



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

1.1.1. Esensi Proyek

Rumah sakit khusus jantung memberikan pelayanan dan perhatian penuh kepada pasien secara fisiologi dan psikologis dengan meningkatkan mutu pelayanan ; memberikan kualitas terbaik, praktek integritas, melakukan segala upaya untuk memenuhi kebutuhan pasien. Kecepatan penanganan merupakan elemen medis terpenting dalam kasus penyakit jantung.

Rumah sakit khusus jantung yang akan dirancang akan memiliki fasilitas dan kapasitas tempat tidur setara dengan Rumah Sakit Tipe C di kota Yogyakarta. Fungsi yang menonjol pada rumah sakit khusus jantung adalah memberikan pelayanan utama pada penanganan penyakit jantung. Rumah sakit khusus jantung difokuskan untuk pasien rawat jalan dan prosedural tindakan operasi maupun tindakan cepat, namun tidak menutup kemungkinan untuk menerima penyakit lain seperti yang tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang pelayanan medik umum "Pelayanan medik umum meliputi pelayanan medik dasar dan pelayanan gigi dan mulut dasar".

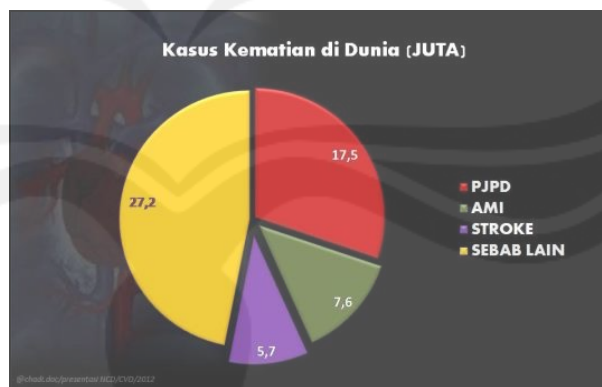
Rumah sakit khusus jantung juga ditunjang dengan pelayanan penunjang klinik dan pelayanan penunjang non klinik. "Pelayanan penunjang klinik meliputi antara lain perawatan intensif, pelayanan darah, pelayanan gizi, pelayanan farmasi, pelayanan sterilisasi instrumen dan rekam medik; dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan



kekhususannya, sedangkan pelayanan penunjang non klinik meliputi *laundry/linen*, pelayanan jasa boga/dapur, pelayanan teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, transportasi (*ambulance*), komunikasi, pemulasaraan jenazah, penampungan air bersih dan lain lain sesuai dengan kebutuhan kekhususannya”¹.

1.1.2. Latar Belakang Pengadaan Proyek

Peningkatan status ekonomi, perubahan gaya hidup dan efek samping modernisasi, maka problem penyakit tidak menular pun cenderung meningkat. Laporan WHO,(2005) kasus kematian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah di dunia sebanyak 17,5 juta orang, di Indonesia sendiri beberapa provinsi memiliki tingkat presentase yang tinggi mengenai penyakit jantung dan pembuluh darah, dimana “hipertensi merupakan salah satu dari 5 faktor risiko primer penyakit jantung koroner disamping dislipidemia, *diabetes mellitus*, dan merokok, ”² dikenal sebagai peyakit CVD (*cardiovascular disease*).



Gambar 1.1 Diagram kasus kematian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah di Dunia versi WHO 2005

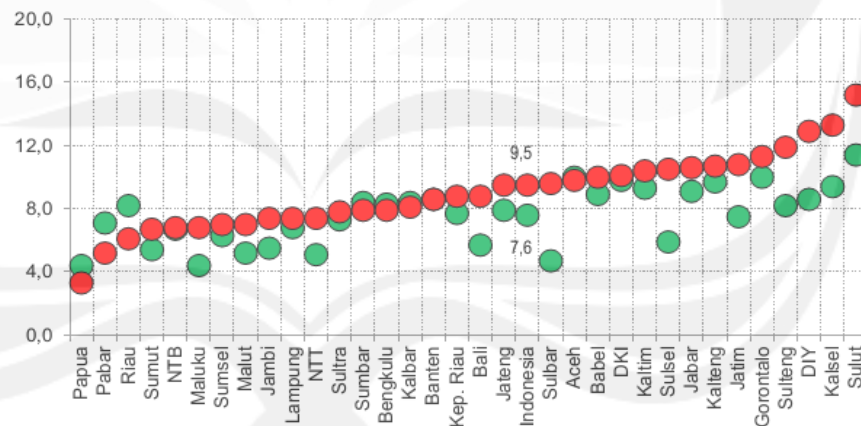
(Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Seksi Pengendalian Penyakit, tahun 2014)

¹ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010

² Bahri Anwar, T. “Dislipidemia Sebagai Faktor Resiko Penyakit Jantung Koroner.” e-USU Repository 2004 Universitas Sumatera Utara

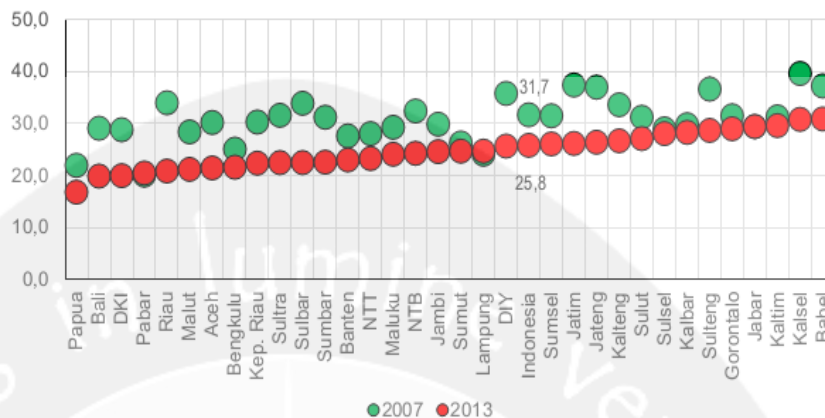


Semakin meningkatnya resiko terkena penyakit jantung diperkirakan “sekitar 17 juta orang meninggal setiap tahun akibat CVD. Satu kematian terjadi akibat CVD setiap dua detik, satu orang meninggal dalam setiap lima detik akibat serangan jantung. Dari 17,5 juta kematian akibat CVD yang terjadi pada tahun 2005, sekitar 7,6 juta diantaranya terjadi karena penyakit jantung koroner dan 5,7 juta karena stroke.”³ Berdasarkan hasil Prevalensi hipertensi melalui metode wawancara (Gambar 1.2), Provinsi Papua memiliki Nilai Prevalensi hipertensi paling rendah dan Provinsi Sulawesi Utara memiliki nilai Prevalensi hipertensi paling tinggi. Sedangkan DIY merupakan Provinsi paling tinggi ke 3. Nilai Prevalensi hipertensi ini sendiri merupakan salah satu parameter untuk mengukur rasio primer penyakit jantung.



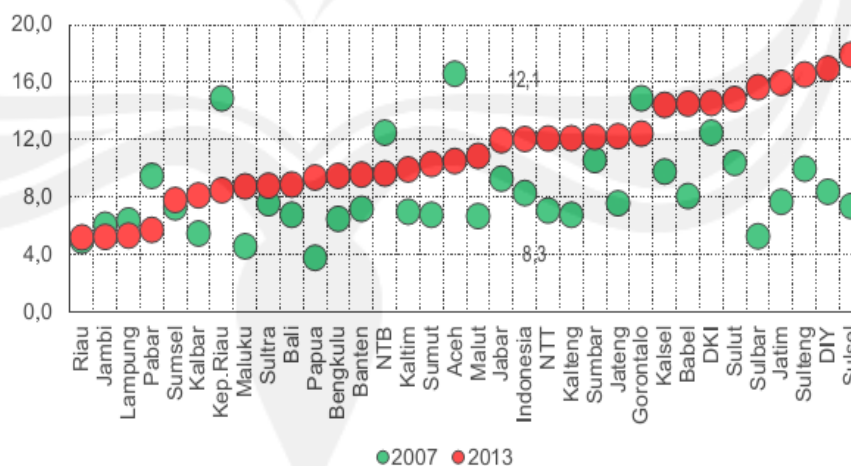
Gambar 1.2 Diagram Prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara pada umur ≥ 18 tahun menurut provinsi, 2007 dan 2013
(Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Seksi Pengendalian Penyakit, tahun 2014)

³ Supriyono, Mamat. “Faktor-Faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung coroner pada kelompok usia ≤ 45 tahun .“ Thesis Program Pasca Sarjana – Magister Epidemiologi, Universitas Diponegoro, Semarang.



Gambar 1.3 Diagram Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada umur ≥ 18 tahun menurut provinsi, 2007 dan 2013
(Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Seksi Pengendalian Penyakit, tahun 2014)

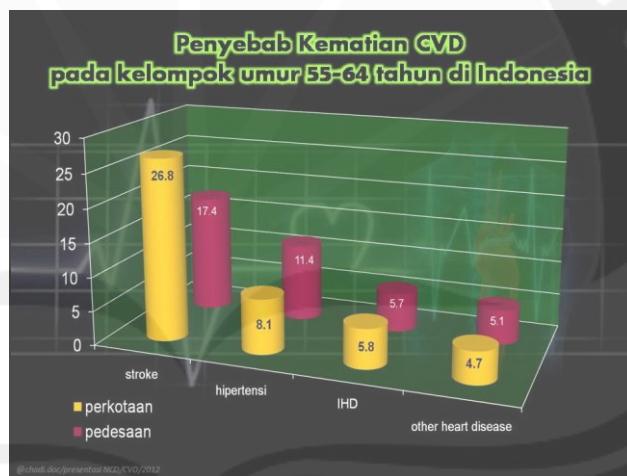
Berdasarkan hasil Prevalensi hipertens melalui pengukuran (Gambar 1.3), Provinsi Papua memiliki Nilai Prevalensi hipertens paling rendah dan Provinsi Bangka Belitung memiliki nilai Prevalensi hipertens paling tinggi. Sedangkan DIY merupakan Provinsi yang memiliki nilai mendekati rata-rata Indonesia yakni hampir mendekati 25,8.



Gambar 1.4 Diagram Prevalensi stroke permil pada umur ≥ 15 tahun menurut provinsi, 2007 dan 2013
(Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Seksi Pengendalian Penyakit, tahun 2014)



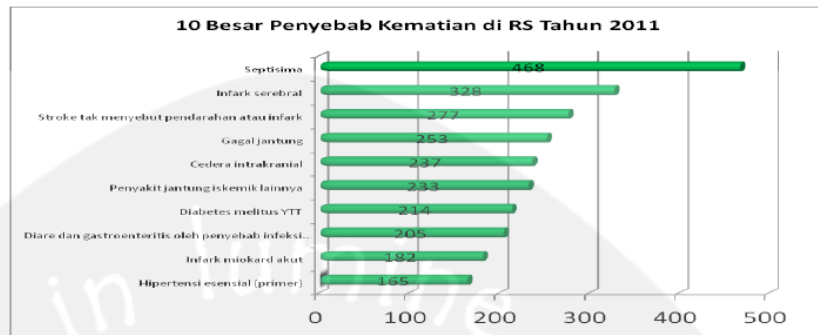
Selain menggunakan hasil Prevalensi hipertensi dapat digunakan juga Prevalensi stroke permil. Tingkat Prevalensi ini dapat digunakan karena stroke merupakan salah satu penyebab Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah. Gambar 1.4 terlihat jelas dimana penderita stroke mengalami peningkatan. Pada tahun 2007 penderita stroke paling rendah di Provinsi Maluku sedangkan Provinsi Aceh menduduki peringkat pertama, sementara DIY berada pada urutan ke 13 pada tahun 2007. Tahun 2013 Penderita stroke paling rendah di Provinsi Riau, sedangkan penderita stroke tertinggi di provinsi Sulawesi selatan dan Provinsi DIY berada di tingkat ke dua teratas.



Gambar 1.5 Diagram Penyebab kematian CVD pada kelompok umur 55-64 tahun di Indonesia.

(Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Seksi Pengendalian Penyakit, tahun 2014)

Semakin meningkatnya penderita hipertensi dan stroke dari tahun 2007 sampai tahun 2013 membuat tingkat kematian CVD (*cardiovascular disease*) menempati urutan paling tinggi, faktor penyebab kematian meliputi hipertensi, stroke . Pada gambar 1.5 Penyakit stroke dan hipertensi merupakan dua faktor penyakit yang menyebabkan kematian pada penderita penyakit jantung dan pembuluh darah.



Gambar 1.6 Diagram 10 Besar Penyebab Kematian di RS Tahun 2011
(Sumber : Laporan SIRS Dinkes DIY Tahun 2011)

Hasil data Profil Kesehatan Provinsi DIY, “beberapa penyakit tidak menular cenderung meningkat diantaranya adalah Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (*cardiovaskuler*), Diabetes Mellitus, Kanker, Gangguan Jiwa. Penyakit jantung dan stroke dalam sepuluh tahun terakhir selalu masuk dalam 10 penyakit penyebab kematian tertinggi. Analisis tiga tahun terakhir dari data di seluruh rumah sakit di DIY menunjukkan, penyakit-penyakit kardiovaskuler seperti jantung, stroke, hipertensi atau dikenal sebagai penyakit CVD (*cardiovascular disease*) menempati urutan paling tinggi penyebab kematian. CVD tidak hanya menempati urutan tertinggi penyebab kematian tetapi jumlah kematiannya dari tahun ke tahun juga semakin meningkat seiring semakin meningkatnya jumlah penderita penyakit-penyakit CVD sebagaimana laporan RS di DIY.”

Berdasarkan permasalahan diatas maka dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa Provinsi DIY memerlukan rumah sakit khusus jantung. Keberadaan Rumah Sakit Jantung ini diharapkan dapat mengurangi angka penderita Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah di DIY.



1.1.3. Latar Belakang Permasalahan

Rumah sakit khusus jantung di Yogyakarta ini membutuhkan dukungan sarana dan prasana yang sesuai dengan tujuan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien. Suasana lingkungan medis identik dengan ketakutan, kegelisahan, perasaan tertekan, serta ketidakpastian. Kegagalan proses adaptasi pasien terhadap lingkungan medis dapat menyebabkan *stress* psikologis dalam diri pasien yang berpengaruh terhadap proses penyembuhannya.

Pengelola rumah sakit, sebagai penyedia layanan kesehatan umum beranggapan bahwa proses pemulihan kesehatan terutama dilakukan dengan jalan medis. Kenyataan tersebut juga kerap terjadi di Indonesia, dimana masih sedikit pihak pengelola rumah sakit yang menganggap pentingnya penerapan konsep *healing environment* yang memprioritaskan kenyamanan psikologis pasien sebagai bagian esensial dari proses penyembuhan pasien.

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Dijkstra “yang mengungkapkan bahwa efek fisiologis dari sebuah lingkungan fisik sangat berpengaruh pada hasil penyembuhan, dimana terdapat sebuah korelasi yang positif antara elemen-elemen lingkungan dengan hasil penyembuhan. Secara medis, *stress* psikologis yang terjadi pada pasien dapat menekan sistem imun sehingga pasien memerlukan waktu perawatan yang lebih lama dan bahkan dapat mempercepat terjadinya komplikasi-komplikasi selama perawatan”⁴.

Bangunan Rumah sakit khusus jantung ini bertujuan untuk mendukung proses medis melalui :

⁴ Dijkstra, K. 2009. *Understanding Healing Environments: Effects of Physical Environmental Stimuli on Patients' Effects of Health and Well-Being*, Netherlands: University of Twente.



- Tataan ruang kamar mempercepat usaha penyembuhan pasien.
- Menerapkan pendekatan *Healing Enviroment*. Diharapkan agar bukan hanya dokter dan obat-obatan saja yang dapat membantu penyembuhan, tetapi lingkungan terutama lingkungan rumah sakit juga berpengaruh terhadap kesembuhan pasien.

Penyelesaian yang akan diangkat dalam rancangan Rumah sakit khusus jantung adalah perancangan tataan ruang kamar yang mendukung usaha penyembuhan pasien yang cepat berdasarkan pendekatan *Healing Enviroment* . Rumah sakit khusus jantung berwawasan *Healing Enviroment*, dimana *Healing Enviroment* “merupakan sebuah lingkungan binaan *atauman-made environment* yang dirancang sedemikian rupa sehingga dapat memberikan efek secara psikologis maupun fisiologis yang kondusif bagi proses penyembuhan.”⁵

Penerapan konsep *healing environment* pada lingkungan perawatan akan tampak pada kondisi akhir kesehatan pasien, yaitu pengurangan waktu rawat, pengurangan biaya pengobatan, pengurangan rasa sakit, pengurangan stres atau perasaan tertekan, memberikan suasana hati yang positif, membangkitkan semangat, serta meningkatkan pengharapan pasien akan lingkungan. Penyelesaian ini di harapkan dapat memberikan efek secara psikologis maupun fisiologis yang kondusif bagi proses penyembuhan.

⁵ Mayang Sari, Sriti. “Peran Warna Pada Interior Rumah Sakit Berwawasan *Healing Enviroment* Terhadap Proses Penyembuhan Pasien.” Jurnal Dimensi Interior, Vol. 1, No. 2 tahun 2008



1.2. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana wujud rancangan Rumah Sakit Khusus Jantung di Yogyakarta sekelas pelayanan Rumah Sakit Umum kelas C yang mendukung usaha penyembuhan pasien yang cepat melalui tatanan ruang kamar pasien dengan pendekatan *Healing Environment*.

1.3. TUJUAN DAN SASARAN

1.3.1 Tujuan

Mewujudkan rancangan Rumah Sakit Khusus Jantung Tipe C di Yogyakarta dengan pengolahan tatanan ruang kamar yang mendukung usaha penyembuhan pasien yang cepat dengan pendekatan *Healing Enviroment*.

1.3.2 Sasaran

- Mendefinisikan kriteria Rumah Sakit Khusus Jantung di Yogyakarta
- Mengidentifikasi kriteria Rumah Sakit Umum Tipe C
- Menemukan berbagai kualitas karakteristik usaha-usaha penyembuhan pasien yang cepat
- Menemukan kriteria-kriteria tatanan ruang pasien
- Mendefinisikan pendekatan perancangan melalui *Healing Environment*

1.4 LINGKUP STUDI

1.4.1 Materi Studi

Lingkup Spatial

Rumah Sakit Khusus Jantung yang melayani Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan sekelas dengan pelayanan Rumah Sakit Umum Tipe C.



Lingkup Substansial

Penekanan studi diarahkan pada kriteria tatanan ruang yang memiliki kualitas ruang yang mendukung usaha penyembuhan pasien dengan cepat.

Lingkup Temporal

Perancangan rumah sakit jantung akan direncanakan melayani hingga 20 tahun ke depan.

1.4.2 Pendekatan Studi

Penyelesaian penekanan studi pada rumah sakit jantung di lakukan dengan pendekatan *Healing Enviroment* pada tatanan ruang kamar.

1.5 METODE

1.5.1 Metode Pengumpulan Data

Guna menunjang perencanaan dan perancangan rumah sakit khusus jantung di Yogyakarta maka diperlukan data yang berkaitan, berikut data dan cara mengumpulkan data.

Macam Data yang Diperlukan

Data yang diperlukan terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari data kualitatif dan data kuantitatif. Data sekunder berupa teori dan peraturan pemerintahan.

Data primer kualitatif berkaitan dengan pengamatan langsung terhadap Unit Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah RSUP Dr. Karyadi, RS Panti Rahayu dan RS Panti Rapih. Hasil dari pengamatan diharapkan memberikan pengetahuan awal mengenai rumah sakit.



Data primer kuantitatif didapatkan dengan melakukan pertanyaan kepada narasumber, data kuantitatif yang akan dicari terdiri dari data mengenai jumlah pasien Rumah Sakit mengenai banyaknya kasus penderita sakit jantung.

Data sekunder terbagi menjadi dua, dari pustaka dan dari peraturan pemerintah. Data yang bersumber dari pustaka yaitu data mengenai tatanan ruang kamar dan data mengenai *Healing Enviroment*. Data yang berasal dari peraturan pemerintah yaitu data mengenai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang pelayanan medik umum dan Pokok-Pokok Pedoman Arsitektur Medik Rumah Sakit Umum Kelas C.

Sumber Data

Data primer diperoleh dari sumber antara lain Dinas kesehatan DIY yaitu data mengenai jumlah penderita sakit jantung dan data penyebab kematian sakit jantung.

Data sekunder yang dibutuhkan bersumber dari peraturan pemerintah serta buku-buku literatur yang berkaitan dengan studi yang dipilih.

Instrumen untuk Mengumpulkan Data

Untuk mengumpulkan data primer digunakan pengamatan langsung serta alat berupa kamera. Untuk mengumpulkan data sekunder digunakan cara pencarian melalui perpustakaan dan sebagai tambahan dilakukan pencarian melalui perpustakaan.



1.5.2 Metode Analisis Data

Analisis dilakukan dengan metode induktif, yaitu melakukan ulasan mengenai data primer kemudian dibandingkan dengan data Rumah Sakit Umum Dr. Karyadi kemudian dibandingkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang pelayanan medik umum dan Pokok-Pokok Pedoman Arsitektur Medik Rumah Sakit Umum Kelas C.

1.5.3 Metode Penarikan Kesimpulan

Kesimpulan didapatkan dengan metode induktif, yaitu dengan melakukan penambahan teori mengenai penekanan desain terhadap analisis data yang sudah dilakukan. Penarikan kesimpulan dilakukan setelah mendapatkan hasil analisa perbandingan mengenai kondisi empiris pada Unit Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah RSUP Dr Kariadi kemudian dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang pelayanan medik umum dan Pokok-Pokok Pedoman Arsitektur Medik Rumah Sakit Umum Kelas C . Berdasar data hasil analisis tersebut, kemudian ditambahkan dengan pendekatan yang akan digunakan yaitu, tatanan ruang kamar melalui *Healing Enviroment*.

1.6 SISTEMATIKA PENULISAN

BAB I PENDAHULUAN

Menjelaskan defenisi proyek, latar belakang pengadaan proyek, latar belakang permasalahan, rumusan permasalahan, tujuan dan sasaran lingkup studi, metode studi, keaslian penulisan dan sistematika penulisan.



BAB II TINJAUAN RUMAH SAKIT JANTUNG

Menjelaskan arti rumah sakit dan rumah sakit khusus, serta persyaratan berdasarkan peraturan menteri. Menjelaskan arti Rumah Sakit Jantung.

BAB III TINJAUAN WILAYAH KOTA YOGYAKARTA

Menguraikan potensi wilayah di Kota Yogyakarta yang dapat digunakan sebagai wadah bagi bangunan rumah sakit jantung

BAB IV TINJAUAN TEORI PENEKANAN DAN PERANCANGAN RUMAH SAKIT KHUSUS JANTUNG DI YOGYAKARTA

Menjabarkan tinjauan pustaka dan landasan teori tentang penyembuhan pasien yang cepat, tatanan ruang kamar dan penekanan *Healing Enviroment*.

BAB V ANALISIS PERANCANGAN RUMAH SAKIT KHUSUS JANTUNG DI YOGYAKARTA

Menguraikan proses analisis dan alternatif sintesis dari teori tatanan ruang kamar dan *Healing Enviroment* terhadap wujud rancangan bangunan rumah sakit jantung di Kota Yogyakarta.

BAB VI KONSEP PERANCANGAN RUMAH SAKIT KHUSUS JANTUNG DI YOGYAKARTA

DAFTAR PUSTAKA

Berisi daftar pedoman dan sumber bacaan lain yang berkaitan dengan topik bangunan rumah sakit jantung di Kota Yogyakarta. Dituliskan berdasarkan nama, tahun judul, penerbit, kota, negara, dengan mengurutkan nama penulis berdasar alphabet.



1.7 TATA LANGKAH

