

Aspek Psikologi pada Bangunan Rawat Inap Gangguan Jiwa di Puskesmas

Merni Destilia¹, Handoyotomo²

¹ Mahasiswa Program Profesi Arsitek, Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan, Universitas Islam Indonesia

² Dosen Program Profesi Arsitek, Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan, Universitas Islam Indonesia

Article History

Received :

Accepted :

Published :

Abstract

There are several cases of life-threatening asylum related to the elements of architectural space. The lack of capacity for Mental Hospital and Rehabilitation of Mental Disorders encourages mental patients not to receive good care. In building facilities for psychiatric patients, many negative actions occur from patients who self-harm themselves or others. Among them, many are utilizing elements of the room for violence or self-imposed. The location of the study is a project of Planning Development Planning Puskesmas Karangsembang Lamongan District. During the process in planning this Puskesmas require special research on puskesmas of inpatient care unit. The building for the inpatient of this psychiatric patient must be unique in terms of the type of building. In the planning need more research / study of psychological theories related to the design decisions made by architects.

Keywords: architecture, psychology, mental disorders, accessibility, safety.

Abstrak

Terdapat beberapa kasus rumah sakit jiwa yang membahayakan pasien gangguan jiwa yang terkait elemen ruang arsitektural. Kurangnya kapasitas Rumah Sakit Jiwa dan Panti Rehabilitasi Gangguan Jiwa ini mengakibatkan pasien gangguan jiwa tidak mendapat perawatan yang baik. Pada fasilitas bangunan untuk pasien gangguan jiwa, banyak terjadi tindakan negatif dari pasien yang membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain. Diantaranya, banyak yang memanfaatkan elemen ruang dalam untuk melakukan kekerasan atau melarikan diri. Adapun studi kasus yang diangkat yaitu proyek Perencanaan Pembangunan Puskesmas Paripurna Karangsembang Kabupaten Lamongan. Selama proses dalam perencanaan Puskesmas ini membutuhkan riset khusus mengenai puskesmas unit rawat inap gangguan jiwa. Bangunan untuk rawat inap pasien gangguan jiwa ini memiliki keunikan dari segi tipe bangunannya. Dalam perencanaannya memerlukan riset/ kajian lebih dalam mengenai teori-teori ilmu psikologi yang berkaitan dengan keputusan desain yang dilakukan oleh arsitek.

Kata Kunci: arsitektur , psikologi, gangguan jiwa, aksesibilitas, keselamatan.

Latar Belakang

Menurut Gerungan dalam Edwi Arief Sosiawan menyebutkan "Ilmu psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai jiwa yang diperoleh secara sistematis dengan metode-metode ilmiah". Sehingga dalam perancangan Unit Rawat Inap Gangguan Jiwa ini muncul suatu upaya

untuk meneliti rancangan ruang yang dikhususkan untuk para pasien penyakit jiwa dengan aspek ilmu psikologi.

Terdapat beberapa kasus rumah sakit jiwa yang membahayakan pasien gangguan jiwa yang terkait elemen ruang arsitektural. Seperti dikutip dari Aedil dan Syafar, (2013) dalam Azhari A.R, Rinawati P.H, Nurachmad S.A.S (2015) yaitu "Minimnya petugas kesehatan/ perawat dan tidak sesuainya elemen ruang pada ruang inap pasien dapat menyebabkan sering terjadinya pertengkaran oleh sesama pasien yang menyebabkan cedera fisik bahkan berujung pada kematian pasien". Hal ini contohnya dari segi penempatan ruang, tata ruang, yang berkaitan dengan keselamatan penghuni bangunan.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa keputusan desain untuk bangunan rawat inap jiwa harus memper-

Korespondensi: Ir. Handoyotomo, MSA.
Afiliasi : Program Studi Pendidikan Profesi Arsitek
E-mail : handoyotomo@yahoo.co.uk
Donor : Universitas Islam Indonesia
Konflik Kepentingan :

hatikan dari aspek psikologi. Pasien gangguan jiwa yang rentan dengan tindakan negatif yang melibatkan elemen ruang/ bangunan dapat membahayakan pasien itu sendiri dan orang lain. Dampak terburuk dari kesalahan desain yaitu dapat menyebabkan perawatan yang tidak maksimal untuk pasien, kematian pasien, keamanan dan keselamatan penghuni bangunan.

Adapun studi kasus yang diangkat yaitu proyek Perencanaan Pembangunan Puskesmas Paripurna Karangembang Kabupaten Lamongan. Selama proses dalam perencanaan Puskesmas ini membutuhkan riset khusus mengenai puskesmas unit rawat inap gangguan jiwa. Bangunan untuk rawat inap pasien gangguan jiwa ini memiliki keunikan dari segi tipe bangunannya. Dalam perencanaannya memerlukan riset/ kajian lebih dalam mengenai teori-teori ilmu psikologi yang berkaitan dengan keputusan desain yang dilakukan oleh arsitek.

Pada tahap desain perencanaan Puskesmas khususnya rawat inap jiwa ini, pendekatan psikologi tidak di terapkan secara menyeluruh semua aspek. Kurangnya informasi mengenai aspek psikologi pada tahap perencanaan desain, dikarenakan sumber informasi yang terbatas. Pihak konsultan tidak melibatkan dokter spesialis jiwa dalam merancang bangunan ini. Pihak yang dilibatkan hanya dari Dinas Kesehatan dan dokter spesialis lain. Sehingga hasil desain ini tidak sepenuhnya menerapkan aspek psikologi khususnya dalam hal ini untuk pasien gangguan jiwa.

Permasalahan

Permasalahan Umum:

1. Apakah bangunan rawat inap gangguan jiwa di Puskesmas Karangembang Lamongan ini sudah mempertimbangkan aspek psikologi pada desain?

Permasalahan Khusus:

1. Apakah aksesibilitas tata massa sudah mempertimbangkan aspek psikologi penghuni bangunan?
2. Apakah sistem keamanan dan keselamatan pada tata ruang, tata massa, bentuk sudah mempertimbangkan aspek psikologi pasien gangguan jiwa?
3. Apakah sistem kenyamanan pada tata ruang dan tata massa sudah mempertimbangkan aspek psikologi pasien gangguan jiwa?.

Tujuan

Penelitian ini dimaksudkan sebagai acuan dalam mendesain rawat inap pasien gangguan jiwa dengan

pendekatan psikologi, dengan pertimbangan aksesibilitas, keselamatan, keamanan dan kenyamanan. Sehingga diperoleh suatu rancangan yang sesuai dengan aspek ilmu psikologi. Adapun tujuannya:

Metoda Penelusuran Masalah

Metoda penelusuran masalah ini dilakukan dengan menganalisis isu-isu yang menjadi latar belakang masalah. Kemudian merumuskan permasalahan dan mengkaji keputusan desain dengan teori yang berkaitan dengan aspek psikologi untuk mengetahui sejauh mana rancangan dapat menyelesaikan persoalan desain.

Metoda Penyampaian Kritik

Metoda penyampaian kritik yang digunakan adalah metoda penyampaian normative-sistematik. Desain dinilai dari 2 norma, yaitu: norma prinsip dan norma standar. Norma prinsip dari pakar ilmu psikologi dan norma standar bedasarkan peraturan kementerian kesehatan berdasarkan hasil desain terhadap teori dan standard terkait psikologi sebagai dasar pertimbangan dalam menilai obyek.

Kajian Persoalan

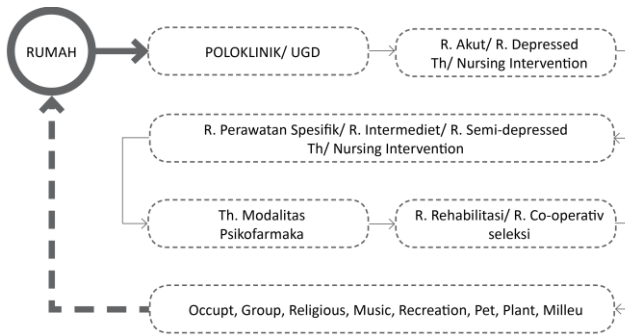
Pada saat ini perawatan pasien untuk gangguan jiwa tidak hanya berada di rumah sakit jiwa saja, namun juga dapat ditemui di fasilitas kesehatan, Puskesmas, RSUD, RSJ, dan lingkungan keluarga. Menurut P. Lutfhi ghazali (2003), Puskesmas merupakan tempat pelayanan bagi penderita gangguan jiwa yang paling luas cakupannya. Program kesehatan jiwa termasuk dalam program inti puskesmas, yang meliputi: usaha penemuan dini penderita gangguan jiwa, penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat, terapi medis gangguan jiwa dan pemberdayaan (peningkatan partisipasi) masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa.



Gambar1. Organisasi Pelayanan Kesehatan Jiwa
Sumber: P. Lutfhi ghazali (2003)

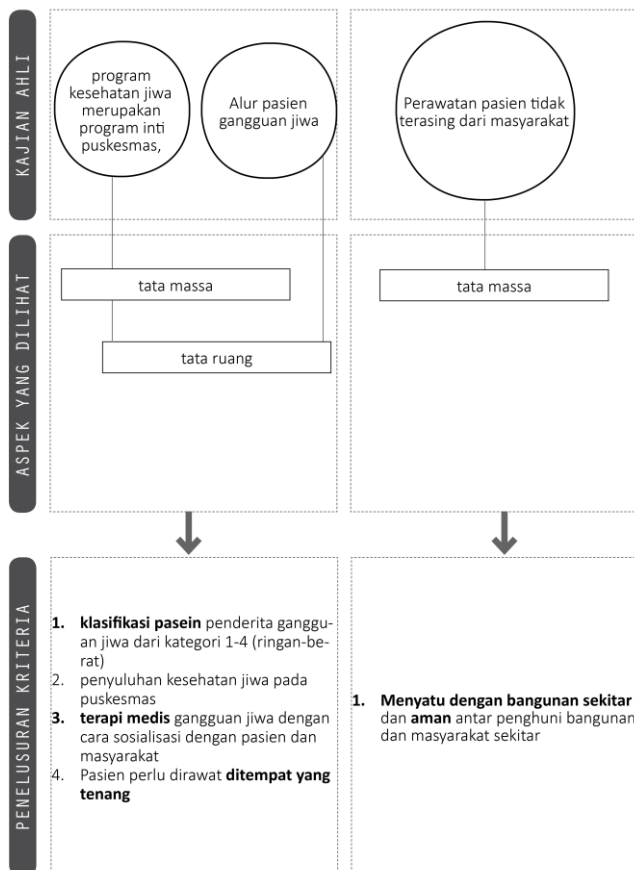
Adapun alur pasien gangguan jiwa menurut Yosep

(2011), sebagai berikut:



Gambar2. Alur Pasien Jiwa
 Sumber: Yosep (2011)

Berdasarkan hasil kajian diatas dapat disimpulkan kriteria untuk Bangunan Puskesmas, sebagai berikut:



Gambar3. Tahapan Analisis Kriteria untuk Bangunan Puskesmas Jiwa
 Sumber: Penulis (2017)

Kategori Gangguan Jiwa

Kategori gangguan jiwa menurut (Nurjannah, 2013) terdapat 4 kategori yaitu:

1. Kategori klien 1 (kategori health promotion/ peningkatan kesehatan) dengan skor 0-30

2. Kategori klien 2 (kategori maintenance/ pemeliharaan) dengan skor 31-59
3. Kategori klien 3 (acute/ akut) dengan skor 60-119
4. Kategori klien 4 (crisis/ krisis) dengan skor >120
5. Kategori ini berdasarkan tingkatan pasien ringan-berat. Kategori ini juga menjadi acuan dalam pengelompokan pasien untuk rawat inap.

Macam-Macam Gangguan Kejiwaan

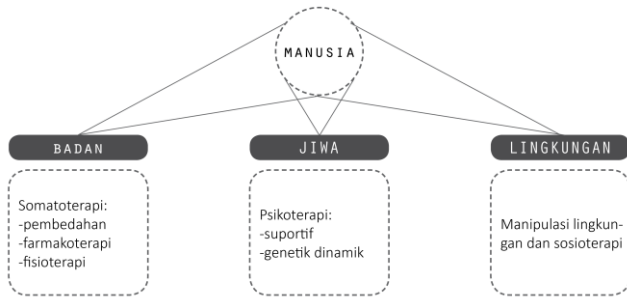
Dari beberapa penelitian dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut tidak disebabkan oleh sakit atau rusaknya bagian-bagian anggota badan, meskipun kadang-kadang gejalanya terlihat pada fisik.

Keabnormalan itu dapat dibagi atas dua golongan yaitu gangguan jiwa (neurose) dan sakit jiwa (psychose). Keabnormalan itu terlihat dalam bermacam-macam gejala, yang terpenting di antaranya adalah ketegangan batin (tenston), putus asa dan murung, gelisah/cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (compulsive). hysteria, rasa lemah dan tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk dan sebagainya.

Cara Pemulihan Gangguan Jiwa

Pemulihan gangguan jiwa tidak hanya sebatas dengan obat-obatan atau hal klinis lainnya, melainkan dengan mempertimbangkan aspek-aspek perilaku pasien yang kemudian diterapkan dalam bangunan. Hal ini diharapkan dapat mendukung pemulihan gangguan jiwa. Menurut Willy F. M, Albert A.Maramis (2012), penderita gangguan jiwa harus dijaga terus, terlebih pada saat pasien gelisah, sebab akan membahayakan diri sendiri dan orang lain. Salah satu contoh yang dapat membahayakan pasien pada saat mengamuk yaitu jatuh, lari, loncat keluar jendela, dan lain-lain.

Terdapat berbagai macam metode dalam penyembuhan penyakit jiwa. Hal-hal yang harus dipertimbangkan terbagi menjadi 3, menurut Willy F. M, Albert A.Maramis (2012):



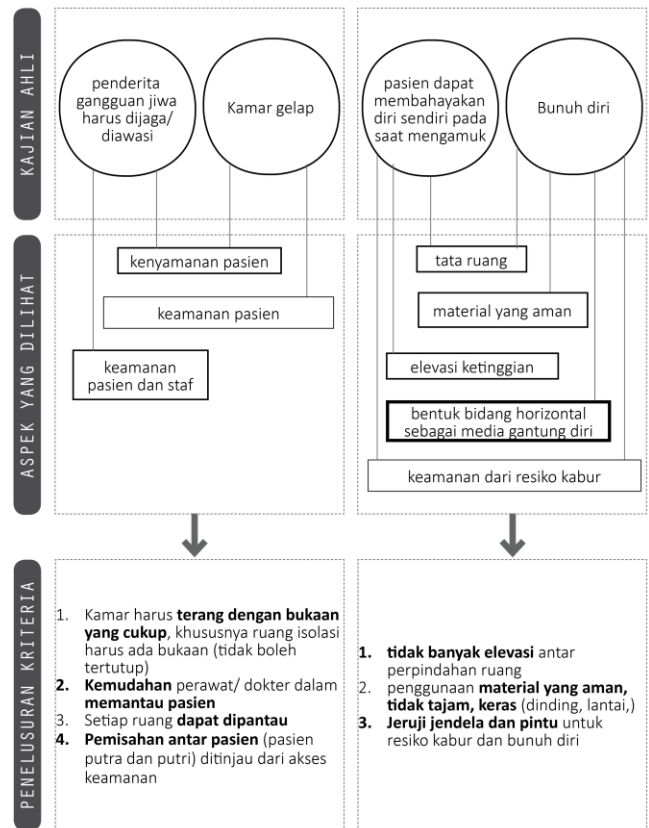
Gambar4. Pendekatan Pengobatan Pasien
 Sumber: Willy F. M, Albert A.Maramis (2012)

Berikut merupakan beberapa hasil penelitian terkait hal-hal yang dapat membahayakan Kamar gelap, sebaiknya kamar pasien jangan terlalu gelap, hal ini karena pasien tidak tahan terlalu diisolasi.

Mengasingkan diri, apabila pasien menarik diri, ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Oleh karena itu dianjurkan untuk bergaul dengan orang lain (sesama penderita gangguan jiwa, dokter, perawat).

Bunuh diri, diperlukan penanganan khusus untuk menurunkan kecenderungan usaha untuk bunuh diri. Menurut Goldsten et al. (1991) dan Pkorya (1983) dalam Willy F. M, Albert A.Maramis (2012) prediktor utama bunuh diri adalah ide untuk bunuh diri saat ini dan riwayat perilaku bunuh diri sebelumnya, terlebih bila ide diikuti dengan bukti perencanaan dan persiapan bunuh diri. Oleh sebab itu bunuh diri ini terjadi juga karena adanya kesempatan dalam pelaksanaan bunuh diri tersebut. Faktor yang mendukung misalnya: tempat yang sepi, kurangnya pengawasan, gantung diri di kamar, dll.

Bedasarkan hasil kajian diatas dapat disimpulkan kriteria untuk pemulihan pasien, sebagai berikut:



Gambar5. Tahapan Analisis Kriteria untuk Pemulihan Pasien Jiwa
 Sumber: Penulis (2017)

Macam-Macam Kegiatan yang Mendukung Pemulihan

Memberdayakan penderita gangguan jiwa, memberikan dukungan (psikologis dan sumber daya, seperti: alat musik bila dia memerlukannya, binatang peliharaan atau kebun), membantu membangun jaringan pertemanan dan kekerabatan. Dalam jangka panjang, penderita gangguan jiwa perlu menerapkan pola hidup sehat, termasuk didalamnya adanya pekerjaan atau kegiatan yang bermakna.

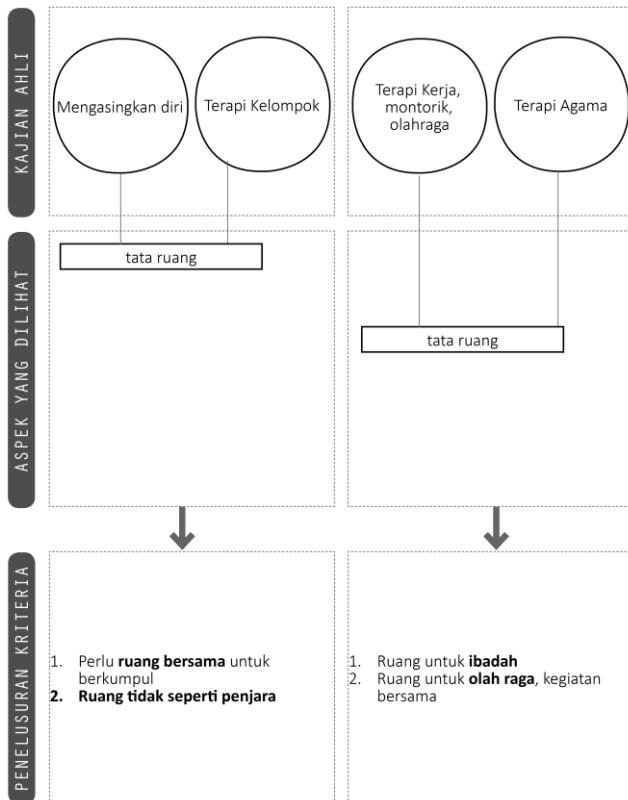
Beberapa terapi yang dapat dilakukan:

1. Terapi Kerja, diharapkan dapat memberikan kesibukan untuk pasien dan memberikan ketrampilan yang berguna untuk mencari nafkah kelak. Contohnya: membuat kerajinan tangan, bercocok tanam, dll.
2. Terapi senam, dianjurkan untuk melakukan permainan atau latihan bersama.
3. Terapi kelompok, mengelompokkan pasien bukan termasuk hal yang membahayakan, justru membantu dalam proses penyembuhan.
4. Terapi motorik, dianjurkan dengan aktifitas yang aktif
5. Terapi Agama, menjalankan ibadah keagamaan ber-

sama (berjamaah). Memakai nilai agama sebagai penghobat hati. Menurut P. Lutfhi ghazali (2003), hal ini baik untuk penderita: Depresi, anseitas, gangguan kepribadian, dan ketergantungan obat. Namun tidak dianjurkan bagi penderita psikotik, karena pasien telah kehilangan penilaian terhadap realita.

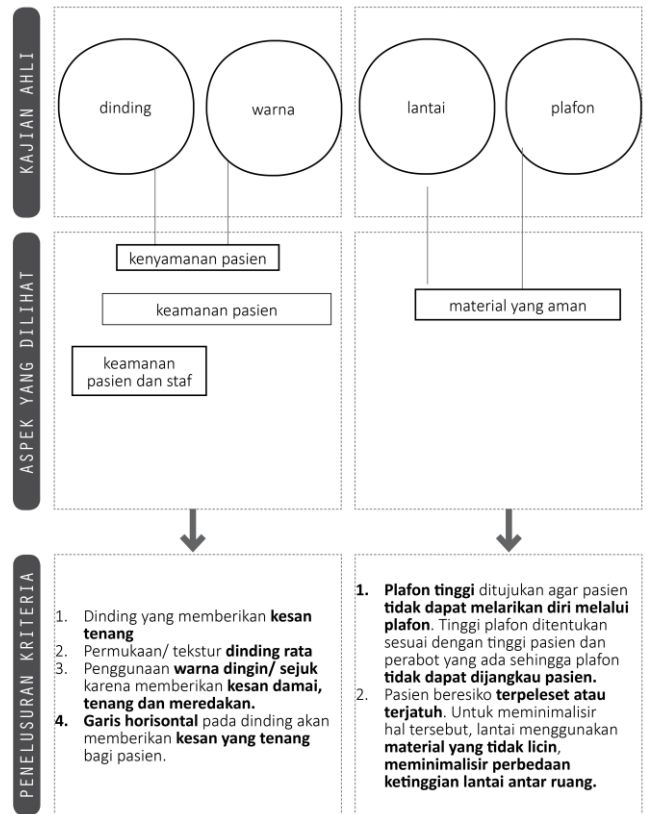
6. Terpai Fisik-Olahraga, teori ini membahas manfaat olahraga untuk pasien gangguan jiwa. Tidak hanya orang sehat yang memperoleh keuntungan dari program olahraga yang teratur, tetapi menurut para ahli penyakit jiwa, orang dengan berbagai tingkat penyakit jiwa pun mendapatkan manfaat dari olahraga. Dr. Thaddeus Kostrubala, seorang ahli ilmu jiwa di San Diego, California, telah berhasil mengobati gangguan emosional dengan jogging.

Bedasarkan hasil kajian diatas dapat disimpulkan kriteria untuk ruang untuk pemulihan pasien, sebagai berikut:



Gambar6. Tahapan Analisis Kriteria untuk Ruang Pemulihan Pasien Jiwa

Sumber: Penulis (2017)



Gambar7. Tahapan Analisis Kriteria untuk Elemen Ruang
 Sumber: Penulis (2017)

Analisis dan Pembahasan

Pendekatan masalah yang dikaji dengan teori mengenai aspek psikologi bedasarkan ahli dan kajian peraturan pemerintah. Adapun aspek yang di bahas yaitu terkait: 1). Aksesibilitas 2). Keselamatan 3). Keamanan 4). Kenyamanan.

Aksesibilitas

Membahas mengenai pendekatan psikologi pada desain arsitektur, adapun aspek yang di perhatikan yaitu aspek aksesibilitas. Aksesibilitas ini terkait mengenai kemudahan dicapai oleh penghuni bangunan terhadap suatu objek, pelayanan ataupun lingkungan. Kemudahan akses menjadi bagian penting dalam pertimbangan desain, khususnya pada desain bangunan rawat inap pasien gangguan jiwa.

Tabel1. Aspek Aksesibilitas yang harus dipenuhi

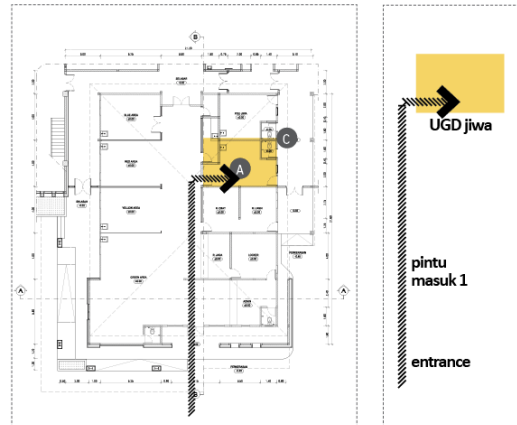
ASPEK	UNSUR UNSUR AKSESIBILITAS	TEORI PENDEKATAN PRINSIP PSIKOLOGI	KRITERIA DESAIN
TATA MASSA	Pencapaian Pandangan dari jauh, jarak	1. Pasien jiwa yang baru datang cenderung memiliki beberapa gejala yang dapat mengganggu aktifitas orang lain	1. Penempatan unit jiwa yang mudah diakses oleh pasien, pengantar pasien, barang, staf, perawat dan dokter
	Pintu Masuk Dari luar ke dalam	2. Pasien dengan depresi berat perlu penanganan khusus 3. Rumah sakit jiwa berada ditengah-tengah masyarakat.	2. Mudah dicapai dari pintu masuk (entrance) 3. Akses masyarakat luar ke rawat inap jiwa
	Konfigurasi Jalur Skuen Ruang	4. Pasien yang dirawat berasal dari rumah, pasien rawat jalan, rawat inap, pasien kabur. 5. Tahapan jalur pergerakan untuk pasien, staf maupun benda mati yang sesuai jalur dan tidak mengganggu aktifitas lainnya	4. Akses masuk ke bangunan 5. Setiap ruang memiliki fungsi yang khusus (rawat inap, rawat jalan, ugd, r.operasi)
TATA RUANG	Hubungan Jalur ruang Ujung, Titik, dan pengakhiran Jalur	6. Terapi kegiatan dalam penyembuhan pasien	6. Kemudahan pasien beraktifitas diluar kamar
		7. Pasien dengan depresi berat perlu penanganan khusus dengan pembagian pasien kategori ringan-se-dang	7. Akses ruang isolasi aman terhadap pasien penderita, pasien lainnya dan perawat/dokter
		8. Pasien diharuskan untuk bersosialisasi sesama pasien, dokter dan perawat	8. <ul style="list-style-type: none"> Kemudahan pencapaian pasien putra dan putri ke tempat berkumpul Kemudahan pencapaian perawat dan dokter ke tempat berkumpul
	Bentuk Ruang Sirkulasi Jalur sirkulasi	9. Kesempatan bunuh dir 10. Keluarga bagian dari penyembuhan pasien	9. Akses keluar masuk pasien ke dalam maupun luar bangunan harus terjaga 10. Kemudahan pengunjung mengunjungi pasien

Sumber: Penulis (2017)

Adapun hasil analisis studi kasus terkait aksesibilitas, sebagai berikut:

1. Analisis Akses Menuju UGD

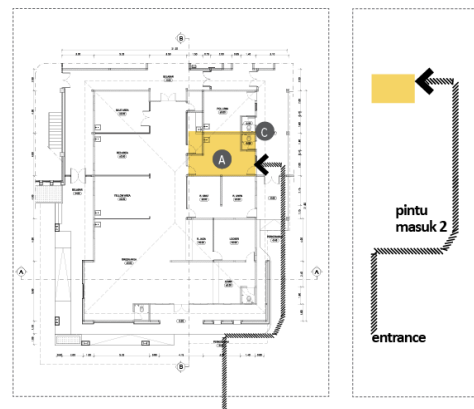
- a. Jalur pasien kritis, jalur masuk untuk pasien jiwa (kritis) menjadi satu dengan jalur masuk pasien normal. Hal ini disebabkan oleh keadaan pasien yang darurat dan membutuhkan penanganan yang cepat. **Kondisi kritis ini yaitu keadaan pasien yang mengalami luka serius, kecelakaan dan tidak sadarkan diri.** Penggabungan ruang ini tidak berakibat fatal untuk pasien normal lainnya, hal ini dikarenakan pasien gangguan jiwa tidak sadarkan diri dan tidak mengganggu pasien lain.



KET:
a: unit ugd
c: r. cuci

Gambar8. Analisis Pintu Masuk UGD
Sumber: Penulis (2017)

- b. Jalur pasien tidak kritis, Untuk pasien tidak kritis namun darurat, maka pintu masuk ditempatkan di zona yang terpisah, namun tidak terlalu jauh. Ruang UGD tetap sama dengan UGD untuk pasien kritis. Hal yang membedakan yaitu jalur masuknya. Untuk pintu masuk 2 ini diperuntukkan untuk pasien darurat yang masih dalam keadaan sadar. Pasien yang sadar ini cenderung bersikap agresif, sehingga membahayakan pasien dan penghuni bangunan disekitarnya.



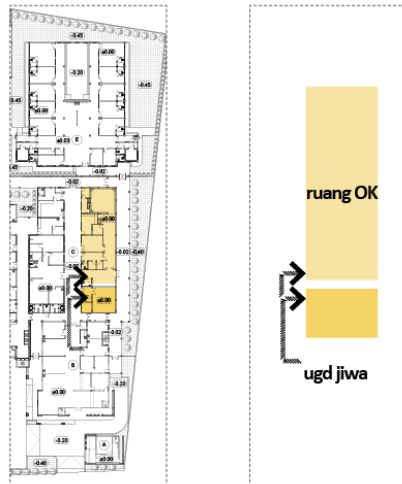
KET:
a: unit ugd
c: r. cuci

Gambar9. Analisis Pintu Masuk UGD 2
Sumber: Penulis (2017)

2. Analisis Akses Menuju Unit OK

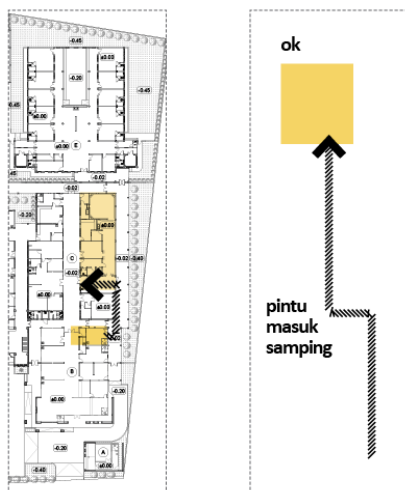
- a. Jalur pasien kritis, Jarak antar ruang ok dan ruang ugd berdekatan, mengingat pasien yang akan dioperasi dalam keadaan darurat. Namun ruang operasi ini sendiri menjadi satu dengan pasien normal lainnya. Mengingat bangunan ini merupakan puskesmas, sehingga ruang operasi ini tidak seperti ruang operasi

rumah sakit pada umumnya. **Keterbatasan ruang pun menjadi kendala khususnya untuk ruang recovery setelah operasi yang hanya terdiri dari 1 ruang.** Sehingga pasien jiwa maupun normal akan menjadi satu. Untuk pasien kritis pintu memasuki ruang operasi menjadi satu dengan pasien normal.



Gambar10. Analisis Ugd-Ok Kritis
 Sumber: Penulis (2017)

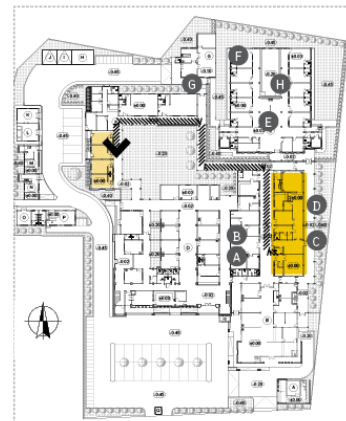
b. Jalur pasien tidak kritis, jarak antar ruang tidak jauh dan masih berdekatan, yang membedakan hanya pada pintu masuk. Pasien jiwa darurat yang masih sadar cenderung bersikap agresif, sehingga penempatan pintu masuk dibuat terpisah. Namun hal ini masih cukup beresiko karena pada ruang recovery sendiri tidak ada skat khusus. Sehingga berbahaya apabila pasien jiwa dan normal dalam satu ruangan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan ruang ok ada bangunan puskesmas.



Gambar11. Analisis Ugd-Ok tidak Kritis
 Sumber: Penulis (2017)

3. Analisis Akses dari OK - Rawat Inap Kritis

a. Jalur pasien tidak sadar
 Pasien jiwa yang menjalani operasi, seharusnya ditempatkan di irna yang khusus. Pada bangunan puskesmas ini tidak disediakan ruang tersebut. Ruang inap pasien jiwa hanya untuk pasien yang tidak kritis (akut-penyembuhan gangguan jiwa). Sehingga rawat inap tersebut tidak layak dan tidak bisa digunakan untuk pasien jiwa pasca operasi. Sehingga pasien tersebut di tempatkan di ruang vip/ kelas 1 pada irna pasien normal. Hal ini masih cukup berisiko mengingat ruang ini tidak dirancang untuk pasien jiwa.



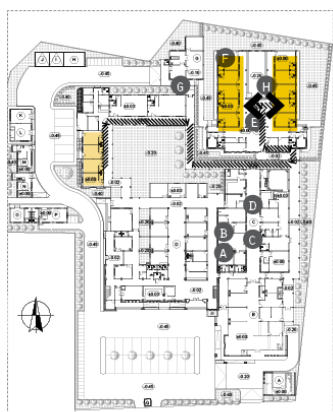
KET:
 a: unit ugd
 b: poli jiwa
 c: r. cuci
 d: r. radiologi
 e: r. operasi
 f: rawat inap
 g: isolasi putri
 h: isolasi putra

Gambar12. Analisis Jalur Pasien Tidak Sadar
 Sumber: Penulis (2017)

b. Jalur pasien sadar

Untuk pasien yang sudah sembuh dari masa kritis, dapat dipindahkan ke unit inap jiwa. Dalam unit jiwa sendiri terdapat ruang vip, dimana ruang tersebut hanya terdiri dari 1 bed. Sehingga dari privasi pasien dapat terjaga.

Pencapaian unit ok untuk pasien darurat yang membutuhkan operasi dengan yang berdekatan. Jarak UGD menuju ruang radiologi + 10m. Jarak ruang radiologi menuju ruang operasi 1m (bersebelahan). Jarak pencapaian tersebut sudah tepat. Pencapaian menuju ruang yaitu pencapaian frontal, dimana jalurnya tegak lurus, mengingat kondisi pasien dalam keadaan darurat.



KET:
 a: unit ugd
 b: poli jiwa
 c: r. cuci
 d: r. radiologi
 e: r. operasi
 f: rawat inap
 g: isolasi putri
 h: isolasi putra

Gambar13. Analisis Ugd-Ok tidak Kritis
 Sumber: Penulis (2017)

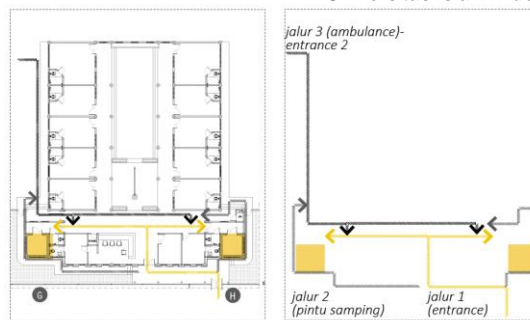
4. Analisis Akses UGD menuju Rawat Inap

- a. Jalur pasien tidak akut, untuk pasien dari ugd yang akan dirujuk ke rawat inap jiwa, melewati pintu samping yang terdiri dari 2 gerbang pintu masuk. Jalur pasien ini 1 jalur dan tidak ada gangguan dari bangunan sekitar, karena berada tepat disamping bangunan. Hanya saja jarak nya terlalu jauh. Jalur masuk pasien yang tepat berada di pagar bangunan juga dapat menjadi resiko apabila pasien berniat untuk kabur, sehingga pada pagar samping ini ditanami tanaman sehingga akses



Gambar14. Analisis Ugd-Inap Jiwa
 Sumber: Penulis (2017)

- b. Jalur pasien akut, ruang isolasi pasien darurat, terdapat kondisi-kondisi dimana pasien dengan golongan depresi berat sedang kambuh. Maka pencapaian untuk pasien ini perlu perhatian khusus dalam desain bangunan. Untuk pintu masuk ke ruang isolasi dari pintu masuk 1, yaitu pasien dari ugd, menuju unit jiwa, pintu masuk, terdapat ruang tindakan, lalu masuk ke ruang isolasi.



KET:
 g: isolasi putri
 h: isolasi putra

Gambar15. Analisis Pasien Akut
 Sumber: Penulis (2017)

5. Analisis Akses UGD menuju Rawat Inap

- a. Jalur pasien entrance-poliklinik, pencapaian unit poli jiwa untuk pasien berobat jalan. Jarak entrance menuju poli jiwa + 29.6m. Poli ini tidak jauh dari pintu masuk, namun tidak terdapat ruang tunggu pasien. Sehingga apabila ada pasien darurat, maka akan tercampur dengan pasien yang mengantri di poli jiwa. Hal ini akan menimbulkan resiko yang serius, mengingat pasien yang tidak terduga (mengamuk, berteriak, dll). Selain mengganggu bangunan sekitar, juga mengganggu antar pasien.
- b. Penempatan Ruang Poliklinik, dari segi penempatan poliklinik ini tidak tepat. Karena bersebelahan dengan ugd jiwa. Seperti diketahui bahwa UGD jiwa ini terdapat pasien-pasien darurat yang akut, megamuk dan lain-lain. Sedangkan rawat jalan/ poliklinik ini sendiri biasanya merupakan pasien jiwa yang tidak terlalu parah. Sehingga apabila ditempatkan dalam satu area maka akan mengganggu psikologis dari pasien rawat jalan itu sendiri.

Selain itu tidak adanya ruang tunggu pasien untuk pasien rawat jalan. Sebaiknya rawat jalan/ poliklinik ini ditempatkan di area dekat dengan poli-poli lainnya. Namun poliklinik jiwa ini tetap harus mempertimbangkan batasan akses pasien jiwa dan normal agar tidak menyatu.

- c. Jalur Poliklinik-Rawat Inap Jiwa, pertimbangan letak rawat inap jiwa sebisa mungkin tidak mudah diakses dari luar. Terlebih dari ruang poliklinik. Hal ini dapat menyebabkan gangguan psikis pasien rawat jalan apabila melihat pasien jiwa yang sedang dirawat. Dari segi pencapaian poliklinik menuju rawat inap ini sudah baik, karena berada dalam satu jalur dan tidak ada gangguan dari bangunan sekitar kecuali ruang

ugd.

Keselamatan dan Keamanan

Menurut Wojowasito, S, keselamatan merupakan bentuk dari kata safety dimana memiliki arti kondisi bebas dari bahaya, resiko atau luka. Jika dikaitkan dengan bangunan, keselamatan bangunan menurut Retnasih Supraba. A (2008) adalah kondisi bebas dari resiko dimana resiko yang dialami adalah resiko yang berkaitan dengan nyawa manusia didalam bangunan oleh akibat kondisi dari bangunan itu sendiri.

Tabel2. Aspek Keselamatan yang harus dipenuhi

ASPEK	UNSUR UNSUR KESELAMATAN	TEORI PENDEKATAN PRINSIP PSIKOLOGI	KRITERIA DESAIN
TATA MASSA	Pintu Masuk Dari luar ke dalam	1. Pasien dengan depresi berat perlu penanganan khusus	1. Jalur untuk pasien depresi berat mudah dijangkau dari awal pintu masuk, tidak berbahaya bagi pasien lainnya, perawat dan dokter
		2. Pasien yang baru datang ke ruang perawatan cenderung melakukan kekerasan dan melarikan diri. Penolakan pasien juga berbahaya untuk pasien itu sendiri	2. Resiko bahaya pada bangunan sekitar. Perlu dipertimbangan jarak pintu masuk dari pasien datang-ruang perawatan tidak terlalu jauh.
TATA RUANG	Hubungan Jalur Ruang jenis, ruang yang berdekatan,	3. Klasifikasi pasien terbagi menjadi 4 golongan yaitu: krisis, akut, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan	3. masing-masing ruang tidak membahayakan sesama pasien
		4. Ruang rawat inap putra dan putri harus terpisah	4. Tidak boleh berdekatan, ada pintu atau dinding-pembatas
		5. Pasien dengan depresi berat perlu penanganan khusus	5. Ruang ini perlu pengawasan lebih dari perawat Ruang ini tidak membahayakan sekitarnya
		6. Resiko bunuh diri, adapun faktornya: tempat yang sepi	6. Ruang tidak terasing dari ruangan lainnya, dapat di pantau oleh dokter maupun perawat
TATA RUANG	Bentuk Ruang Sirkulasi Jalur sirkulasi	7. Resiko luka, terjatuh, adapun faktornya: pasien yang histeris, mengamuk, melompat, berlari-larian	7. Tidak banyak perbedaan ketinggian lantai
	Kualitas ruang Proporsi, skala, bentuk ruang, pentaan benda ruang	8. Pasien cenderung, mengasingkan diri 9. Resiko bertengkar sesama pasien, melukai diri sendiri	8. Ruang tidak tertutup, bisa diawasi 9. Tidak terdapat banyak prabot, prabot permanen dan tidak dapat dipindahkan
BENTUK/ FASAD	Kualitas ruang bentuk, ukuran, proporsi, skala, lrama, tekstur	10. Resiko bunuh diri, adapun faktornya: bidang horizontal untuk menggantung tali	10. Mengurangi bidang horizontal
		11. Resiko kabur: melalui atap/plafon	11. Langit-langit dibuat tinggi sehingga tidak dapat diraih oleh pasien untuk menghindari dari kecelakaan
		12. Pasien tidak tahan terlalu diisolasi dan situasi seperti dipenjara.	12. Skala ruang yang manusiawi
BENTUK/ FASAD	Bahan material,sifat, kesan penampilan	13. Pasien mudah menguk, membenturkan kepala ke dinding	13. Dinding kamar yang dilapisi oleh bahan pelindung yang dapat menghindari cedera benturan, Menghindari sudut-sudut tajam

Sumber: Penulis (2017)

Tabel3. Aspek Keamanan yang harus dipenuhi

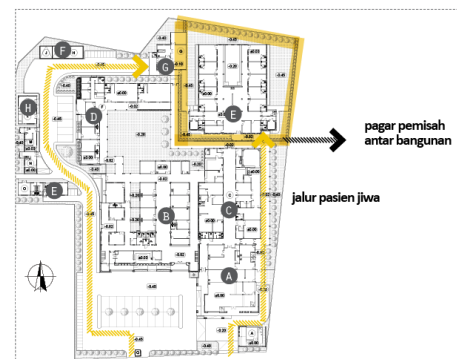
ASPEK	UNSUR UNSUR KEAMANAN	TEORI PENDEKATAN PRINSIP PSIKOLOGI	KRITERIA DESAIN
TATA MASSA	Pencapaian dan Jalur Jarak, jalur	1. Pasien mencoba kabur	1. Keamanan dari dalam keluar, pagar bangunan tidak menyakiti pasien Jalur pasien keluar dari bangunan dapat diawasi
TATA RUANG	Hubungan jalur ruang jenis, ruang yang berdekatan, Kualitas ruang Bukan (tingkat penutupan, view, cahaya), proporsi, skala, bentuk ruang	2. Pasien dengan depresi berat yang berada diruang isolasi rawan kabur, serta membahayakan pasien lain maupun staf	2. Tidak mudah diakses oleh orang luar, kecuali staf perawat/ dokter
		3. Resiko pasien, melukai diri sendiri, menyerang orang lain	3. Ruang perawat aman dan tidak bisa di akses oleh pasien
FASAD	Bahan material,sifat, kesan penampilan	4. Resiko kabur	4. Pasien dapat kabur melalui jendela, ventilasi, pintu keluar bangunan.
		5. Tidak menyakiti atau melukai pasien	5. Material yang digunakan untuk keamanan sebisa mungkin menghindari resiko kecelakaan dan luka.

Sumber: Penulis (2017)

Adapun hasil analisis studi kasus terkait keselamatan dan kenyamanan, sebagai berikut:

1. Analisis Keselamatan Antar Pasien Jiwa dan Normal

Bangunan puskesmas yang terdiri dari poli-poli dan rawat inap untuk pasien normal, sehingga bangunan unit jiwa ini menyesuaikan dengan zona yang terpisah. Adapun zona untuk inap jiwa berada disisi timur dan barat. Sedangkan untuk bangunan lainnya berada di bagian tengah.



KET:
a: unit ugd
b: poli jiwa
c: r. cuci
d: r. radiologi
e: r. operasi
f: rawat inap
g: isolasi putri
hisolasi putra

Gambar16. Analisis Pasien Akut
Sumber: Penulis (2017)

2. Analisis Terhadap Bahaya Kebakaran

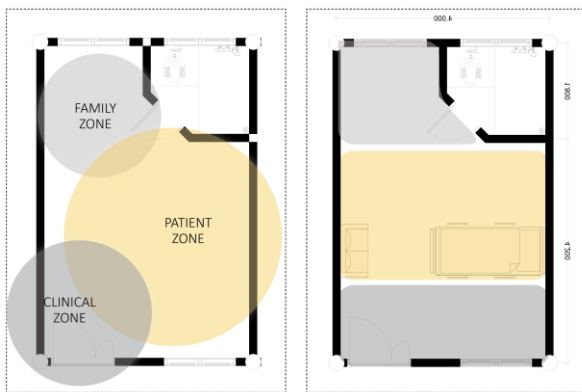
Dapat dilihat mobil kebakaran tidak dapat mengakses keseluruhan bangunan. Hanya pada sisi barat, tengah,

dan selatan. Sedangkan pada sisi tmuryang merupakan area pasien jiwa, tidak dapat dilalui oleh mobil kebakaran. Hal ini berisiko tinggi untuk keselamatan pasien. Terlebih untuk pasien gangguan jiwa yang perlu perhatian khusus pada saat evakuasi bila terjadi kebakaran. Selain itu jarak yang cukup jauh dari entrance juga menjadi kesalahan dalam desain.

Jalur Evakuasi, posisi evakuasi pengunjung / pengguna Puskesmas diarahkan ke ruang terbuka di sekitar unit bangunan. Pada area IRNA titik kumpul evakuasi berada di area parkir yang berlokasi di samping gedung IRNA .

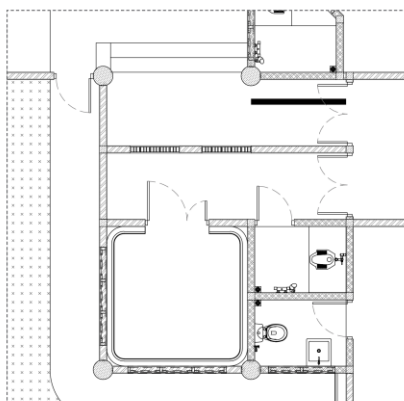
3. Analisis Klasifikasi Ruang Pasien Jiwa

- a. Rawat inap golongan kritis, terdapat kamar mandi dalam, dan hanya terdiri 1 bed, dan tidak banyak terdapat prabot.



Gambar17. Kamar VIP/ Kritis
 Sumber: Penulis (2017)

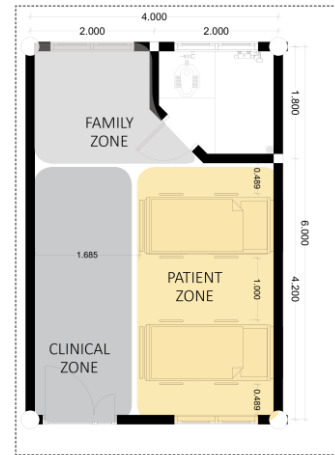
- b. Rawat inap golongan akut, untuk kamar mandi diletakkan diluar, dinding busa untuk pelindung dari amukan pasien, juga tidak terdapat parobot.



Gambar18. Kamar Isolasi
 Sumber: Penulis (2017)

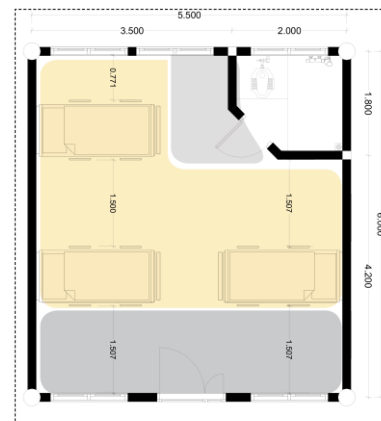
- c. Rawat inap golongan pemeliharaan, terdapat 2 bed dan kamar mandi dalam, dari segi keselamatan, kamar mandi dalam ini cukup berisiko apabila pasien

mengunvi dirinya sendiri didalam kamar mandi dan tanpa ada pengawaan. Dari segi psikologi sebaiknya kamar mandi ini diletkaan diluar dan menjadi satu area kamar mandi bersama, sehingga dapat dipantau oleh perawat.



Gambar19. Kamar Kelas 1 (pemeliharaan)
 Sumber: Penulis (2017)

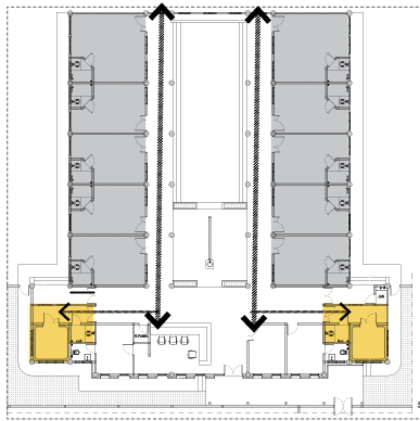
- d. Rawat inap golongan peningkatan kesehatan, 3 bed untuk kamar peningkatan kesehatan, karena pasien disini sudah bisa untuk bersosialisasi dengan pasien lain.



Gambar20. Kamar Kelas 2 (peningkatan)
 Sumber: Penulis (2017)

4. Analisis Ruang Isolasi

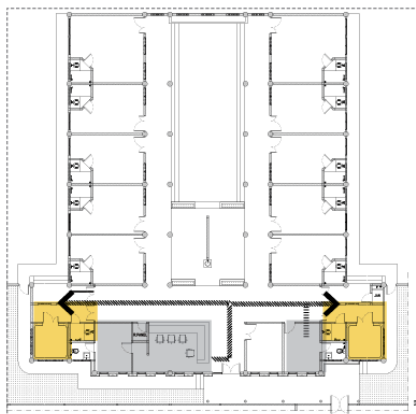
- a. Keselamatan pasien lain, Hubungan Jalur-Menghilang didalam Ruang, ruang isolasi sebagai ruang khusus untuk pasien depresi berat, untuk itu alur menghilang didalam ruang pada ruang isolasi ini tepat. Menghilang disini yaitu, tidak adanya akses bagi orang lain untuk memasuki ruang isolasi. Dari sisi psikologi, akses ruang ini apabila tercampur dengan kamar biasa, akan terjadi resiko.



KET:
 : kamar : alur ruang
 : r.isolasi : masuk ruang

Gambar21. Kamar Isolasi-Kamar pasien
 Sumber: Penulis (2017)

b. Keselamatan staf, hubungan Jalur-Menghilang didalam ruang, ruang isolasi sebagai ruang khusus untuk pasien depresi berat, untuk itu alur menghilang didalam ruang pada ruang isolasi ini tepat. Dari sisi psikologi, akses ruang ini sangat perlu untuk pengawasan oleh perawat/dokter. Untuk itu letak ruang isolasi yang berdekatan dengan ruang perawat dan dokter sudah tepat.



KET:
 : r. perawat : alur ruang
 : aula : resiko alur
 : r. makan : resiko alur

Gambar22. Kamar Isolasi-Nurse Station
 Sumber: Penulis (2017)

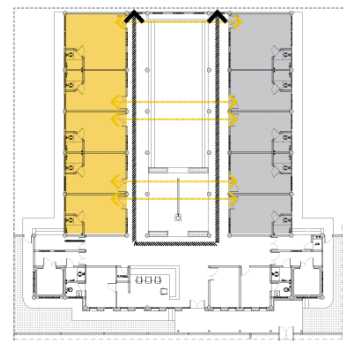
c. Resiko bunuh diri, nurse station berada ditengah bangunan, ruang isolasi erada dekat dengan pengawasan perawat dan dokter. Area masuk ruang isolasi terdapat jeruji besi, dan bisa dipantau dari luar.



Gambar23. Visual Nurse Station
 Sumber: Penulis (2017)

5. Analisis Ruang Kamar Inap

a. Keselamatan pasien lain, kamar pasien gangguan jiwa dari sisi psikologi dibagi berdasarkan golongan kelas depresi berat-ringan. Selain itu pemisahan ruang putra dan putri menjadi keharusan. Maka dari segi ruang, ruang kamar ini dibuat terpisah. Namun dari hasil desain akses ruang putra dan putri hanya dibatasi oleh ruang. Ruang tersebut bisa dilewati, sehingga alur yang terbentuk alur menembus ruang.



KET:
 : kamar putra : alur ruang
 : kamar putri : resiko alur

Gambar24. Resiko Alur Kamar Pasien Jiwa
 Sumber: Penulis (2017)

Tidak adanya pembatas antar ruang kamar pasien putri dan putra akan berdampak membahayakan satu sama lain. Sebaiknya pada desain terdapat pembatas ruang berupa bidang penutup. Dari gambar diatas terlihat ruang tengah tidak menjamin pembagian ruang antar pasien putra dan putri.



Gambar25. Solusi Pembatas Ruang
 Sumber: Penulis (2017)

- b. Keselamatan staf, Nurse station berada ditengah bangunan, tidak adanya pembatas atau jeruji pengamanan untuk perawat.

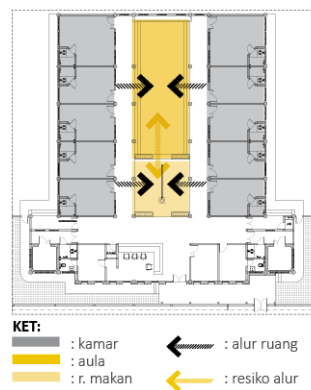


Gambar26. Solusi Pembatas Ruang
 Sumber: Penulis (2017)

- c. Resiko bunuh diri, nurse station berada ditengah bangunan, ruang kamar pasien harus dapat diawasi oleh perawat, untuk itu alur melawati ruang dengan prantara sirkulasi ruang memudahkan akses untuk perawat meamntau pasien. Namun dari sisi psikologi, akses perawat memiliki resiko. Resiko terkait tidak masuknya pasien dengan bebas ke ruang perawat.

6. Analisis Ruang Makan-Aula

- a. Keselamatan pasien lain, Aula sebagai ruang untuk berkumpul, melakukan aktifitas berbagai macam kegiatan, untuk itu alur menembus ruang memudahkan akses untuk pasien. Namun dari sisi psikologi, akses ruang yang menyatu ini memiliki resiko. Resiko terkait tidak adanya integritas setiap ruang. Dikhawatirkan kegiatan menjadi campur aduk.



Gambar27. ResikoKeselamatan Ruang Aula, Ruang Makan, Ruang Kamar
 Sumber: Penulis (2017)

- b. Keselamatan staf, ruang makan sebagi tempat makan bersama semua pasien. Maka dari segi ruang, ruang perawat sebaiknya tidak jauh dari kedua ruang ini. Alur menembus ruang memudahkan akses untuk perawat. Namun dari sisi psikologi, akses ruang yang menyatu ini memiliki resiko. Resiko terkait tidak adanya masuknya pasien ke ruang perawat secara bebas. Karena pada desain ruang nurse station tidak ada skat/dinding.
- c. Resiko bunuh diri, Nurse station dapat mengawasi pasien dengan mudah, dan jalur sirkulasi tegak lurus, dan diamatai keseluruhan aktifitas pasien.

Kenyamanan

Kenyamanan terkait rawat inap gangguan jiwa ini terkait mengenai faktor-faktor kenyamanan dalam sebuah ruang. Faktor kenyamanan merupakan suatu hal yang penting karena kenyamanan dalam ruang tersebut berhubungan langsung dengan kegiatan penghuni bangunan. Apabila kegiatan dalam bangunan tidak optimal dari segi kenyamanannya maka, proses perancangan yang telah dilakukan tidak berhasil.nyaman.

Tabel4. Aspek Kenyamanan yang harus dipenuhi

ASPEK	UNSUR UNSUR KENYAMANAN	TEORI PENDEKATAN PRINSIP PSIKOLOGI	KRITERIA DESAIN
TATA MASSA	Kenyamanan Suara kebisingan dari luar	1. Resiko kecemasan, depresi, stress	1. Ruang tidak berisik, ruangan harus tenang
TATA RUANG	Kenyamanan Ruang luas, bentuk, suasana, dan fasilitas	2. Pasien dengan depresi berat perlu penanganan khusus	2. Tidak gelap, tidak seperti dipenjara
		3. Resiko bertengkar sesama pasien, melukai diri sendiri, mengasingkan diri	3. Ruang tidak sempit karena beberapa pasien yang digabung dalam satu ruangan Dinding dengan permukaan rata
		4. Pasien tidak tahan terlalu diisolasi.	4. Kamar tidak gelap, ruang tidak sepi (tidak ada pengawasan) ruang yang tenang, bukaan yang cukup
		5. Pasien membutuhkan terapi-terapi (kerja, senam, kelompok, motorik, agama, fisik/olahraga)	5. Penyediaan ruang dalam membantu penyembuhan pasien
		6. Taman sebagai media penyembuhan	6. View keluar bangunan
TATA RUANG	Kenyamanan Visual pencahayaan, view, lansekap	7. pasien stres, cemas	7. Kamar harus terang dengan bukaan yang cukup, khususnya ruang isolasi harus ada bukaan (tidak boleh tertutup)
	Kenyamanan Suara kebisingan antar ruang	8. Pasien cenderung menganggu, teriak dan histeris	8. Antar ruang tidak mengganggu
	Kenyamanan Panas Aliran udara, suhu, kelembaban	9. Perubahan mood diakibatkan suasana yang panas, gerah	9. Ventilasi alami
BENTUK/FASAD	Kenyamanan Visual warna, skala, proporsi	10. Kecemasan	10. Warna yang akan digunakan emberikan kesan damai, tenang dan meredakan.
		11. Kecemasan	11. Garis horisontal ini memberi kesan tenang, istirahat,

Sumber: Penulis (2017)

dan tidak menimbulkan perasaan menegangkan. Tralis ini digunakan pada setiap pintu kamar yang berhubungan dengan pasien langsung, jendela dan bouven kamar rawat inap jiwa.



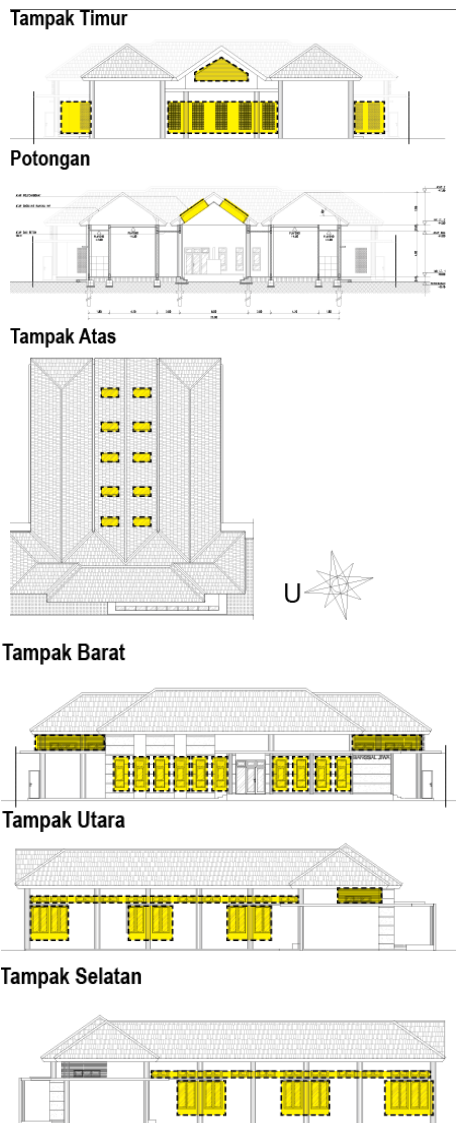
Gambar28. Interior
Sumber: Penulis (2017)

3. Kenyamanan yang berhubungan dengan suara (Unit rawat inap yang berada dibelakang dapat mengurangi faktor kevisingan jalan utama dibagian selatan. Selain pada tata ruang, penempatan ruang isolasi tidak berdekatan dengan kamar pasien lain.
4. Kenyamanan panas/termis (thermal comfort), berkaitan dengan aliran udara (ventilasi), suhu, dan kelembaban udara, Sisi Timur, meminimalkan bukaan jendela. Memaksimalkan pencahayaan dan penghawaan alami pada selasar dan ruang bersama pada bangunan dengan aplikasi berupa susunan roster untuk mengalirkan udara dan pencahayaan alami. Ruang aula, pasokan cahaya alami menjangkau hingga koridor sirkulasi ditengah ruangan menerapkan modifikasi pada bentuk dan material penutup atap.

Sisi Barat dan timur, dikarena sisi ini merupakan ruang-ruang yang membutuhkan pencahayaan, maka bukaan jendela tidak bisa dihindarkan. Untuk itubentuk shading / kisi-kisi untuk mereduksi pencahayaan alami di sisi Barat dan Timur diupayakan sedemikian rupa sehingga ruang dalam mendapat penahayaan yang optimal Sisi Utara dan Selatan, memaksimalkan bukaan pada area ini.

Menurut Fitriani dalam Baskoro laksitoadi (2008), faktor kenyamanan dibagi menjadi 4, yaitu:

1. Kenyamanan ruang (spatial comfort), berkaitan dengan luas dan bentuk ruang, ruang ibadah, tidak adanya ruang ibadah untuk pasien jiwa. Dukungan spritual untuk pasien sangat penting, dimana Pemulihan gangguan jiwa merupakan proses panjang yang memerlukan kesabaran dan ketekunan. Ruang Olahraga, tidak adanya ruang olahraga khusus dalam fasilitas unti jiwa ini. Kegiatan olah raga ini bisa dikelompokkan kedalam kegiatan yang mempertahankan kondisi kejiwaan maupun kedalam kelompok kegiatan yang meningkatkan daya tahan kejiwaannya.
2. Kenyamanan visual (visual comfort), Dinding menggunakan batu bata dengan finishing cat. dinding menggunakan warna yang terang dan teduh, permukaan dinding rata dan tidak bertekstur. Tinggi plafon 4.5 m (tidak dapat dijangkau). Menggunakan teralis rapat dengan motif vertikal dan sedikit diagonal juga aman bagi pasien. Jarak antar teralis sedikit lebar (15cm) jarak ini masih tidak bisa dilewati pasien sehingga masih aman. Teralis ini tidak berkesan menutup



Gambar29. Pencahayaan
 Sumber: Penulis (2017)

Kesimpulan dan Rekomendasi

Dalam menyimpulkan suatu keberhasilan desain terkait pendekatan psikologi, tidak dapat disimpulkan secara mutlak bahwa suatu aspek tersebut dikatakan tidak sesuai. Maka dari itu penilaian ini dinilai berdasarkan bobot dari masing-masing kriteria desain. Nilai bobot tertinggi menyatakan bahwa kriteria tersebut memiliki resiko yang besar apabila tidak sesuai. Nilai bobot terkecil menyatakan bahwa kriteria tersebut tidak terlalu beresiko besar apabila desain tidak sesuai.

1. Aksesibilitas pada tata massa dengan pertimbangan aspek psikologi

Tabel5. Penilaian Keberhasilan Aksesibilitas

NO	KRITERIA DESAIN	BOBOT	NILAI	PERSEN
1	AKSES MENUJU UGD			
	1. pintu masuk jalur pasien kritis	20	20	20%
	2. pintu masuk jalur pasien tidak kritis	5	5	5%
2.	AKSES MENUJU UNIT OK			
	2. pintu masuk jalur pasien kritis	20	20	20%
	3. pintu masuk jalur pasien tidak kritis	5	2	2%
3	AKSES DARI OK MENUJU RAWAT INAP (PASIEN KRITIS)			
	4. jalur dari ok menuju rawat inap pasca operasi (tidak sadar)	5	2	2%
	5. jalur dari ok menuju rawat inap pasca operasi (sadar)	5	5	5%
4	AKSES UGD MENUJU RAWAT INAP JIWA			
	6. akses pasien dari ugd menuju rawat inap jiwa (tidak akut)	5	5	5%
	7. akses pasien dari ugd menuju isolasi rawat inap jiwa (akut)	20	20	20%
5	AKSES MENUJU POLIKLINIK DAN RAWAT INAP JIWA			
	8. akses pasien dari entrance menuju poliklinik	10	0	0%
	9. penempatan poliklinik jiwa	10	0	0%
	10. akses pasien dari poliklinik menuju rawat inap jiwa	5	0	0%
	JUMLAH	100	79	79%

Sumber: Penulis (2017)

Dari pembahasan tabel diatas skor untuk aksesibilitas pada tata massa sebesar 79%. Namun pada penilaian dengan bobot 10 yaitu mengenai akses menuju poliklinik jiwa mendapatkan hasil 0 karena tidak terpenuhi aspek psikologi pada desain. Selain itu kriteria pada akses menuju ok dengan nilai dibawah standar namun nilai bobot nya terbilang kecil sehingga resiko nya pun tidak besar (membahayakan).

Adapun rekomendasi pada desain terkait aksesibilitas sebagai berikut:

- Menambah ruang recoveri khusus pasien jiwa
- Menambah ruang inap isolasi untuk pasien kritis di IRNA normal
- Merubah penempatan ruang poliklinik jiwa



Gambar30. Rekomendasi Poliklinik Jiwa
 Sumber: Penulis (2017)

2. Keselamatan dan kenyamanan bangunan pada tata massa dengan pertimbangan aspek psikologi

Tabel6. Penilaian Keberhasilan Keselamatan dan Keamanan

NO	ANALISIS AKSESIBILITAS	BOBOT	NILAI	PERSEN
1	KESELAMATAN ANTAR PASIEN (GANGGUAN JIWA & PASIEN NORMAL)			
	1. jalur pemisah pasien normal dan gangguan jiwa	20	20	20%
2.	PASIEN JIWA TERHADAP BAHAYA KEBAKARAN			
	2. radius pencapaian mobil pemadam kebakaran	40	20	20%
	3. jalur evakuasi pasien jiwa	20	5	5%
	4. jalur evakuasi pasien normal	20	20	20%
	JUMLAH	100	65	65%

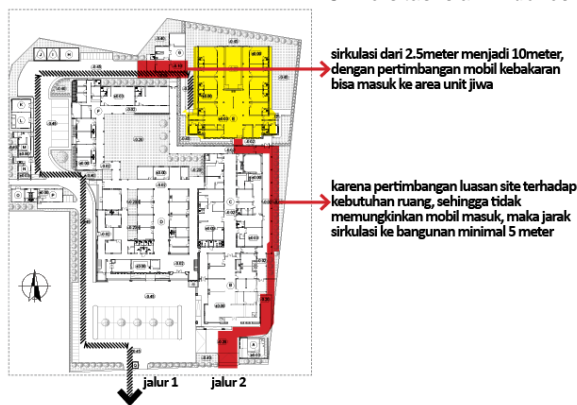
NO	ANALISIS KESELAMATAN	BOBOT	NILAI	PERSEN
1	KLASIFIKASI RUANG PASIEN INAP JIWA			
	1. rawat inap golongan kritis	2.5	1	1%
	2. rawat inap golongan akut	2.5	2.5	2.5%
	3. rawat inap golongan pemeliharaan	2.5	1	1%
	4. rawat inap golongan peningkatan kesehatan	2.5	1	1%
2.	KESELAMATAN RUANG KAMAR ISOLASI			
	5. hubungan ruang isolasi terhadap keselamatan pasien lain	10	10	10%
	6. hubungan ruang isolasi terhadap keselamatan staf pekerja	5	5	5%
	7. pengawasan pasien terhadap resiko bunuh diri/ mengamuk/ kabur	20	20	20%
	8. kualitas tata ruang	5	5	5%
3	KESELAMATAN RUANG KAMAR INAP			
	9. hubungan ruang kamar terhadap keselamatan pasien lain	10	3	3%
	10. hubungan ruang kamar terhadap keselamatan staf pekerja	5	2	2%
	11. pengawasan pasien terhadap resiko bunuh diri/ mengamuk/ kabur	15	15	15%
	12. kualitas tata ruang	5	5	5%
4	KESELAMATAN RUANG MAKAN-RUANG AULA			
	13. hubungan ruang terhadap keselamatan pasien lain	5	2	2%
	14. hubungan ruang terhadap keselamatan staf pekerja	5	2	2%
	15. pengawasan pasien terhadap resiko bunuh diri/ mengamuk	5	5	5%
	JUMLAH	100	79.5	79.5%

Sumber: Penulis (2017)

Dari pembahasan tabel 5.2 skor untuk keselamatan dan keamanan pada tata massa sebesar 65%. Skor tertinggi yaitu pada radius pencapaian mobil kebakaran dengan bobot 40% namun nilai yang didapat pada desain sebesar 20%. Keselamatan dan keamanan pada tata ruang sebesar 79,5%. Nilai ini cukup tinggi namun pada penilaian dengan bobot 10 yaitu mengenai ruang rawat inap mendapatkan hasil 3 resiko nya pun cukup besar (membahayakan).

Adapun rekomendasi pada desain sebagai berikut:

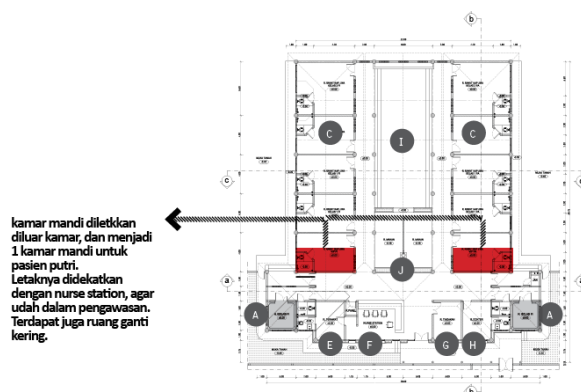
- a. Sirkulasi untuk mobil kebakaran yang menuju rawat inap jiwa



Gambar31. Rekomendasi Sirkulasi Mobil Pemadam Kebakaran

Sumber: Penulis (2017)

- b. Kamar mandi pasien diletakkan diluar



Gambar32. Rekomendasi Letak Kamar Mandi

Sumber: Penulis (2017)

3. Kenyamanan bangunan dengan pertimbangan aspek psikologi

Tabel7. Penilaian Keberhasilan Kenyamanan

NO	KRITERIA DESAIN	BOBOT	NILAI	PERSEN
1	KENYAMANAN RUANG	30	20	20%
2.	KENYAMANAN VISUAL	20	20	20%
3.	KENYAMANAN SUARA	20	20	20%
4.	KENYAMANAN PANAS	30	30	30%
	JUMLAH	100	90	90%

Sumber: Penulis (2017)

Dari pembahasan tabel diatas skor untuk kenyamanan dengan persentase 90% adapun bobot yang tidak sesuai standar hanya pada kenyamanan ruang terkait kurang ruang dikarenakan keterbatasan ruang. Dari segi psikologi ruang yang kurang ini dapat meningkatkan kesehatan pasien jiwa, namun dengan adanya ruang aula dirasa sudah cukup untuk mawadahi aktifitas pasien.

Saran dan Limitasi Penelitian

Saran

Selain rekomendasi arahan desain, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk mewujudkan desain unit rawat inap gangguan jiwa pada puskesmas antara lain:

1. Tinjauan ulang terhadap peraturan standar pemerintah terkait rumah sakit jiwa/ inap jiwa agar sesuai dan memperhatikan aspek psikologi pasien jiwa.
2. Diperlukan keseriusan dari pemerintah untuk mengembangkan peraturan yang ada. Khususnya pada aspek aksesibilitas, keselamatan, keamanan dan kenyamanan. Sehingga dapat acuan dalam mendesain rumah sakit jiwa dengan memperhatikan aspek psikologi.
3. Peran serta Arsitek, dalam hal ini perancang bangunan terkait meriset suatu teori dari ahli jiwa/ psikologi, dokter jiwa yang diperlukan untuk meningkatkan dan menjaga kualitas dalam mendesain suatu bangunan.

Limitasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan beberapa variabel yang memiliki potensi unsur subjektivitas. Variabel tersebut adalah penetapan bobot nilai pada setiap aspek kriteria desain. Sangat disadari bahwa variabel tersebut dapat menimbulkan penilaian yang berbeda pada tiap individu. Langkah yang dapat diambil untuk menghindari unsur subjektivitas adalah dengan melakukan studi persepsi terhadap kondisi suatu elemen fisik terhadap teori yang menyatakan bahwa teori tersebut merupakan faktor penting yang harus diperhatikan karena dapat berakibat fatal apabila tidak diterapkan (kematian,dll).

Untuk variabel pada kenyamanan kebisingan, panas, Sangat disadari bahwa variabel tersebut dapat menimbulkan penilaian yang berbeda pada tiap individu. Langkah yang dapat diambil untuk menghindari unsur subjektivitas adalah dengan melakukan studi persepsi menggunakan standar intensitas pencahayaan yang lebih spesifik (lux), termal, kebisingan. Langkah tersebut dapat dilakukan dan menjadi peluang penelitian selanjutnya untuk menyempurnakan penelitian ini.

Referensi

- Aedil, Muhammad & Syafar, Muhammad. H. (2013).
A.J. Mahari dkk (2005). Kiat mengatasi Gangguan Kepribadian. Yogyakarta.
Azhari Azizah Rifqi, Rinawati P. Handajani, Nurachmad Sujudwijono AS (2015). Elemen Ruang Dalam pada Fasilitas Rawat Inap Pasien Gangguan Jiwa Berdasarkan Aspek Keamanan. Universitas brawijaya.
Ching, F. D. K. (2007). Arsitektur Bentuk, Ruang dan Tatanan (3rd ed.). Jakarta: Erlangga.
Fausiah, F., & Widuri, J. (2008). Psikologi Abnormal Klinis Dewasa. (A. S. Basri, Ed.). Universitas Indonesia (UI-Press).
Gunarsa, S. D. (2008). Psikologi Perawatan. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia.
Hawani, D. (2006). Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa (3rd ed.). Jakarta: Gaya Baru.
Indonesia, M. K. R. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Klasifikasi Rumah Sakit (2010).
KEMENTERIAN. Klasifikasi Rumah Sakit (2010). Departemen Kesehatan RI KEMENTERIAN. Standar Pelayanan Rumah Sakit Jiwa (2009). Departemen Kesehatan RI.
Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2009). Ilmu Kedokteran Jiwa (2nd ed.). Surabaya: Airlangga University Press.
Rifqi, A. A., Handajani, R. P., & As, N. S. (2003). Elemen Ruang Dalam pada Fasilitas Rawat Inap Pasien Gangguan Jiwa Berdasarkan Aspek Keamanan.
Saraswati, T., & Haryangsah, R. (2003). Pengaruh tata ruang bangsal rumah sakit jiwa terhadap keselamatan dan keamanan pasien. *Jurnal Arsitektur*, 31(2), 111–119.
Satria, P. (2011). Olah Raga dan Gangguan Jiwa. Retrieved April 18, 2017, from <http://philsatria.blogspot.co.id/2011/07/olahraga%ADdan%ADgangguan%ADjiwa.html>
Setiadi, G. (2014). Pemulihan Gangguan Jiwa. Purworejo, Jawa Tengah: Tito Jiwo.
Ull. (2003). Handout Blok Kesehatan Jiwa. Yogyakarta.