
BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG EKSISTENSI PROYEK

Krisis ekonomi yang melanda Indonesia pada tahun 1998 telah menghasilkan berbagai macam permasalahan kompleks yang dialami bangsa Indonesia sekarang. Hal ini menyebabkan terjadinya krisis multidimensional yang menghasilkan konflik-konflik dalam masyarakat tidak hanya terbatas pada permasalahan dalam bidang ekonomi lagi, tetapi juga permasalahan pada bidang hukum, keamanan, sosial dan sebagainya. Pelanggaran hak asasi manusia, kriminalitas, pengangguran karena PHK, anak jalanan, masalah keluarga, karir dan sebagainya telah meningkat jumlahnya karena krisis multidimensional tersebut.

Efeknya bagi masyarakat yang tidak bisa menerima keadaan atau realita kehidupan akan sangat berpengaruh pada kesehatan jiwanya. Banyak sekali pada masyarakat dijumpai orang yang sedang stres, artinya semakin banyak orang yang tidak mampu mengatasi halangan, rintangan, tantangan untuk mencapai tujuannya atau kurangnya usaha untuk beradaptasi terhadap suatu keadaan. Stres adalah segala masalah atau tuntutan penyesuaian diri yang dapat mengganggu keseimbangan kita, bila kita tidak dapat mengatasinya dengan baik maka akan muncul gangguan jiwa maupun gangguan fisik¹.

Untuk memperjelas kondisi peningkatan gangguan jiwa di Indonesia ditampilkan ringkasan beberapa pernyataan yang didapat dari Konggres Nasional (Konas) IV Ikatan Dokter Ahli Jiwa (IDAJI) tanggal 11 Juli 2001 di Semarang :

- Penelitian IDAJI di 11 kota tahun 1993 menyebutkan bahwa kuantitas penderita mencapai angka rata-rata 195 per 1000 orang.

¹ Maramis, W. F., *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya, 1980, hal 65

- Berdasarkan data kesehatan tahun 1995 didapatkan prevalensi penderita gangguan jiwa berat maupun ringan adalah 264 per 1000 orang, dibagi menjadi 3 per 1000 orang adalah penderita *Psikosis*, 4 per 1000 orang adalah *Demensia*, 5 per 1000 orang adalah gangguan mental, 140 per 1000 orang adalah gangguan emosional pada usia diatas 15 tahun dan 114 per 1000 orang adalah gangguan emosional pada usia 5 - 14 tahun.
- Penelitian Direktorat Kesehatan Jiwa tahun 1996 menyebutkan bahwa penderita gangguan *Anxiety* (kecemasan) mencapai angka rata-rata 20 per 1000 orang penduduk.
- Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) Dr. Soeroyo Magelang sebagai rumah sakit jiwa dengan kapasitas yang termasuk besar (diatas kapasitas rumah sakit jiwa lainnya pada umumnya berkisar antara 200-400 orang) mempunyai rekam medis yang menyebutkan bahwa terdapat peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa pada tahun 2000 yaitu sebanyak 10.161 orang daripada tahun 1999 dengan jumlah 9.678 orang.
- Konas IDAJI memberikan kesimpulan prevalensi untuk angka kuantitas penderita gangguan jiwa dalam skala nasional adalah sekitar enam juta orang, yang berarti sekitar 29 per 1000 orang.

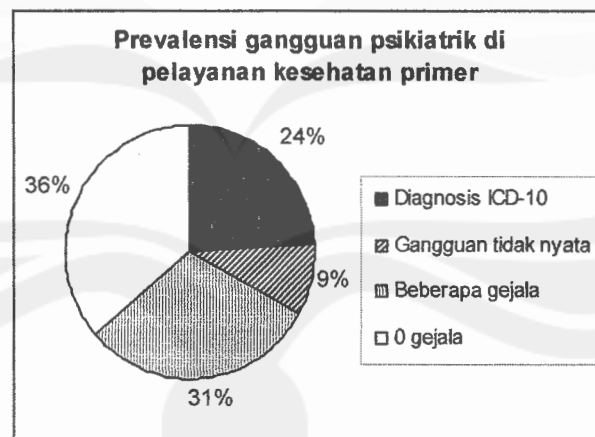
Selain pernyataan diatas juga terdapat berbagai macam pernyataan yang didapatkan dari beberapa media seperti kondisi di Rumah Sakit Jiwa Malang jumlah pasien meningkat 6% tiap tahun, dari peringkat kesebelas ke urutan kedua. Angka yang cenderung meninggi ini dipresentasikan dr. Gregorius Pandu Setiawan, Direktur Rumah Sakit Jiwa Lawang dalam Konferensi Nasional Kesehatan Jiwa. Survei tentang penderita gangguan jiwa tercatat 44,6 per 1.000 penduduk di Indonesia menderita gangguan jiwa berat seperti *Skizofrenia*. Angka rasio ini melebihi batas yang ditetapkan WHO yaitu 1 – 3 per mil penduduk, dibandingkan dengan data

tahun 1980-an, penderita *Skizofrenia* di Indonesia hanya 1 – 2 tiap 1.000 penduduk².

Dari uraian diatas dapat disimpulkan terdapatnya kebutuhan masyarakat terhadap pengadaan pelayanan kesehatan jiwa saat ini, dalam hal ini pengadaan fasilitas kesehatan jiwa yang menyediakan pelayanan psikiatri (pelayanan penyembuhan gangguan jiwa) merupakan usaha yang paling optimal sementara ini.

1.2. LATAR BELAKANG PERMASALAHAN

Melihat tren kesehatan jiwa saat ini, yang menjadi gangguan jiwa paling banyak adalah **gangguan depresi**. Berdasarkan penelitian dari Yayasan Depresi Indonesia disebutkan bahwa 30% pengunjung puskesmas mengalami gangguan psikiatri, khususnya depresi. Studi WHO tentang gangguan depresi menunjukkan data yang hampir sama, yaitu 24% di 14 negara³. Berikut merupakan data yang menggambarkan prevalensi prosentase gangguan jiwa di beberapa negara pada pelayanan kesehatan umum (bukan pelayanan psikiatri).



Bagan I.3 Sumber : Modul Depresi, Yayasan Depresi Indonesia, Juli 2001

Hasil studi memperlihatkan bahwa 2/3 pengunjung di pelayanan medis primer (kesehatan umum) setidaknya menunjukkan gejala-gejala *psikiatri*,

² Gatra, 5 Mei 2001

³ Modul pelatihan Depresi, Yayasan Depresi Indonesia, 2002

1/4 dari mereka memperlihatkan gangguan depresi berdasarkan standar diagnosa dari ICD-10. Risiko gangguan depresi pada populasi umum selama hidup adalah sekitar 17%, sekitar 15% penderita melakukan bunuh diri⁴.

Untuk lebih mengetahui keadaan kondisi kesehatan jiwa di Indonesia, ditampilkan tabel jenis gangguan jiwa di Indonesia beserta jumlah penderitanya sebagai berikut :

Jenis gangguan jiwa	Jumlah penderita
Psikosa Fungsional	520.000 (4%)
Sindroma Otak Organik akut	65.000 (0,5%)
Sindroma Otak Organik kronis	1.300.000 (1%)
Retardasi Mental	2.600.000 (2%)
Neurosa	6.500.000 (5%)
Psikosomatik	6.500.000 (5%)
Gangguan kepribadian	1.300.000 (1%)
Ketergantungan obat	1000
Jumlah total	17.616.000 (13,5%)

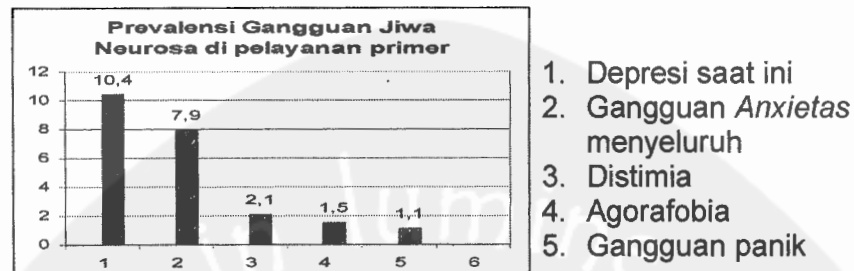
Tabel 1.1 Taksiran kasar jumlah penderita jenis gangguan jiwa yang ada dalam satu tahun di Indonesia, sumber : Buku "Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa" oleh W. E. Maramis, hal 133

Dari tabel diatas gangguan jiwa *Neurosa* dan *Psikosomatis* merupakan gangguan jiwa dengan jumlah penderita masing-masing 5% (total 10%) dari jumlah penderita keseluruhan. Jumlah tersebut merupakan persentase terbesar kemudian disusul oleh gangguan jiwa *Psikosa* fungsional (4%). Karena narasumber terkait masih menggunakan ICD-8 (International Classification Disease), maka gangguan depresi diklasifikasikan ke dalam gangguan *Neurosa*, sedangkan perkembangan lebih lanjut penderita depresi jika bermanifestasi ke bentuk penyakit fisik diklasifikasikan ke dalam gangguan *Psikosomatis*.

Kondisi diatas memperlihatkan kondisi gangguan jiwa saat ini lebih mengarah ke gangguan *Neurosa* yang bisa diartikan secara sederhana merupakan gangguan jiwa ringan daripada gangguan *Psikosa* yang merupakan gangguan jiwa berat, misalnya jenis gangguan jiwa *Psikosa*

⁴ Tomb A. David, *Buku Saku Psikiatri*, EGC, Jakarta, 2004, hal 53

adalah gangguan *Skizofrenia*. Tabel berikut merupakan hasil dari penelitian WHO yang menjelaskan berbagai macam gangguan jiwa yang dikategorikan dalam gangguan *Neurosa* (gangguan jiwa ringan).



Gambar 1.1 Prevalensi gangguan jiwa neurosa, sumber : Modul Depresi, Yayasan Depresi Indonesia, Juli 2001

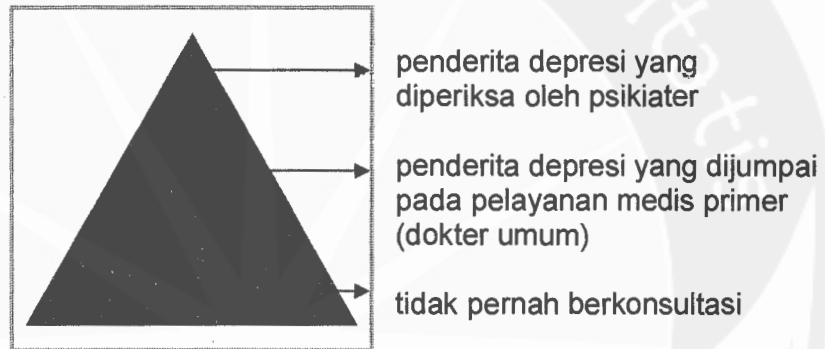
Angka prevalensi merupakan hasil rata-rata yang didapatkan dari penelitian di 14 negara, gangguan depresi mempunyai prevalensi terbesar 10,4% dibanding gangguan *Anxietas* yang hanya berkisar pada 7,9% serta gangguan jiwa lainnya. **Dapat disimpulkan bahwa gangguan depresi merupakan gangguan jiwa yang tersering ditemui dibanding jenis gangguan jiwa *Neurosa* lainnya.**

Depresi sebenarnya merupakan gangguan perasaan (*Afektif*) dengan ciri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur serta makan dan malas untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan gangguan *Psikosomatis* merupakan kondisi kejiwaan yang pada umumnya ditemukan berkaitan dengan perkembangan lebih lanjut dari gangguan depresi. Gangguan *Psikosomatis* merupakan suatu kondisi psikis yang terganggu dimana faktor-faktor psikis bermanifestasi mempengaruhi kondisi fisik, sehingga penderita merasa mengalami berbagai macam penyakit yang menyerang fisiknya.

Fenomena yang terjadi adalah banyaknya penderita gangguan depresi berkembang ke gangguan *Psikosomatis* (bermanifestasi ke kondisi fisik atau tubuh penderita sehingga merasa tidak sehat dan mempunyai keluhan penyakit fisik). Penderita lebih sering merujuk pada pelayanan medis primer dan bukannya pada pelayanan *psikiatri*, karena

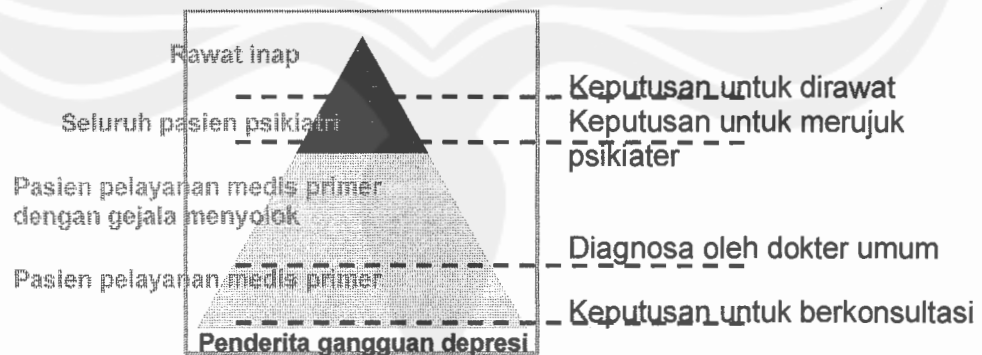
elayanan medis primer lebih menekankan pelayanan kesehatan fisik. Akibatnya penderita merasa frustrasi karena proses penyembuhan tidak berjalan, sehingga seringkali berobat dari satu dokter ke dokter lainnya. Akhirnya penderita sering disebut sebagai "pesakitan".

Uraian diatas menjelaskan bahwa mayoritas penderita gangguan depresi (telah mengalami gangguan *Psikosomatis*) lebih sering menjumpai dokter umum dan bukannya menjumpai psikiater. Hal ini disebabkan tidak lain karena penderita gangguan depresi tidak menyadari kondisi kesehatan jiwanya yang sebenarnya telah mengalami gangguan depresi, bukan gangguan fisik seperti yang dikeluhkan penderita. Untuk menjelaskan hal tersebut, maka ditampilkan bagan sebagai berikut :



Gambar 1.2 Persentase mekanisme proses diagnosa penderita gangguan depresi, sumber : Modul Depresi, Yayasan Depresi Indonesia, Juli 2001

Untuk menjelaskan alur mekanisme proses diagnosa penderita gangguan depresi maka ditampilkan bagan berikut :



Gambar 1.3 Alur penderita gangguan depresi menuju perawatan spesialistik, sumber : Modul Depresi, Yayasan Depresi Indonesia, Juli 2001

Pada kenyataannya pada tingkat pelayanan medis primer yang dilakukan oleh dokter umum, keluhan penderita langsung diidentifikasi sebagai penyakit fisik saja (sama seperti yang dikeluhkan penderita). Sampai akhirnya penderita berkonsultasi pada psikiater, baru ditemukan bahwa sebenarnya yang terjadi adalah gangguan depresi yang berkembang ke gangguan *Psikosomatis* pada jiwa penderita.

Mekanisme proses penyembuhan penderita gangguan depresi akan lebih optimal jika diawali dengan diagnosa secara psikis oleh psikiater kemudian dilanjutkan ke diagnosa fisik untuk keluhan penyakit fisiknya. Dalam hal ini berarti diagnosa utama adalah diagnosa secara psikis oleh psikiater dan diagnosa penunjang adalah diagnosa untuk kondisi fisik. Penyakit fisik yang harus dapat dikenali pada diagnosa penunjang adalah penyakit secara umum yang berhubungan dengan kulit, otot dan tulang, saluran pernafasan, jantung dan pembuluh darah, saluran pencernaan, alat kemih dan kelamin, sistem endrokin.

Uraian diatas menjelaskan tentang issue yang menjadi eksistensi keberadaan proyek, direncanakan proyek mampu menghasilkan ruang-ruang yang mengakomodasi kegiatan-kegiatan sesuai dengan mekanisme penyembuhan yang lebih optimal sesuai dengan yang disebutkan diatas. **Proyek dituntut untuk lebih mengoptimalkan fungsi fasilitas diagnosa penunjang (*Adjunct Diagnostic*) yang akan berperan dalam mendiagnosa gejala, keluhan secara fisik yang ditampilkan penderita gangguan depresi.** Penderita gangguan depresi akan didiagnosa dengan fasilitas ini sehingga dapat diyakinkan gangguan jiwa yang sebenarnya terjadi pada diri penderita.

Terapi psikologik (*Psikoterapi*) merupakan penyembuhan yang paling optimal untuk penderita gangguan depresi. Semua pasien depresi harus mendapatkan *Psikoterapi*⁵. Psikoterapi yang dimaksud disini adalah *Psikoterapi Suportif* yang memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimistik pada penderita. Hal ini dapat dan sesuai untuk dilakukan

⁵ Tomb A. David, *Buku Saku Psikiatri*, EGC, Jakarta, 2004, hal 61

karena gangguan depresi masih didalam klasifikasi gangguan jiwa ringan (*Neurosa*), dimana penderita masih dapat melakukan kegiatan konsultasi, bimbingan, diskusi dalam proses terapinya.

Uraian diatas menjelaskan tentang fungsi *Psikoterapi* untuk penderita gangguan depresi disini dihubungkan dengan tuntutan desain arsitektural. Konsep desain berkarakter *Homely* digunakan sebagai pemenuhan tuntutan desain tersebut. Konsep *Homely* direncanakan mampu mengakomodasi dan mengoptimalkan kegiatan *Psikoterapi* yang dapat dilakukan dalam suasana kekeluargaan serta mampu mengembangkan bentuk kegiatan *Psikoterapi* tidak hanya sebagai bagian dari kegiatan terapi penyembuhan, tetapi merupakan keseluruhan kegiatan interaksi, komunikasi secara sosial yang berjalan pada MHC (*Mental Health Centre*). **Konsep desain *Homely* direncanakan mampu mengakomodasi setiap kegiatan interaksi sosial sebagai bentuk kegiatan *Psikoterapi*.** Disini juga akan dapat dihasilkan suatu atmosfer kekeluargaan (*Familiarity*) dalam hubungan antara pasien dan pelaksana proses penyembuhan (pihak *Mental Health Centre*) sehingga dapat berjalan dengan akrab. Atmosfer kekeluargaan sangatlah penting untuk pasien gangguan depresi karena pasien tidak akan merasa bahwa dirinya sebagai objek dengan gangguan jiwa yang harus disembuhkan, sehingga kegiatan interaksi sosial sebagai bentuk kegiatan *Psikoterapi* berjalan secara informal, suasana rileks, tidak tampak sebagai kegiatan penyembuhan secara rutinitas. Selain itu konsep desain *Homely* mampu dikembangkan lebih lanjut dengan menghasilkan suasana menyenangkan dan nyaman yang dirasakan pasien MHC. Pasien akan merasa senang karena dirinya seolah berada di rumahnya sehingga pasien dapat melakukan "aktivitas secara bebas" selayaknya di rumah sendiri (aktivitas secara positif yang mendukung proses penyembuhan). Hal ini sangat membantu proses penyembuhan karena pasien gangguan depresi mempunyai gejala yang malas beraktivitas (*mood* kurang). Dengan melakukan aktivitas yang dikehendaki tetapi juga mendukung proses

penyembuhan gangguan depresi, diharapkan pasien dapat ter-stimulasi untuk melakukan kegiatan yang positif sehingga *mood*-nya dapat terstimulasi lebih baik.

Selain sebagai jawaban akan tren kondisi kejiwaan sekarang, strategi perancangan diatas dapat mengubah *stigma* masyarakat terhadap MHC (*Mental Health Centre*) yang secara sederhana dapat disamakan dengan rumah sakit jiwa akan menjadi lebih baik. *Stigma* yang ada yaitu rumah sakit jiwa sebagai tempat berkumpulnya "orang gila" diusahakan dirubah melalui strategi ini menjadi pandangan yang lebih manusiawi dan inovatif. Misalnya pada rumah sakit jiwa kurang bisa ditemui fasilitas yang kompleks dan berorientasi pada gangguan jiwa ringan khususnya gangguan depresi, sehingga *stigma* yang ada rumah sakit jiwa hanyalah tempat untuk penderita gangguan jiwa berat saja (*Psikosa*) yang pada umumnya berasal dari golongan berkemampuan rendah. Strategi perancangan juga akan sesuai dengan segmen pasien depresi karena sebagian besar pasien ini berasal dari golongan berkemampuan menengah dan menengah ke atas yang masih sedang dalam usia produktif dalam pekerjaannya dan memperhatikan *prestise* dalam proses penyembuhannya.

Uraian ini merupakan pertimbangan pemilihan lokasi proyek. Menurut Indeks Internasional untuk negara berkembang jumlah penderita gangguan jiwa yang harus ditanggulangi adalah 1-3‰ (satu sampai tiga per mil populasi), 5% - 10% memerlukan perawatan di rumah sakit jiwa⁶. Di Indonesia jumlah penduduk yang paling banyak terdapat di pulau Jawa, dengan demikian seharusnya penduduk di pulau Jawa paling memungkinkan menderita gangguan jiwa. Pembagian jumlah penduduk di pulau Jawa adalah sebagai berikut :

- Propinsi Jawa Barat dengan 35.729.537 penduduk.
- Propinsi Jawa Timur dengan 34.783.640 penduduk.
- Propinsi Jawa Tengah dengan 31,228,940 penduduk.

⁶ *Statistik Indonesia, laporan rapat kerja Kesehatan Jiwa Jateng*

- DIY dengan 3,122,268 penduduk.

Untuk Propinsi Jawa Tengah dan DIY mempunyai jumlah penduduk yang cukup banyak sehingga gangguan jiwa yang terjadi mempunyai potensi cukup besar.

RSJP (Rumah Sakit Jiwa Pemerintah) yang terdapat di Propinsi Jawa Tengah dan DIY ditampilkan dalam tabel berikut :

RSJ	Total kapasitas
RSJ Magelang	1100
RSJ Semarang	400
RSJ Solo	256
RSJ Pakem	160

Tabel 1.2 RSJP di Prop. Jateng & DIY, Sumber : Dinas Kesehatan Jateng th. 2000
Kapasitas total yang ada pada semua RSJP adalah 1.916 tempat tidur. Jika dikaitkan dengan jumlah penduduk pada Propinsi Jawa Tengah dan DIY yaitu sebanyak 34.351.208 penduduk, maka dilakukan perhitungan sebagai berikut:

- Jumlah penderita gangguan jiwa yang harus ditanggulangi (2‰) yaitu sebanyak 68.703 jiwa.
- Jumlah penderita gangguan jiwa yang memerlukan perawatan di rumah sakit (5%) sebanyak 3.435 jiwa.
- Dikaitkan dengan kapasitas total RSJ di kedua propinsi, maka masih terdapat 1.519 penderita gangguan jiwa yang belum mendapatkan perawatan secara intensif.

Disimpulkan berdasarkan perhitungan secara sederhana diatas bahwa kebutuhan fasilitas untuk pelayanan kesehatan jiwa di daerah eks Karesidenan Surakarta (Propinsi Jawa Tengah) cukup relatif potensial.

1.3. RUMUSAN PERMASALAHAN

Bagaimana wujud bangunan *Mental Health Center* di wilayah eks Karesidenan Surakarta yang memenuhi tuntutan untuk penyembuhan penderita gangguan depresi melalui desain ruang dalam yang berkarakter *Homely*.

1.4. TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan :

Membuat rancangan MHC (*Mental Health Center*) yang memenuhi tuntutan untuk penyembuhan penderita gangguan depresi dengan menyediakan ruang-ruang sesuai dengan kebutuhan kegiatan penyembuhan, yaitu kegiatan terapi *Psikologik* yang diakomodasi pada ruang dalam yang berkualitas dengan konsep desain berkarakter *Homely*.

Sasaran :

- Mendefinisikan latar belakang eksistensi serta latar belakang permasalahan untuk mendapatkan rumusan permasalahan dan pemecahannya secara garis besar.
- Mendefinisikan klasifikasi gangguan kejiwaan berdasarkan standar pedoman dari Departemen Kesehatan yang berlaku sekarang untuk mengetahui gejala, tindakan penderita serta batasan antar klasifikasi gangguan jiwa sehingga dapat diketahui secara lebih dalam pengertian dan bentuk kebutuhan kegiatan penyembuhan yang sesuai dan optimal untuk gangguan depresi.
- Mendefinisikan pengertian, esensi serta batasan fungsi Mental Health Center untuk memberikan penjelasan tentang penekanan pada penyembuhan penderita gangguan depresi.
- Melakukan analisis lokasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk mendapatkan site yang sesuai serta mempunyai potensi yang mendukung penyembuhan.
- Melakukan analisis untuk mengetahui dan menentukan program ruang yang sesuai dengan tipologi dan esensi proyek.
- Melakukan identifikasi konsep desain berkarakter *Homely* untuk mendapatkan variabel-variabel sebagai pencapaiannya.
- Melakukan analisis implementasi konsep desain berkarakter *Homely* pada proyek.

1.5. LINGKUP STUDI

Faktor – faktor yang dijadikan dasar pembahasan meliputi program kegiatan, macam dan sifat kegiatan serta fungsi ruang pada Mental Health Center. Pembahasan meliputi aspek teknis / fisik maupun aspek non fisik sesuai dengan persoalan yang dihadapi.

Dalam pembahasan akan lebih ditekankan pada perencanaan perwujudan ruang dalam, sehingga memberikan suatu desain ruang yang menghadirkan suasana *Homely* kepada setiap pasien.

1.6. METODE PEMBAHASAN

Informasi diperoleh berdasarkan studi literatur dan analisa atau sintesa informasi menggunakan metoda perbandingan atau metode deskriptif. Tahap pemecahan masalah menggunakan metoda induktif deduktif pada permasalahan yang dihadapi sampai dengan dihasilkannya faktor penentu perencanaan dan perancangan.

1.7. SISTEMATIKA PEMBAHASAN

BAB I. Pendahuluan

Berisi latar belakang eksistensi proyek, latar belakang permasalahan, rumusan permasalahan, tujuan serta sasaran, lingkup pembahasan, metode pembahasan dan sistematika pembahasan.

BAB II. Tinjauan Umum Tentang Gangguan Jiwa dan Rumah Sakit Jiwa

Berisi tinjauan secara umum gangguan jiwa, klasifikasi gangguan jiwa sekarang, tinjauan khusus tentang gangguan depresi, gangguan depresi yang berkaitan dengan tren, pengertian serta klasifikasi tipe rumah sakit jiwa, fungsi rumah sakit jiwa, tinjauan teori kegiatan rumah sakit jiwa, klasifikasi pasien pada rumah sakit jiwa.

BAB III. Tinjauan Khusus *Mental Health Centre* di Eks Karesidenan Surakarta

Berisi tinjauan khusus mengenai geografi eks Karesidenan Surakarta, statistik kondisi kesehatan jiwa eks Karesidenan Surakarta,

kepentingan perwujudan MHC (*Mental Health Center*) dan keterkaitan dengan fasilitas kesehatan jiwa yang sudah ada di eks Karesidenan Surakarta, analisis lokasi, alternatif lokasi terpilih.

Berisi tinjauan khusus yang mendalam tentang esensi MHC, fungsi pelayanan dan batasannya.

BAB IV. Analisis Perencanaan dan Perancangan *Mental Health Centre*

Berisi analisis aktivitas pada *Mental Health Center*, analisis perhitungan kapasitas, analisis program ruang sesuai standar tipologi bangunan dan persyaratan.

Berisi analisis konsep desain berkarakter *Homely*, analisis variabel untuk mencapai konsep desain dan implementasinya pada *Mental Health Center*.

BAB V. Konsep Dasar Perencanaan dan Perancangan *Mental Health Center*

Berisi kesimpulan serta pemilihan dari alternatif-alternatif yang didapatkan pada analisis Bab IV, konsep tampilan bangunan, konsep tata massa bangunan, konsep struktur, konsep utilitas dan merupakan penjabaran keseluruhan isi dari penulisan.