

PENGARUH TATA RUANG BANGSAL RUMAH SAKIT JIWA TERHADAP KESELAMATAN DAN KEAMANAN PASIEN

Titien Saraswati

Staf Pengajar Jurusan Arsitektur FTSP Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta
titiens@indosat.net.id

Ranu Haryangshah

Alumnus Jurusan Arsitektur FTSP Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta

ABSTRAK

Bangsals suatu Rumah Sakit Jiwa (RSJ) digunakan sebagai tempat tinggal untuk pasien mental rawat inap. Harapannya ialah bahwa pasien mental akan bisa disembuhkan, atau paling tidak diperkecil "sakit"-nya sebelum mengikuti proses rehabilitasi. Namun dari penelitian ditemukan bahwa justru aspek-aspek pada elemen tata ruang dalam bangsal itu sendiri yang bisa memberikan pengaruh negatif terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa. Dalam hal keselamatan pasien mental dewasa antara lain memudahkan pasien untuk terlukai atau melukai sesama pasien. Dalam hal keamanan pasien mental dewasa antara lain memudahkan pasien untuk melarikan diri. Penelitian ini dilakukan pada bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Tipe A Prof. dr. Soeroyo di Magelang, Jawa Tengah. Temuan-temuan penelitian ini direkomendasikan untuk RSJ yang dipakai sebagai studi, namun tidak tertutup kemungkinan untuk direkomendasikan bagi RSJ yang lain bila terdapat kesamaan karakteristik pada tata ruang dalam bangsalnya, karena memang tidak ada standar baku untuk RSJ.

Kata kunci: bangsal RSJ, aspek-aspek pada elemen tata ruang dalam, pasien mental dewasa, keselamatan, keamanan.

ABSTRACT

Patients of a mental hospital stay in mental hospital wards during their ill-treatment time. The hope is that they can be recovered or at least their "illness" can be minimal before they involve in the rehabilitation process. It has been found out, according to this study, that some aspects of the elements of the interior of the ward affect negatively to the safety and security of adult patients. For example, in the means of safety, the patients might injure or be injured by another patients; while in the means of security, the patients might run away from the ward. This study has been conducted at P3/2nd Class mental hospital ward of Prof. dr. Soeroyo Mental Hospital of Type A in Magelang, Central Java. Because there is no standardized design in the interior of mental hospital wards, the findings of this study can be recommended only for the hospital has been studied. But when the wards of any other mental hospitals have similar characteristics in the interior with the interior of the ward under studied, then it can also be recommended for them.

Keywords: mental hospital ward, aspects of elements of the interior, adult patients, safety, security.

PENDAHULUAN

Rumah Sakit Jiwa pada dasarnya dihuni oleh pasien yang sakit "mental", baik ringan, sedang, maupun berat. Dengan sendirinya karakteristik pasien maupun tata ruang dalam bangsal RSJ agak berbeda dengan rumah sakit pada umumnya. Pasien penghuni RSJ nantinya akan mengikuti program rehabilitasi. Program ini membutuhkan waktu yang cukup lama karena merupakan rangkaian kegiatan yang melibatkan banyak hal mulai dari yang bersifat medik, sosial, pendidikan ataupun vokasional (DepKes

RI, 1985). Sehingga masa sebelum mengikuti program rehabilitasi ini pasien diwadahi di bangsal atau unit rawat inap. Intensitas penggunaan bangsal yang tinggi oleh pasien mental membutuhkan perhatian yang lebih besar terhadap tata ruang dalam bangsal tersebut.

Pasien RSJ memiliki karakteristik yang berbeda dari pasien rumah sakit pada umumnya. Pasien RSJ adalah pasien yang terganggu kesehatan mentalnya. Kesehatan mental menurut faham ilmu kedokteran (DepKes RI, 1985) ialah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang

optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Konflik atau permasalahan mental (*mental disorder*) yang biasanya terjadi dapat disebabkan antara lain (Kartono, 1980: 21) oleh: terbentur pada standar dan norma sosial tertentu, konflik kebudayaan, masa transisi di Indonesia, tingkat aspirasi terhadap kemewahan material. Konflik-konflik ini dapat menyebabkan terganggunya fungsi kejiwaan seseorang. Termasuk semua jenis gangguan jiwa pada prinsipnya memerlukan usaha rehabilitasi, terutama di dalamnya pasien golongan kronik yang perjalanan penyakitnya tak jelas dan menimbulkan disabilitas psikososial. Pentingnya pemeliharaan kesehatan jiwa ini juga dapat dilihat dari kecenderungan jumlah pasien yang terus meningkat lima tahun terakhir di RSJ Prof. dr. Soeroyo tersebut. Pada tahun 1997 jumlah pasien yang masuk perawatan 1.430 orang, sedangkan tahun 2001 menjadi 2.075 orang (RSJ Prof. dr. Soeroyo, 2002). Selain itu pemeliharaan kesehatan mental memiliki hubungan yang erat dengan pemeliharaan kesehatan fisik. Keduanya saling menunjang terhadap perkembangan tingkat kesehatan seseorang. Kesehatan fisik yang terjaga baik akan menumbuhkan pola hidup sehat yang berdampak secara psikis dalam kepribadian seseorang. Walaupun tidak selalu benar, penderita gangguan mental kadang-kadang menunjukkan keadaan jasmani yang memuaskan. Sedangkan cacat fisik tidak selalu menjamin adanya cacat mental (Meichati, 1983: 18).

Pasien mental pada RSJ dengan berbagai kondisi mulai dari gangguan schizofrenia, psikosi, psikoneurosis, psikosomatik dan lain-lain memiliki berbagai macam karakter kejiwaan. Karakter kejiwaan tersebut secara garis besar terbagi menjadi dua macam golongan yaitu golongan gaduh gelisah (ditangani secara *intensive care*) dan golongan tenang (ditangani secara *intermediate care*).

Secara keseluruhan psikologi manusia berkaitan erat dengan permasalahan *personality* atau kepribadian (Boedojo et al, 1986:5). Dan kepribadian tidaklah berdiri sendiri melainkan terkait erat dengan kondisi lingkungan sekitarnya. Hubungan manusia dan lingkungannya ini akan menghasilkan perilaku. Karena peranan perilaku manusia bisa menjadi titik sentral dalam hubungan manusia dengan lingkungannya, sehingga peranan psikologi, khususnya psikologi lingkungan menjadi sangat penting (Sarwono, 1995:3). Lebih lanjut Sarwono (1995:31)

mengatakan bahwa tujuan psikologi lingkungan adalah agar kita dapat menganalisis, menjelaskan, meramalkan dan kalau perlu mempengaruhi atau merekayasa hubungan antara perilaku manusia dan lingkungannya untuk kepentingan manusia dan kepentingan lingkungan itu sendiri. Dalam penelitian ini manusia adalah pasien mental dewasa, sedangkan lingkungannya ialah ruang dalam bangsal P3/Klas 2 RSJ Prof. dr. Soeroyo, Magelang.

BANGSAL RAWAT INAP RSJ

Seperti telah dituliskan di atas, sebelum pasien mengikuti program rehabilitasi maka ia ditempatkan di bangsal rawat inap. Di sini dilakukan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk menentukan diagnosa yang lebih tepat serta memperoleh terapi medik secara intensif. Pada terapi medik ini dapat ditentukan pasien mental tersebut apakah dapat langsung dipulangkan (sebagai rehabilitasi spontan), atau tetap melakukan terapi medik intensif, ataupun direhabilitasi (DepKes RI, 1985: 53). Di samping itu, bangsal juga merupakan tempat bagi pasien mental melakukan aktifitas kesehariannya seperti makan, tidur, aktifitas kebersihan, kunjungan keluarga, dan aktifitas medik. Sehingga intensitas waktu penggunaan bangsal lebih besar dibandingkan unit lainnya yang berada di lingkungan RSJ.

Bangsals dalam penelitian ini merupakan bangsal P3/Klas 2 Rumah Sakit Jiwa Tipe A Prof. dr. Soeroyo di Magelang, Jawa Tengah. Semua bangsals yang ada di RSJ tersebut memiliki bentuk dan rancangan arsitektural yang sama, hanya dibedakan pada jenis penggunaannya dan kelas pelayanannya. Sehingga bangsal P3/Klas 2 bisa mewakili semua bangsals yang ada. Beberapa pertimbangan yang mendasari dipilihnya bangsal tersebut antara lain ialah: (1) Bangsal P3/Klas 2 ini mewadahi aktifitas keseharian pasien mental laki-laki¹ dewasa, yaitu kelompok umur 35 - 65 tahun. Pasien mental dewasa laki-laki kelompok umur tersebut merupakan kelompok pasien terbesar dibandingkan kelompok pasien yang lain. Data dari laporan akuntabilitas RSJ tersebut tahun

¹ Keterbatasan melakukan survei lapangan menjadikan yang diobservasi hanya bangsal yang dihuni pasien laki-laki dewasa. Bila dilakukan juga observasi terhadap bangsal yang dihuni pasien perempuan dewasa, hal ini agak riskan bagi petugas survei, karena petugas survei tetap (*full time*) berkelamin laki-laki. Lagipula observasi tidak bisa dilakukan hanya dalam sehari dua hari.

2001, pasien laki-laki Klas2 berjumlah 872 orang dengan pembagian kelompok umur masa dewasa (25 - 44 tahun) sebanyak 689 orang dan dewasa tua (45 - 64 tahun) sebanyak 106 orang (RSJ Prof. dr. Soeroyo, 2002: 21 dan 35) Dikatakan bahwa usia dewasa memiliki potensi yang besar untuk mengalami gangguan mental (*mental disorder*). (2) Bangsal P3/Klas 2 tersebut merupakan salah satu bangsal terlama dan pertama dari tiga jenis bangsal di kelasnya (P1/Klas 2 dan P4/Klas 2²) bagi pasien mental dewasa. (3) Bangsal P3/Klas 2 sebagian besar dimanfaatkan bagi pasien mental dewasa yang telah melalui penenangan di unit pelayanan intensif pria sehingga masih rentan terhadap permasalahan keamanan dan keselamatan.

Pada dasarnya lingkungan memiliki rangsangan/stimuli dan tidak semua rangsangan tersebut berhasil direspon dengan baik oleh manusia, ada beberapa bagian yang dilengkapi sendiri oleh manusia sesuai dengan tingkat pengalamannya. Sistem pengenalan manusia terhadap lingkungannya pada pasien mental mengalami kemunduran yang serius. Respon dari stimuli dari lingkungan tidak dapat dipahami dengan baik sehingga harus disusun kembali melalui program rehabilitasi di RSJ. Sehingga, tata ruang dalam yang baik pada unit rawat inap / bangsal diharapkan dapat menimbulkan rangsangan/stimuli bagi pasien mental hingga akhirnya mau melakukan tindakan atau kegiatan yang bermanfaat. Kualitas ruang dalam pun akan menentukan tanggapan-tanggapan emosional dasar dari pengguna ruang tersebut. Adapun tanggapan emosional dasar yang berhubungan dengan kualitas ruang dalam dan lingkungan di sekitarnya tersebut antara lain: tegangan, pengenduran/*relaxation*, ketakutan, keriangnan.

Adanya berbagai kecelakaan yang dialami pasien mental laki-laki dewasa pada bangsal rawat inap P3/Klas 2 RSJ Prof. dr. Soeroyo di Magelang, baik kecelakaan yang dilakukan oleh pasien itu sendiri (misalnya: bunuh diri) maupun kecelakaan yang disebabkan oleh faktor lain menimbulkan dugaan bahwa ada aspek-aspek pada elemen-elemen tata ruang dalam bangsal itu yang ikut berperan sebagai penyebab kecelakaan itu terjadi.

² Penelitian dan survai lapangan dilakukan pada bulan Januari s/d Juli 2003. Bila setelah itu ada jenis bangsal yang tidak sama dengan data di atas bisa saja terjadi. Perbedaan itu merujuk pada tipe pelayanannya.

METODE PENELITIAN

Di dalam memilih metode penelitian, baik metode mencari data maupun metode menganalisis data, akan bergantung pada tujuan³ penelitiannya. Sommer dan Sommer (1980:7) dan Zeisel (1981:87) mengatakan bahwa meskipun setiap metode mempunyai karakteristik sendiri, menggunakan *multiple-method research approach* akan membuahkan potensi maksimal dari masing-masing metode itu bila digunakan secara bersama. Mengambil contoh penelitian perilaku (*behavioral research*)⁴ yang sering dilakukan oleh peneliti dari disiplin arsitektur, beberapa panduan untuk memilih metode yang dipakai dapat dilihat pada tabel yang direkomendasikan oleh Sommer dan Sommer (1980: 9). Berdasarkan hal itu maka penelitian ini memakai *multiple-method research approach* dengan melakukan metode pengamatan langsung di bangsal itu (memetakan sirkulasi dan kegiatan penghuninya, mendata elemen-elemen tata ruang dalamnya, mengukur dan menggambar denah ruang-ruang di dalam bangsal itu), melakukan wawancara pada yang berkompeten, serta beberapa hal teknis lainnya yang diperlukan.

Analisis dilakukan dengan melakukan *superimposed* dari pemetaan perilaku (*behavioral mapping*) dari Sommer dan Sommer (1980). Menurut Sommer dan Sommer (1980: 160-161) pemetaan perilaku ini disebut juga pemetaan kegiatan (*activity mapping*). Dari tujuan penelitian yang dirumuskan, maka pemetaan perilaku ini terfokus pada *place-centered mapping*⁵, yaitu menunjukkan bagaimana orang-orang menata dirinya di dalam suatu *setting* atau ruang tertentu. Jadi *superimposed* terhadap pemetaan perilaku ini meliputi pemetaan perilaku, kegiatan serta sirkulasinya, ruang, dan elemen-elemen tata ruang dalamnya.

Lebih lanjut Sommer dan Sommer (1980: 162) mengatakan bahwa yang harus dilakukan

³ Tujuan penelitian ialah mencari apa yang menyebabkan elemen-elemen tata ruang dalam bangsal P3/Klas 2 RSJ tipe A Prof. Dr. Soeroyo di Magelang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa.

⁴ Penelitian perilaku (*behavioral research*) pada studi ini ialah penelitian perilaku biasa seperti yang diusulkan oleh Sommer dan Sommer (1980) serta Cohen dan Ryzin (1979), bukan penelitian perilaku yang diusulkan oleh Irwin Altman dan dikembangkan oleh Moore (1979) yang menyentuh sampai pada konsep fenomena lingkungan - perilaku.

⁵ Menurut Sommer dan Sommer (1980: 161-169) terdapat dua kategori pemetaan perilaku, yaitu *place-centered maps* dan *person-centered maps*.

pertama kali ialah menggambar denah atau diagram yang menunjukkan aspek-aspek arsitektural atau lingkungan di dalam ruang dalam yang berpengaruh terhadap perilaku penghuni ruang dalam itu. Di sini gambar denah dan data harus berdasarkan data terbaru pada saat survai itu dilakukan, bukan berdasarkan *blue print* dari gambar arsitektural yang kemungkinan sudah *out of date*. Menurut Sommer dan Sommer (1981: 162) serta Zeisel (1981: 223-224), analisis akan melibatkan beberapa hal, yaitu: ruang, manusia, sirkulasinya, dan elemen-elemen fisik di dalam ruang dalam yaitu obyek dan *barrier* atau penghalang. Obyek di dalam ruang dalam dapat berupa tempat tidur, kursi, meja, lemari, peralatan sanitair, dan sebagainya; sedangkan penghalang dapat berupa dinding, pintu, langit-langit, lantai, dan jendela.

ASPEK-ASPEK PADA ELEMEN TATA RUANG DALAM YANG BERPENGARUH TERHADAP KESELAMATAN DAN KEAMANAN PASIEN

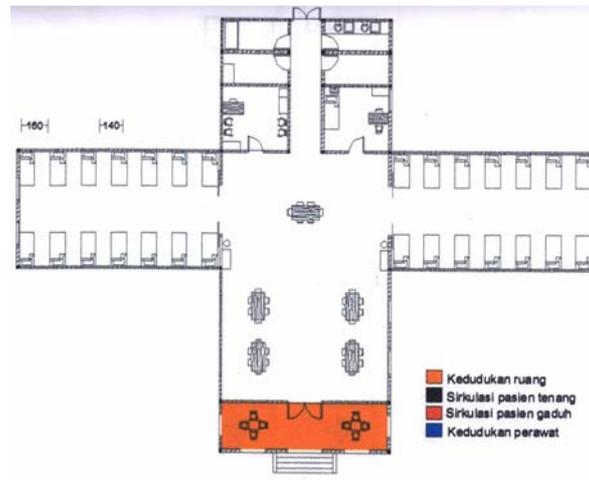
Gangguan kejiwaan pada umumnya memiliki kecenderungan yang hampir sama terhadap perilaku pasien mental itu sendiri. Sehingga fungsi pengawasan menjadi sangat penting terutama bagi pasien mental dewasa untuk dapat mengikuti program rehabilitasi dengan baik. Fungsi pengawasan pada RSJ dapat secara fisik maupun psikologis:

1. Pengawasan secara fisik diberikan oleh bangunan yang melingkupinya, dalam hal ini ruang dalam unit rawat inap atau bangsal P3/Klas 2. Namun ada hal yang harus diperhatikan dari pengawasan secara fisik tersebut yaitu meminimalkan pasien mental dari kemungkinan terlukai atau melukai dari penggunaan ruang yang melingkupinya, dalam hal ini elemen-elemen tata ruang dalam bangsal tersebut.
2. Pengawasan secara psikologis diperoleh dari para tenaga medik atau perawat di lingkungan RSJ tersebut. Pengawasan psikologis ini lebih kepada pendekatan psikologis dan medik sehingga pasien mental dapat mengikuti program rehabilitasi.

Pengawasan secara fisik dapat dimulai dari melihat elemen-elemen tata ruang dalam pada bangsal itu, antara lain: lantai, dinding, langit-

langit, bukaan, perabot, serta organisasi ruang. Sedangkan aspek-aspek pada elemen tata ruang dalam itu antara lain: pola, warna, bahan, dimensi, tekstur, dan sebagainya.

Satu bangsal P3/Klas 2 meliputi ruang-ruang: teras atau ruang tamu, ruang makan, kamar tidur pasien gaduh, kamar tidur pasien tenang, ruang perawat, ruang dokter, gudang, km/wc perawat, km pasien, wc pasien, selasar.



Denah bangsal P3/Klas 2 RSJ Prof. dr. Soeroyo, Magelang (dokumentasi penulis/RH)

Seperti telah disebutkan pada metode penelitian, analisis dilakukan dengan melakukan *superimposed*⁶ pemetaan perilaku yang meliputi pemakai, kegiatan, sirkulasi, serta elemen-elemen fisik tata ruang dalamnya baik obyek maupun penghalang (*barrier*). Data pendukung lain di antaranya: perilaku pasien di ruang-ruang tertentu yang berhubungan dengan keamanan dan keselamatan pasien, serta elemen-elemen fisik tata ruang dalam yang digunakan pasien yang membahayakan dirinya maupun pasien lain. Aspek-aspek pada elemen-elemen fisik tata ruang dalam inilah yang dicari mengapa berbahaya bagi keselamatan dan keamanan pasien. Secara ringkas hasilnya sebagai berikut:

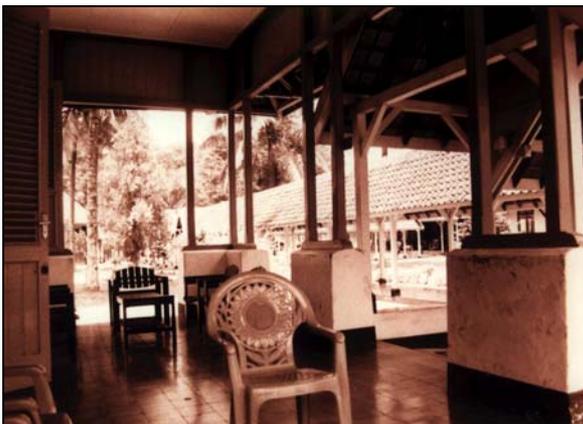
⁶ Hasil *superimposed* pemetaan perilaku tidak ditampilkan di sini karena variabelnya sangat banyak. Variabel pemakai: pasien, perawat / dokter, pengunjung, petugas kebersihan. Variabel kegiatan: mandi, makan pagi - siang - malam, pemeriksaan medik rutin, istirahat, nonton TV, dsb. Variabel sirkulasi: dari ruang ke ruang dari berbagai ruang yang ada dalam bangsal P3/Klas 2, organisasi ruang. Variabel elemen-elemen fisik tata ruang dalam: meja, kursi, tempat tidur, lemari, peralatan makan, peralatan mandi, peralatan kebersihan, pintu, jendela, teralis, lantai, dinding, langit-langit. Variabel lain: warna, bahan, tekstur, dan lain-lain.

1. Ruang Tamu (teras)

Karena ruang tamu menempati teras depan, maka pada saat hujan ruangan akan menjadi basah. Hal ini memudahkan pasien untuk terjatuh / terpeleset⁷. Kedudukan perawat yang berjarak 14.5 meter dari ruang tamu menyebabkan lambatnya antisipasi terhadap kemungkinan pasien jatuh/terpeleset.



Ruang tamu (teras)_(dokumentasi penulis/TS)



Suasana ruang tamu (teras) (dokumentasi penulis/TS)

Dibutuhkan lantai yang mudah dibersihkan, tidak licin, cepat kering ketika basah oleh air hujan, kedap air dan tidak lembab. Dinding rendah yang sudah ada membantu agar air hujan tidak banyak yang masuk ke teras. Sebaiknya membuat lagi penutup (dinding) rendah (kira-kira 0.60 meter dari lantai) untuk mencegah air

⁷ Agar diingat bahwa pasien di RSJ ialah pasien yang mengalami gangguan mental, sehingga pemikiran dan perilakunya berbeda dengan pasien di rumah sakit biasa. Sehingga, bila pasien di rumah sakit biasa bisa mengantisipasi bawa dirinya akan terpeleset bila berjalan di lantai basah, tidak demikian dengan pasien RSJ. Kadangkala pasien RSJ berlaku seperti anak kecil, harus diingatkan, harus diberi tahu, dan sebagainya.

hujan tidak langsung tampias ke lantai. Dinding rendah ini berfungsi pula sebagai tempat duduk bila hari tidak hujan. Kedudukan perawat diusahakan lebih dekat ke ruang tamu.

2. Ruang Makan

Kondisi ruangan pada siang hari cukup baik dengan pencahayaan alam dari bukaan-bukaan yang lebar. Sedangkan pada malam hari secara psikologis mengakibatkan ketegangan bagi pasien karena kondisi ruang yang tertutup, langit-langit tinggi 4.2 meter, pencahayaan buatan yang kurang terang (tidak sebanding dengan luas ruangan). Hal ini mengakibatkan pasien menjadi agresif, berkelahi dengan pasien lain dengan menggunakan meja, kursi, bahkan peralatan makan. Kedudukan ruang makan yang menjadi jalur sirkulasi dari berbagai ruang di bangsal itu menjadikan terjadinya interaksi antar pasien, yang kemungkinan bisa terjadi keributan bila ruangan agak gelap. Kedudukan perawat berada di tengah ruang makan, sehingga lebih memudahkan pengawasan.



Ruang makan (dokumentasi penulis/TS)



Perabot/meja kursi makan_(dokumentasi penulis/TS)

Penerangan buatan pada malam hari bisa lebih banyak atau lebih terang, agar pasien tidak merasa tegang. Pintu pada ruang makan sebaiknya *design*nya tidak berkesan menutup / mengisolasi pasien. Pengaturan meja kursi makan dibuat tidak menghalangi sirkulasi, karena bila pasien saling bersenggolan bisa saja menimbulkan kejadian yang tidak diinginkan. Bisa diusahakan pula bahwa meja kursi makan dipinggirkan merapat dinding bila tidak ada aktivitas makan. Meja kursi makan maupun peralatan makan agar dari bahan plastik yang liat dan tidak ada sisi-sisinya yang tajam.

3. Ruang Tidur pasien tenang

Pasien tenang umumnya lebih kooperatif, namun kemungkinan melarikan diri tetap terjadi melalui jendela (jendela tidak berteralis) ataupun langit-langit. Melalui langit-langit dengan cara menjungkirkan tempat tidur sehingga bisa dipakai memanjat untuk mencapai langit-langit. Kondisi ruang yang tertutup dan tinggi serta penyinaran buatan yang kurang merata pada malam hari menimbulkan suasana tegang bagi pasien. Siang hari tidak demikian karena jendela-jendela yang lebar memasukkan banyak cahaya alam dari luar. Pengawasan dari tempat perawat kurang jelas terlihat secara langsung.

Diusahakan warna dinding memakai warna yang berkesan “teduh” atau “dingin”, untuk meredam emosi. Warna dinding diusahakan pula berbeda antara bagian bawah sampai setinggi 3.0 meter dari lantai (warna muda) dengan bagian selanjutnya sampai batas langit-langit (warna tua), agar dinding berkesan rendah. Pencahayaan buatan diusahakan lebih banyak, merata, dan lebih terang pada malam hari. Pintu dibuat lebih kuat dan dikunci dari luar pada malam hari agar pasien tidak bisa melarikan diri. Demikian pula jendela, sudah dilakukan diberi kunci atau gerendel tambahan yang dikuncikan dari luar pada malam hari. Tempat tidur pasien agar dibuat “permanen” pada kedudukannya sehingga tidak bisa dijungkirkan oleh pasien. Kedudukan perawat diusahakan bisa melihat aktivitas di ruang itu, baik siang maupun malam hari.



Pintu ke arah ruang tidur pasien tenang (dokumentasi penulis/TS)



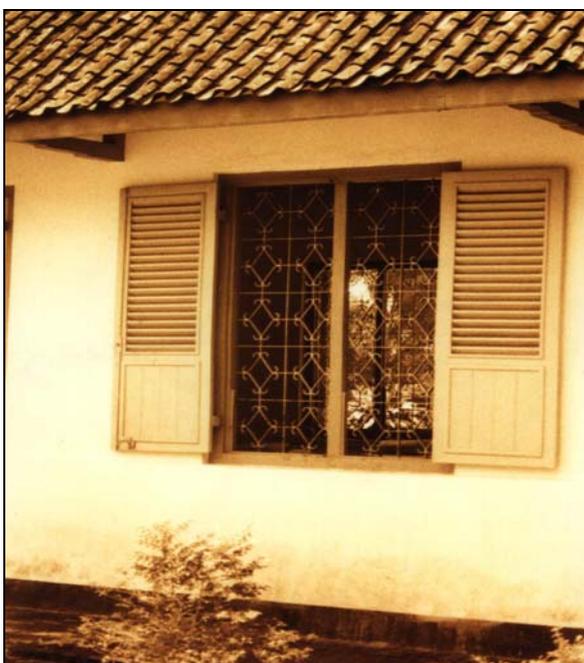
Jendela ruang tidur pasien tenang tidak berteralis (doumentasi penulis/TS)

4. Ruang Tidur pasien gaduh

Pasien gaduh sulit sekali diprediksi pola perilakunya. Kejadian bunuh diri bisa terjadi dengan tiba-tiba tanpa ada penyebabnya. Jendela ruang tidur ini berteralis dengan motif atau pola yang rapat maupun renggang, bisa dipakai untuk pijakan dan menggantungkan diri dengan selimut, kain atau sejenisnya. Selain itu, teralis juga dipakai sebagai pijakan untuk melarikan diri melalui langit-langit. Ketertutupan dan ketinggian ruang dengan pencahayaan buatan yang kurang terang pada malam hari menimbulkan perasaan tegang, sehingga terjadi perkelahian antar pasien, pasien bersikap agresif. Fasilitas urinoir yang diletakkan di ruang itu kadang menyebabkan lantai menjadi licin dan membuat pasien terpeleset dan juga menyebabkan pasien melantarkan diri (bersikap jorok/kotor). Pengawasan dari perawat juga kurang memadai karena tidak bisa melihat langsung ke ruang itu.



Pintu ke arah ruang tidur pasien gaduh berteralis (dokumentasi penulis/TS)



Jendela ruang tidur pasien gaduh berteralis (dokumentasi penulis/TS)

Sama dengan ruang tidur pasien tenang, dilakukan perbaikan pada warna dinding, pencahayaan buatan, pintu dan jendela, tempat tidur dibuat “pemanen” kedudukannya, dan kedudukan perawat dibuat agar lebih jelas mengawasi ruang itu. Jendela berteralis sebaiknya memakai motif yang rapat, atau jendela tidak berteralis sama sekali tetapi harus ditutup dengan bahan yang bisa memasukkan udara namun cukup kuat. Fasilitas urinoir sebaiknya tidak berada di tengah ruangan, namun sebaiknya diletakkan dipinggir ruang dan mempunyai kemiringan lantai yang bisa mengalirkan air ke luar ruang dengan cepat dan jarak alirannya sependek mungkin..

5. Ruang Medik (ruang perawat dan ruang dokter)

Suasana ruang ini tidak terlalu berpengaruh terhadap pasien karena intensitas pemakaian ruang yang relatif singkat atau dalam waktu tertentu saja. Fungsi pengawasan dari ruang perawat ke tempat pasien jelas terlihat, namun dari ruang dokter tidak jelas terlihat. Dalam saat tertentu pasien bisa bersikap agresif di ruang ini, meskipun ada dokter dan perawat. Hal ini bisa membahayakan bila alat-alat medik tidak mempunyai tempat penyimpanan yang tertutup.



Pintu ke arah ruang medik (dokumentasi penulis/TS)



Bovenlicht berteralis pada km/wc dan gudang (dokumentasi penulis/TS)

Dinding agar berwarna “teduh” dan “dingin” untuk meredam agresifitas pasien. Lemari penyimpan alat medik agar berbahan kuat dan tidak mudah dibuka oleh pasien. Demikian pula meja kursi lebih baik dari bahan plastik yang liat dan tidak mempunyai sisi-sisi yang tajam. Bisa ditambahkan *alarm* bila tiba-tiba pasien menyerang dokter atau perawat, atau ditambahkan jendela kecil yang berfungsi

sebagai tempat pengawasan melihat ke dalam ruang.

6. Km/wc pasien

Pengawasan dari ruang perawat kurang jelas untuk mengantisipasi bila pasien melarikan diri melalui langit-langit karena rendahnya ketinggian ruang (hanya 3,0 meter). Pasien melarikan diri melalui langit-langit dengan berpijak pada bak mandi atau teralis. Letak ruang ini yang berada agak jauh di belakang menyulitkan perawat untuk mengawasi pasien. Pasien juga kadang menelantarkan diri atau bersikap jorok / kotor di ruang ini, namun tidak bisa dilihat oleh perawat. Sehingga kemungkinan jatuh atau terpeleset menjadi besar. Hanya ada bovenlicht berteralis yang terletak hanya 2,5 meter dari lantai memudahkan pasien menggunakannya sebagai alat penggantung untuk bunuh diri.

Langit-langit dibuat lebih kuat agar tidak mudah dijebol dari bawah untuk melarikan diri. Atau langit-langit ditinggikan bila mungkin. Tidak mungkin untuk mengawasi pasien bila sedang berada di ruang ini. Teralis dibuat dengan *design* yang rapat atau lebih kuat, atau tidak ada teralis sama sekali. Lantai dibuat dengan kemiringan yang memudahkan air mengalir cepat. Sebaiknya bahan lantai tidak licin bila kondisi basah, dan mudah dibersihkan. Tidak mungkin melakukan pengawasan langsung bila pasien sedang berada di ruang ini

7. Ruang-ruang pendukung

Ruang gudang, bila pasien tiba-tiba menerobos masuk ruang ini, bisa dipakai untuk melarikan diri melalui langit-langit. Ruang gudang juga hanya mempunyai bovenlicht berteralis.

Pintu ruang agar kuat dan selalu terkunci. Dibuat *design* pintu yang tidak menarik, sehingga pasien tidak tergoda untuk masuk ke ruang itu.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Aspek-aspek pada elemen tata ruang dalam yang berpengaruh terhadap keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa di bangsal P3/Klas2 sangat beragam, hampir semuanya bersifat teknis seperti pola, warna, bahan, dimensi, tekstur, dan sebagainya. Bagaimanapun juga, pengawasan secara fisik dan psikologis

oleh manusia lebih berperan penting (dalam hal ini pengawasan oleh perawat atau tenaga medik), namun aspek-aspek dari elemen-elemen fisik tata ruang dalam bisa membantu fungsi pengawasan tersebut, di sini bisa membantu mencegah terjadinya hal yang membahayakan pasien atau antar pasien. Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk bangsal tersebut sebagai berikut:

1. Pengawasan oleh perawat dengan menempatkan perawat lebih banyak di bangsal itu. Atau pada saat tertentu perawat berpindah tempat kedudukan. Bila mungkin, penyusunan organisasi ruang diusahakan perawat bisa mengawasi dengan jelas semua ruang dari tempat duduknya. Konsekuensinya ada perubahan rancangan denah dan organisasi ruang.
2. Bila perabotan/*furniture* tidak sedang digunakan, terutama di ruang makan, maka diusahakan disingkirkan atau ditaruh merapat dinding agar jalur sirkulasi lebih lebar, untuk menghindari pasien saling bersenggolan.
3. Peninggian langit-langit dimungkinkan namun bisa merubah rancangan tampak yang ada, bisa merubah *design* bangunan keseluruhan.

Sedangkan aspek-aspek pada elemen tata ruang dalam yang perlu diperhatikan untuk keselamatan dan keamanan pasien mental dewasa direkomendasikan sebagai berikut:

1. Lantai
Sebaiknya lantai mempunyai permukaan bermotif yang tidak rata (bertekstur) namun mudah dibersihkan, tidak licin, cepat kering bila basah, berwarna terang.
2. Dinding
Sebaiknya dinding menggunakan warna terang dan berkesan "teduh", permukaan dinding rata (tidak bertekstur), kedap air, untuk ruang-ruang tertentu dinding diberi bukaan (lubang) untuk melakukan pengawasan ke dalam ruang. Untuk mengurangi kesan dinding yang terlalu tinggi (4.2 meter) maka sebagian dinding bagian atas (dimulai kira-kira 3 meter dari lantai) diberi warna agak gelap.
3. Pintu
Rancangan pintu sebaiknya tidak berkesan tertutup atau mengisolasi pasien. Pintu sorong di ruang tidur lebih aman digunakan dari pada pintu yang membuka ke luar atau ke dalam (ayunan pintu bisa berbahaya bagi pasien). Pintu juga harus kuat, berwarna terang, diberi

- tambahan kunci atau gerendel pada bagian luar agar pasien tidak bisa melarikan diri pada malam hari.
4. Jendela
Jendela sebaiknya tidak berkesan menutup atau mengisolasi pasien. Jendela harus kuat, berwarna terang, tetap diberi tambahan kunci atau gerendel pada bagian luar agar pasien tidak bisa melarikan diri pada malam hari. Jendela sebaiknya tetap lebar agar bisa memasukkan banyak cahaya.
 5. Teralis
Sebaiknya diberi pola atau motif yang rapat atau motif yang sekiranya sulit untuk dipakai sebagai alat penambat (cantolan) - misalnya motif-motif vertikal. Cara lain yaitu teralis pada jendela dibuat hanya sampai setinggi 1.5 meter dari lantai sehingga tidak bisa dipakai sebagai tambahan untuk menggantung diri maupun tidak bisa dipakai sebagai pijakan untuk menuju langit-langit untuk melarikan diri. Di atas teralis (yang hanya 1.5 meter itu) ditutup dengan bahan tembus cahaya namun bukan kaca, tetapi cukup kuat.
 6. Langit-langit
Bahan langit-langit sebaiknya berwarna terang. Sebaiknya dibuat lebih kuat, atau di atas langit-langit diberi penghalang atau lembaran seng (di atas usuk) agar pasien tidak bisa melarikan diri melalui langit-langit.
 7. Perabot / *furniture*
Meja kursi sebaiknya berbahan kuat dan elastis, kokoh, tahan lama, misalnya bahan plastik. Diusahakan tidak ada sisi-sisinya yang tajam, dan berwarna terang (misalnya putih). Demikian pula peralatan makan sebaiknya dari bahan plastik / melamin. Meja dan kursi makan diusahakan disingkirkan atau ditaruh merapat dinding bila tidak sedang digunakan sehingga ruang menjadi lebar untuk sirkulasi. Tempat tidur diusahakan "permanen" kedudukannya (kaki tempat tidur ditanam di lantai) agar tidak bisa digerakkan dan dijungkirkan pasien. Juga harus tidak ada sisi-sisi tempat tidur yang tajam. Lemari perawat maupun dokter harus kuat agar tidak bisa dibuka pasien. Demikian pula peralatan mandi dan peralatan kebersihan sebaiknya memakai bahan plastik dan tidak tajam.
 8. Organisasi dan hubungan ruang
Kedudukan pengawas sebaiknya bisa mengawasi semua ruang yang ada. Hal ini mempunyai konsekuensi perubahan organisasi ruang maupun perubahan rancangan denah.

DAFTAR PUSTAKA

- Boedoyo, Poedio et al. *Arsitektur, Manusia dan Pengamatannya*. Jakarta: Penerbit Djambatan, 1986.
- Cohen, Uriel dan Ryzin, Lani van. "Research in Architecture." Dalam J.C. Snyder dan A.J. Cathanese (ed) *Introduction to Architecture*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1979.
- Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia*. Jakarta: DepKes RI, 1985.
- Kartono, Kartini. *Mental Hygiene (Kesehatan Mental)*. Bandung: Penerbit Alumni, 1980.
- Meichati, Siti. *Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Yayasan Penerbit Fakultas Psikologi UGM, 1983.
- Moore, Gary T. "Environment-Behavior Studies." Dalam J.C. Snyder dan A.J. Cathanese (ed) *Introduction to Architecture*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1979.
- Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2001*. Magelang: RSJ Prof. Dr. Soeroyo, 2002.
- Sarwono, Sarlito Wirawan. *Psikologi Lingkungan*. Jakarta: PT Gramedia, 1985.
- Sommer, Robert dan Sommer, Barbara B. *A Practical Guide to Behavioral Research. Tools and Techniques*. New York: Oxford University Press, 1980.
- Zeisel, John. *Inquiry by Design: Tools for Environment-Behavior Research*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.