginapan tamu
- Asrama putra dan putri.
- Lapangan olah raga

b. Prasarana

- Air diambil dari sungai citandui
- Sarana transportasi, menggunakan
- Menggunakan fasilitas jalan desa
- Penerangan listrik dari desa sebelah

2.5.2. Pusat Rehabilitasi Narkoba, Pondok Pesantren Kali Bawang, Kulon Progo.

Penulis mencoba melakukan survei ke pusat rehabilitasi narkoba di Pondok Pesantren Al Islami, Kali bawang, Kulon progo. Kondisi pusat rehabilitasi Al Islami secara geografis sangat mendukung karena terletak didaerah lereng perbukitan perbukitan yang sejuk. Pusat rehabilitasi Al islami berkapasitas sekitar 60 orang, pengobatan menggunakan pendekatan religius. Kondisi bangunan yang menempati areal sekitar 2500m², kurang mendukung kesehatan karena sangat lembab. Tata ruang tersebut terdiri dari:

Tabel 2.7. Nama ruang dan ukurannya:

| No | Nama Ruang | Jumlah | Ukuran (cm) | Kapasitas |
|----|-----------------------------------|--------|----------------|-----------|
| 1. | Masjid, sebagai tempat ibadah dan | 1 | 800.800 | 60 |

| | kegiatan keagamaan | | | |
|-----|-------------------------------------|----|---------|----|
| 2. | Kantor administrasi dan pengelolaan | 1 | 300.600 | 10 |
| 3 | Ruang tidur | 20 | 300.300 | 3 |
| 4. | Ruang Konseling | 1 | 400.400 | 5 |
| 5 | Ruang makan | 1 | 600.400 | 60 |
| 6. | Ruang isolasi | 1 | 400.400 | 5 |
| 9 | Ruang kegiatan bersama | 1 | 600.300 | 60 |
| 8 | KM/WC | 10 | 200.150 | 1 |
| 9. | Ruang tidur pengelola | 2 | 400.400 | 2 |
| 10. | Ruang ketrampilan | 1 | 400.500 | 60 |
| 11. | Dapur | 1 | 400.400 | 5 |
| 12. | Openspace | 1 | 800.500 | 60 |

(sumber hasil survei).

Pada pusat rehabilitasi disini, satu ruang tidur berukuran 3x3m digunakan secara bersama-sama satu sampai tiga orang dengan tujuan memberikan rasa kebersamaan, tanggungjawab, dan saling mengawasi. Sedangkan masjid sebagai pusat kegiatan keagamaan terletak di depan site, sehingga langsung terlihat dari ruang luar. Open space yang tidak di olah dibiarkan saja sehingga tidak berfungsi secara optimal, kegiatan makan dan ketrampilan dilakukan secara bersama sama dalam satu ruang.

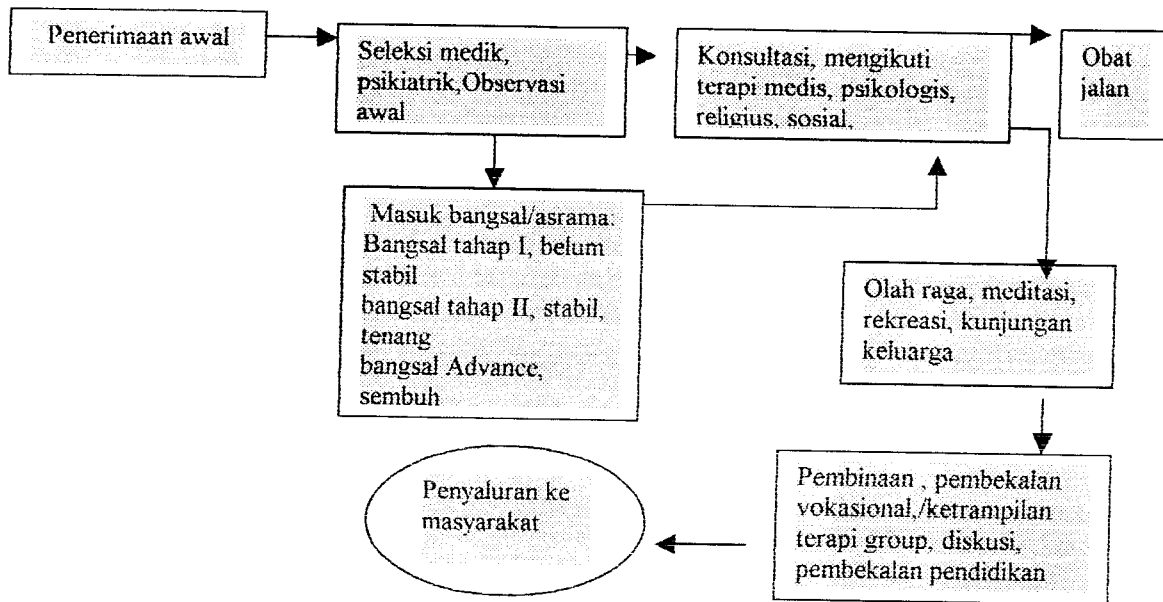
Kondisi ruang makan yang terlalu sempit dan ruang-ruang tidur yang berdempetan serta ruang isolasi di bawah tanah, secara psikologis membuat rehabilitan terasa terkekang dan terpenjara. Tidak ada pemanfaatan konteks lingkungan yang sejuk.

2.6. Kesimpulan

Dari hasil tinjauan dapat di tarik kesimpulan bahwa pusat rehabilitasi yang akan didirikan di Yoyakarta , lokasi di Cangkringan, lereng gunung Merapi.

Pusat rehabilitasi disini adalah yang konfrehensif yaitu meliputi proses medik, fisik, psikologis, religius, dan sosial.

Aktifitas/kegiatan yang ada sesuai dengan pedoman pelaksanaan rehabilitasi, konsultasi ahli jiwa, yaitu:



Sedangkan kapasitas untuk pusat rehabilitasi tersebut adalah menampung sekitar 200 orang. Dari asumsi menyebutkan bahwa sekitar 600 orang perlu masuk rehabilitasi narkoba. Dari sekitar 600 orang, korban yang telah terdata resmi di Dep. Kes. Sekitar 404 orang dan mendapat perawatan secara intensif di RSK/RSU adalah 115 sehingga jumlah resmi menjadi 510 orang.

Akan tetapi tidak semua bersedia masuk ke pusat rehabilitasi, karena tergantung pengaruh kondisi individu, keluarga dan lingkungan, menjadi 1/3 dari jumlah korban yang perlu masuk ke pusat rehabilitasi, yaitu sekitar 170 orang. Untuk perancangan pusat rehabilitasi yang akan didirikan dapat diasumsikan memiliki daya tampung sekitar 200 orang, 85% lingkup DIY, 15% luar DIY.

BAB III**ANALISA PENDEKATAN KONSEP TERHADAP FAKTOR-FAKTOR
PENENTU PERENCANAAN DAN PERANCANGAN**

Dalam bab III disini akan dibahas analisa yang akan menghasilkan pendekatan konsep sebagai dasar didalam menentukan perencanaan dan perancangan sebuah unit rehabilitasi komprehensif bagi korban ketergantungan narkoba.

Analisa tersebut mengenai; analisa lokasi site dimana yang memenuhi kriteria-kriteria untuk dapat didirikan pusat rehabilitasi narkoba, kemudian dibahas analisa dari pendekatan permasalahan yaitu analisa mengenai pengaruh hubungan konteks lingkungan alam sekitar dan tata ruang terhadap kondisi psikologis pasien/rehabilitan.

Sebagai faktor penentu perencanaan dan perancangan, di bab III ini akan dibahas pula pelaku kegiatan, aktifitas, kebutuhan peruangan pusat rehabilitasi, program ruang yang meliputi macam ruang, besaran ruang, organisasi ruang, persyaratan ruang. Yang terakhir akan dibahas analisa mengenai pendekatan tata ruang luar.

3.1. Analisa Pendekatan Lokasi Site Pusat Rehabilitasi**3.1.1. Analisa lokasi**

Analisa lokasi dan site sangat penting didalam mendirikan pusat rehabilitasi, karena proses rehabilitasi narkoba didalam penyembuhan dan pemulihan pasien, lokasi sitenya harus sesuai dengan aspek-aspek yang mendukung kondisi psikologi pasien, aspek tersebut yaitu; ¹

□ *Kondisi lingkungan sekitar/kesehatan lingkungan*

a. udara sejuk

Lokasi site terletak di lereng gunung Merapi, dengan ketinggian lebih dari 800 meter dari permukaan air laut, sehingga udara cukup sejuk. Baik untuk penghawaan alami.

¹ - Psikologi lingkungan, Sarlito Wirawan Sarwono, 1992, hal 40.
- Dr Musinggih Djarot Rouyani, SPk, Staf ahli jiwa RSUP Sarjito.

b. Pemandangan alami/view indah

Lokasi site terdapat elemen-elemen alam yaitu;

- Sungai yang mengalir di tengah site
- Hutan alami yang terdapat di belakang site/disisi utara
- Adanya pemandangan gunung Merapi disebelah utara
- Lahan yang berkontur.

c. Bersih dari segala polusi

- Banyaknya pepohonan yang rindang diantaranya pohon beringin, pohon kelapa, pohon sengon, mahoni dan sebagainya sebagai filter dari polusi udara.
- Limbah dari industri tidak ada.

d. Sinar matahari cukup

- Sinar matahari pagi dari arah timur yang cukup sebagai pencahayaan alami
- Sinar matahari dapat digunakan pula pada saat olahraga

□ Ketenangan/lingkungan yang tenang

a. Lingkungan yang tidak bising (ramai)

- Jauh dari kemacetan lalu lintas, lingkungan penduduk yang masih jarang, jauh dari hirukpikuk kota (30 km dari pusat kota), sehingga suasana cukup tenang dan damai

b. Pemukiman penduduk yang tidak padat

- Masih banyak lahan yang digunakan untuk pertanian

c. Lahan yang cukup luas

- Lahan yang tersedia sekitar 5-6 hektar sehingga cukup memadai untuk mengakomodasi kegiatan dan ruang.

□ Keamanan pasien

a. Penduduk yang tidak padat sehingga sistem kontrol baik

- kondisi sosial masyarakat masih cukup baik, budaya gotong royong, siskamling masih cukup kental

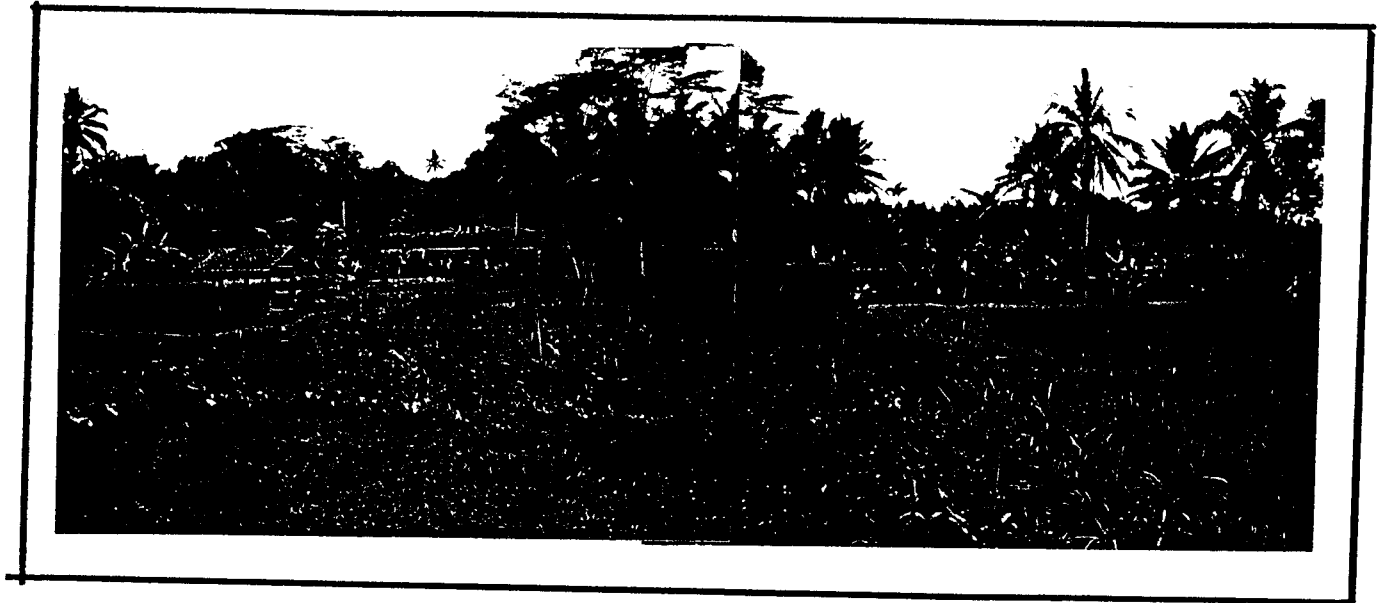
b. Pencapaian yang mudah/terjangkau

- Terdapat jalan raya dan jalan lingkungan yang menghubungkan antar kecamatan dan desa, bahkan sebagai jalur alternatif antara magelang dan solo
- Adanya angkutan kota yang melewati lokasi site

Dari analisa dapat ditarik pendekatan bahwa lokasi yang memenuhi kriteria diatas yang dipilih adalah di daerah pegunungan yang sejuk, tenang, pemandangan indah yaitu di Lereng Gunung Merapi, Dusun Sambungan Desa Wukir Sari, Kecamatan Cangkringan, Sleman.

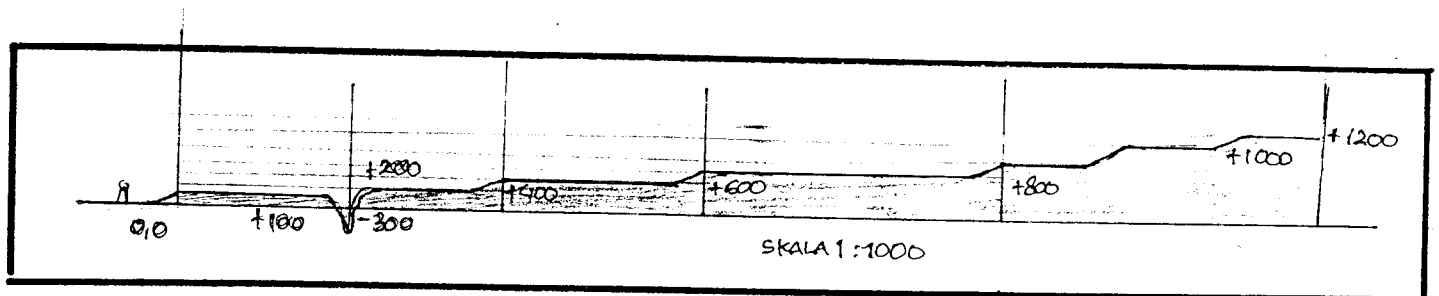


Gambar 3.1, site tampak dari arah selatan



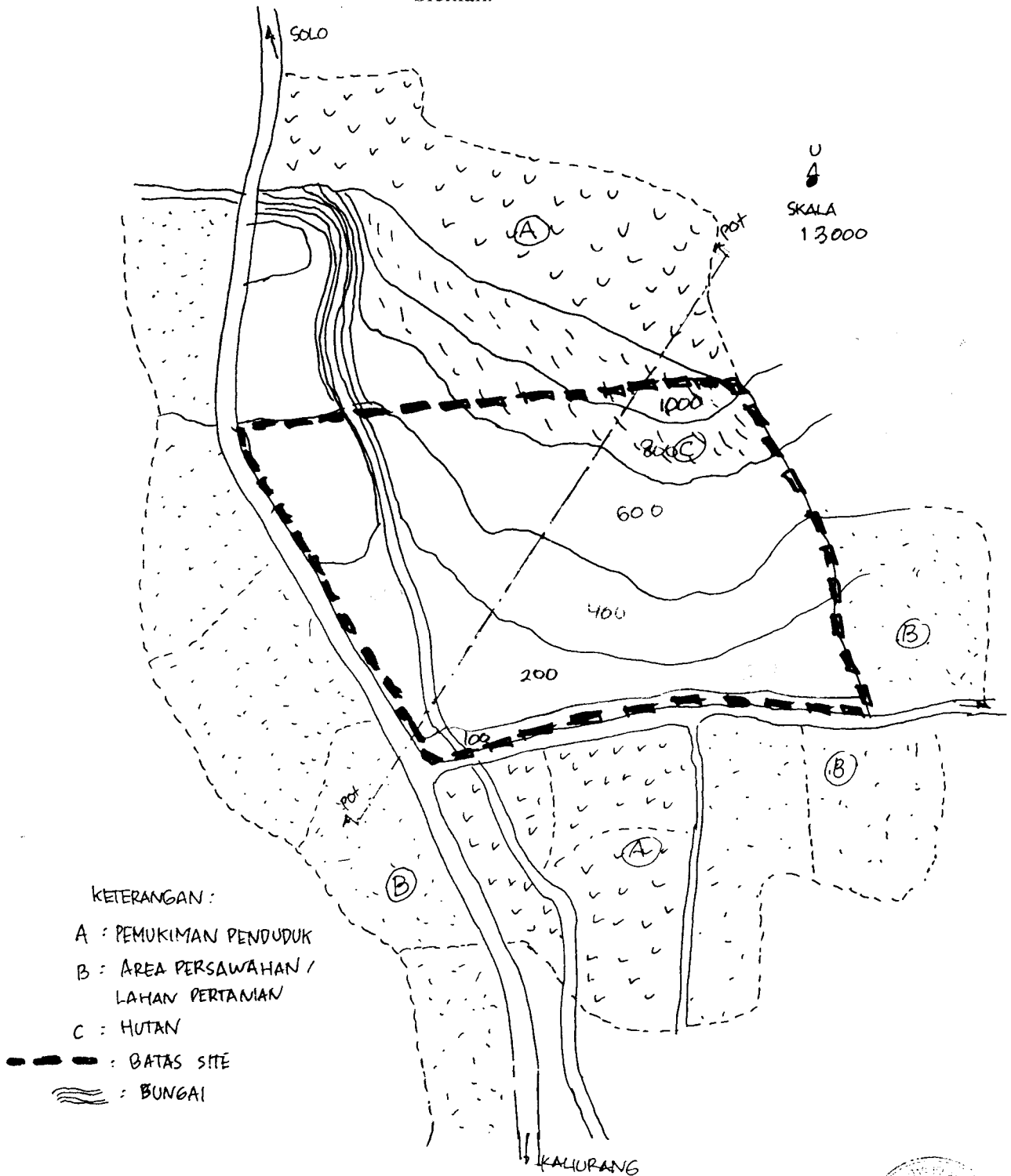
Gambar 3.2. site tampak dari arah barat

Potongan site:



Gambar 3.3. Potongan site

Lokasi site terpilih, terletak di Dusun Sambungan, Desa Wukirsari, Cangkringan,
Sleman.



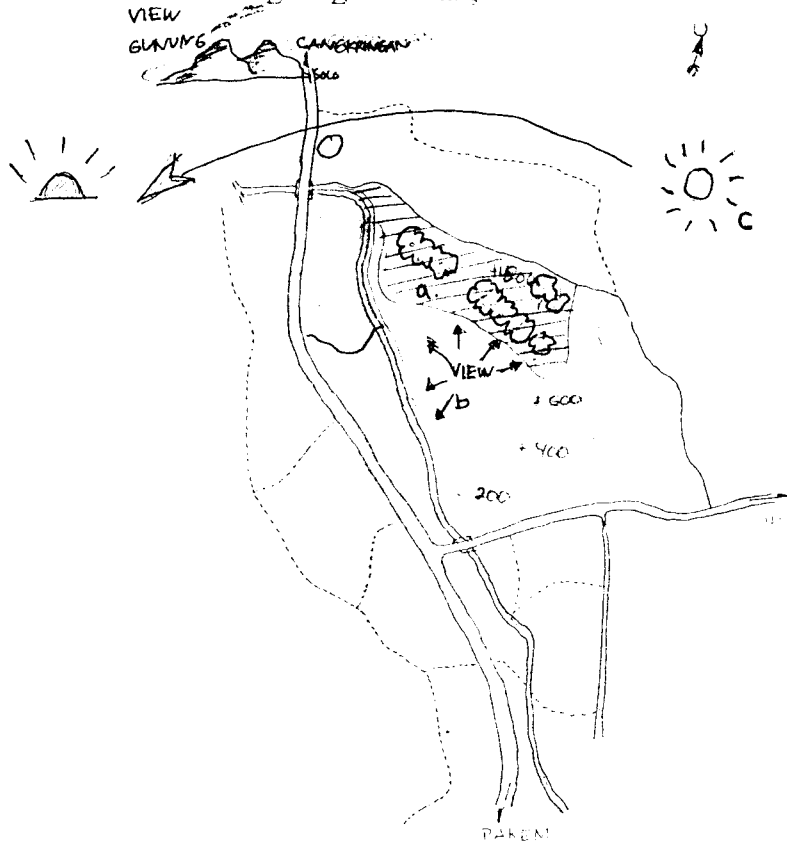
Gambar 3.4; lokasi site



3.1.2. Analisa Pendekatan Kondisi dan Potensi Site

Di dalam analisa site disini yang menjadi pertimbangan adalah site harus memenuhi kriteria-kriteria khusus dan umum. Kriteria khusus adalah hal-hal/elemen yang dapat mendukung konsep alam sekitar yang sesuai dengan tuntutan ruang yang dapat membantu proses penyembuhan dan pemulihan pasien, kriteria khusus tersebut yaitu:

1. kondisi lingkungan sekitar;



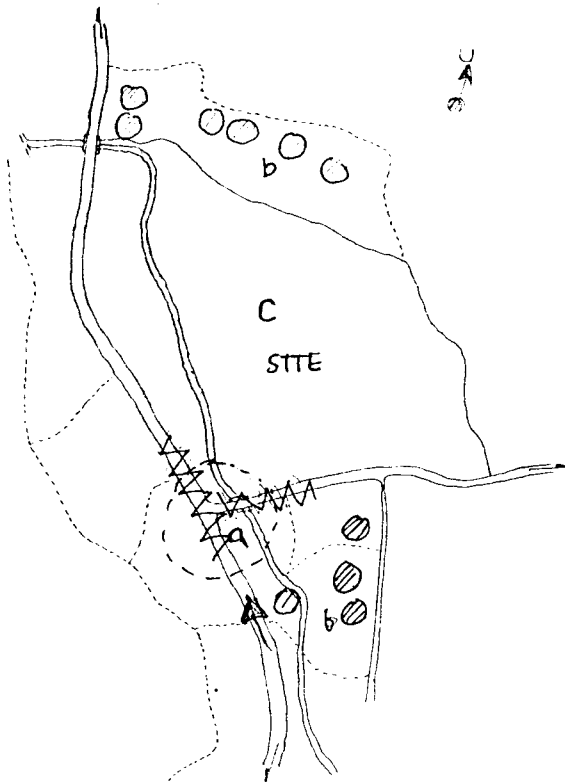
a. Udara sejuk/bersih dari polusi
Udara di sekitar lokasi site memang sudah cukup sejuk, karena berada di lereng gunung Merapi, akan tetapi pada site, udara paling sejuk terletak di sebelah utara karena terdapatnya banyak pepohonan, dan paling tinggi konturnya.

Gambar 3.5. analisa site

b. pemandangan/view indah
view yang paling indah terletak di bagian utara site, karena adanya hutan dengan lahan berkontur, sungai yang mengalir dari utara ke selatan dan terlihatnya pemandangan puncak gunung Merapi yang berada di sebelah utara.

c. Sinar matahari cukup
Sinar matahari pagi dari arah timur langsung dapat masuk ke dalam site karena tidak terhalangi oleh bangunan-bangunan lain, sedangkan sinar matahari sore juga langsung dapat masuk ke dalam site, untuk menghalangi sinar ultraviolet yang masuk, maka ditanam vegetasi/pepohonan sebagai filter dan bangunan membelakangi sinar matahari sore.

2. Kondisi lingkungan yang tenang



a. noise/kebisingan

Pada site, faktor kebisingan sebenarnya tidak ada karena lokasi site yang masih jarang penduduknya, untuk mengantisipasi kebisingan di masa datang, yang perlu di perhatikan kebisingan timbul dari persimpangan jalan yang berada di depan site.

Gambar 3.6. analisa site

-b. pemukiman penduduk

pemukiman penduduk terdapat di depan site, dan di belakang site, itupun masih sangat jarang, sehingga tidak menimbulkan polusi suara

c. lahan yang luas

lahan pada site tersedia cukup luas, sehingga dapat mengakomodasi seluruh kegiatan rehabilitasi

3. keamanan pasien

d. lokasi mudah terjangkau

lokasi site berada di persimpangan jalan besar/jalan raya yang berada disebelah barat site dengan jalan lingkungan yang berada di sebelah selatan site, sehingga mudah dijangkau dan terlihat langsung dari jalan.

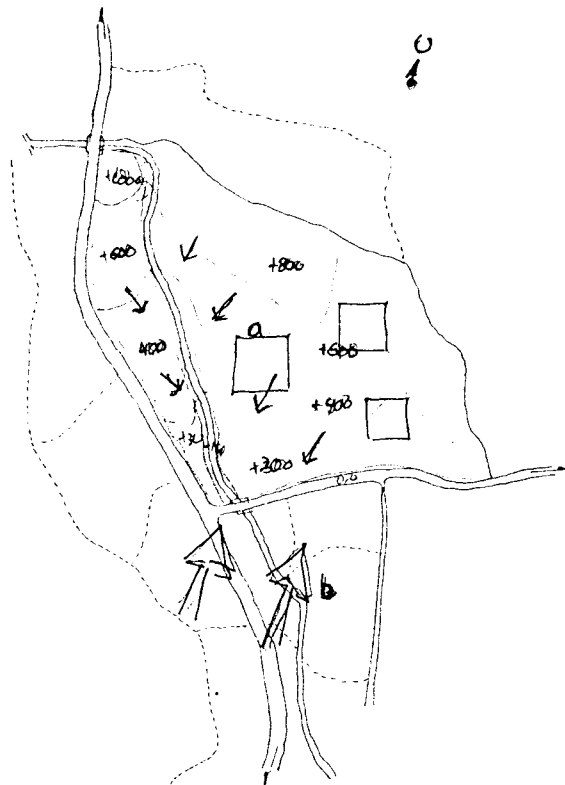
Sedangkan kriteria umum di dalam analisa kondisi site adalah meliputi,

a. *sistem drainase*

kondisi site yang berkontur, sehingga aliran air ke arah yan lebih rendah, maka aliran air hujan diarahkan ke sungai .

b. *pemandangan dari tapak*

karena site berada di persimpangan jalan dan masih banyak open space sehingga bangunan langsung dapat terlihat, ditambah dengan lahan site yang berkontur meninggi, sehingga massa bangunan langsung terlihat dari jarak sekitar 100 meter.



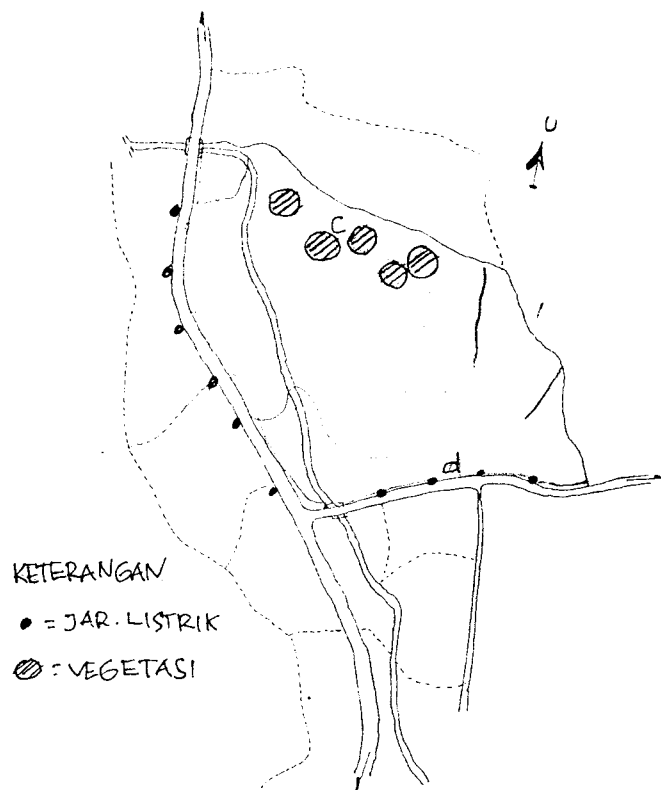
Gambar 3.7. analisa site

c. vegetasi

terdapatnya banyak vegetasi berupa pepohonan rindang, terutama di sebelah utara dan sebelah timur site, sedangkan, di sepanjang sungai banyak ditumbuhi pohon kelapa dan tanaman perdu. Terdapatnya banyak vegetasi dapat digunakan sebagai view elemen alam, buffer dan penciptaan suasana sejuk.

d. utilitas

saluran listrik terdapat di sepanjang jalan besar, sedangkan, saluran telepon terdapat di sepanjang jalan lingkungan, pembuangan air limbah dialirkan ke arah sungai yang mengalir di tengah site, didalam perencanaan untuk menghindari pencemaran air, air limbah dialirkan ke sumur peresapan agar tidak merusak lingkungan sekitar, sedangkan air hujan tetap dialirkan ke arah sungai.



Gambar 3.8. analisa site

3.2. Analisa Hubungan Alam Sekitar, Karakter Psikologis dan Ruang

3.2.1. Hubungan lingkungan alam sekitar terhadap karakter psikologis pasien

Lingkungan alam sekitar dapat memberi pengaruh psikologis terhadap pasien. Sehingga didalam menerapkan konsep alam sekitar ke dalam bangunan, pemanfaatan elemen alam sekitar harus sesuai dengan kondisi psikologis pasien.

Unsur-unsur alam sekitar yang berpengaruh pada psikologis manusia adalah²

Tabel 3.1. Unsur alam sekitar dan Pengaruh Psikologis manusia:

| Unsur alam | Aspek | Dampak psikologis |
|---------------------|--|-----------------------|
| Suhu udara | Sejuk, segar | Nyaman, tenang |
| Sinar matahari pagi | Segar | Semangat |
| View | View indah, terdapat elemen alam (sungai, pepohonan, hutan) | Senang, nyaman, damai |
| Kontur | Lahan berkontur | Dinamis, tidak bosan |
| Suara | Gemicik air, burung berkicau Gesekan pepohonan | Damai, tenang |
| Ruang pandang | Luas | Bebas, tak terpenjara |

Sumber, Psikologi lingkungan, Sarlito wirawan sarwono, 1992

Tuntutan kondisi alam sekitar yang sesuai dengan kondisi psikologis pasien:

Tabel 3.2. Hubungan kondisi psikologis pasien dengan alam sekitar:

| Kondisi psikologis pasien | Kondisi psikologis yang diharapkan | Tuntutan suasana | Tuntutan alam sekitar |
|---|------------------------------------|---------------------------|--|
| Depresif, tertekan, tegang | Nyaman, tenang | Sejuk, segar | Alam yang sejuk, segar, pemandangan indah. |
| Cemas, tidak tenang | Tenang, senang, damai | Tenang, tidak bising | Pepohonan yang teratur, rapi, lingkungan yang tidak bising |
| lemah, sering, melamun, tak bergairah, halusinasi | Semangat, bergairah | Suasana Segar, dinamis | Lansekap yang tidak monoton, terdapat elemen alam |
| Terpenjara, terisoiasi, ingin melarikan diri | Bebas, leluasa | Keleluasaan ruang pandang | Lingkungan yang akrab, site yang memadai |

Sumber, hasil analisa

² Psikologi lingkungan, Sarlito Wirawan Sarwono.

3.2.2. Hubungan karakter psikologis pasien terhadap ruang.

Secara tidak langsung kondisi ruang dapat mempengaruhi psikologis seseorang. Karena ruang yang ditempati mewadahi suatu kegiatan seseorang yang mempunyai kondisi psikologis yang berbeda-beda disetiap kesempatan. Agar ruang dapat berfungsi dengan baik maka perencanaannya harus memperhatikan kondisi psikologis orang yang menempatinnya.

Demikian halnya didalam perencanaan ruang pada pusat rehabilitasi narkoba, tuntutan ruang harus sesuai dengan kondisi psikologis pasien.

- **Kondisi psikologis pasien dan suasana yang diharapkan³**

tabel 3.3. Kondisi psikologis pasien dan tuntutan suasana:

| Kondisi psikologis | Tuntutan suasana |
|--|--|
| Depersif, tertekan, tegang | Nyaman, leluasa, bebas |
| Cemas, tidak tenang | Tenang, damai |
| Lemah, sering melamun, tak bergairah, halusinasi | Suasana yang kreatif, dinamis, tidak monoton |
| Terpenjara, terisolasi, ingin melarikan diri | Keleluasaan ruang pandang, akrab, terbuka |

Sumber, Dokter Musinggih Jarot Rouyani, Staf Ahli jiwa RSUP Sarjito.

- **Pendekatan Konsep Ungkapan Tuntutan Suasana Ruang sesuai kondisi psikologis pasien.**

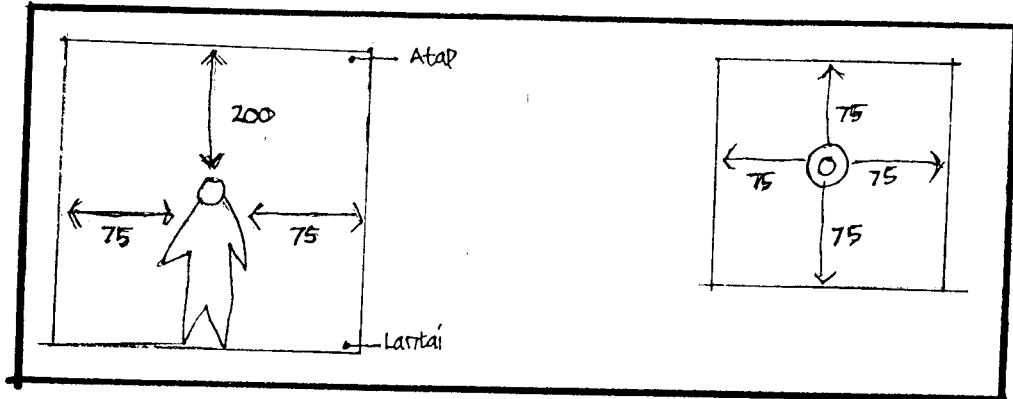
Suasana yang diharapkan oleh pasien dengan kondisi psikologis seperti diatas dapat dilibatkan lewat perencanaan dan perancangan tata ruang, yang kondusif dan sesuai dengan suasana yang diharapkan agar dapat mendukung proses rehabilitasi pasien dengan baik. Penataan ruang yang mendukung suasana psikologis pasien adalah:⁴

³ Dr Musinggih Djarot Rouyani, SPKJ, staf ahli jiwa RSUP Sarjito.

⁴ Dr Musinggih Djarot Rouyani, SPKJ, staf ahli jiwa RSUP Sarjito

1. Suasana nyaman, leluasa, bebas.

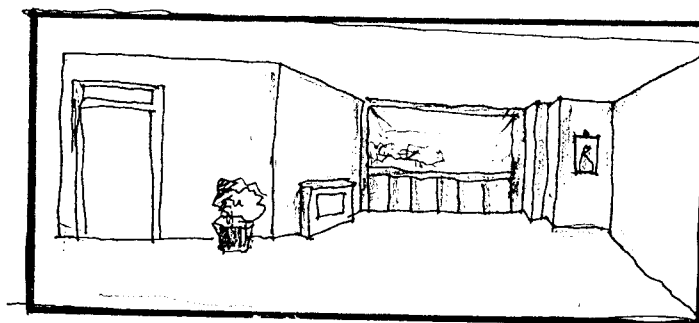
Kondisi ruang; suasana ruang sekitar badan yang leluasa, ruang gerak yang cukup, agar kontak pandang luas, sehingga kepadatan/density of users bisa dihindari. Ruang gerak manusia yang leluasa 1,5mx1,5m. Ruang sirkulasi 18-30%.



Gambar 3.9. Ruang gerak manusia dan sirkulasi. Sumber: Human dimensions.

2. Suasana tenang, damai.

Kondisi ruang; ruang dengan warna-warna pastel yang lembut, tidak terlalu mencolok, tata letak perabot yang tidak terlalu ramai/banyak ornamen, sehingga tidak terlalu padat.⁵

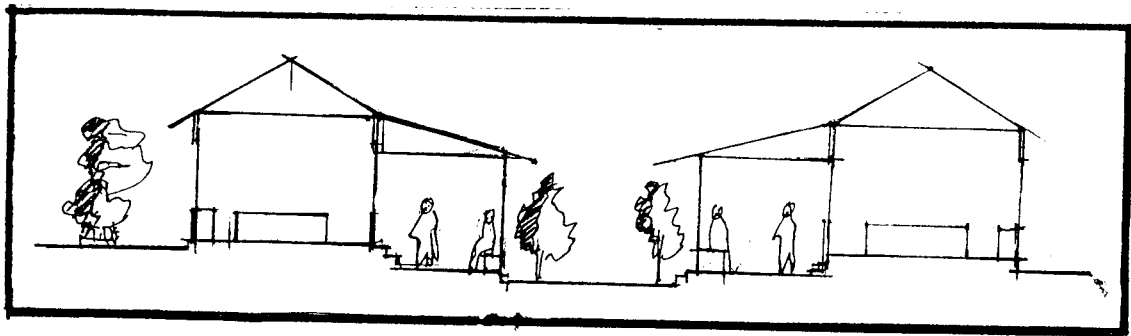


Gambar 3.10. Suasana ruang yang tenang.

⁵ Arsitektur Manusia dan Pengamatannya, Dipl.Ing. Suwondo. B. Sutejo, 1997.

3. Suasana kreatif, dinamis, tidak monoton

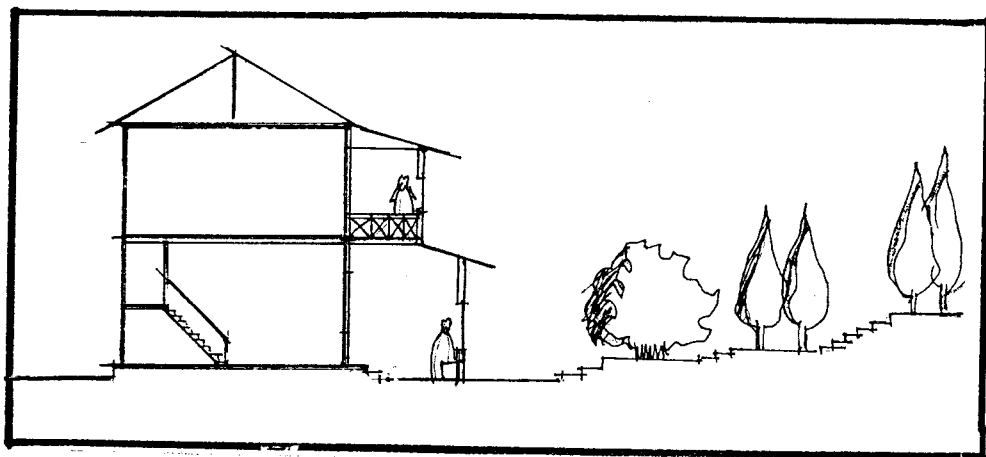
Kondisi ruang: menghindari lorong yang panjang, pemanfaatan kontur tanah, pemanfaatan elemen alam ke dalam bangunan.⁶



Gambar 3.11. suasana ruang yang dinamis, tidak monoton.

4. Suasana akrab, terbuka

Kondisi ruang: penataan ruang dengan bukaan ke arah view yang indah/langsung ke luar, penghawaan alami, adanya balkon sebagai tempat berinteraksi dengan alam dan orang disekitarnya, menghindari ruang-ruang yang sangat sempit.⁷



Gambar 3.12. suasana akrab dan terbuka

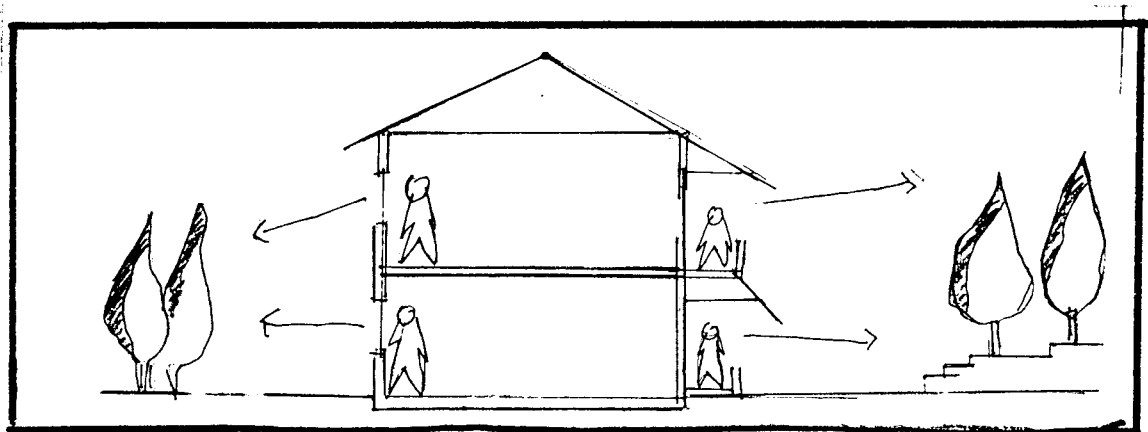
⁶ Yoshinabu Ashihara, Exterior design Architecture.

⁷ Yoshinabu Ashihara, Exterior design Architecture.

3.2.3. Hubungan lingkungan alam sekitar terhadap ruang

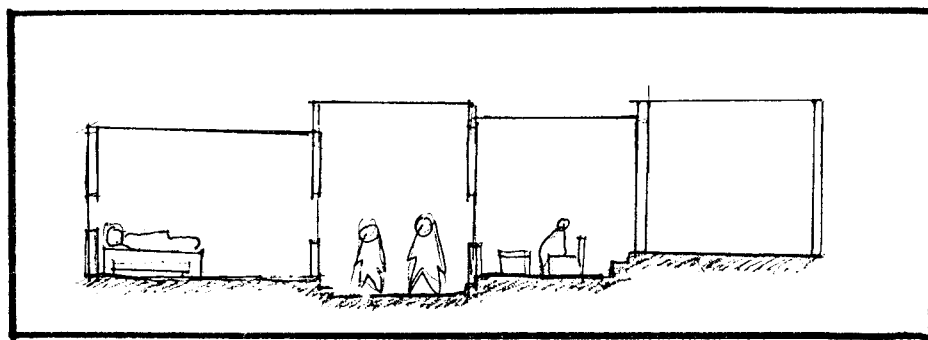
lingkungan alam sekitar juga dapat mempengaruhi tata ruang dalam, misalnya, jika lingkungan sekitar mempunyai potensi yang dapat mendukung kenyamanan ruang, potensi lingkungan sekitar dapat diolah dan dimanfaatkan ke dalam ruang lewat pengolahan lingkungan buatan. Pada perencanaan pusat rehabilitasi disini misalnya:

- Potensi elemen pepohonan yang rindang dan pemandangan gunung yang indah dapat dilihat dari dalam ruang lewat bukaan-bukaan seperti jendela dan balkon.⁸



Gambar 3.13. vegetasi sebagai view

- Lahan yang berkontur, di manfaatkan dengan pemisahan zoning ruang berdasar kontur. Dan penataan ruang berdasarkan kontur agar lebih dinamis⁹



Gambar 3.14. kontur sebagai pemisah ruang

⁸ Yoshinabu Ashihara, Exterior design Architecture.

⁹ Yoshinabu Ashihara, Exterior design Architecture.

3.3. Analisa Kebutuhan Ruang Pusat Rehabilitasi Ketergantungan Narkoba

3.3.1. Pelaku kegiatan

- **Jumlah pelaku**

Di dalam pelaksanaan proses rehabilitasi pada pusat rehabilitasi narkoba pelaku kegiatan yang utama adalah pasien/rehabilitan, pengelola dan pengunjung. Untuk dapat menghitung keseluruhan jumlah pelaku adalah berdasarkan hasil analisa dari jumlah kapasitas pusat rehabilitasi narkoba yang telah dibahas pada bab sebelumnya.

Telah diketahui bahwa jumlah kapasitas pasien/rehabilitan adalah 200 orang. Dengan perbandingan 80%(160) pasien putra dan 20% (40) pasien putri. Jumlah pengunjung yang datang diasumsikan 1 pasien adalah 4 orang anggota keluarga, sedangkan perhari pengunjung yang datang 5 keluarga sehingga jumlah pengunjung perhari adalah 20 orang.

3.3.2. Kegiatan, Kebutuhan Ruang Dan Besaran Ruang

Kegiatan yang ada pada pusat rehabilitasi disini adalah kegiatan yang dilakukan oleh setiap pelaku kegiatan proses rehabilitasi yang konprehensif. Kegiatan tersebut meliputi:

- kegiatan pasien
- kegiatan pengelola
- kegiatan pengunjung

□ Pasien/rehabilitan

Pasien rehabilitasi di bagi menjadi tiga bagian berdasarkan tahap-tahap keadaan psikologis pasien yang terdiri dari 80% pasien laki-laki, 20%pasien perempuan¹⁰, tiga bagian tersebut yaitu:

- Pasien tahap 1, yaitu pasien yang kondisi psikologisnya masih belum stabil, depresif dan perlu bimbingan yang intensif. Jumlah pasien pada tahap 1 sebesar 50% dari seluruh pasien yang ada.
- Pasien tahap 2, yaitu pasien yang kondisi psikologisnya cukup tenang, kooperatif dan dapat mengikuti kegiatan rehabilitasi

¹⁰ Staf ahli Jiwa RSUP Sardjito.

dengan baik. Jumlah pasien pada tahap 2 sebesar 25% dari seluruh pasien yang ada.

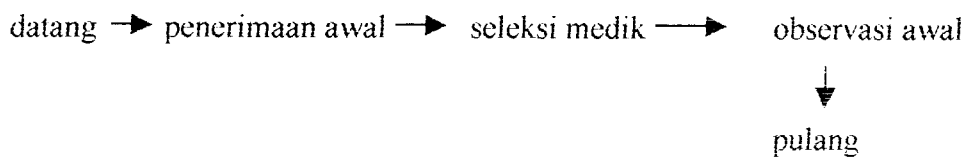
- Pasien tahap 3, yaitu pasien yang kondisi psikologisnya sudah stabil, tenang, kooperatif, dapat membantu pasien yang lain dan dalam persiapan penyaluran ke masyarakat, jumlah pasien pada tahap 3 sebesar 25% dari seluruh pasien yang ada.

- **Kegiatan Pasien**

Kegiatan pasien dibagi menjadi dua yaitu kegiatan pasien berobat jalan dan kegiatan pasien rawat inap/rehabilitasi.

- *Kegiatan pasien berobat jalan*

kegiatan pasien berobat jalan adalah kegiatan yang dilakukan pasien yang tidak perlu mengikuti rehabilitasi rawat inap, karena beberapa sebab yaitu pasien yang harus dirujuk dulu ke unit detoksifikasi, atau memang pasien yang hanya perlu konsultasi terapi dan perawatan dilakukan oleh keluarga di tempat tinggalnya sendiri. Alur kegiatan pasien berobat jalan tersebut adalah



- *Kegiatan pasien rawat inap/rehabilitasi*

untuk kegiatan pasien yang memerlukan rawat inap/mengikuti proses rehabilitasi adalah

1. **Kegiatan Penerimaan awal**

Pada tahap penerimaan awal pasien mengikuti seleksi medik terlebih dahulu yang di tangani oleh dokter, psikiater dan perawat, seleksi medik bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kondisi psikis dan fisik pasien yang sedang sakit tersebut sehingga pasien dapat mengikuti langkah-langkah terapi dengan baik.

Kegiatan : seleksi medik, observasi awal

Bentuk kegiatan : Diagnosa, pemeriksaan awal

Jumlah pelaku: calon pasien pada tahap ini setiap hari rata-rata 2 orang, sedangkan jumlah pengunjung/keluarga adalah 20 orang.

Tenaga medis yang diperlukan : Dokter(10), psikiater (10), perawat (1:3)

Tabel 3.4. Kebutuhan dan besaran ruang penerimaan awal:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (standar) |
|----------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Lobi | 40 | 1 | 90m ² |
| Ruang pemeriksaan | 3 | 2 | 16m ² |
| Ruang observasi awal | 4 | 4 | 16m ² |
| Laboratorium | 4 | 1 | 18m ² |
| Ruang tunggu | 20 | 1 | 50m ² |
| Ruang tamu | 30 | 1 | 78m ² |
| Ruang dokter | 4 | 1 | 9m ² |
| Ruang perawat | 6 | 1 | 9m ² |
| Ruang pengawas/jaga | 2 | 1 | 4m ² |
| Gudang | 2 | 1 | 9m ² |
| Lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| Jumlah total | | | 302m ² |

Sumber, hasil analisa

2. Kegiatan Terapi dan Pemantapan

Setelah pasien menjalani seleksi medis, kemudian mengikuti kegiatan terapi dan pemantapan dengan tinggal diasrama atau bangsal selama 3 bulan sampai 1 tahun. Kegiatan terapi terdiri dari terapi medis, terapi religius, terapi psikis, sedangkan kegiatan pemantapan terdiri dari pemantapan sosial, pendidikan vokasional dan vokasional. Keenam kegiatan tersebut dilaksanakan secara bersamaan oleh 200 pasien sehingga didalam pelaksanaan kegiatan ini pasien dibagi menjadi 6 bagian yaitu:

Tabel 3.5. Pembagian kegiatan terapi pasien

| Jenis kegiatan | Jumlah pasien |
|----------------------------------|---------------|
| Terapi fisik/medis | 25 |
| Terapi psikologis | 25 |
| Terapi religius | 25 |
| Pemantapan sosial | 25 |
| Pemantapan pendidikan vokasional | 50 |
| Pemantapan vokasional | 50 |
| Jumlah | 200 |

Sumber, hasil analisa

- Terapi Fisik/Medis

Kegiatan : pengobatan fisik, pelatihan relaksasi, pelatihan jasmani

Bentuk kegiatan : perawatan medis, relaksasi, olah raga.

Perawatan medis dilaksanakan didalam ruang tertutup sedangkan relaksasi dan olahraga dilaksanakan didalam ruang tertutup dan ruang terbuka karena pasien membutuhkan suasana alam yang segar untuk membantu penyembuhan.

Tenaga: Dokter (20), Perawat (1:3), ahli akupuntur (1:10), pembina olah raga (1:10).

Jumlah pelaku: jumlah pasien 25 orang, 5 dokter, 8 perawat.

Kebutuhan ruang periksa medis: $3(1,5 \times 1,5) + \text{meja peralatan } 1(1 \times 0,5) + \text{lemari peralatan } 1(0,60 \times 1) + \text{bed periksa } 1(1 \times 2) + \text{sirkulasi } 20\% = 11,82\text{m}^2$.

Usefactor: kegiatan terapi/perawatan medis dilakukan $15\text{menit} \times 25 = 375:60 = 6,25\text{jam}$. $6,25 \times 2 \text{ periode} = 12\text{jam}$ sehari sehingga, agar tidak teralu lama menunggu dibutuhkan 4 ruang perawatan medis.

Tabel 3.6. Kebutuhan dan besaran ruang terapi medis/fisik:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Besaran ruang |
|--------------------------|-----------|--------------|-------------------|
| Ruang periksa medis | 3 | 4 | 12m ² |
| Ruang dokter | 5 | 1 | 14m ² |
| Ruang perawat | 9 | 1 | 25m ² |
| Ruang peralatan/ganti | | 1 | 9m ² |
| Gudang | | 1 | 9m ² |
| Ruang relaksasi/meditasi | 35 | 1 | 100m ² |
| Lapangan olah raga | 35 | 2 | 250m ² |
| Ruang jaga/pengawas | 2 | 1 | 4m ² |
| lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| Ruang duduk | 25 | 1 | 60m ² |
| Total | | | 793m ² |

Sumber, hasil analisa

- Terapi Religius

Kegiatan: mendekatkan diri dengan Tuhan.

Bentuk kegiatan: Ibadah, diskusi/ceramah keagamaan

Ibadah dilaksanakan di masjid sedangkan diskusi dilaksanakan secara bersama-sama di ruang diskusi dan taman/ruang terbuka agar dekat dengan alam

Tenaga pengelola: ahli agama (1:25)

Jumlah pelaku: 25 pasien

Kebutuhan ruang ibadah non islam: $10(1,5 \times 1,5) + \text{sirkulasi } 20\% = 27\text{m}^2$

Masjid $200(1,5 \times 1,5) = 450\text{m}^2$

Use faktor: kegiatan ibadah dilakukan $2\text{jam} \times 2\text{periode} = 4\text{jam}$ sehari.

Diskusi $2 \times 2\text{jam} = 4\text{jam}$. penggunaan yang tidak lama sehingga diasumsikan dibutuhkan 1 ruang/1 kegiatan ibadah dan diskusi/agama.

Tabel 3.7. Kebutuhan dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Besaran ruang |
|-------------------------|-----------|--------------|-------------------|
| Masjid | 200 | 1 | 450m ² |
| R. ibadah agama kristen | 10 | 1 | 27m ² |
| R. ibadah agama budha | 10 | 1 | 27m ² |
| R. ibadah agama hindu | 10 | 1 | 27m ² |
| Ruang diskusi indoor | 30 | 1 | 150m ² |
| Ruang diskusi out door | 30 | 1 | 200m ² |
| Lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| Jumlah | | | 890m ² |

Sumber: hasil analisa

- Terapi Psikologis

Kegiatan: pengobatan psikotropik, konsultasi psikologis.

Bentuk kegiatan: diagnosa, konsultasi individu dan kelompok, sharing.

Tenaga pengelola: dokter ahli jiwa (1:20), Psikiater (1:20), perawat (1:3).

Jumlah pelaku: 25 pasien

Kebutuhan ruang konsultasi individu: $2(1,5 \times 1,5) + \text{meja } 1(1 \times 0,5) + \text{kursi } 1(0,25) + \text{sirkulasi } 30\% = 6,3\text{m}^2$

Uses faktor: kegiatan konsultasi individu dilakukan perhari 2 periode $= 30\text{jam} \times 25 = 750 : 60 = 12,5\text{jam}$ perperiode .

Tabel 3.8. Kebutuhan dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Besaran ruang |
|-----------------------------|-----------|--------------|-------------------|
| Ruang konsultasi individu | 2 | 5 | 9m ² |
| Ruang konsultasi kelompok | 30 | 1 | 85m ² |
| Ruang psikiater dan perawat | 10 | 1 | 30m ² |
| Ruang jaga | 2 | 1 | 4m ² |
| Ruang duduk | 25 | 1 | 60m ² |
| Lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| Jumlah | | | 236m ² |

Sumber: hasil analisa

- Pemantapan Sosial

Kegiatan: bimbingan sosial individu dan kelompok, kunjungan rumah dan bimbingan sosial keluarga.

Bentuk kegiatan: konsultasi, refreshing, diskusi, rekreasi.

Tenaga pengelola: pekerja sosial (1/jenis kegiatan), pegawai penyuluh (1/jenis kegiatan), pengunjung/famili.

Jumlah pelaku: 25 pasien, 20 tamu, 2 tenaga pengelola

Tabel 3.9. Kebutuhan ruang dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (standar m ²) |
|---------------------|-----------|--------------|--------------------------------------|
| r. bersama/tamu | 30 | 1 | 100m ² |
| r. pertunjukan | 30 | 1 | 100m ² |
| r. pemutaran film | 30 | 1 | 100m ² |
| R. pengelola | 5 | 1 | 15m ² |
| Taman/r. duduk | 250 | 1 | 500m ² |
| r. peralatan/gudang | | 1 | 45m ² |
| Lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| r. jaga | 2 | 1 | 4m ² |
| jumlah | | | 876m ² |

Sumber, hasil analisa

- Pemantapan pendidikan vokasional

Kegiatan: memberikan bekal pelajaran ketrampilan dan kesenian, pekerjaan tangan, pertukangan, pertanian dan perikanan secara kelompok.

Bentuk kegiatan: belajar ketrampilan secara kelompok

Tenaga pengelola: guru ketrampilan dan tenaga (1/mata pelajaran)

Tabel 3.10. Kebutuhan dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (Standar) |
|---------------------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Ruang kelas pekerjaan tangan | 20 | 1 | 60m ² |
| Ruang kelas bengkel | 20 | 1 | 60m ² |
| Ruang kelas pertanian/perikanan | 20 | 1 | 60m ² |
| Ruang guru | 5 | 1 | 15m ² |
| Ruang jaga | 1 | 1 | 4m ² |
| Lavatory | 1 | 6 | 3m ² |
| Gudang | | 1 | 20m ² |
| Jumlah | | | 232m ² |

Sumber, hasil analisa

Pemantapan vokasional

Kegiatan: penentuan kemampuan kerja, latihan vokasional, pemberian ketrampilan dan kesenian

Bentuk kegiatan: penyuluhan, praktek ketrampilan dan kesenian

Tenaga pengelola: penyuluh vokasional, pelatih vokasional, tukang (1/jenis kegiatan).

Tabel 3.11. Kebutuhan dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang |
|-------------------------|-----------|--------------|-------------------|
| Ruang pekerjaan tangan | 20 | 1 | 100m ² |
| Ruang bengkel | 20 | 1 | 100m ² |
| Lahan pertanian | | 1 | 100m ² |
| Lahan perikanan | | 1 | 100m ² |
| Ruang bahan & peralatan | | 1 | 45m ² |
| Ruang pengelola | 5 | 1 | 15m ² |
| lavatory | 1 | 6 | 3m ² |

| | | | |
|---------------|---|---|-------------------|
| Ruang pameran | | 1 | 36m ² |
| Ruang jaga | 1 | 1 | 4m ² |
| Jumlah | | | 503m ² |

Sumber, hasil analisa

3. Kegiatan Bangsal/Asrama

Kegiatan bangsal/asrama adalah kegiatan pasien tinggal di asrama/bangsal yang ada didalam pusat rehabilitasi, kegiatannya meliputi;

- Pukul 04.30-05.00: bangun pagi/sholat
- Pukul 05.00-07.00: mandi, bersih-bersih
- Pukul 07.00-08.00: makan pagi
- Pukul 08.00-12.00: mengikuti kegiatan terapi 1
- Pukul 12.00-13.00: break, makan/sholat
- Pukul 13.00-17.00: terapi 2
- Pukul 17.00-18.00: break, bersih-bersih, sholat/makan
- Pukul 18.00-21.00: bersosialisasi/istirahat.
- Pukul 21.00-04.30: tidur.

Di dalam asrama, satu ruang tidur diisi oleh 10 orang, dengan 10 tempat tidur yang berjajar, kegiatan bersih-bersih dilakukan bersama-sama sesuai jadwal, hal ini dilakukan agar menumbuhkan rasa tanggungjawab, kebersamaan dan interaksi kepada lingkungan.

Kebutuhan ruang:

Suasana ruang tidur harus terasa leluasa agar tidak terasa terpenjara, walaupun diisi oleh 10 orang.

Luas Ruang Tidur: berisi 10 Orang: $10(1,5 \times 1,5) + \text{bed } 10(2 \times 1) + \text{kursi } 10(0,5 \times 0,5) + \text{lemari } 10(1 \times 0,5) + \text{sirkulasi } 20\% = 22,5 + 20 + 2,5 + 5 = 50 + 10 = 60\text{m}^2$

Tabel 3.12. Kebutuhan dan besaran ruang:

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (standar) |
|------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Bangsal putra: | | | |
| Ruang tidur | 10 | 16 | 60m ² |
| Ruang bersama | 20 | 8 | 100m ² |
| Ruang cuci/jemur | | 4 | 16m ² |
| Lavatory | 1 | 32 | 3m ² |

| | | | |
|------------------|----|---|--------------------|
| Gudang | | 2 | 18m ² |
| Ruang jaga | 1 | 4 | 4m ² |
| Bangsal putri: | | | |
| Ruang tidur | 10 | 4 | 60m ² |
| Ruang bersama | 10 | 1 | 50m ² |
| Ruang cuci/jemur | | | 16m ² |
| Lavatory | | 3 | 3m ² |
| Gudang | | 1 | 18m ² |
| Ruang jaga | | 1 | 4m ² |
| jumlah | | | 2300m ² |

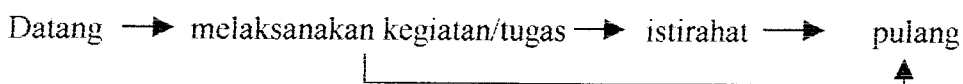
Sumber, hasil analisa

Bangsal putra: Ruang tidur pasien tahap 1 (80 orang), ruang tidur pasien tahap 2 (40 orang), ruang tidur pasien tahap 3 (40 orang), lavatory, Ruang cuci seterika, gudang, ruang bersama, ruang jaga/pengawas.

Bangsal putri: Ruang tidur pasien tahap 1 (20 orang), ruang tidur pasien tahap 2 (10 orang), ruang tidur pasien tahap 3 (10 orang), lavatory, ruang cuci seterika, ruang bersama, gudang, ruang jaga/pengawas.

□ Tenaga Pengelola/SDM

Kegiatan pengelola meliputi kegiatan kantor/administrasi dan kegiatan servis
Alur kegiatan tenaga/pengelola adalah sebagai berikut;



Sedangkan kegiatan tenaga pengelola pada pusat rehabilitasi disini adalah berbeda-beda tergantung pada bidangnya masing-masing, yaitu.¹⁷

¹⁷ Pedoman Pelaksanaan Rehabilitasi, Departemen Kesehatan RI, 1992.

Tabel 3.13. tenaga pengelola pusat rehabilitasi narkoba

| Tenaga pengelola | perbandingan yang dibutuhkan | Jumlah yang dibutuhkan | kegiatan |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------|---|
| Psikiatri/dokter jiwa | 1:20 | 10 | Memeriksa kondisi fisik/mental pasien |
| Psikolog | 1:20 | 10 | Memeriksa dan merawat kondisi psikologis pasien |
| Pekerja sosial | 1:50 | 4 | Mengadakan konsultasi, diskusi, dan kunjungan famili |
| Perawat psikiatri | 1:3 | 67 | Perawatan/pemeliharaan kesehatan pasien |
| Occupasional terapist | 1:20 | 10 | Memberi terapi occupasional |
| Petugas laborattorium | 1:50 | 4 | Menjaga laboratorium |
| Petugas dapur gizi | 1:40 | 5 | Pengadaan logistik/makanan |
| Petugas keamanan | 1:20 | 10 | Mengawasi keamanan pasien 24 jam |
| Petugas administrasi | 1:10 | 20 | Mengurus administrasi kantor |
| Direktur | 1 | 1 | Memimpin yayasan |
| Manager | 4 | 4 | Mengatur manajemen kantor |
| Pelatih kerja dan olah raga | 1:10 | 20 | Memberikan pelatihan fisik dan olah raga pasien |
| Petugas terapi sosial | 1/jenis kegiatan | 2 | Melatih dan membimbing pasien dalam melakukan kegiatan rehabilitasi |
| Petugas rekreasi | 1/jenis kegiatan | 2 | Melatih dan membimbing pasien dalam melakukan rekreasi |
| Pembantu pelatih | 1/jenis kegiatan | 4 | Membantu pelatih kerja dalam bertugas |

3.14. Kebutuhan dan besaran ruang kantor dan administrasi adalah

| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (standar) |
|--------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Hall | 40 | 1 | 90m ² |
| Ruang administrasi | 10 | 1 | 90m ² |
| Ruang direktur | 1 | 1 | 45m ² |
| Ruang manager | 1 | 3 | 25m ² |
| Ruang rapat | 50 | 1 | 150m ² |
| Ruang konferensi | 100 | 1 | 300m ² |
| Ruang tamu | 10 | 1 | 28m ² |

| | | | |
|-----------------|----|---|-------------------|
| Ruang istirahat | 10 | 1 | 28m ² |
| Mushola | 10 | 1 | 24m ² |
| Ruang makan | 10 | 1 | 28m ² |
| dapur | | 1 | 18m ² |
| gudang | | 1 | 9m ² |
| Lavatory | 1 | 4 | 3m ² |
| Jumlah | | | 897m ² |

Sumber, hasil analisa

Tabel 3.15. Kebutuhan dan besaran ruang servis:

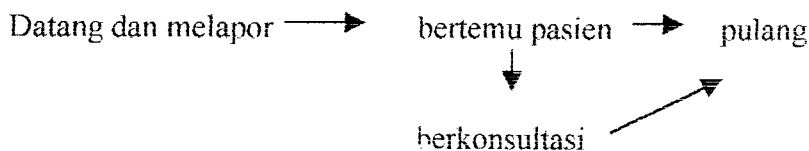
| Nama ruang | Kapasitas | Jumlah ruang | Luas ruang (standar) |
|-----------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Parkir | 25 | | 600m ² |
| Pos jaga/pengawas | 2 | 8 | 4m ² |
| Ruang makan bersama | 200 | 2 | 300m ² |
| Dapur umum | | 1 | 40m ² |
| Gudang/bahan makanan | | 1 | 40m ² |
| Ruang jaga | | 1 | 4m ² |
| Lavatory | 1 | 10 | 3m ² |
| Ruang tidur pengelola | 2 | 4 | 12m ² |
| Ruang MEE | | | 30m ² |
| Jumlah | | | 1416m ² |

Sumber, hasil analisa

□ Pengunjung/tamu/keluarga

Pengunjung disini adalah tamu atau keluarga pasien yang berkunjung ke pusat rehabilitasi yang bertujuan membantu proses rehabilitasi.

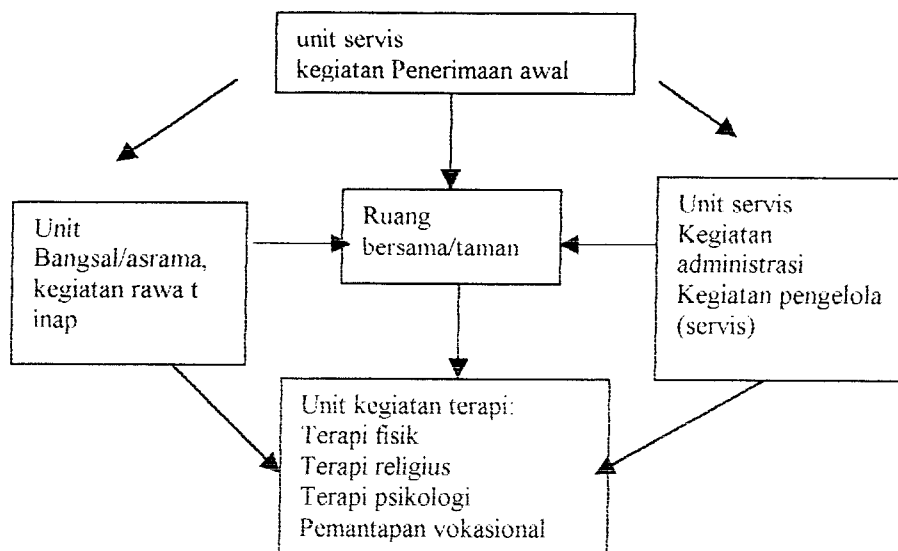
Alur kegiatan pengunjung adalah



3.4. Analisa Kegiatan dan Program Ruang

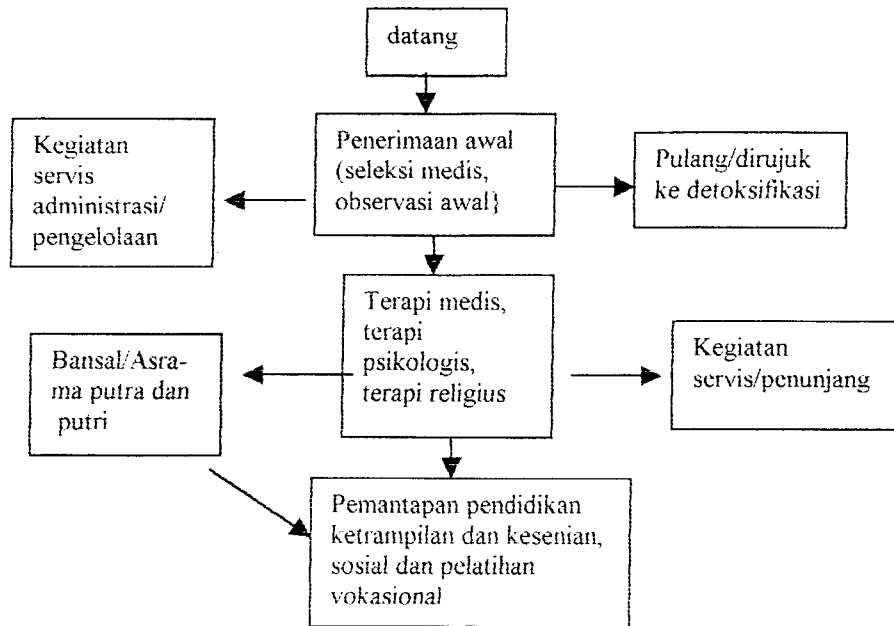
3.4.1. Studi aktifitas

Berdasarkan jenisnya, proses kegiatan rehabilitasi dapat dikelompokkan menjadi 4 bagian besar yaitu; kelompok ruang kegiatan penerimaan awal, kelompok kegiatan terapi dan pemantapan, kelompok kegiatan bangsal/asrama dan kelompok kegiatan servis/penunjang. Jika digambar hubungan kegiatan tersebut adalah



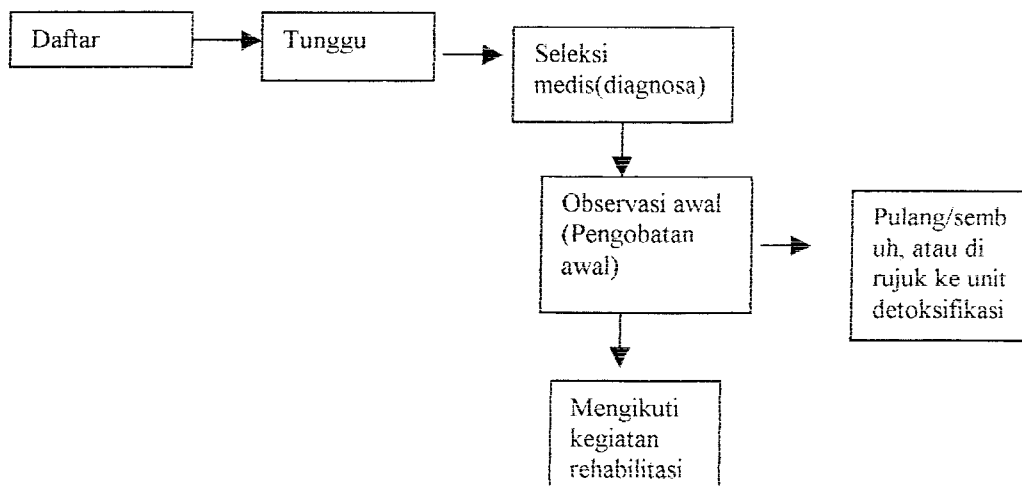
Gambar 3.15. studi aktifitas keseluruhan unit kegiatan Sumber, hasil analisa

- Studi aktifitas keseluruhan kegiatan rehabilitasi adalah



Gambar 3.16. Bagan studi aktifitas proses kegiatan rehabilitasi. Sumber, hasil analisa.

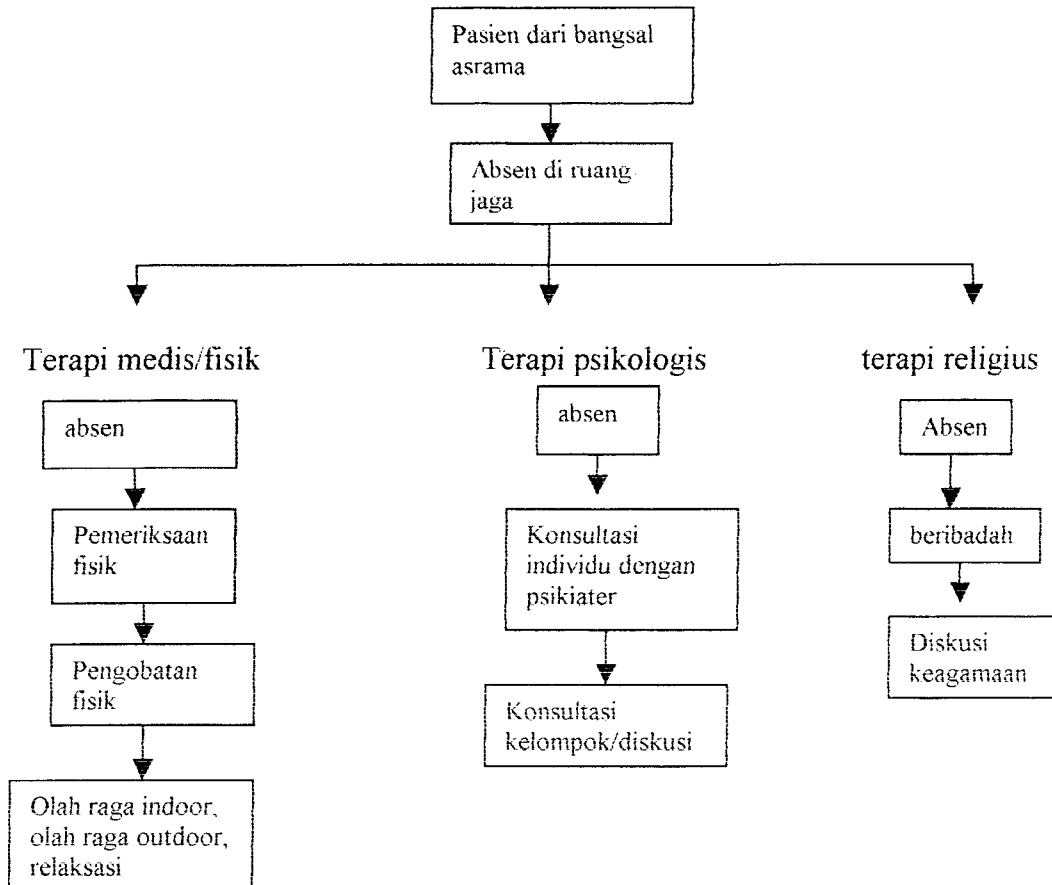
Studi aktifitas kegiatan penerimaan awal:



Gambar 3.17. studi aktifitas penerimaan awal

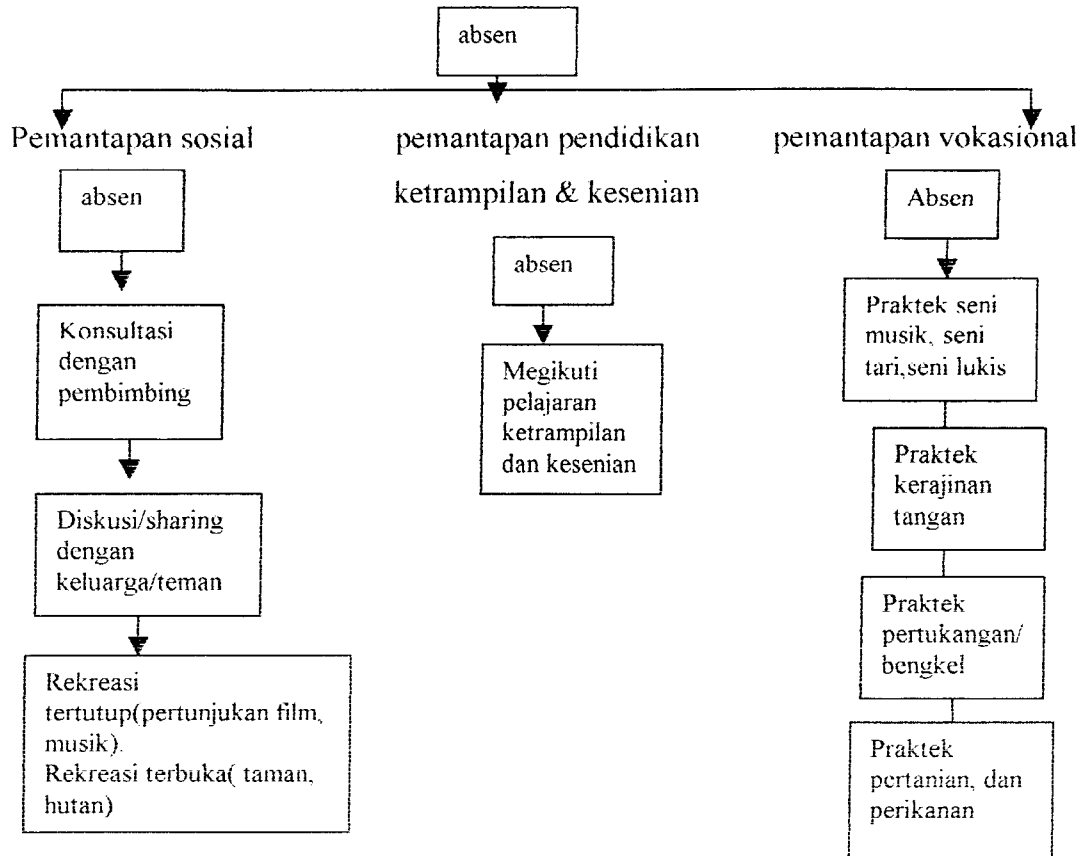
- Studi aktifitas kegiatan terapi:

Kegiatan terapi disini meliputi terapi fisik/medis, terapi psikologis dan terapi religius yang dilakukan secara bersamaan sesuai jadwal secara bergantian.

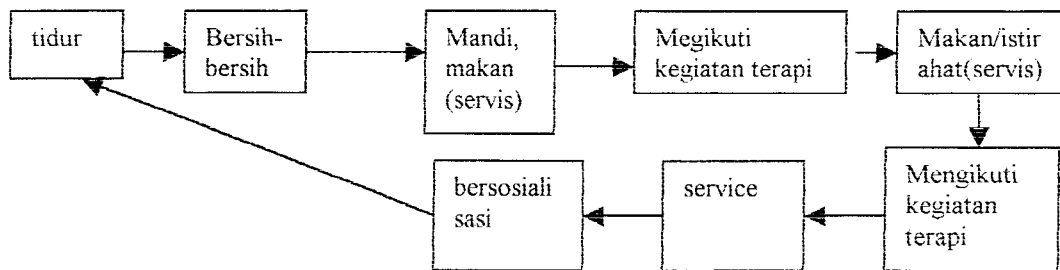


Gambar 3.18. studi aktifitas kegiatan terapi, Sumber, hasil analisa.

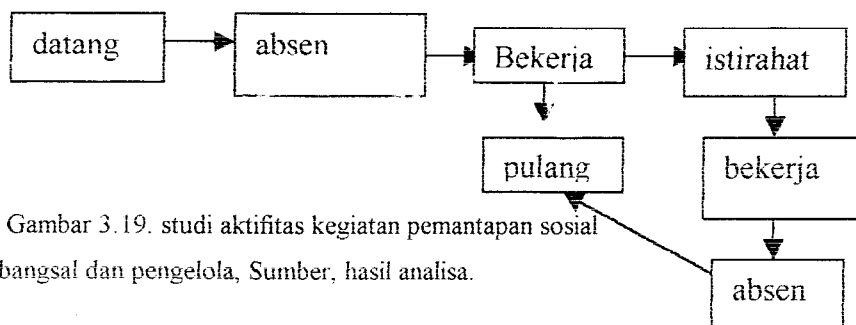
- Studi aktifitas kegiatan pemantapan sosial dan pendidikan vokasional:



- Studi aktifitas kegiatan bangsal/asrama



- Studi aktifitas kegiatan pengelola



Gambar 3.19. studi aktifitas kegiatan pemantapan sosial bangsal dan pengelola, Sumber, hasil analisa.

3.4.2. Program Ruang

- **Macam Ruang**

Macam ruang disini adalah pengelompokan ruang-ruang berdasarkan sifat kegiatan yang ada:

a. ruang semi publik

ruang-ruang yang disediakan untuk fasilitas umum

- parkir
- lobby
- ruang tunggu
- ruang tamu

b. ruang semi privat

- kelompok ruang pelayanan/penerimaan awal
- kelompok ruang service
- taman/ruang terbuka

c. ruang privat

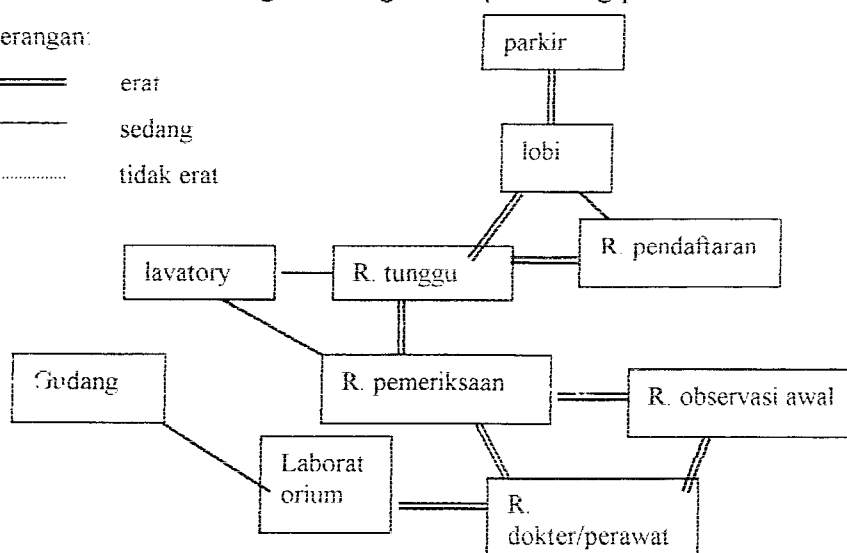
- kelompok ruang bangsal/asrama putra putri
- kelompok ruang terapi
- kelompok ruang administrasi/kant

- *Pola hubungan ruang*

Pola hubungan ruang kelompok ruang penerimaan awal

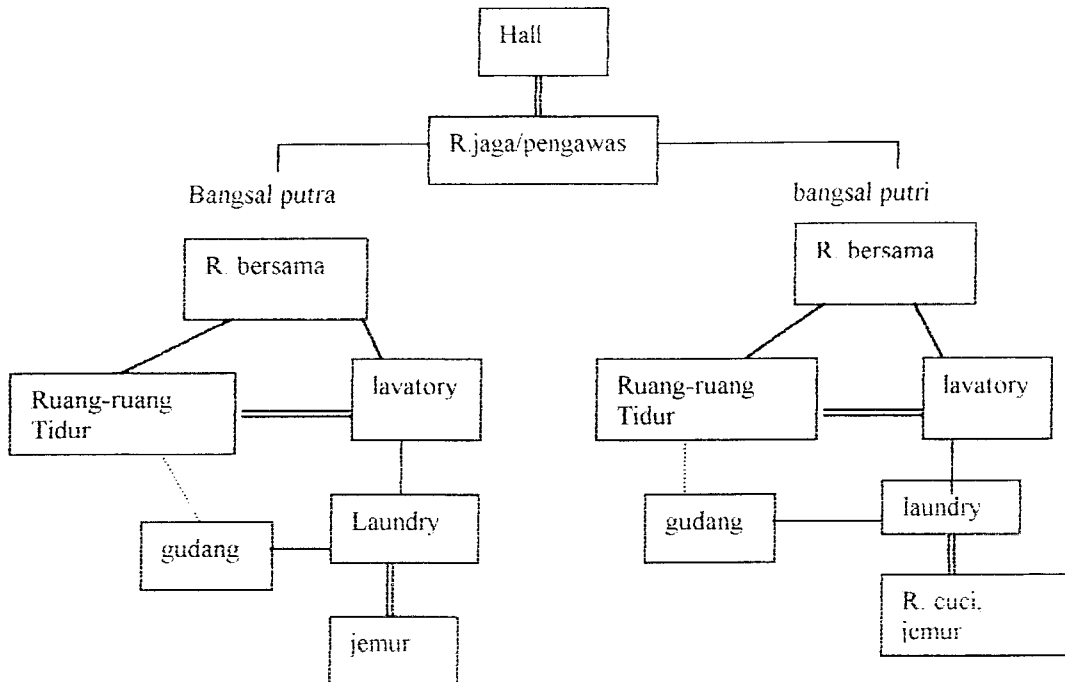
keterangan:

- ==== erat
- sedang
- tidak erat



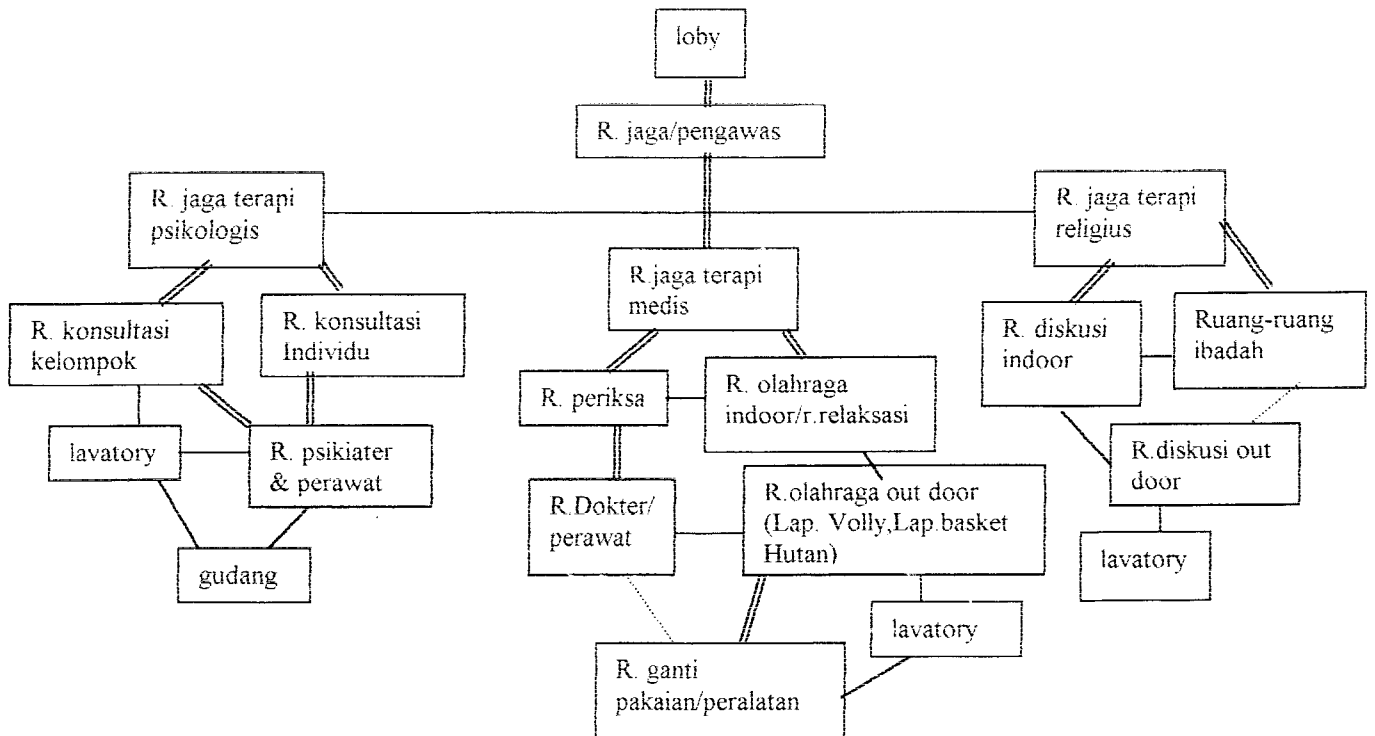
Gambar 3.20. pola hubungan ruang penerimaan awal, sumber hasil analisa

- pola hubungan ruang kelompok kegiatan bangsal/asrama:



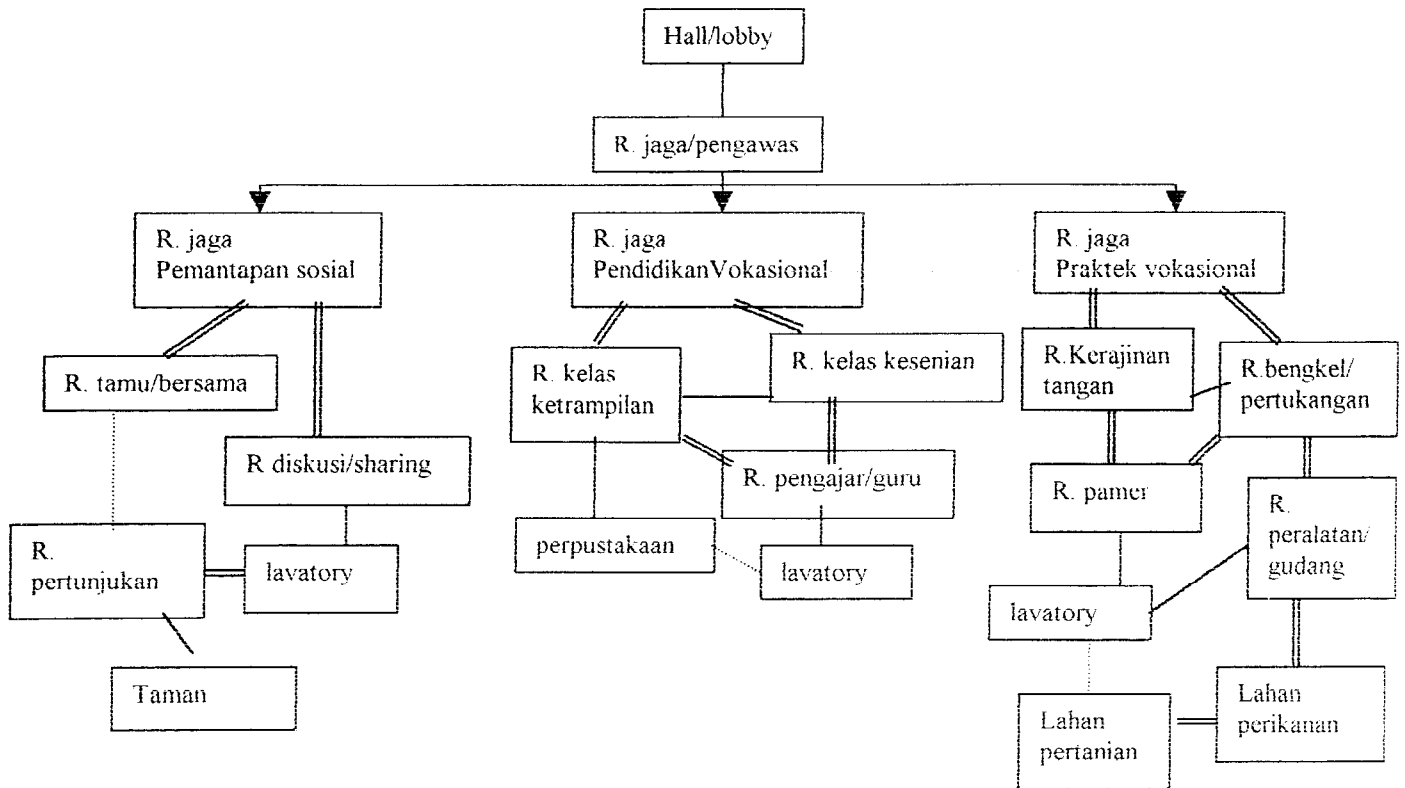
Bagan 3.21. pola hubungan ruang kegiatan asrama, sumber hasil analisa

- Pola hubungan Ruang kelompok kegiatan terapi



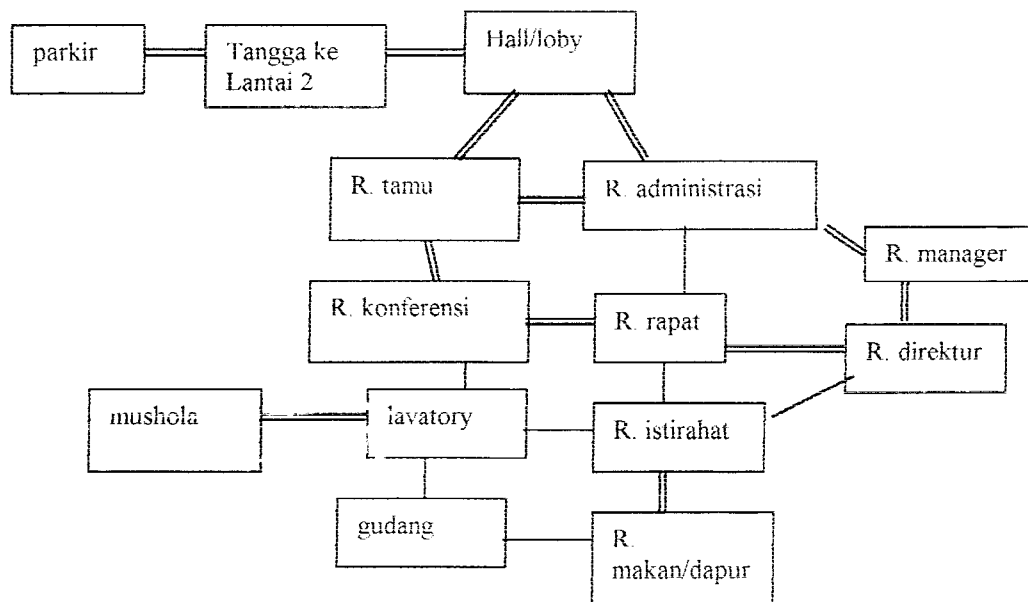
3.22. bagan pola hubungan ruang kelompok kegiatan terapi, Sumber, hasil anal

- Pola hubungan ruang kelompok kegiatan pemantapan sosial dan pendidikan vokasional:



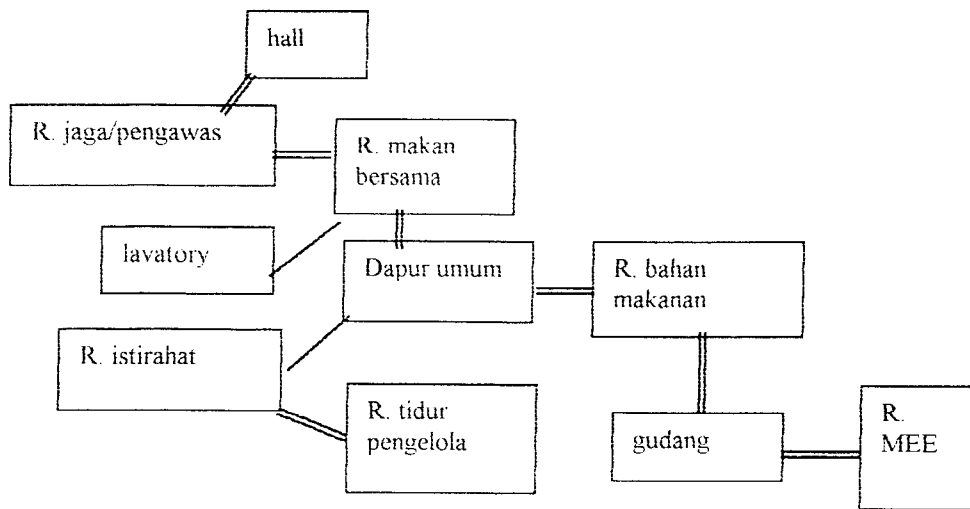
3.23. bagan pola hubungan ruang kegiatan vokasional Sumber, hasil analisa.

- Pola hubungan ruang kelompok kegiatan administrasi/pengelolaan:



3.24. bagan pola hubungan ruang pengelola Sumber, hasil analisa.

- pola hubungan ruang kelompok kegiatan servis



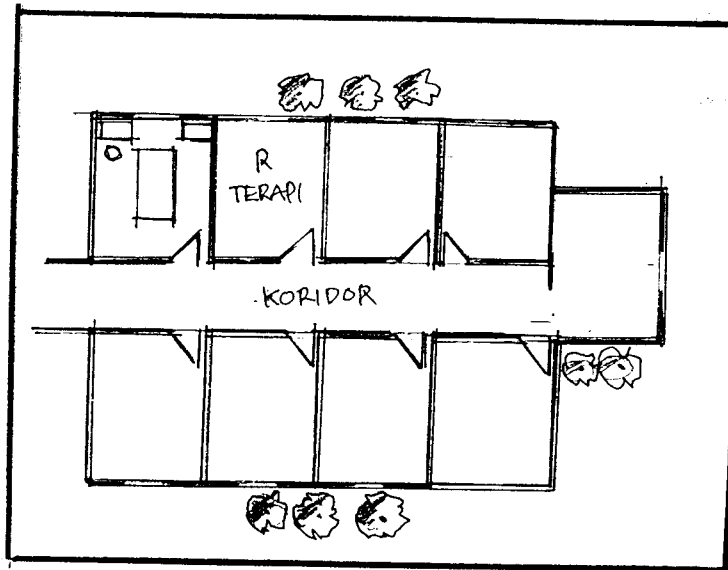
3.25. pola hubungan ruang servis. Sumber, hasil analisa.

3.5. Pendekatan Konsep Tata Ruang Yang Mendukung Proses Kegiatan Terapi

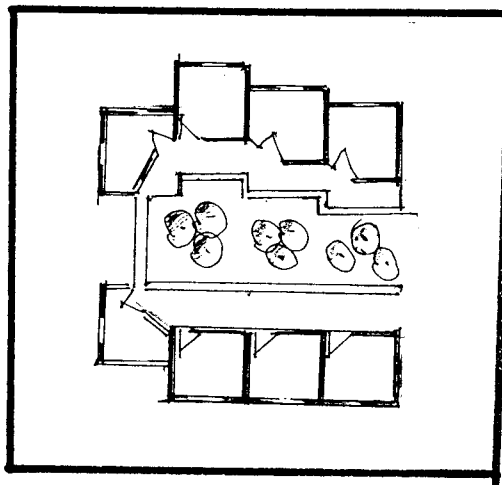
Pendekatan konsep tata ruang yang mendukung proses kegiatan terapi diterapkan khususnya pada kelompok kegiatan terapi dimana pasien sedang melakukan penyembuhan dan pemulihan baik psikis maupun fisik. Kelompok kegiatan terapi tersebut yaitu; terapi fisik/medis, terapi psikis, dan terapi religius. Ketiga terapi ini juga membutuhkan sistem pengawasan yang baik sehingga setiap menuju ke ruang terapi harus melewati ruang jaga untuk absen terlebih dahulu. Didalam ruang jaga ini petugas dapat mengawasi pasien dengan baik.

Untuk membutuhkan suasana yang akrab dengan lingkungan sekitar ketinggian bangunan hanya di buat satu lantai dengan atap limasan.

Kesan yang diharapkan pada unit ruang kegiatan terapi adalah akrab dengan lingkungan, leluasa, dan dinamis. Menghindari kesan monoton, agar pasien terasa tidak bosan. Serta menghindari lorong yang panjang agar pasien merasa leluasa dan tidak merasa sempit.



lorong koridor yang panjang menimbulkan kesan sempit, tertutup dan monoton



Selasar dan tata ruang dengan kesan akrab, terbuka dengan lingkungan dan dinamis.

3.26. Pendekatan Konsep tata Ruang terapi.sumber, hasil analisa

- Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi medis/fisik

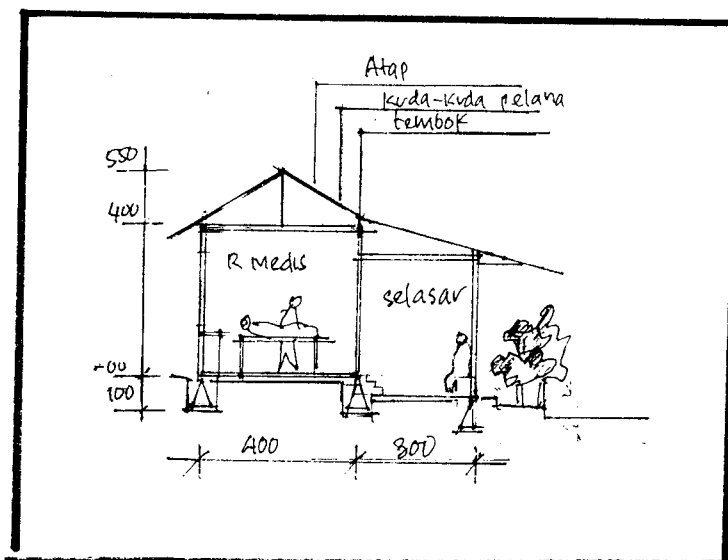
Terapi medis dilaksanakan oleh 25 pasien dengan tenaga dokter 3 orang, perawat 8 orang. Pelatih relaksasi/olah raga 1 orang. Alur kegiatan terapi medis adalah

Absen → perawatan medis → relaksasi/olah raga.

Ruang perawatan medis adalah tertutup dengan kapasitas 1 pasien, 1 dokter, 1 perawat. Ruang perawatan medis membutuhkan ruang gerak yang cukup diasumsikan 1 orang membutuhkan $2,25 \text{ m}^2$, dan ruang sirkulasi 30 % sistem penghawaan alami/ udara segar sehingga sistem ventilasi yang cukup langsung ke arah view yang indah agar suasana teduh dan sejuk dapat terasa.

Ruang medis membutuhkan pencahayaan yang sangat memadai karena harus terang sehingga selain sistem pencahayaan alami juga di tambah dengan pencahayaan buatan/listrik.

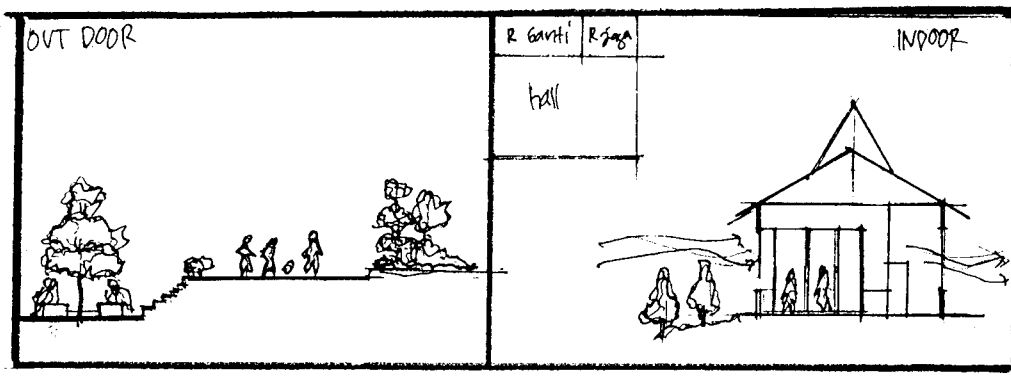
Satu ruang medis membutuhkan 1 tempat tidur pasien, 2 kursi 1 meja, 1 lemari peralatan, Hubungan antar ruang terapi medis dengan selasar dengan terbuka di salah satu sisi agar pandangan ke arah view luar tetap ada. Ruang duduk diletakkan disepanjang pinggir selasar.



3.27. Pendekatan Konsep Potongan Tata ruang perawatan medis

Ruang relaksasi/olah raga ada 2, out door, agar suasana alami, sejuk, tenang, akrab dapat terasa. Indoor untuk menghindari dari cuaca yang tidak memungkinkan. Ruang olah raga out door berupa space yang ditata dengan taman di sisi pinggir, lahan yang berkontur dimanfaatkan untuk olah raga.

Sedangkan ruang olahraga tertutup, berkapasitas 30 orang, dengan ruang gerak yang leluasa, sirkulasi 40%, sistem penghawaan alami.



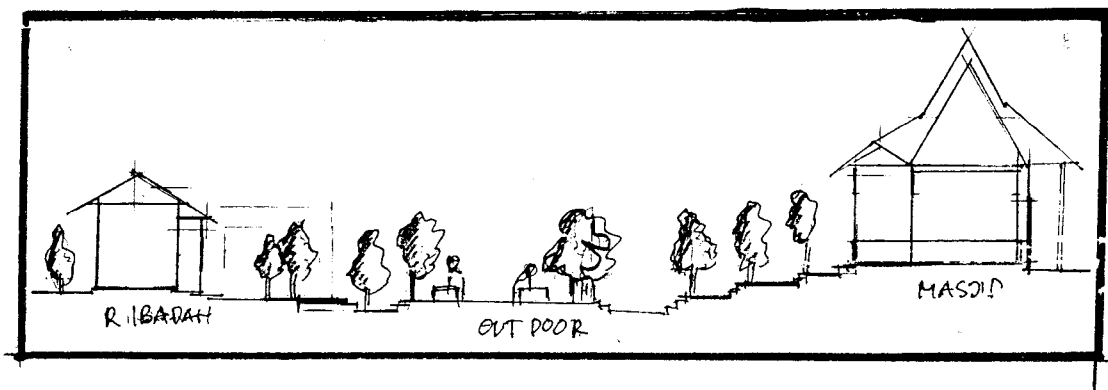
3.28. Pendekatan konsep ruang olah raga out door/indoor

• **Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi religius**

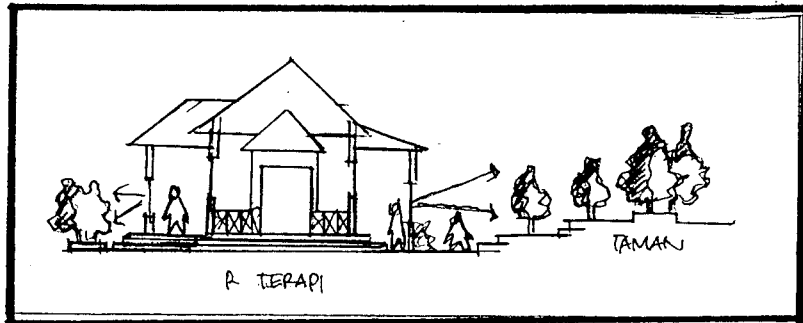
Terapi religius dilakukan oleh 25 pasien dengan perhitungan 90% beragama islam, 10% non islam. Kegiatan terapi religius adalah

Absen → beribadah → diskusi

Ruang beribadah terdiri dari masjid, 3 ruang ibadah non islam. Masjid berkapasitas 200 orang, karena selain untuk kegiatan terapi tapi juga untuk melaksanakan kegiatan sholat berjamaah dan kegiatan ibadah lainnya diseluruh pusat rehabilitasi tersebut. Agar suasana tenang, dekat dengan Tuhan, unit terapi religius diletakkan pada space dengan kontur yang tinggi, untuk masjid diletakkan terpisah dari massa unit terapi religius. Tapi tetap satu unit agar jika ada kegiatan beribadah berjamaah tidak terganggu.



3.29. Gambar potongan Pendekatan Konsep Ruang terapi religius



Gambar 3.31. pendekatan konsep tata ruang terapi psikologi

3.6. Analisa Pendekatan Konsep Ruang Luar Yang Mendukung Proses Rehabilitasi

3.6.1. Pendekatan Konsep Penataan Site

- **Building Coverage**

luas lantai dasar bangunan 7345m^2 , luas site adalah 43200m^2 , sehingga $BC = \frac{7345}{43200} \times 100\% = \sim 20\%$

- **Pencapaian ke bangunan**

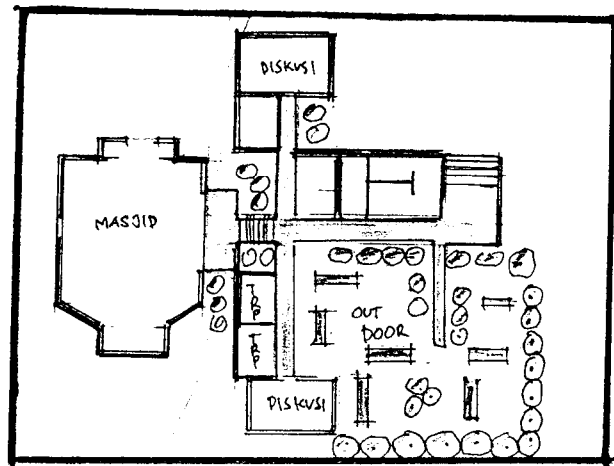
Pintu masuk dan pintu keluar area di pisahkan agar tidak menimbulkan crossing. Dari arah entrance ke arah pintu masuk bangunan adalah langsung, yaitu langsung ke arah pintu masuk melalui sebuah jalan yang menuju ke bangunan, sehingga unit bangunan penerimaan awal langsung terlihat oleh pengunjung.

- **Sirkulasi**

Jalur sirkulasi merupakan unsur penunjang pola bangunan, dalam hal ini tentang kegiatan rehabilitasi yang berada di dalamnya. Jalur sirkulasi meliputi jalur manusia dan jalur kendaraan. Sirkulasi manusia adalah jalur yang dilewati oleh pasien, tenaga pengelola, dan pengunjung. Sedangkan sirkulasi kendaraan adalah jalur yang dilewati kendaraan pengunjung, kendaraan pengelola dan kendaraan barang serta area parkir.

Kegiatan diskusi keagamaan dilakukan secara berkelompok sepuluh orang dengan duduk dilantai (lesehan) secara melingkar, sesuai dengan agamanya masing-masing. Ruang diskusi keagamaan terdiri dari dua ruang, indoor dan out door, dalam satu ruang diskusi yang cukup luas. Ruang diskusi indoor dibuat seperti pendopo, yaitu dengan atap limasan, dan dinding yang sebatas 50 cm, sehingga pasien merasakan suasana kesejukan, dari arah pemandangan luar.

Ruang diskusi out door dilakukan di taman yang diberi tempat duduk melingkar, yang berada di bawah pohon.



3.30. Pendekatan konsep tata ruang terapi religius, sumber hasil analisa

- **Pendekatan Konsep Tata Ruang Terapi psikologis**

Begitu juga dengan ruang terapi lain terapi psikologis juga membutuhkan ruang gerak, dan suasana alami, agar pasien merasa tidak terkekang, leluasa, dan teduh. Kegiatan Terapi psikologis :

Absen —► konsultasi individu —► konsultasi kelompok

Kegiatan terapi psikologis dilaksanakan secara individu dan kelompok oleh 25 pasien di ruang tertutup, secara individu yaitu 1 pasien dan 1 psikiater, sedangkan terapi kelompok dilaksanakan 25 pasien dengan 2 psikiater. Walaupun ruang terapi psikiater ini tertutup tapi banyak bukaan yang mengarah ke taman. Pemanfaatan kontur sebagai pembatas ruang agar terasa dinamis dan tidak monoton.

• Sirkulasi manusia

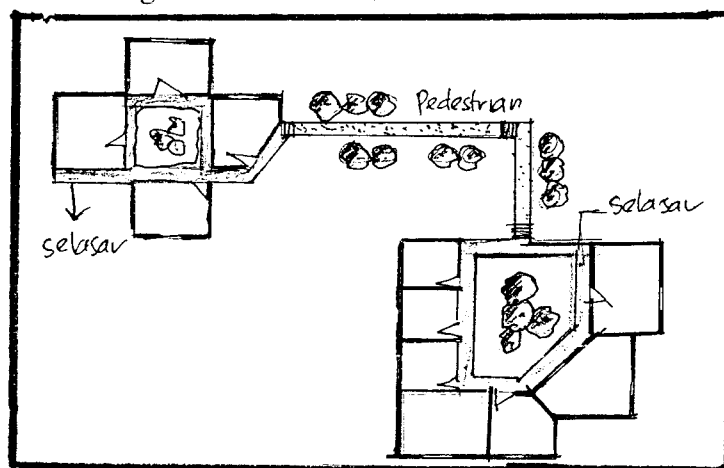
Sirkulasi manusia adalah seperti telah di bahas dalam alur kegiatan pasien dan pengelola secara garis besar yaitu:

unit penerimaan awal → unit bangsal → unit terapi → unit pemantapan

Sistem pencapaian sirkulasi horisontal manusia adalah dengan pedestrian terbuka, pedestrian dengan atap, selasar terbuka disalah satu sisi, dan selasar tertutup di kedua sisi sehingga membentuk koridor. Sedangkan, sistem sirkulasi vertikal adalah dengan tangga.

- Pedestrian terbuka: akrab, leluasa tapi tidak terlindung dari hujan dan panas
- Pedestrian dengan atap: akrab, leluasa, terlindung dari hujan dan panas
- Selasar tertutup di kedua sisi/koridor: teduh, tapi tidak akrab dengan lingkungan sekitar, monoton/membosankan.
- Selasar terbuka di salah satu sisi akrab dengan alam sekitar, ruang pandang yang luas, dinamis/tidak membosankan

Konsep yang ingin dicapai adalah terbuka, akrab dengan alam, teduh dan dinamis maka sistem pencapaian sirkulasi horisontal menggunakan selasar yang terbuka disalah satu sisi dan agar suasana menyatu dan akrab pencapaian antar unit dihubungkan dengan pedestrian/jalan setapak dengan atap pergola untuk melindungi dari panas dan hujan. Untuk menambah suasana dinamis, lahan berkontur dapat dimanfaatkan dengan dibuat tangga, dan taman, dikanan kiri jalan setapak. Seperti dalam gambar berikut¹¹:



Gambar 3.32. pendekatan konsep sistem sirkulasi manusia

¹¹ Landscape architecture today, chapter 18.

- Sirkulasi kendaraan

Sirkulasi kendaraan meliputi sirkulasi kendaraan pengunjung, kendaraan pengelola dan kendaraan angkutan barang.

Kendaraan pengunjung diarahkan dari pintu masuk langsung ke area parkir umum dan keluar lewat pintu keluar, sedangkan kendaraan pengelola diarahkan dari pintu masuk langsung ke area parkir pengelola. Untuk kendaraan barang dari pintu masuk, langsung ke area parkir pembongkaran barang.

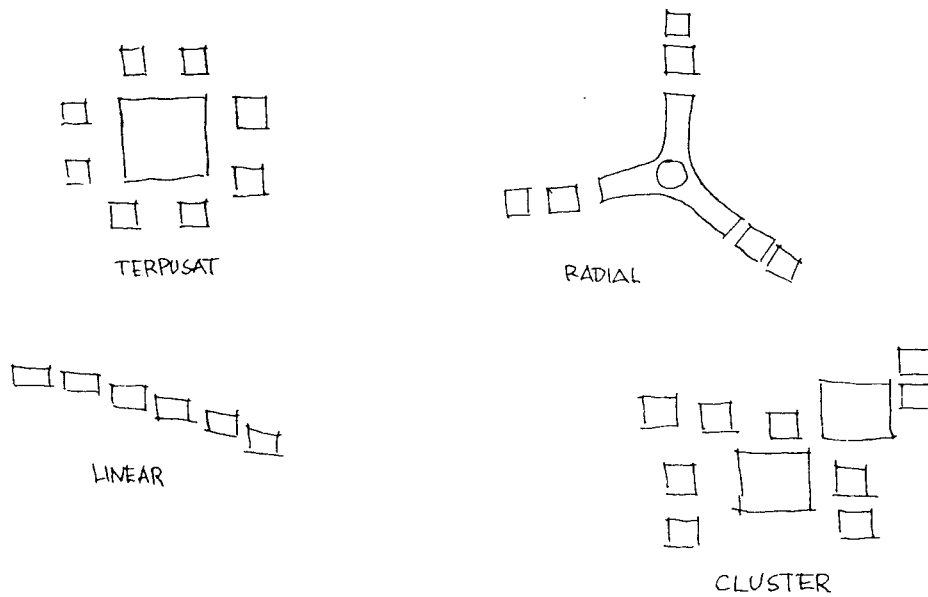
3.4.2. Pola gubahan massa

- Macan pola gubahan massa:
 - Pola gubahan massa terpusat, ruang pusat sebagai pemersatu, ruang terpusat ukurannya cukup besar untuk mengumpulkan sejumlah ruang sekunder disekitarnya
 - Pola gubahan massa linear: suatu urutan linear dari ruang-ruang yang berulang.
 - Pola gubahan massa radial: sebuah ruang pusat menjadi acuan organisasi. Dan organisasi linear membentuk jari-jari
 - Pola gubahan massa organisasi cluster: dapat menerima pengelompokan ruang-ruang dari berbagai ukuran, bentuk dan fungsinya. Ruang-ruang organisasi cluster adalah luwes, dapat menerima pertumbuhan dan perubahan langsung tanpa mempengaruhi karakternya. Dapat ditempatkan sesuai fungsional konsepnya

Pola gubahan massa bangunan dilakukan dengan pertimbangan:

- Disesuaikan dengan pengelompokan kegiatan dan hubungan ruang/organisasi ruang.
- Kontekstual terhadap lingkungan sekitar

Maka pola gubahan massa yang digunakan adalah perpaduan cluster dan terpusat.



Gambar 3.33. pola gubahan massa. sumber, hasil analisa

3.4.3. Pola Tata Hijau

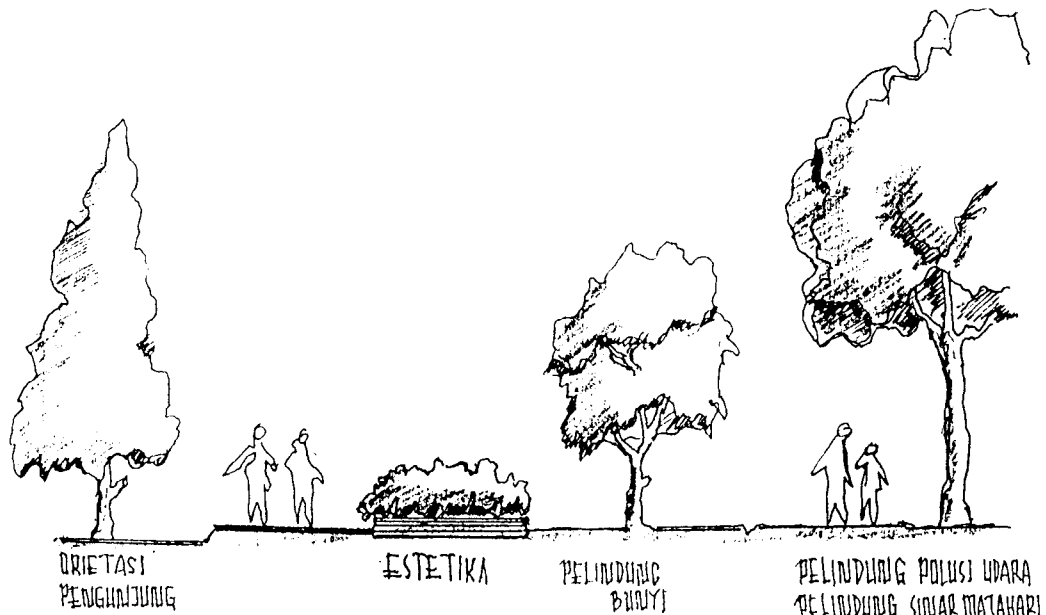
Pola tata hijau sangat penting dilibatkan dalam perancangan ruang luar karena sesuai konsepnya bahwa bangunan berkonteks pada lingkungan alam sekitar yang sejuk, nyaman, tenang, dan segar. Pola tata hijau mengikuti pola penataan bangunan dan pola ruang luar tapak, penataan dikaitkan dengan fungsi tata hijau.

Tata hijau dapat digunakan sebagai elemen pengarah, penataan tata hijau pada space penerima, berfungsi menyambut kedatangan, sebagai pengarah pada sirkulasi masuk dan keluar sehingga konsep menyatu dengan alam dapat ditampilkan.

Tata hijau berfungsi sebagai peneduh, penambah estetika. Terdapat pada taman terbuka, sekeliling selasar dan kanopi, sehingga suasana sejuk dapat terasa.

Tata hijau sebagai barrier. Tata hijau untuk melindungi kebisingan yang ditimbulkan dari lalu lintas persimpangan jalan, pada unit terapi juga diberi tata hijau sebagai barrier agar suasana yang tenang dapat tercipt:.

Tata hijau berfungsi sebagai pembatas (edges). Tata hijau dimanfaatkan membatasi tapak dengan lingkungan sekitarnya, tata hijau berfungsi membatasi ruang dalam, dalam hal ini taman di dalam ruang agar suasana alami di dalam ruang tetap terlihat.



Gambar 3.34. Pola tata hijau. Sumber, hasil analisa

BAB IV

KONSEP PERENCANAAN DAN PERANCANGAN PUSAT REHABILITASI KETERGANTUNGAN NARKOBA

Dalam bab ini akan dibahas mengenai konsep dasar sebagai faktor penentu perencanaan dan perancangan yang telah dianalisa pada bab sebelumnya, sehingga akan menghasilkan kesimpulan yang matang sebagai pijakan didalam perancangan sebuah pusat rehabilitasi ketergantungan narkoba yang sesuai dengan konsep lingkungan alam sekitar dan dengan memperhatikan kondisi psikologis pasien sehingga dapat mendukung proses penyembuhan dan pemulihan pasien.

4.1. Konsep Dasar Perencanaan Bangunan

4.1.1 Konsep Tapak

❖ Lokasi site

Lokasi site terpilih untuk didirikan pusat rehabilitasi ketergantungan narkoba terletak di Dusun Sambungan, Desa Wukir Sari, Cangkringan, Sleman. Sebagai pertimbangan adalah suasana yang mendukung/konduusif untuk membantu proses rehabilitasi narkoba, yaitu

- View/pemandangan indah
- Terdapat elemen alam seperti hutan, sungai.
- Lahan yang berkontur dan luas
- Lingkungan yang tidak bising/tenang
- Udara sejuk
- Mudah dijangkau

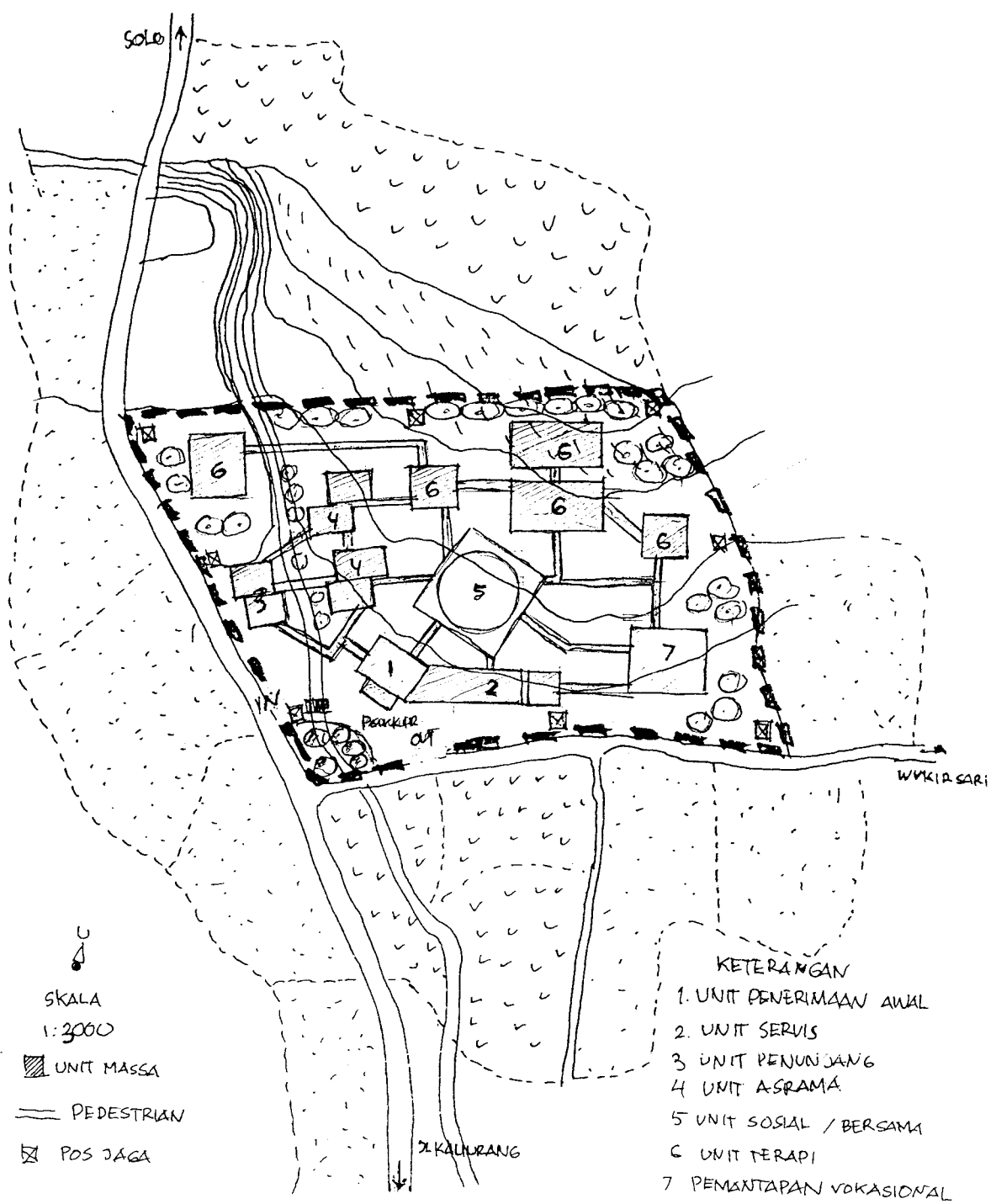
Batas site adalah:

- Sebelah Barat : Jalan Raya.
- Sebelah Timur : Lahan pertanian / area persawahan.
- Sebelah Utara : Pemukiman penduduk.
- Sebelah Selatan: Jalan lingkungan.

Dengan luas lahan 4,32 hektar. Luas lantai dasar bangunan 7345m² sehingga:

$$\frac{\text{Luas lantai dasar bangunan}}{\text{Luas lahan}} \times 100\% = \frac{7345}{43200} \times 100\% \approx 17\%$$

Luas lahan 43200



Gambar 4.1. perencanaan penataan site

4.1.2. Konsep Tata Ruang Luar

- **Sirkulasi dan pencapaian bangunan**

- Pintu entrance untuk kendaraan dibedakan menjadi dua, pintu masuk dan pintu keluar agar sirkulasi kendaraan dan manusia lancar.
- Sirkulasi kendaraan dari entrance menuju tempat parkir umum dan tempat parkir pengelola kemudian keluar lewat pintu keluar yang berbeda
- Penghubung antar lantai/vertikal

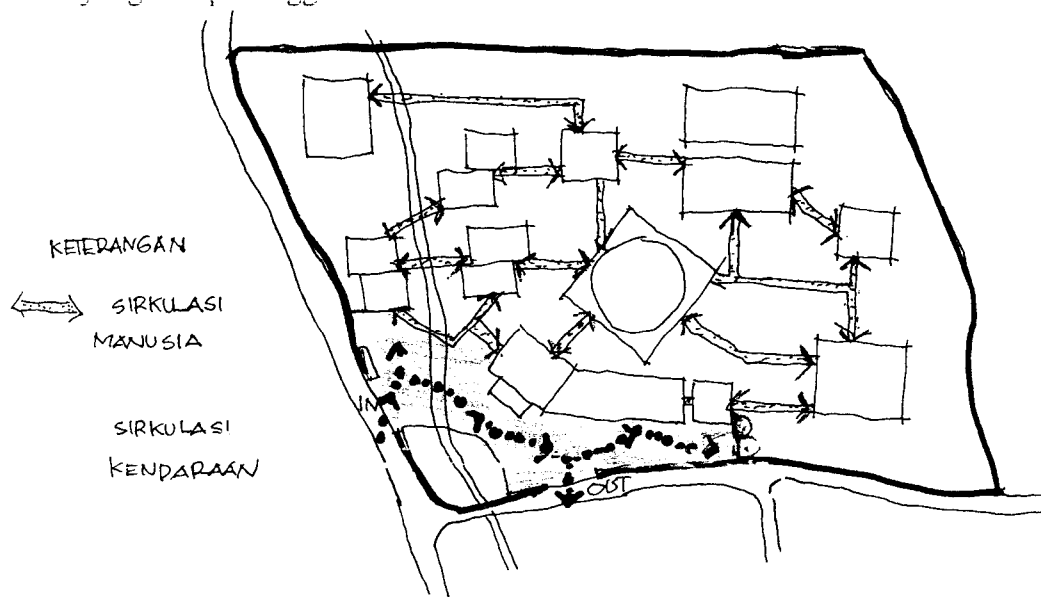
Bentuk ruang sirkulasi manusia vertikal adalah dengan tangga manual, karena tinggi bangunan hanya berkisar 1-4 lantai.

- Penghubung antar ruang:

Dengan selasar dan ruang duduk di sepanjang pinggirnya, ketinggian selasar lebih rendah dibanding ruang yang lain, sebagai bentuk kesan dinamis dan pemanfaatan kontur. Pada unit kegiatan terapi selasar terbuka disalah satu sisi sehingga kesan akrab dan orientasi terhadap alam terbuka dapat tercapai

- Penghubung antar unit bangunan

Penghubung antar unit bangunan bentuk ruang sirkulasi berupa pedestrian dengan pergola sebagai atapnya, pedestrian mengikuti bentuk kontur sehingga ada yang berupa tangga rendah.

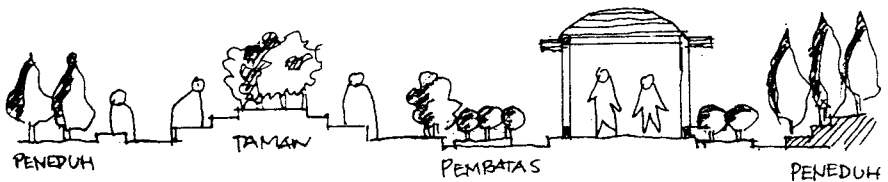


Gambar 4.2. Jalur sirkulasi kendaraan dan manusia

• **Pola tata hijau**

Pola tata hijau disini berfungsi sebagai peneduh, pencipta suasana sejuk dan segar, penambah estetika, pembatas area, mempertegas/pengarah sirkulasi dan sebagai barrier. Pola tata hijau tersebut ditampilkan dengan :

- Taman : sebagai tempat rekreasi dan pelaksanaan terapi out door agar suasana sejuk dan leluasa dapat terasa baik didalam ruang ataupun diluar.
- Pohon-pohon rindang: sebagai peneduh, pembatas area bangunan dan pencipta suasana alami diletakkan pada area olahraga out door dan ruang diskusi out door.
- Pohon palem: penegas jalan pada area parkir dan sirkulasi
- Pohon tehtejan, dan bunga perdu: sebagai penegas pedestrian, dan penambah estetika yang ditanam pada sepanjang pinggir selasar.



Gambar 4.3.Pola tata hijau

• **Kontur**

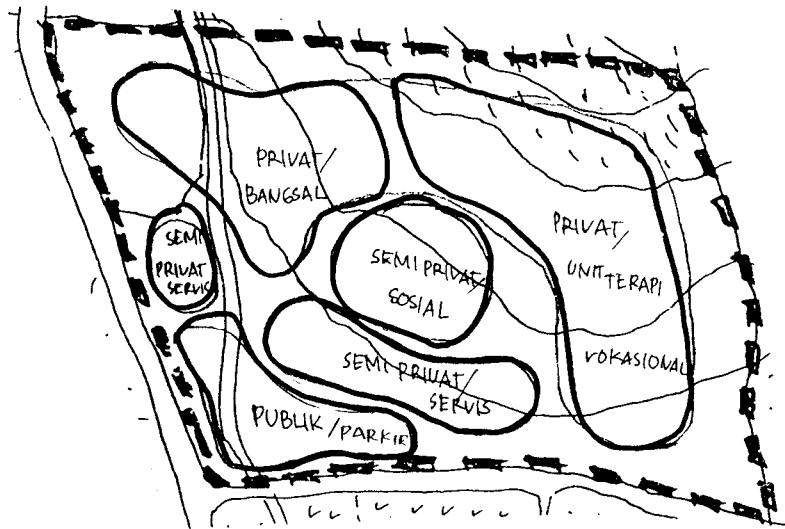
Kontur sebagai potensi alam dimanfaatkan sebagai; permainan tinggi rendah site dan bangunan untuk menunjukkan kesan alami dan dinamis yang sebelumnya diolah dengan cara cut and fill.

• **Pola Zoning Site**

Zoning site terbagi menjadi zona publik, zona semi privat, zona privat. Dasar untuk melakukan penzoningan pada site yaitu

- pola hubungan ruang
 - sifat ruang
 - kondisi dan potensi site
- pembagian zona tersebut adalah
- zona publik: area parkir
 - zona semi privat: taman, unit pelayanan, unit servis

- zona privat: unit kegiatan terapi dan pemantapan, unit bangsal/asrama, kantor pengelola

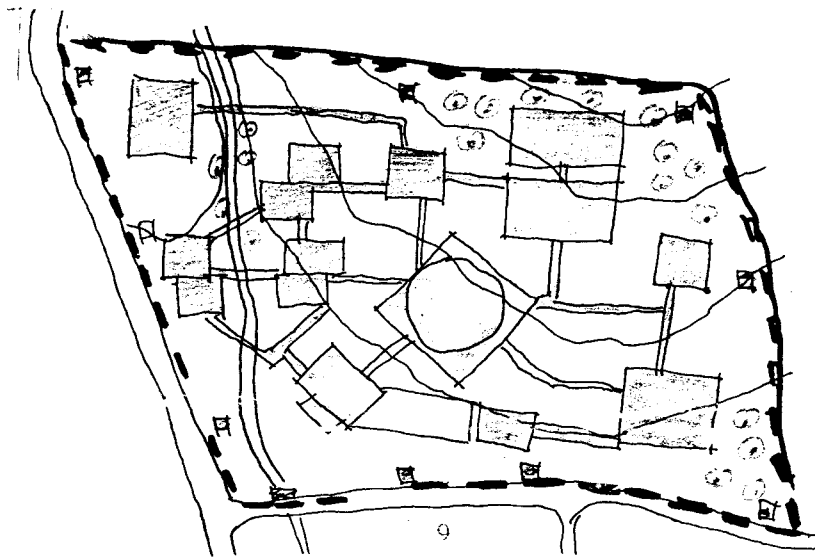


Gambar 4.4. pola zoning dan ploting

- **Gubahan massa**

Konsep Gubahan massa dengan menggunakan sistem perpaduan cluster dan terpusat berdasarkan pertimbangan:

- konsep akrab dengan alam sekitar, sehingga perletakan unit-unit kegiatan berdasarkan pemanfaatan kontur dan elemen alam.
- menggunakan dasar proses alur kegiatan dan pola hubungan ruang.



Gambar 4.5. Pola gubahan massa

- **Parkir**

Parkir dibedakan antara pengunjung, dan pengelola. Sirkulasi parkir pengunjung dari pintu entrance ke area parkir kemudian pintu keluar. Sedangkan parkir pengelola dari pintu entrance di arahkan ke parkir pengelola yang letaknya terpisah dari parkir-pengunjung, untuk kendaraan muatan barang diarahkan dari entrance langsung ke ruang bongkar muat barang.

- **Sistem Kontrol**

Sistem kontrol adalah sistem pengawasan oleh pihak pengelola terhadap keamanan pasien dari pengaruh ingin melarikan diri dan penyelundupan narkoba dari pihak luar. Pasien ketergantungan narkoba masih punya keinginan melarikan diri walaupun pada tahap rehabilitasi relatif sedikit dibanding pada tahap detoksifikasi. Karena pada tahap rehabilitasi jiwanya sudah tenang. Upayaantisipasi hal tersebut dengan cara:

- Pasien merasa terpenjara/terkekang, bosan/ruang pandang yang sempit: diantisipasi dengan, ruang-ruang yang terbuka, dinamis, ruang pandang yang luas, akrab dengan alam dan lingkungan luar agar tidak merasa terkekang dan bosan.
- Penyelundupan narkoba dari pihak luar dan ingin melarikan diri dari pusat rehabilitasi diantisipasi dengan, pembuatan pos-pos jaga/pengawas di titik-lokasi tertentu diseluruh site pusat rehabilitasi. Dijaga oleh pengawas/satpam selama 24 jam.

4.2. Konsep Dasar Perancangan Bangunan

4.2.1. Konsep Penampilan bangunan

Konsep penampilan bangunan menunjukkan keakraban terhadap lingkungan alam sekitar yang teduh, sejuk, tenang, sehingga kesan psikologis yang diharapkan oleh pasien/rehabilitan dapat dirasakan yaitu kesan damai, tenang, sejuk, akrab dan nyaman. Kesan tersebut dapat ditunjukkan dengan,

- **Fasade bangunan**

Fasade bangunan ditampilkan dengan penggunaan warna dinding pastel, yang berkesan tenang dan sejuk, untuk menunjukkan suasana akrab dengan lingkungan adalah dengan atap miring misalnya; limasan sedangkan space penerima dibuat hall yang luas dengan kanopi di atasnya, batu alam dan kayu dipilih selain sebagai bahan material juga memberi kesan dekorasi yang alami dan sejuk.

- **Bentuk atap dan ketinggian bangunan**

Bentuk atap disesuaikan dengan konteks lingkungan sekitar, yaitu atap bercirikan bangunan tropis yaitu, atap yang miring yang berfungsi agar dapat mengalirkan air, dan pembentuk kanopi sehingga terkesan akrab dengan lingkungan pemukiman sekitar, untuk menghadirkan suasana ruang yang leluasa ketinggian ruang dari lantai sampai plafon berjarak 3,5meter - 4meter. Sedangkan ketinggian bangunan 1- 3 lantai yaitu unit bangsal/asrama, unit penerimaan awal dan unit kantor pengelola ketinggian bangunan 2-3 lantai, sedangkan unit kegiatan terapi dan pemantapan adalah 1 lantai.



Gambar 4.6. Bentuk penampilan bangunan

4.2.2. Konsep Perancangan Tata Ruang Dalam

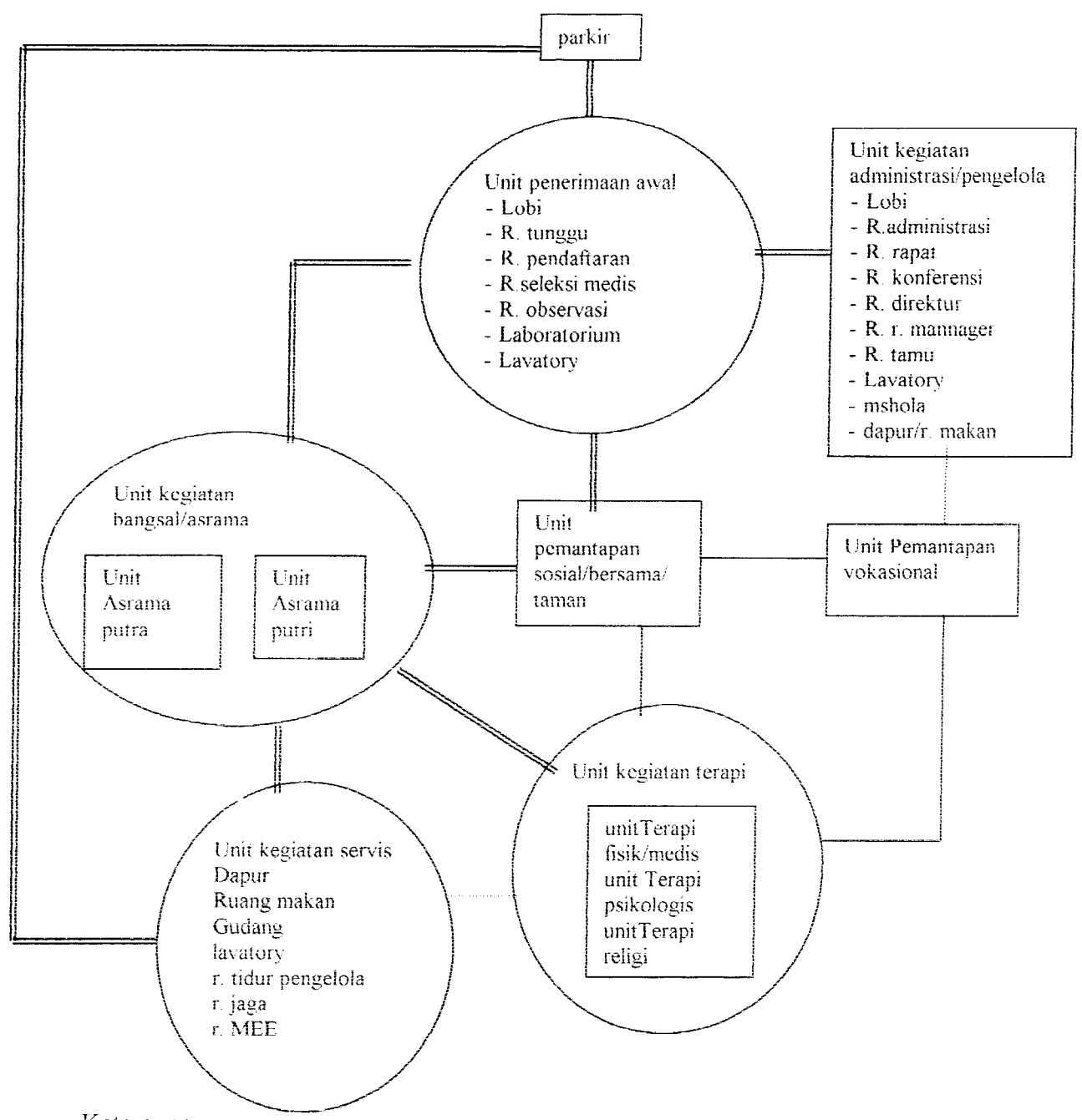
- **Besaran Ruang**

Tabel 4. 1. Besaran ruang keseluruhan unit bangunan adalah

| <i>Jenis ruang</i> | <i>Besaran ruang</i> |
|---|----------------------|
| Unit ruang penerimaan awal | 302m ² |
| Unit ruang kegiatan administrasi dan kantor | 897m ² |
| Unit ruang kegiatan bangsal/asrama | 2300m ² |
| Unit ruang kegiatan terapi: | |
| - unit terapi medis | 793m ² |
| - unit terapi religi | 890m ² |
| - unit terapi psikologi | 236m ² |
| Unit ruang kegiatan pemantapan sosial | 876m ² |
| Unit kegiatan pemantapan vokasional | |
| - pendidikan vokasional | 232m ² |
| - vokasional | 503m ² |
| Unit kegiatan servis/penunjang | 1416m ² |
| Jumlah | 7345m ² |

• **Organisasi Ruang**

Organisasi ruang keseluruhan unit bangunan adalah



Keterangan:

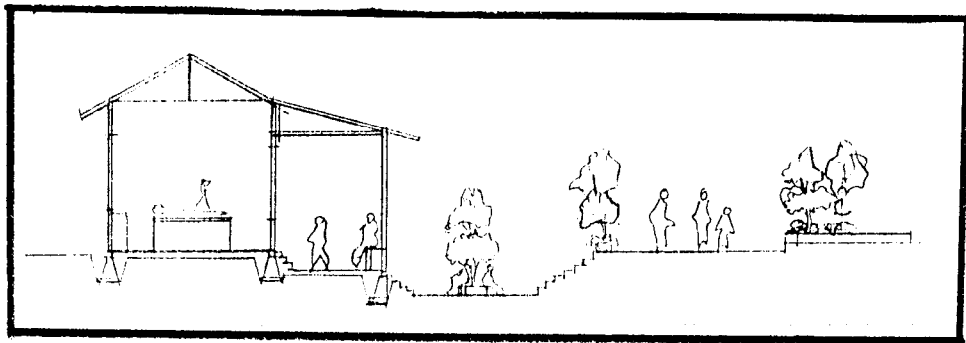
- ==== : hubungan erat
- : hubungan sedang
- : hubungan tidak erat

gambar 4.7. bagan organisasi ruang keseluruhan unit bangunan

- **Tata Ruang Dalam Yang Mendukung Proses Rehabilitasi Dan Suasana Psikologis Pasien.**

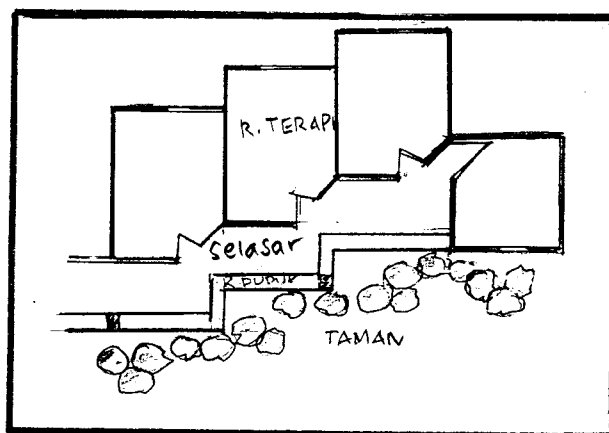
Tata ruang dalam yang mendukung suasana psikologis pasien adalah dengan merencanakan tata ruang dengan suasana leluasa, tenang, teduh, akrab, dinamis, dan terbuka. Terutama tata ruang pada unit bagian terapi medis/fisik, terapi psikologis dan terapi religius serta unit bangsal/asrama. Perancangan tersebut dengan menampilkan:

Suasana leluasa teduh dan dinamis: ruang- ruang terapi indoor dengan perhitungan ruang gerak 15-40%, bukaan yang cukup dan mengarah pada view yang indah, serta permainan kontur tanah sebagai pemisah ruang.



Gambar 4.8. potongan tata ruang terapi indoor

Suasana akrab dan terbuka: penghubung antar ruang adalah dengan selasar yang terbuka disalah satu sisi, dan tempat duduk disepanjang pinggirnya sehingga pasien merasa akrab dengan lingkungan alam.



Gambar 4.9. selasar yang terbuka disalah satu sisi

4.3. Konsep Dasar Teknis

4.3.1. Konsep Sistem Struktur Bangunan

Konstruksi bangunan memegang peranan penting dalam mengungkapkan bentuk bangunan yang sesuai dengan konsep konteks lingkungan alam sekitar dan perasaan psikologis pasien. Dengan pemilihan dan penggunaan konstruksi bangunan yang tepat, maka konsep perencanaan dapat tercapai dengan baik. Pendekatan konstruksi bangunan tersebut meliputi, pemilihan struktur bangunan, pemilihan bahan bangunan dinding, lantai dan atap.

- **Struktur bangunan**

Struktur bangunan dipilih dengan pendekatan, struktur yang sesuai dengan kondisi site, kuat dan tahan lama. Struktur bangunan menggunakan grid frame/rangka baja karena selain kuat, juga mampu menahan atap dengan bentang yang lebar. Sedangkan pondasi untuk bangunan yang berlantai 2 dan 3 menggunakan pondasi foot plat.

Dan lantai dengan plat beton dengan balok induk dan anak.

- **Bahan bangunan.**

Pemilihan bangunan dengan pertimbangan selain efektif dan efisien tapi bahan bangunan dapat memberikan karakter dan kesan sesuai konteks lingkungan alam sekitar serta kesa psikologis yang diharapkan. Sifat dan kesan masing-masing bahan material tersebut yaitu:¹

Tabel 4.2. sifat dan kesan bahan material:

| Bahan | Sifat | Kesan penampilan | Contoh pemakaian |
|-----------|--|---|---|
| Kayu | Mudah dibentuk juga untuk konstruksi yang ringan dan bentuk lengkung | Hangat, lunak Alamiah Menyegarkan | Bangunan rumah tinggal dan bangunan kecil lainnya |
| Batubata | Dinamis, dapat berfungsi sebagai dinding pendukung dan dinding pengisi | Praktis | Umum |
| Semen | Bersifat sebagai perekat atau sebagai material dasar beton cetakan | Dekoratif dan masif | Semua bangunan |
| Batu alam | Merupakan bahan yang sudah jadi dan mudah disusun | Berat, kasar, kokoh, abadi, alamiah | Bahan pondasi struktural dan dekoratif |

¹ Arsitektur, 3manusia dan pengamatannya, hal 99

| | | | |
|-----------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Marmar | Kaku dan sukar dibentuk | Mewah, kuat, agung, abadi | Pada lantai, dinding |
| Baja | Hanya dapat menahan gaya tarik | Keras dan kokoh | Bangunan besar, dan utilitas |
| Aluminium | Efisien | Ringan dan dingin | Bangunan umum dan komersial |
| Kaca | Tembus cahaya | Ringan dan dinamis | Sebagai pengisi |

Dari tabel diatas penggunaan bahan material bangunan sesuai dengan konsep menyatu dengan alam, tenang, dinamis, kokoh dan tahan lama. Penggunaan tersebut pada:

- Atap

Bentuk dasar atap disesuaikan dengan konteks lingkungan sekitar, dan bangunan tropis, yaitu limasan, kampung, dengan sedikit modifikasi, bahan atap memakai genteng tanah yang bersifat dingin, menambah kesejukan, sedangkan struktur atap menggunakan baja, yang kuat untuk mengatasi bentang lebar.

- Dinding

Bahan dinding dari batu bata dan semen, dengan penyelesaian warna pastel yang lembut agar suasana damai tercipta, penggunaan dinding dengan batu alam sebagai tambahan dekorasi dan agar menyatu dengan alam, sedangkan kaca hanya digunakan pada jendela. Kayu digunakan sebagai bahan kusen jendela, pintu dan kolom penyangga kanopi, kayu dipilih karena, alami, elastis, dan bersifat menyegarkan.

- Lantai

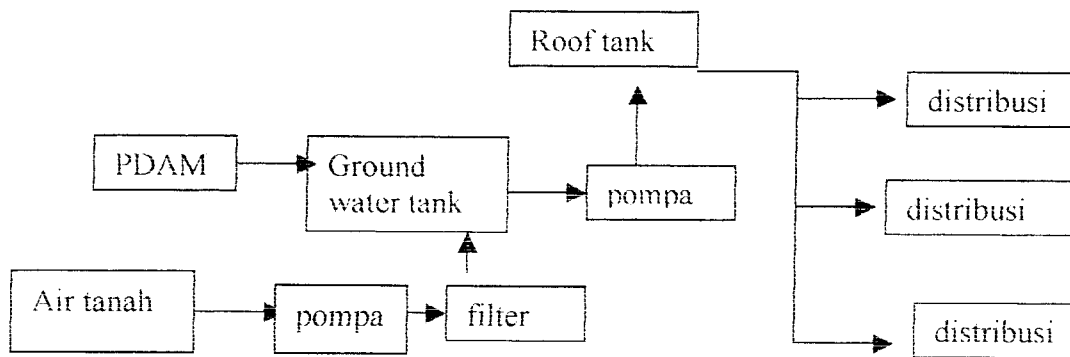
Penyelesaian lantai dengan keramik, mudah dibersihkan, berwarna terang, serta tidak licin. Untuk ruang bersama, terapi/olah raga tertutup atau auditorium menggunakan karpet, untuk meredam suara dari langkah kaki.

4.3.2. Konsep Sistem Utilitas Bangunan

Ruang MEE diletakkan di ruang servis yang jauh dari kegiatan rehabilitasi pasien agar tidak mengganggu kegiatan rehabilitasi. Secara umum utilitas bangunan yang dapat mendukung proses rehabilitasi dan sesuai dengan kondisi lingkungan adalah

- **Jaringan air bersih**

Sumber air bersih menggunakan PDAM dan air sumur dari tanah, air bersih baik dari PDAM dan dari air sumur yang diambil dengan sistem pompa ditampung dahulu ke dalam ground watertank, yang kemudian dialirkan ke rooftank kemudian didistribusikan ke tempat-tempat yang membutuhkan



Bagan 4.10. sistem jaringan air bersih

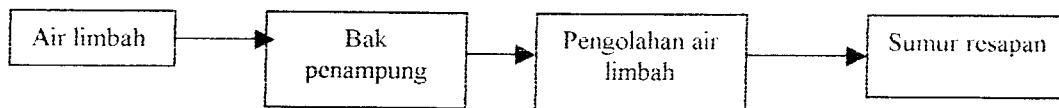
- **Jaringan air kotor**

Jaringan air kotor dialirkan ke sistem pengolahan air kotor (water treatment) kemudian ke peresapan melalui bak kontrol, air hujan di alirkan ke selokan menuju sungai yang berada di dalam site. Sedangkan kotoran manusia dialirkan melalui septiktank agar kotoran dapat ditampung di tempat tersebut.

- **Jaringan air limbah**

Jaringan air limbah disini berasal dari obat-obatan yang digunakan untuk kegiatan medis, yang mengandung bahan kimia beracun yang membahayakan lingkungan sekitar. Saluran limbah menggunakan saluran tertutup, kedap air, dan dapat

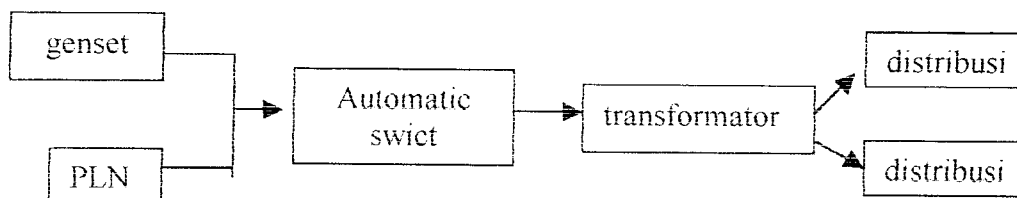
mengalir denan lancar serta ditampung dalam saluran tersendiri agar aman dan tidak merusak lingkungan sekitar.



Gambar 4.11. sistem jaringan air limbah

- **Jaringan listrik**

Jaringan listrik diambil dari PLN dan dari genset. Jaringan dari PLN diambil luar bangunan, penggunaannya diletakkan diluar bangunan dan didalam bangunan yang diharapkan tidak memgganggu kegiata proses rehabilitasi bagi rehabi.litan maupun pengelola, generator set (genset) digunakan sebagai energi listrik cadangan apabila listrik dari PLN mati, genset diletakkan jauh dari kegiatan rehabilitasi agar tidak mengganggu kegiatan.



Gambar 4.12. sistem jaringan listrik

- **Jaringan komunikasi**

Jaringan komunikasi yang digunakan adalah telkom, pemanfaatnnya hanya internal yang didistribusikan keruang-ruang dengan menggunakan iaphone, sistem internet dengan jaringan telepon tersendiri agar tidak mengganggu kelancaran telepon internal, sedangkan faksimile menggunakan jaringan yang sama dengan telepon internal.

4.3.2. Konsep Penghawaan Dan Pencahayaan

- **Penghawaan**

Karena udara di lokasi site cukup sejuk (20 – 31), dan agar suasana akrab dengan alam maka sistem penghawaan yang digunakan adalah penghawaan alami, dengan bukaan dan ventilasi yang cukup, sedangkan penghawaan buatan (AC) hanya digunakan pada ruang yang tertutup yaitu ruang pertunjukan dan pemutaran film, serta ruang rapat/konferansi.

- **Pencahayaan**

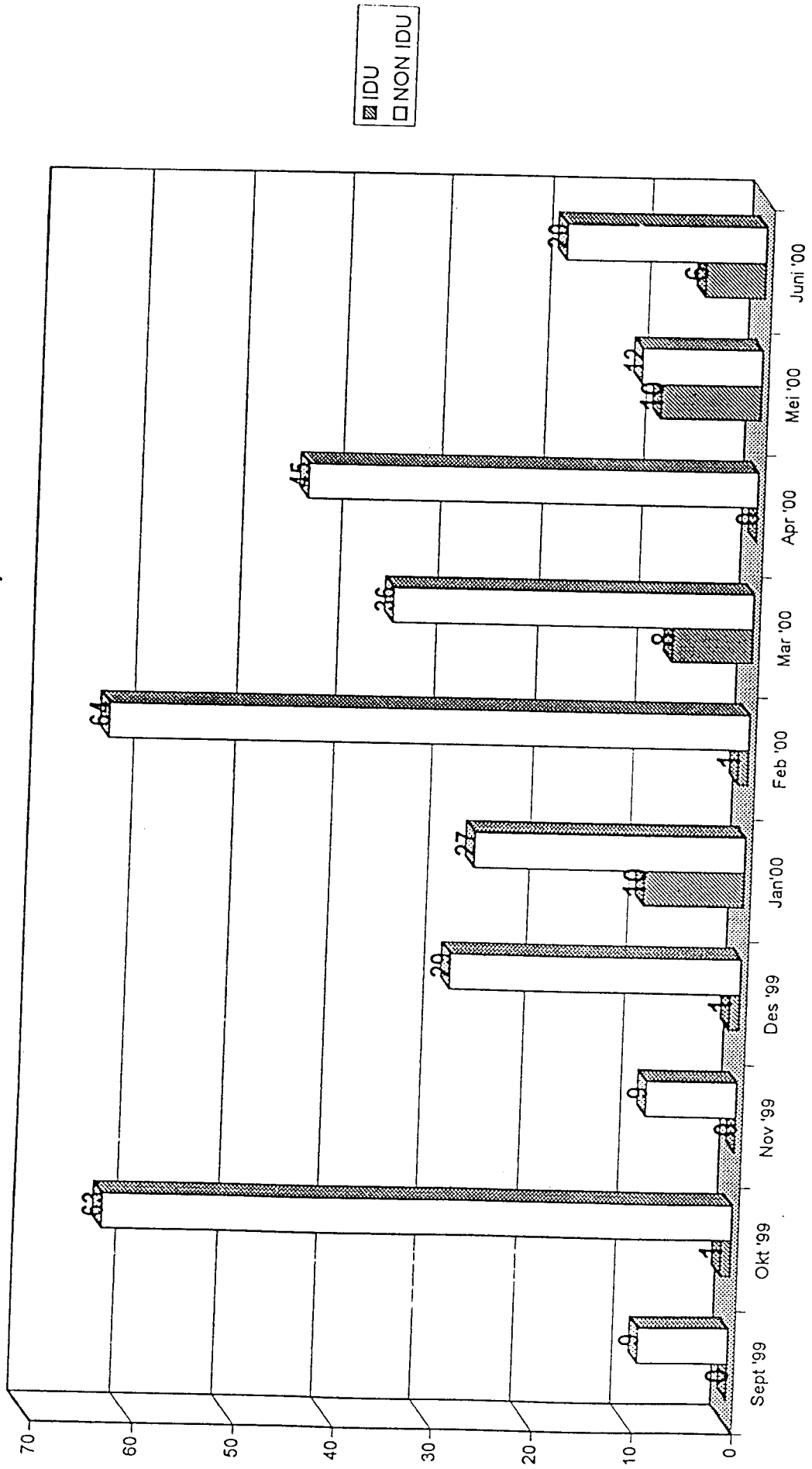
Pencahayaan buatan: digunakan pada waktu alam hari dan siang harisaat cuaca tidak memungkinkan menggunakan pencahayaan alami

Pencahayaan alami: pencahayaan alami digunaaKn pada waktu siang hari antara jam 06.00 - 17.30. pengendalian cahaya alami secara langsung digunakan vegetasi/peneduh/barier, pengaturan jarak bangunan, dan kanopi.

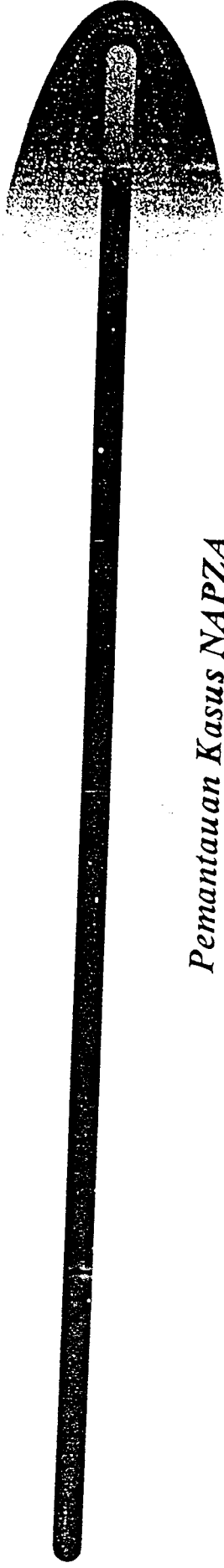
DAFTAR PUSTAKA

1. *Dadang Hawari, Prof.D.dr.H, Psikiater, 1997: Ilmu kedokteran Jiwa dan kesehatan jiwa, Penerbit PT Dana Bakti Cipta Yasa, Jakarta.*
2. *Maramis W.F, Prof, 1998: Ilmu Kedokteran Jiwa, Airlangga University Press, Surabaya.*
3. *Ching, F.D.K, 1993: Bentuk Ruang dan Susunannya, Penerbit Erlangga Jakarta, Musinggih Djarot Rouyani, dr, Ahli jiwa, Bahan seminar.*
4. *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental RSJ Di Indonesia, 1985, Depkes RI, Jakarta.*
5. *Heinz Frick, IR, 1994: Arsitektur dan lingkungan, Kanisius, Yogyakarta.*
6. *Bambang Hediando, IR, 1995: Dasar-dasar eko Arsitektur, Kanisius, Yogyakarta*
7. *Gifford Robert, 1987: Enviromental Pshicology Principle and Practise, Lyn and Bacoon,*
8. *Time Saver Standart For Buildings Type.*
9. *Dadang Hawari, Prof Dr.dr.H, Penyalahgunaan & Ketergantungan Naza, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*
10. *Sarlito Wirawan Sarwono, 1992: Psikologi Lingkungan, Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.*
11. *Brigjend Pol. Purn. Ny. Jeanne Mandagi SH & Kol. Pol. Drs. M. Wresnowiro, 1997: Masalah Narkotika dan Zat Adiktif lainnya serta penanggulangannya, Pramuka Saka Bayangkara, Jakarta.*
12. *Dip. Ing. Uwondo B. Sutejo 1986: Arsitektur, manusia dan pengamatannya, Djambatan, Jakarta.*
13. *Firtz Wilkening, 1987: Tata Ruang, , Penerbit Kanisius, Yogyakarta.*
14. *Betsy Boehm Hsu, 1990: Lanscape Architecture.*
15. *Ashihara Yoshinabu,1986: Exterior Design Architecture.*
16. *Ernst Neufert, 1997: Data Arsitek Jilid 1 dan 2, Erlangga, Bandung.*

Perkembangan Kasus HIV/ AIDS di Indonesia (Injecting Drug User's)



Data Sekunder



*Pemantauan Kasus NAPZA
Di Rumah Sakit Se-Propinsi DIY tahun 1999/2000*

| No | Rumah Sakit | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|--------|-------------------------------|-----------|-----------|--------|
| 1 | Rumah Sakit Jiwa Daerah Pakem | 11 | 0 | 11 |
| 2 | RSK Puri Nirmala I | 31 | 0 | 31 |
| 3 | RSK Puri Nirmala II | 29 | 1 | 30 |
| 4 | RSU Wonosari | 4 | 1 | 5 |
| 5 | RSUP Sardjito | 37 | 1 | 38 |
| Jumlah | | 112 | 3 | 115 |

Sumber: Kanwil Depkes DIY tahun 2000

LALITA SEKUMUDER

- Lembaga Pemasyarakatan Wirogunan menunjukkan bahwa kasus NAPZA yang sedang ditangani sebanyak 53 orang :

| Pengadilan Negeri | 1998 | 1999 | 2000 (sd. April) |
|-------------------|------|------|------------------|
| Kodya Yogyakarta | 28 | 23 | 24 |
| Kab Sleman | 7 | 21 | 24 |
| Jumlah | 35 | 44 | 48 |

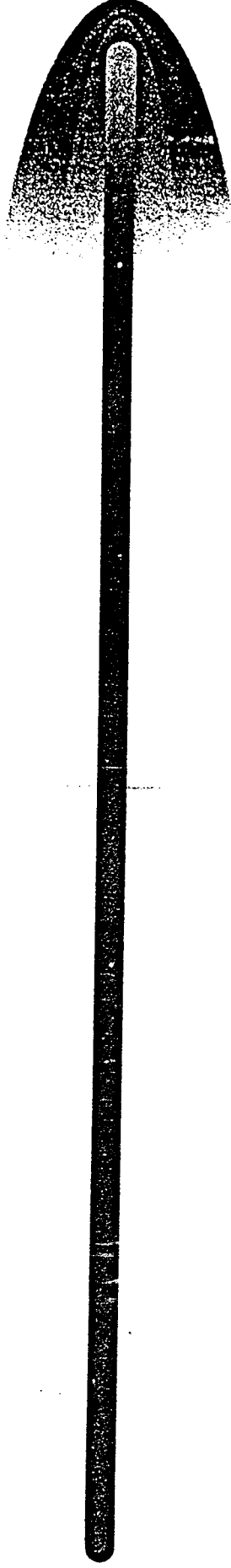
Data Sekunder

Kasus yang ditangani oleh Polda pada tahun 1999
sebanyak 67 kasus yang melibatkan 93 orang

DATA KASUS POLDA DIY
TAHUN 2000

| Bulan | Jumlah PsikoTrp | Jumlah Narkotika | Jumlah | Jumlah orang |
|----------|-----------------|------------------|--------|--------------|
| Januari | 3 | 1 | 4 | 6 |
| Februari | 6 | 13 | 19 | 23 |
| Maret | 4 | 5 | 9 | 11 |
| April | 5 | 7 | 12 | 12 |
| Mei | 3 | 7 | 10 | 11 |

Data Sekunder



Pemetaan Kasus NAPZA di DIY tahun 1999/2000

| No. | Kabupaten/Kodya | Jumlah |
|---------------|-----------------|------------|
| 1 | Yogyakarta | 197 |
| 2 | Sleman | 87 |
| 3 | Bantul | 68 |
| 4 | Gunung Kidul | 49 |
| 5 | Kulon Progo | 3 |
| Jumlah | | 404 |

Sumber: Kanwil Depsos DIY tahun 2000

Data Sekunder

Pemeriksaan Sampel di Balai POM tahun 1999
Jenis NAPZA

| Bulan | Ganja | Diaz | Met.amp | M D M A | Heroin | THP | CPZ | Lain-lain | Neg. | Jumlah |
|---------|-------|------|---------|---------|--------|-----|-----|-----------|------|--------|
| Januari | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 20 |
| Feb. | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Maret | 7 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| April | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Mei | 6 | 6 | 13 | 8 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 |
| Juni | 6 | 4 | 10 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 28 |
| Juli | 20 | 2 | 15 | 0 | 50 | 2 | 2 | 1 | 0 | 92 |
| Agust. | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 |
| Sept. | 21 | 3 | 5 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 34 |
| Okt. | 10 | 0 | 19 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 6 | 47 |
| Nov. | 5 | 4 | 21 | 9 | 22 | 4 | 0 | 3 | 26 | 94 |
| Des. | 4 | 6 | 5 | 1 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 | 24 |
| Jumlah | 98 | 35 | 102 | 23 | 87 | 14 | 2 | 13 | 41 | 415 |

Sumber: Balai POM DIY tahun 2000