BAB II NARKOBA DAN FASILITAS REHABILITASI NARKOBA

2.1 Pengertian Narkoba

Istilah “narkoba” adalah singkatan dari narkotika dan obat/bahan berbahaya. Lama kelamaan disadari bahwa kepanjangan narkoba tersebut keliru sebab istilah obat “berbahaya” dalam ilmu kedokteran adalah obat-obatan yang tidak boleh dijual bebas, karena pemberiannya dapat membahayakan bila tidak melalui pertimbangan medis. Banyak jenis narkotika dan psikotropika memberi manfaat yang besar bila digunakan dengan baik dan benar dalam bidang kedokteran. Tindakan operasi (pembedahan) yang dilakukan oleh dokter harus didahului dengan pembiusan. Orang mengalami stres dan gangguan jiwa diberi obat-obatan yang tergolong psikotropika oleh dokter agar dapat sembuh. Banyak jenis narkoba yang sangat bermanfaat dalam bidang kedokteran. Karenanya, sikap antinarkoba sangat keliru, yang benar adalah anti penyalahgunaan narkoba (Partodiharjo,2003.10).

Selain "narkoba", istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah “NAPZA” atau “NAZA merupakan bahan/zat yang bila masuk ke dalam tubuh akan mempengaruhi tubuh terutama susunan syaraf pusat/otak sehingga bilamana disalahgunakan akan menyebabkan gangguan fisik, psikis/jiwa dan fungsi social (id.wikipedia.org/wiki/Narkoba, November 24,2014).

Semua zat yang termasuk NAPZA menimbulkan *adiksi* (ketagihan) yang pada gilirannya berakibat pada *dependensi* (ketergantungan). Zat yang termasuk NAPZA memiliki sifat sebagai berikut :

1. Keinginan yang tak tertahankan (*an over – powering desire*) terhadap zat yang dimaksud, dan kalau perlu dengan jalan apapun untuk memperolehnya.
2. Kecenderungan untuk menambah takaran (dosis) sesuai dengan toleransi tubuh.

3. Ketergantungan psikologis, yaitu apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala-gejala kejiwaan seperti kegelisahan, kecemasan, depresi dan sejenisnya.
4. Ketergantungan fisik, yaitu apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala fisik yang dinamakan gejala putus zat (*withdrawal symptoms*) (Hawari, 2009: 6).

2.2 Penyalahgunaan Narkoba

Penyalahgunaan/ketergantungan NAPZA merupakan penyakit endemik dalam masyarakat modern, penyakit endemik dalam masyarakat modern, penyakit kronik yang berulangkali kambuh dan merupakan prose gangguan mental adiktif (Hawari,2009:5).

Menurut Hawari (2009:6) penyalahguna NAPZA dapat dibagi dalam 3 golongan besar, yaitu :

1. Ketergantungan primer, ditandai dengan adanya kecemasan dan depresi, yang pada umumnya terdapat pada orang dengan kepribadian tidak stabil. Mereka ini sebetulnya dapat digolongkan orang yang menderita sakit namun salah atau tersesat ke NAPZA dalam upaya untuk mengobati dirinya sendiri yang seharusnya meminta pertolongan ke dokter (psikiater). Golongan ini memerlukan terapi dan rehabilitasi dan bukannya hukuman.
2. Ketergantungan reaktif, yaitu (terutama) terdapat pada remaja karena dorongan ingin tahu, bujukan dan rayuan teman, jebakan dan tekanan serta pengaruh teman kelompok sebaya (*peer group pressure*). Mereka ini sebenarnya merupakan korban (*victim*); golongan ini memerlukan terapi dan rehabilitasi dan bukannya hukuman.
3. Ketergantungan simtomatis, yaitu penyalahgunaan ketergantungan NAPZA sebagai salah satu gejala dari tipe kepribadian yang mendasarinya, pada umumnya terjadi pada orang dengan kepribadian antisosial (psikopat) dan pemakaian NAPZA itu untuk kesenangan semata. Mereka dapat digolongkan sebagai kriminal karena

seringkali mereka juga merangkap sebagai pengedar (*pusher*). Mereka ini selain memerlukan terapi dan rehabilitasi juga hukuman.

Faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA, yaitu :

1. Faktor psikis yaitu :
   a) Mencari kesenangan dan kegembiraan
   b) Mencari inspirasi
   c) Melarikan diri dari kenyataan
   d) Rasa ingin tahu, meniru, mencoba, dan sebagainya.
2. Faktor sosial cultural yaitu :
   a) Rasa setia kawan
   b) Upacara-upacara kepercayaan/adat
   c) Tersedia dan mudah diperoleh dan sebagainya
3. Faktor medik yaitu seseorang yang dalam perkembangan jiwanya mengalami gangguan, lebih cenderung untuk menyalahgunakan narkotika. Misalnya : Untuk menghilangkan rasa malu, rasa segan, rasa rendah diri dan kecemasan (Soedjono,1985:97).

Efek dari penyalahgunaan narkoba :

1) Halusinogen, efek dari narkoba bisa mengakibatkan bila dikonsumsi dalam sekian dosis tertentu dapat mengakibatkan seseorang menjadi ber-halusinasi dengan melihat suatu hal/benda yang sebenarnya tidak ada / tidak nyata contohnya kokain & LSD.
2) Depresan, efek dari narkoba yang bisa menekan sistem syaraf pusat dan mengurangi aktivitas fungsional tubuh, sehingga pemakai merasa tenang bahkan bisa membuat pemakai tidur dan tidak sadarkan diri. Contohnya putaw.
3) Adiktif, Seseorang yang sudah mengkonsumsi narkoba biasanya akan ingin dan ingin lagi karena zat tertentu dalam narkoba mengakibatkan seseorang cenderung bersifat pasif, karena secara tidak langsung narkoba memutuskan syaraf - syaraf dalam otak, contoh : ganja,

heroin, putaw.

4) Jika terlalu lama dan sudah ketergantungan narkoba maka lambat laun organ dalam tubuh akan rusak dan jika sudah melebihi takaran maka pengguna itu akan overdosis dan akhirnya kematian (id.wikipedia.org/wiki/Narkoba)

2.3 Panti Rehabilitasi Narkoba

Rehabilitasi adalah fasilitas yang sifatnya semi tertutup, maksudnya hanya orang - orang tertentu dengan kepentingan khusus yang dapat memasuki area ini. Rehabilitasi narkoba adalah tempat yang memberikan pelatihan ketrampilan dan pengetahuan untuk menghindarkan diri dari narkoba (Soeparman, 2000:37).

Menurut UU RI No. 35 Tahun 2009, ada dua jenis rehabilitasi, yaitu :

a) Rehabilitasi Medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika.
b) Rehabilitasi Sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar bekas pecandu narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat.

Pusat atau Lembaga Rehabilitasi yang baik haruslah memenuhi persyaratan antara lain :

1) Sarana dan prasarana yang memadai termasuk gedung, akomodasi, kamar mandi/WC yang higienis, makanan dan minuman yang bergizi dan halal, ruang kelas, ruang rekreasi, ruang konsultasi individual maupun kelompok, ruang konsultasi keluarga, ruang ibadah, ruang olah raga, ruang ketrampilan dan lain sebagainya.
2) Tenaga yang profesional (psikiater, dokter umum, psikolog, pekerja sosial, perawat, agamawan/ rohaniawan dan tenaga ahli lainnya/instruktur). Tenaga profesional ini untuk menjalankan program yang terkait.
3) Manajemen yang baik.
4) Kurikulum/program rehabilitasi yang memadai sesuai dengan kebutuhan.
5) Peraturan dan tata tertib yang ketat agar tidak terjadi pelanggaran ataupun kekerasan.
6) Keamanan (*security*) yang ketat agar tidak memungkinkan peredaran NAPZA di dalam pusat rehabilitasi (termasuk rokok dan minuman keras) (Hawari,2009:132).

Menurut Surat Edaran Mahkamah Agung No.04 Tahun 2010 tentang Penempatan penyalahgunaan, korban penyalahgunaan dan pecandu narkotika ke dalam lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial, untuk menjatuhkan lamanya proses rehabilitasi, sehingga wajib diperlukan adanya keterangan ahli dan sebagai standar dalam proses terapi dan rehabilitasi adalah sebagai berikut :

a) Program Detoksifikasi dan Stabilisasi: lamanya 1 (satu) bulan
b) Program Primer :lamanya 6 (enam) bulan
c) Program Re-Entry :lamanya 6 (enam) bulan

2.4 Metode Terapi Komunitas (*Therapeutic Community*)

Terapi Komunitas adalah grup atau sekelompok orang yang memiliki prinsip interpersonal yang cukup tinggi, sehingga mampu mendorong orang lain untuk belajar berinteraksi di suatu komunitas. Terapi komunitas terdiri dari staf yang pernah mengalami rasa sakit dan memiliki perilaku yang timbul akibat ketergantungan narkoba, namun telah mampu dan mengetahui cara mengatasinya (Leon, 200:27) serta telah melalui pendidikan dan pelatihan khusus yang memenuhi syarat dan konselor. Tenaga professional hanya sebagai konsultan saja. Di lingkungan khusus ini pasien dilatih ketrampilan mengelola waktu dan perilaku secara efektif serta kehidupan sehari – hari, sehingga dapat mengatasi keinginan mengonsumsi narkoba. Dalam komunitas ini semua aktif dalam proses terapi (Depkes2000:55).

Teori yang mendasari metode *Therapeutic Community* adalah pendekatan behavioral dimana berlaku sistem *reward* (penghargaan/penguatan) dan punishment (hukuman) dalam mengubah suatu perilaku. Selain itu digunakan juga pendekatan kelompok, dimana sebuah kelompok dijadikan suatu media untuk mengubah suatu perilaku.

Konsep *Therapeutic Community* yaitu menolong diri sendiri, dapat dilakukan dengan adanya keyakinan bahwa:

1. Setiap orang bisa berubah
2. Kelompok bisa mendukung untuk berubah
3. Setiap individu harus bertanggung jawab
4. Program terstruktur dapat menyediakan lingkungan aman dan kondusif bagi perubahan
5. Adanya partisipasi aktif (Winanti,2008:2).

2.4.1 Program Terapi Komunitas

Pelaksanaan program disusun untuk membuat residen terlibat secara penuh dalam setiap kegiatan, sesuai dengan job function- nya masing – masing. Kedudukan petugas hanya sebagai pengawas, yang mengawasi program. Kategori struktur program utama dari *Therapeutic Community,* terdiri dari 4 (empat), yaitu:

a) *Behaviour management shaping* (Pembentukan tingkah laku)

Perubahan perilaku yang diarahkan pada kemampuan untuk mengelola kehidupannya sehingga terbentuk perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai, norma – norma kehidupan masyarakat.

b) *Emotional and psychological* (Pengendalian emosi dan psikologi)

Perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan kemampuan penyesuaian diri secara emosional dan psikologis.

c) *Intellectual and spiritual* (Pengembangan pemikiran dan kerohanian)

Perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan aspek pengetahuan, nilai – nilai spiritual, moral dan etika, sehingga mampu menghadapi dan mengatasi tugas – tugas kehidupannya maupun permasalahan yang belum terselesaikan.

d) *Vocational and survival* (Keterampilan kerja dan keterampilan bersosial serta bertahan hidup)

Perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan kemampuan dan keterampilan residen yang dapat diterapkan untuk menyelesaikan tugas- tugas sehari – hari maupun masalah dalam kehidupannya (Winarti,2008:3).

2.4.2 Kegiatan Terapi Komunitas

Menurut Leon, prinsip terapi yang dilakukan dengan metode terapi Komunitas (*Therapeutic Community*) berupa kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan secara rutin dan teratur. Adapun kegiatan yang rutin dilakukan,yaitu:

a) Perbaikan Perilaku Sehari-hari (*Behavior Management)*

Setiap hari, residen diharuskan beraktivitas mengikuti jadwal yang telah ditentukan, kecuali ada kendala seperti residen dalam keadaan sakit. Setiap kegiatan sudah dijadwal secara padat dan teratur. Tujuannya agar pasien diberi kesibukan sehingga tidak memiliki waktu untuk berdiam diri dan berkhayal. Semua aktivitas dilakukan secara bersama – sama, antara para residen dan staf yang bertugas. Tujuannya untuk meningkatkan kedisiplinan dan rasa kebersamaan dalam suatu komunitas.

b) Pertemuan

Pada terapi komunitas pertemuan berdasarkan tujuannya, dibedakan menjadi 4 (empat) macam, yaitu :

1) Morning Meeting

Kegiatan yang bersifat formal dilakukan pada pagi hari, sesudah makan, selama 30-45 menit. Kegiatan ini diikuti oleh staf dan residen dengan mengenakan pakaian formal dan bersepatu, kemudian mengucapkan moto hidup dari terapi komunitas agar memberi semangat dan bebas dari ketergantungan narkoba. Tujuan kegiatan ini yaitu mempengaruhi aspek psikologi, dengan mengawali hari dengan baik, meningkatkan rasa keakraban dan persaudaraan dalam komunitas dan yang terutama adalah memotivasi agar aktivitas sepanjang hari dapat berlangsung dengan baik (Leon, 2000:251).

2) Seminar

Pertemuan formal yang dilakukan setiap sore selama 60-90 menit. Kegiatan seminar dilakukan untuk mengasah kemampuan mendengarkan, berbicara dan memperhatikan. Pada kegiatan ini pasien diberi kesempatan untuk mengungkapkan pendapat secara bebas sehingga merangsang kemampuan berkomunikasi. Tujuan seminar adalah sebagai stimulasi intelektual, yaitu merangsang kreatifitas untuk memberi ide dan tanggapan terhadap hal-hal yang baru, dan membentuk pola berpikir yang benar dan sarana berinteraksi sosial serta merupakan pastisipasi aktif dalam kegiatan berkomunikasi. Penataan ruang biasanya disusun seperti susunan ruang kelas agar terkesan formal (Leon,2000:259).

3) *House Meeting*

Pertemuan informal yang dilakukan setiap malam hari, setelah makan malam. Sifat pertemuan lebih akrab. Lama pertemuan sekitar 45-60 menit. Situasi pada saat pertemuan adalah pasien dalam keadaan santai, duduk tenang, pasif atau cenderung mendengarkan. Tujuan *house meeting* adalah mengevaluasi semua kegiatan yang telah dilakukan sepanjang hari, baik yang positif maupun yang negatif (Leon, 2000 : 256).

4) *General Meeting*

Pertemuan ini bersifat santai namun kekeluargaan. Lama pertemuan tidak ditentukan. Tujuannya merayakan hal-hal yang membanggakan atas prestasi residen sehingga memotivasi dan meningkatkan kesadaran untuk berperilaku positif.. Hal ini akan meningkatkan rasa percaya diri merupakan bagian yang sangat berarti bagi proses kesembuhan (Leon, 2000 : 264).

c) Permainan

Berbagai permainan yang dapat meningkatkan kemampuan bekerja

sama dalam kelompok, mengasah kreativitas dan intelektual, mengembangkan kemampuan untuk mengungapkan pendapat dan lain-lain.

d) Ibadah

Perbaikan mental spiritual sangat dibutuhkan oleh pasien. Memiliki hubungan yang dekat dengan Tuhan dapat membantu pasien dalam mengendalikan perilaku dan pola berpikir. Beribadah secara rutin akan dapat membantu proses penyembuhan. Kegiatan beribadah dilakukan bersama-sama.

e) Ketrampilan untuk bertahan mandiri lepas dari ketergantungan dengan narkoba (*Vocational/Survival Skill*)

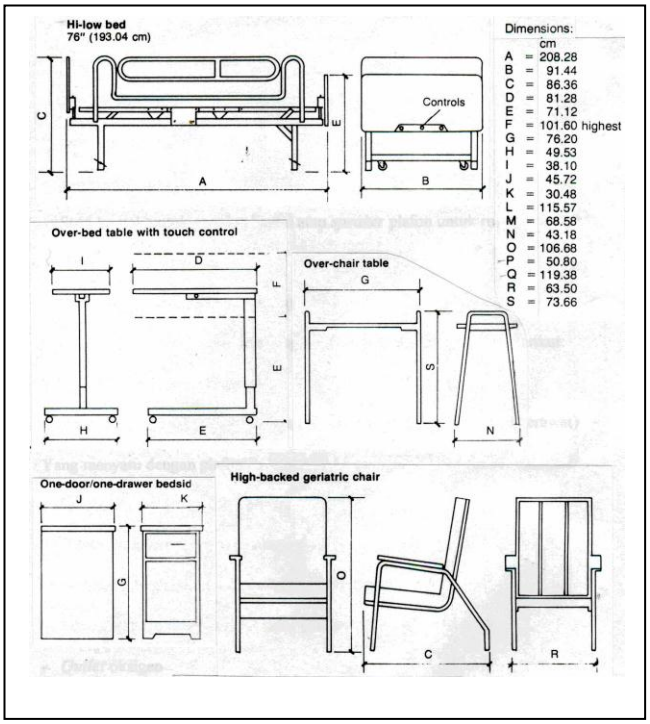
Pelatihan yang diberikan untuk mampu bertahan mandiri lepas dari ketergantungan narkoba dengan pemberian tugas secara bertahap mulai dari yang mudah hingga kompleks dan menuntut tanggung jawab dari setiap individu. Pelatihan kepemimpinan dan penerapannya di lingkungan komunitas, meliputi evaluasi dan pengambilan keputusan yang telah dibuat dalam komunitas.

2.5Studi Antropometri

2.5.1 Antropometri Ruang Pasien

Jenis dan Ukuran Perabot

Reznikoff (1986) menetapkan fasilitas perabot standar pada ruang pasien meliputi tempat tidur yang dapat dinaik-turunkan (*hi-low bed*), meja makan yang digunakan di atas tempat tidur (*over bed table*), laci samping tempat tidur (*drawer bedside*), meja tinggi (*over-chair table*), dan kursi geriatrik dengan sandaran punggung tinggi (*high-backed geriatric chair*).



Gambar 2.1. Standar Jenis dan Ukuran Perabot

Tinggi tempat tidur untuk pasien yang ada di lapangan dalam keadaan diposisikan dalam ketinggian 80 cm. Jadi terdapat penyimpangan lebih tinggi 8,88 cm dari standar. Namun demikian karena tempat tidur pasien ini dapat diatur secara elektrik maka hal ini tidak akan menjadi masalah.

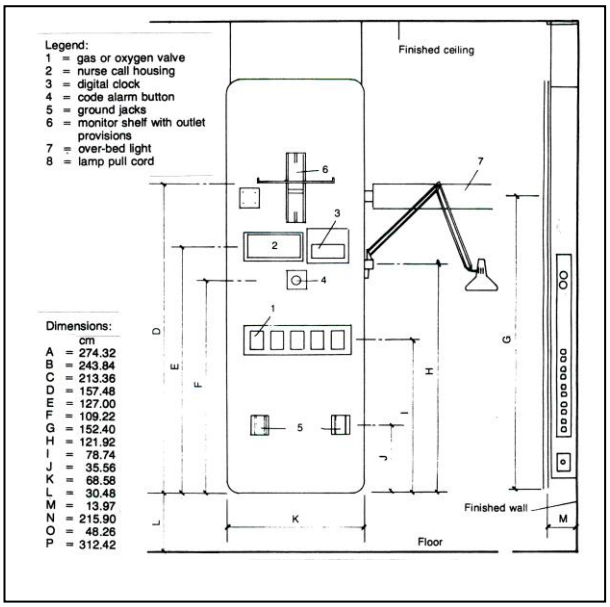
Kemudian laci samping ternyata lebih panjang dan lebih tinggi dari standar. Dengan demikian maka laci dapat menampung lebih banyak barang, sementara masalah ketinggian hal ini dapat disebabkan karena penyesuaian terhadap ketinggian tempat tidur pasien yang juga lebih tinggi dari standar. Selain itu laci samping ini juga digunakan sebagai tempat untuk menyisipkan meja makan (*over-bed*

table) yaitu disamping kiri yang dapat ditarik ke atas apabila hendak digunakan. Ukuran ketinggian meja makan ini dapat disesuaikan dengan posisi tidur pasien. Dengan demikian maka dari segi anthropometri tidak tidak ada masalah karena pada hakekatnya telah dirancang sesuai standar dasarnya.

Kondisi meja tinggi juga sama dengan laci samping, yaitu ukurannya dibuat lebih besar. Hal ini juga dapat dikarenakan penyesuaian terhadap tempat tidur pasien. Fasilitas yang tidak ada yaitu kursi geriatrik dengan sandaran punggung tinggi (*high-backed geriatric chair*). Yang ada ialah kursi tanpa sandaran tangan yang dibuat dari kayu jati dengan ukuran 43 cm x 43 cm, tinggi sandaran punggung 85 cm dengan kemiringan 95°. Kursi ini biasanya digunakan untuk pengunjung.

Panel-Panel Kontrol dan Peletakannya

Reznikoff (1986) menetapkan standar peletakan beberapa panel kontrol untuk ruang pasien. Panel-panel tersebut meliputi katub gas atau oksigen, rumahan untuk panggilan perawat, jam digital, tombol tanda alarm, stop kontak bawah, papan monitor dengan perlengkapan *outlet*, lampu atas tempat tidur dan lampu tarik-ulur.



Gambar 2.2. Standar Panel Kontrol dan Peletakannya

Panel instrumen yang tidak ditemukan di lapangan adalah jam digital dan papan monitor dengan perlengkapan *outlet*, sedangkan panel instrumen lainnya tertera dalam tabel di atas. Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa tiga panel instrumen dipasang lebih tinggi dari standar. Karena perlengkapan ini berada di sekitar tempat tidur pasien, maka peninggian dari standar tersebut juga dapat disebabkan karena penyesuaian dengan ketinggian tempat tidur pasien.

Area Pribadi Sekitar Tempat Tidur Perseorangan dalam Susunan Ganda

Panero dan Zelnik (1979) menetapkan lebar minimum area tempat tidur pasien 251,5 cm, sehingga kedua sisi di samping tempat tidur pasien memiliki lebar masing-masing 76,2 cm.

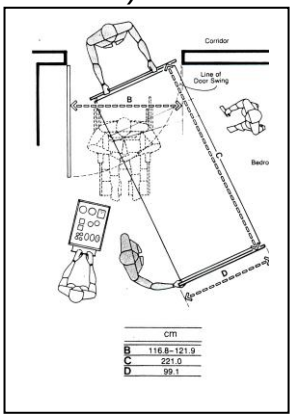
Jarak Ruang di Depan Pintu untuk Mengakomodasi Pemakai Kursi Roda

Panero dan Zelnik (1979) menetapkan luas area depan pintu 152,4 cm x 152,4 cm untuk mengakomodasi pemakai kursi roda. Sebuah kursi roda juga dapat digunakan dalam area 121,9 cm x 121,9 cm, tetapi alokasi luasan ini terlalu sempit dan harus dipandang sebagai ukuran yang paling minimal.

Data lapangan menunjukkan bahwa luas area di depan pintu kurang lebih 200 cm x 150 cm. Dengan demikian luasan ini telah mencukupi sehingga pasien dapat menggunakan kursi roda pada posisi jalan yang tepat, membuka pintu dan keluar.

Jarak Lebar Pintu yang Mungkin untuk Dilalui Tempat Tidur Standar

Panero dan Zelnik (1979) menetapkan lebar pintu antara 116,8 – 121,9 cm adalah jarak standar untuk dapat mengakomodasi tempat tidur pasien standar (121 cm x 99 cm).

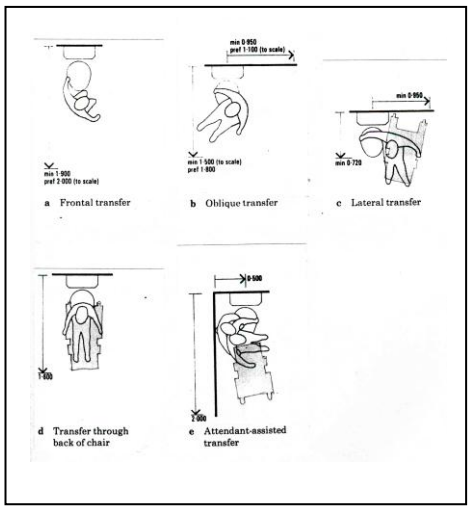


Gambar 2.3 Standar Lebar Pintu untuk Dilalui Tempat Tidur

2.5.2 Antropometri Toilet Pasien

Penggunaan Toilet Dengan Kursi Roda

Goldsmith (1984) memberikan ilustrasi beberapa cara menggunakan toilet untuk orang yang memakai kursi roda yaitu *frontal transfer, oblique transfer, lateral transfer, transfer through back of chair* dan *attendant-assisted transfer*. Masing-masing cara tersebut dapat dilakukan dengan persyaratan jarak ruang masing-masing telah ditetapkan, yaitu antara 150 – 200 cm ke depan atau 95 cm ke samping (dihitung dari posisi dudukan).



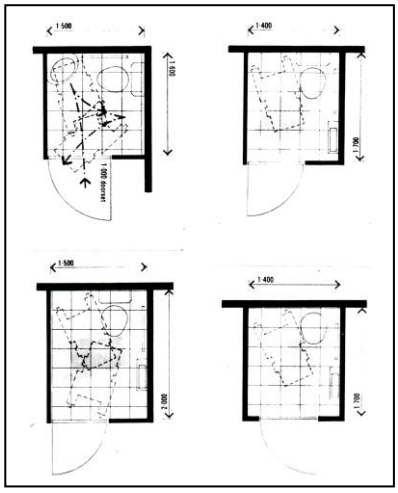
Gambar 2.4 Standar Penggunaan Toilet dengan Kursi Roda

Data lapangan menunjukkan bahwa jarak ke arah depan dudukan adalah 200 cm, sementara ke samping hanya 50 cm. Hal ini disebabkan karena di samping dudukan dipasang sebuah bak air. Dengan adanya bak air ini maka kursi roda tidak dapat berputar arah di dalam ruang. Demikian juga dengan adanya penurunan lantai terhadap lantai ruang di luarnya setinggi -6 cm tegak lurus maka hal ini akan

menyulitkan penggunaan kursi roda. Dengan demikian berarti toilet tidak dapat digunakan untuk mengakomodasi pemakai kursi roda.

Luas Toilet

Goldsmith (1984) memberikan beberapa alternatif luasan toilet berdasarkan peletakan pintu beserta perabot utamanya yaitu dudukan dan wastafel, agar dapat mengakomodasi pemakai kursi roda.



Gambar 2.5 Standar Luas Toilet

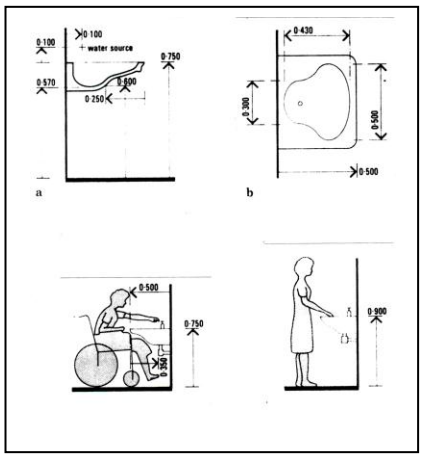
Kloset

Goldsmith (1984) menetapkan jarak vertikal yang diperlukan antara ketinggian air dan bibir dudukan harus tidak kurang dari 20 cm. Data lapangan menunjukkan bahwa ketinggian air tersebut kurang lebih sama dengan ketentuan di atas. Dengan demikian maka orang yang tidak dapat berjalan dapat membersihkan diri tanpa beranjak dari kloset.

Selanjutnya Goldsmith juga menetapkan jarak bibir kloset dari lantai setinggi 47,5 cm. Data lapangan menunjukkan ketinggian tersebut adalah 44 cm. Dengan demikian maka ketinggian kloset lebih rendah dari standar, sehingga hal ini akan kurang sesuai untuk digunakan pemakai kursi roda yang akan menggunakan kloset secara langsung, transfer dari kursi roda ke kloset.

Wastafel

Goldsmith (1984) menerangkan bahwa wastafel harus disediakan tetapi tidak perlu untuk dapat dijangkau langsung oleh orang yang sedang duduk di kloset. Wastafel sebaiknya ditempatkan di pojok yang bukan merupakan jalan tempat orang keluar-masuk toilet.



Gambar 2.6 Standar Spasial Wastafel

Goldsmith (1984) menetapkan lebar wastafel (dari depan ke belakang) minimal 50 cm atau lebih, sedangkan panjangnya (dari sisi ke sisi) tidak begitu dipentingkan. Data lapangan menunjukkan bahwa lebar wastafel 44 cm dan panjangnya 43 cm. jadi ukuran wastafel di bawah standar

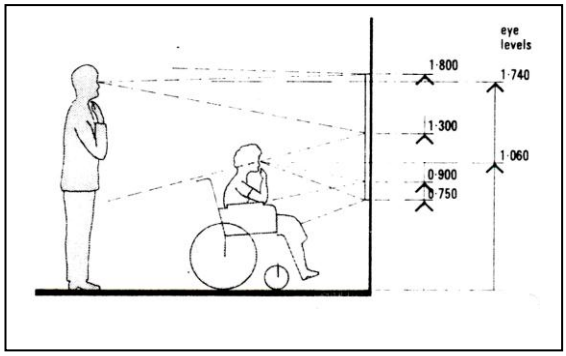
sehigga akan mengurangi kenyamanan untuk mengakomodasi tangan, muka dan pembasahan rambut.

Kemudian Goldsmith (1984) menganjurkan kran air sebaiknya dipasang pada jarak tidak kurang dari 10 cm ke arah depan dan melampaui garis bibir belakang, serta kurang lebih 10 cm di atas bibir wastafel untuk menyediakan ruang untuk cuci tangan. Kran model pengungkit lebih dianjurkan untuk memudahkan orang yang hanya dapat menggunakan satu tangan. Data lapangan menunjukkan jarak kran 13 cm ke depan dan 12,5 di atas bibir wastafel serta menggunakan model bukaan pengungkit. Dengan demikian maka kran telah sesuai dengan standar.

Goldsmith (1984) juga mengatakan bahwa untuk orang yang duduk di kursi roda ketinggian yang sesuai untuk bibir wastafel berkisar antara 67 cm – 82 cm. Sementara untuk orang yang dapat berdiri bibir wastafel dapat dipasang hingga ketinggian 90 cm. Data lapangan menunjukkan bahwa tinggi bibir wastafel adalah 92 cm dari lantai. Dengan demikian maka dapat diketahui bahwa wastafel ini ditujukan untuk orang yang tidak menggunakan kursi roda.

Cermin

Goldsmith (1984) menetapkan bahwa untuk orang normal berdiri, ujung atas cermin dinding tidak boleh lebih rendah dari 180 cm di atas lantai, sementara ujung bawah tidak boleh lebih tinggi dari 130 cm.



Gambar 2.7 Standar Peletakan Cermin

Pegangan Tangan

Menurut Goldsmith (1984) pegangan tangan yang berbentuk rel horisontal dapat dipasang pada samping dudukan pada ketinggian sekitar 22,5 cm di atas bibir kloset. Panjang minimum rel adalah 40 cm, dan akan lebih baik bila diperpanjang untuk membantu orang menarik diri dari kursi roda.

2.5.3 Antropometri Ruang Perawat

Jarak Terhadap Ruang Pasien

Malkin (1992) menyatakan bahwa waktu untuk berjalan dan kemampuan untuk menengok pasien menjadi semakin penting untuk mengatasi keterbatasan tenaga perawat. Jika jarak perjalanan pendek dan suplai mudah maka perawat dapat menggunakan waktu lebih banyak untuk pasien. Jadi dapat ditegaskan bahwa jarak ruang perawat terhadap ruang pasien harus sedekat mungkin sehingga memudahkan jangkauan.

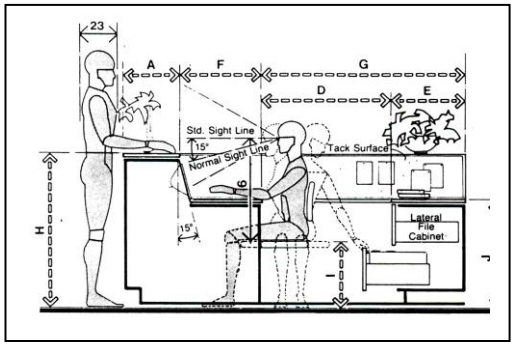
Hubungan Dengan Ruang Pendukung

De Chiara dan Challender (1990) menyatakan bahwa rencana ruang perawat harus menyertakan pula ruang-ruang yang mengakomodasi kereta penyimpanan linan, alat-alat dan suplai lainnya yang dibawa dari unit suplai dan sterilisasi sentral. Jadi jarak ruang perawat harus sedekat mungkin dengan ruang-ruang tersebut, dan bila ruang berada di lantai atas maka *lift* untuk barang atau *ramps* harus diletakkan di luarnya.

Data lapangan menunjukkan bahwa ruang perawat terletak di depan ruang-ruang suplai/pendukung seperti ruang obat, ruang linan, dapur, dan ruang cuci. Sedangkan *lift/ramps* terletak di luarnya dalam jarak yang paling dekat dibanding ruang-ruang pendukung seperti dikemukakan di atas telah sesuai.

Tampak Samping Area Kerja Perawat dan Jarak dalam Ruang

Menurut Panero dan Zelnik (1979) ketinggian meja pelayanan harus nyaman untuk pengunjung dan tidak menghalangi penglihatan perawat. Untuk itu ketinggian meja pelayanan yang baik sekitar 106,7 – 109,2 cm dari lantai. Lebar alas kepala meja 38,1 – 45,7 cm, lebar area meja untuk kerja perawat 53,3 – 54,6 cm dan tinggi meja kerja 76,2 serta tinggi alas duduk kursi kerja 38,1 – 45,7 cm.



Gambar 2.8 Tampak Samping Area Kerja Ruang Perawat

2.5.4 Antropometri Koridor

Menurut Woodson (1981), koridor harus cukup lebar sehingga orang tidak harus berjalan berhati-hati agar tidak menabrak dinding, orang lain, atau perabot yang menempel pada dinding atau dibawa dengan alat dorong. Data lapangan menunjukkan bahwa koridor pada Gedung Lukas terdiri dari koridor utama yang memiliki lebar 250 cm dan sub-koridor yang memiliki lebar 125 cm.

Koridor utama merupakan akses utama yang menghubungkan seluruh ruang di dalam Gedung Lukas secara langsung kecuali toilet dan teras ruang pasien. Pada koridor utama terdapat perabot yang meliputi: daftar nama pasien, papan tata tertib, box telepon, kotak saran, tabung pemadam dan pot-pot tanaman. Kebanyakan dari perabot tersebut dipasang pada dinding di sisi koridor kecuali pot tanaman yang diletakkan pada pojok-pojok koridor. Penggunaannya meliputi pasien beserta keluarga/penunggunya, pengunjung, dokter dan staf keperawatan. Perabot yang sering melintasi adalah kursi roda, kereta

makan, kereta injeksi, kereta balut, dan tempat tidur pasien. Dengan demikian maka dapat diperhitungkan bahwa lebar koridor utama paling tidak harus dapat mengakses lebar dua orang (bolak-balik) dan satu tempat tidur pasien (sebagai perabot yang paling lebar). Lebar tempat tidur pasien adalah 90 cm dan akses standar minimun untuk tiap orang adalah 76 cm. Jadi bila dijumlahkan maka lebar koridor utama yang dibutuhkan minimal adalah 242 cm. Dengan demikian maka lebar koridor utama di lapangan telah sesuai untuk dapat mengakses kebutuhan pergerakan manusia dan barang yang terjadi di dalamnya.

Sub koridor merupakan akses pendukung yang menghubungkan antar ruang pelayanan yaitu ruang perawat, ruang konsultasi dokter, ruang kepala ruang, dapur, ruang obat, ruang linan dan ruang cuci. Pada sub-koridor ini tidak terdapat perabot apapun. Penggunanya adalah seluruh staf keperawatan dengan perabot yang sering digunakan yaitu kereta makan, kereta injeksi, dan kereta balut. Dengan demikian maka dapat diperhitungkan bahwa lebar sub-koridor paling tidak harus dapat mengakses lebar satu orang dan satu kereta makan (sebagai perabot yang paling lebar). Lebar kereta makan adalah 50 cm dan akses standar minimum untuk tiap orang adalah 76 cm. Jadi bila dijumlahkan maka lebar sub-koridor yang dibutuhkan minimal adalah 126 cm. Dengan demikian maka lebar sub-koridor yang ada di lapangan sangat minimal untuk dapat mengakses kebutuhan pergerakan manusia dan barang yang terjadi di dalamnya.

2.6Studi Banding Proyek Sejenis

2.6.1 Panti Rehabilitasi UNITRA Lido BNN



Gambar 2.9 Gerbang Panti Rehabilitasi UNITRA Lido BNN
[Sumber : http://kampungbenar.wordpress.com]

Berdasarkan data prevalensi penyalahguna Narkoba di Indonesia telah mencapai 1,99 % dari total populasi penduduk atau sekitar 3,6 juta jiwa. Delapan puluh enam persen penyalahguna Narkoba berada pada usia produktif. Upaya penanggulangan penyalahgunaan Narkoba bersifat komprehensif. Bagi pecandu atau penyalahguna, Undang-Undang telah memberikan hak-hak bagi mereka untuk mendapatkan rehabilitasi medis dan sosial. Saat ini Badan Narkotika Nasional memiliki sebuah panti rehabilitasi berkapasitas 500 residen atau pecandu yang terletak di Lido Bogor.

Di pusat rehabilitasi ini tersedia fasilitas seperti olahraga, pusat keterampilan hingga kegiatan sosial yang berdiri di atas tanah seluas 112.000 m2.



Gambar 2.10 Ruang lobi Panti Rehabilitasi UNITRA Lido BNN
[Sumber : http://kampungbenar.wordpress.com]

Ada tahapan-tahapan yang akan dilalui pasien yang baru masuk hingga akhirnya dinyatakan sembuh total. Tiga tahapan yang dimaksud adalah tahapan *Healing*, *Revolution* dan *Transformation*. Tahapan pertama, pasien akan menjalani detoksifikasi atau putus zat dengan terapi secara berkelanjutan selama satu bulan. Setelah itu, residen akan menjalani program primary selama 6 bulan. Dengan pola Rehabilitasi sosial dengan therapeutic community (*TC*). Selanjutnya, program *TC* Lanjutan terapi *vokasional* dan *resosialiasi* selama 5 bulan. Setelah menjalani 1 tahun program, residen masih dilakukan pemantauan. Jika sudah dinyatakan sembuh, maka akan dikembalikan keluarganya masing-masing dengan sebelumnya menjadi tiga tahapan yang di sebut dengan program *Back to family*.



Gambar 2.10 Facade Panti Rehabilitasi UNITRA Lido BNN
[Sumber : http://kampungbenar.wordpress.com]

2.6.2 Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putra

Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putra.

Alamat : Jl.Raya Maribaya No. 22 Lembang Bandung. Luas tanah 5 Ha

Balai pemulihan social pamardi putra (bpbpp) ini merupakan lembaga pemerintah yang melaksanakan program pelayanan rehabilitasi bagi remaja penyalahgunaan NAPZA.

Bangunan ini sendiri tidak dirancang sebagai suatu rehabilitasi narkoba, melainkan bangunan ini sejak 1949 merupakan sebuah asrama untuk penampungan korban perang, bangunan ini merupakan warisan milik Belanda.

Metode :

1) Prosen rehabilitasi : berusaha memadukan intervensi berbagai disiplin ilmu untuk mencapai keseimbangan factor psikis, medis dan social.

2) Proses perawatan : pendekatan awal (konsultasi, Indentifikasi, motivasi dan sleksi).
3) Daya tampung : 150 orang
4) Fasilitas ruang : Fasilitas kantor, ruang pekerjaan sosial, ruang data, case coference, ruang pendidikan dan perpustakaan, poliklinik, AULA, ruang keterampilan, Asrama dilengkapi WC dan Mushola, Mess untuk para pegawai, lapangan olahraga.
5) Kelebihan : Zonning perletakan bangunan telah tertata dengan baik, ada batas- batas yang jelas.
6) Kekurangan : Pencapaian bangunan satu dengan yang lain cukup jauh, hal ini tidak memudahkan pengawasan kepada pasien.