

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Definisi depresi menurut *World Health Organization* (WHO) (2010) merupakan gangguan serius pada suasana hati yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, seperti kehilangan minat terhadap sesuatu, memiliki perasaan bersalah berlebih, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi. Ada tiga tingkat depresi, yaitu *mild depressive episode* (depresi ringan), *moderate depressive episode* (depresi sedang), dan *severe depressive episode* (depresi berat) (WHO, 2010). Dampak dari definisi sendiri ini dapat menyebabkan isolasi sosial, tindakan bunuh diri dan mengganggu kualitas hidup penderita. Depresi merupakan gangguan mental yang umum sehingga depresi masih bisa diobati atau diatasi hingga penderita pulih dengan kombinasi terapi dan obat antidepresan (Alan E. Kazdin., 2000).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018), hanya 9% pengidap depresi yang berobat atau menemui bantuan profesional, sedangkan 91%-nya tidak berobat atau mencari bantuan profesional. Hasil Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan bahwa gangguan depresi sudah mulai sejak umur 15-24 tahun dengan prevalensi 6,2%. Pola prevalensi ini akan semakin meningkat seiring dengan peningkatan usia, usia tertinggi adalah usia 75+ tahun 8,9%, 65-74 tahun dengan 8,0% dan 55-64 tahun sebesar 6,5% (KemenKes RI, 2019). Hal ini disebabkan karena Banyaknya stigma negatif terhadap yang menjadi penghambat kepada pengidap depresi untuk mencari bantuan profesional maupun non-profesional dengan alasan takut, malu, dan bahkan berpikir jika mencari bantuan mereka akan dianggap tidak waras (Khadijah Nur Azizah, 2019). Stigma yang masih menyelimuti isu kejiwaan di Indonesia dikarenakan sebagian besar masyarakat Indonesia masih mempercayai bahwa gangguan kesehatan jiwa disebabkan oleh hal yang supranatural dan hal yang tidak rasional (KemenKes RI, 2019).

Pelayanan kesehatan jiwa untuk depresi di Indonesia saat ini tersedia di tingkat primer yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), sekunder yaitu Rumah Sakit Umum (RSU) yang memiliki dokter spesialis kedokteran jiwa (SpKJ), dan di tingkat tersier adalah Rumah Sakit Jiwa (RSJ), tidak adanya layanan kesehatan jiwa khusus depresi saat penderita mengalami fase *mild-moderate* (Idaiani & Riyadi, 2018). Selama ini pengaturan bangunan serta fasilitas perawatan untuk layanan kesehatan gangguan jiwa atau mental hanya mencoba untuk memenuhi standar yang telah diterapkan oleh Kementerian Kesehatan Nasional RI (KEMENKESNAS RI) tanpa memikirkan keterkaitannya dengan terapi yang akan diterapkan pada pasiennya (Indira, Wardhana, Indraprasti, & Belakang, 2017).

Berdasarkan Riskesdas (2018), prevalensi depresi DKI Jakarta adalah 5,9. Data dari Profil Kesehatan Kab-Kota menyatakan bahwa kunjungan gangguan jiwa pada provinsi DKI Jakarta memiliki 298.018 kunjungan, (Profil Kesehatan DKI Jakarta, 2017). DKI Jakarta sendiri merupakan ibu kota Indonesia yang sangat aktif dan banyak kegiatannya, rata-rata penderita depresi terjadi karena tekanan ekonomi, sosial, pendidikan, maupun genetik (Maria, 2018). Meskipun DKI Jakarta telah memiliki ragam fasilitas kesehatan jiwa untuk depresi dan menerapkan standar dari KEMENKESNAS, fasilitas dan kualitas ruangnya masih belum memenuhi kebutuhan yang akan diterapkan kepada penderita depresi *mild* dan *moderate*.

Menurut Klaassen dan R. Bogdan (2014) depresi selama ini masih dirawat di RSJ bersama dengan masalah atau gangguan mental yang lebih parah seperti *psikotik*, *skizofrenia*, dll dengan ditematkannya pengidap depresi dalam kelompok yang lebih parah membuat mereka menanggapi bahwa RSJ merupakan tempat yang negatif dan menakutkan. Menurut Klaassen yang merupakan psikiater sosial yang berasal dari Belanda mengatakan bahwa saat di RSJ seseorang tersebut akan menemukan orang yang sangat sakit, sehingga dapat membuat seseorang tersebut merasa semakin depresi hanya dengan melihat, mereka akan berpikir bahwa mereka tergolong dengan kelompok yang sama. Pengidap depresi cenderung lebih peka terhadap faktor emosional, dan dengan membuat mereka ke dalam lingkungan yang negatif akan membuat keadaannya semakin buruk. Oleh karena itu perlu adanya suasana atau atmosfir yang positif dikarenakan atmosfer yang positif juga dibutuhkan saat psikoterapi. Untuk menciptakan suasana atmosfer yang positif

pendekatan arsitektur terapeutik merupakan pilihan yang tepat, dimana inti dari arsitektur terapeutik adalah merancang ruang sesuai dengan persepsi dan fisiologi orang, serta praktik terbaik dalam terapeutik.

Arsitektur terapeutik melibatkan penggunaan lingkungannya untuk menjadi restoratif dan mendukung kesehatan dan kesejahteraan pengguna (Johnstone & Chrysikou, n.d.). Istilah arsitektur terapeutik tidak sering digunakan, biasanya lebih akrab disebut sebagai desain yang berfokus atau terpusat pada pasien, dan berbasis bukti (Johnstone & Chrysikou, n.d.).

Dalam studi Fisher, Roger Ulrich mempresentasikan desain “berbasis bukti” di fasilitas kesehatan yang mengintegrasikan alam, cahaya alami (*daylight*), dan seni dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan dan depresi, mengurangi stres dan nyeri serta biaya yang rendah (Fisher, n.d.). Menurut John Ziesel dalam studi Fisher, dengan mengaplikasikan desain terapeutik atau lingkungan terapeutik dapat mendukung pasien untuk mengurangi gejala disorientasi, agitasi, agresivitas, halusinasi, penarikan sosial, dan depresi (Fisher, n.d.). Indikator dalam arsitektur terapeutik menyangkut lingkungan binaan dan lingkungan kesehatan manusia dimana memperhatikan peran desain spasial, cahaya, termal, dan sonik yang berhubungan dengan otak, pikiran, tubuh, dan perilaku manusia (Youssef, n.d.).

Dari isu yang telah dibahas perlu adanya pusat rehabilitasi depresi *mild-moderate* di DKI Jakarta yang menerapkan pendekatan arsitektur terapeutik, dengan tujuan dapat menciptakan atmosfer atau suasana yang positif bagi penderita. Dengan tipologi ini stigma terhadap depresi dapat dibantas dan penderita depresi *mild* dan *moderate* akan datang untuk mencari bantuan profesional dengan fasilitas yang telah dirancang berdasarkan kebutuhan penderita depresi *mild* dan *moderate*.

## **1.2. Rumusan Masalah**

1. Tidak adanya fasilitas pusat rehabilitasi khusus depresi tingkat *mild-moderate* di DKI Jakarta.
2. Perlu adanya wadah/program ruang untuk penanganan depresi *mild-moderate* sehingga mendukung kegiatan pusat rehabilitasi.

3. Perlunya atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik untuk pusat rehabilitasi depresi *mild-moderate* dengan tujuan mendukung pasien melakukan penyembuhan, sehingga perlu dicari apa saja indikator ruang positif dalam arsitektur terapeutik.

### **1.3. Permasalahan Perancangan**

1. Bagaimana merencanakan tapak yang layak untuk lingkungan pusat rehabilitasi depresi tingkat *mild-moderate*?
2. Bagaimana program perancangan arsitektur yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan pusat rehabilitasi depresi tingkat *mild-moderate*?
3. Bagaimana indikator dan kriteria atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik untuk pusat rehabilitasi depresi tingkat *mild-moderate*?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

1. Memberikan solusi arsitektural dalam mewadahi tempat untuk pemulihan para pengidap depresi tingkat *mild* dan *moderate* untuk mencegah tingkat *severe depressive*.
2. Menyediakan program ruang yang dibutuhkan oleh penderita depresi *mild* dan *moderate* untuk mendukung kegiatan pusat rehabilitasi depresi *mild* dan *moderate*.
3. Menciptakan kualitas ruang yang menerapkan atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik untuk pusat rehabilitasi depresi *mild* dan *moderate*.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

- Secara ilmu arsitektur diharapkan untuk menambah pengetahuan dalam ilmu arsitektur dan menjadi media pembelajaran secara lebih lanjut dalam bidang pendidikan.
- Secara kebijakan diharapkan dapat meningkatkan kepedulian masyarakat serta Kementerian Kesehatan Nasional dalam

menerapkan standar layanan kesehatan jiwa khusus untuk penderita depresi *mild* dan *moderate*.

## **1.6. Batasan Penelitian**

Adapun ruang lingkup permasalahan yang akan dibahas oleh penulis dalam penelitian, yaitu mencakup :

1. Ruang lingkup terbatas pada *mild* dan *moderate depression*.
2. Ruang lingkup terbatas pada atmosfer positif dalam arsitektur terapeutik.
3. Desain pusat rehabilitasi kaum depresi ini tidak berfokus pada biaya pembangunan, serta Rencana Anggaran Biaya (RAB) tidak akan dilampirkan.

## **1.7. Metodologi Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah *mix methods* yang mengkombinasi metode kualitatif dan metode korelasional. Metode kualitatif adalah metode penelitian yang melakukan observasi secara langsung untuk mengumpulkan data dan menyimpulkan kondisi yang sedang terjadi dalam keadaan nyata (Groat & Wang, 2013). Metode korelasional adalah metode yang fokus kepada kondisi apa adanya dari objek penelitian dengan menggunakan pengukuran dari faktor yang spesifik (Groat & Wang, 2013). Dilakukannya studi literatur terlebih dahulu untuk memperoleh data-data sekunder kemudian dilakukannya wawancara langsung dengan narasumber untuk mendapatkan data primer dan menghasilkan indikator atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik. Kemudian melalui *mix methods* 5 indikator serta kriteria yang didapat akan dikorelasikan terhadap studi preseden yang telah dipilih dan memperoleh kesimpulan terhadap kriteria desain yang sesuai untuk membentuk atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik sesuai dengan kebutuhan pusat rehabilitasi depresi tingkat *mild* dan *moderate* di Jakarta Timur.

## **1.8. Novelti / Kebaruan**

Kebaruan dalam penelitian ini adalah dibuatnya tipologi baru yaitu pusat rehabilitasi depresi tingkat *mild* dan *moderate* di Indonesia dengan tujuan menghindari para penderita depresi *mild* dan *moderate* menjerumus ke tingkat *severe*. Tipologi dalam penelitian ini menggunakan pendekatan atmosfer positif dalam pandangan arsitektur terapeutik dimana sebelumnya selama ini layanan kesehatan jiwa dalam Indonesia tidak memperhatikan keterikatan antara penanganan atau pemulihan yang akan diterapkan terhadap pasien.

## **1.9. Sistematika Pembahasan**

### **BAB I PENDAHULUAN**

Menjelaskan isu atau masalah yang melatar belakangi dibuatnya tugas akhir ini, rumusan masalahnya, permasalahan rancangan, tujuan, manfaat, batasan, dan juga metodologi penelitian serta novelti atau kebaruan yang akan digunakan dalam pembuatan penelitian dan jadwal pelaksanaan daripada pembuatan penelitian ini.

### **BAB II LANDASAN TEORI**

Memaparkan teori-teori mengenai tipologi pusat rehabilitasi serta teori depresi, indikator arsitektur terapeutik dan kaitannya terhadap atmosfer positif dan perilaku manusia di dalamnya. Teori-teori diambil dari jurnal, buku, studi preseden maupun pendapat para ahli sehingga munculnya pisau analisa yang akan digunakan.

### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN DAN PERANCANGAN**

Bab ini memaparkan metodologi penelitian dan perancangan yang akan digunakan serta instrumen penelitian apa saja lalu bagaimana teknik pengumpulan data yang digunakan. Setelah itu dipaparkannya simulasi perancangan untuk menjelaskan bagaimana tahapan penelitian ini menjadi tipologi arsitektur yang tepat.

### **BAB IV KRITERIA PERANCANGAN**

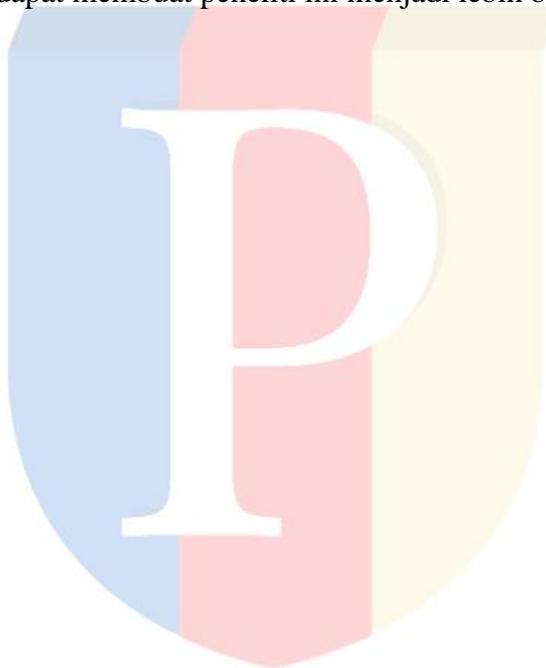
Memaparkan hasil analisis terkait dari landasan teori dan metodologi riset untuk menghasilkan kriteria perancangan dari segi manusia, lingkungan, dan bangunan.

#### BAB V SIMULASI

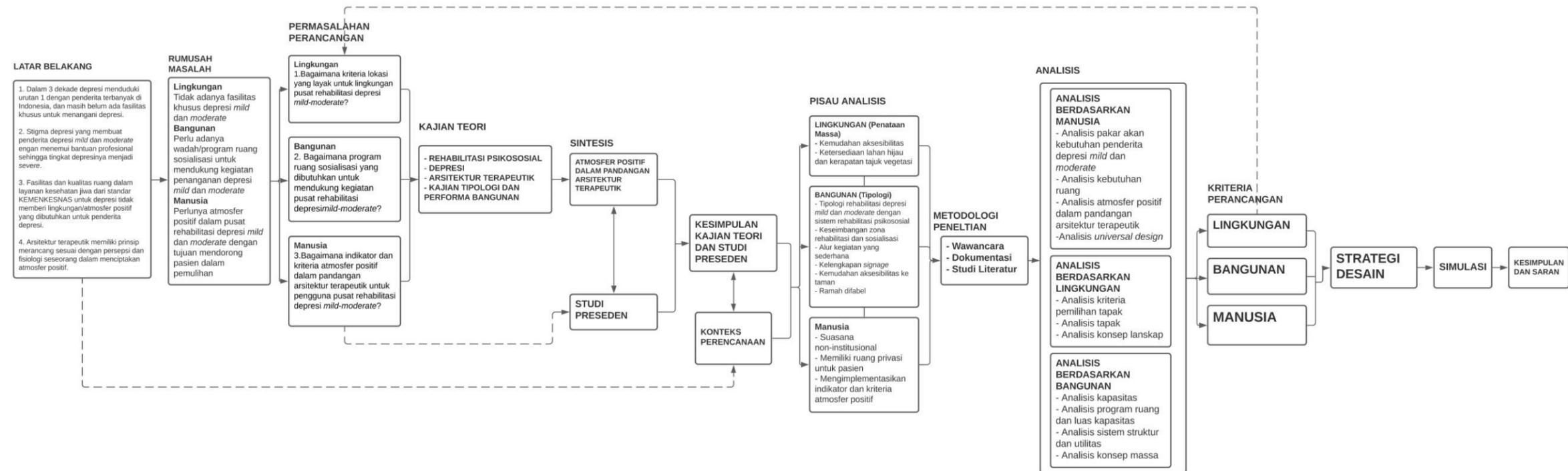
Mensimulasikan kriteria perancangan dengan hasil desain yang didapatkan.

#### BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

Memaparkan kesimpulan dari hasil penelitian yang sudah dilakukan dan saran yang dapat membuat peneliti ini menjadi lebih baik kedepannya.



## 1.10 Kerangka Berpikir



Gambar 1.1 Kerangka berpikir penelitian