

FASILITAS REHABILITASI MENTAL KATOLIK BAGI ANAK KORBAN KEKERASAN DI KOTA MALANG

Stefanus Richard dan Anik Juniwati, S.T., M.T.
Program Studi Arsitektur Universitas Kristen Petra
Jl. Siwalankerto 121-131, Surabaya
stefanusrichard@gmail.com; ajs@petra.ac.id



Gambar 1. Perspektif Tampak Depan Fasilitas Rehabilitasi Mental Katolik bagi Anak Korban Kekerasan di Kota Malang

ABSTRAK

Tingginya kasus kekerasan terhadap anak di Indonesia menjadi salah satu hal utama yang melatarbelakangi adanya Proyek Tugas Akhir dengan judul Fasilitas Rehabilitasi Mental Katolik bagi Anak Korban Kekerasan di Kota Malang. Namun, penanganan dalam aspek psikologis cenderung masih minim. Fasilitas ini diharapkan mampu membantu anak-anak yang pernah mengalami trauma akibat kekerasan untuk memulihkan kedudukan batin dan watak mereka. Keterkaitan dengan unsur agama, khususnya Katolik, membantu memberi nilai-nilai pada program rehabilitasi yang diterapkan.

Penerapan pendekatan desain berupa pendekatan perilaku, dengan memahami karakter-karakter anak yang mengalami trauma akibat tindak kekerasan, dapat membantu dalam membuat rancangan yang kontekstual. Pendalaman terhadap

karakter tiap-tiap ruang, dimana karakter ruang tersebut disesuaikan dengan karakter-karakter anak yang mengalami trauma akibat kekerasan.

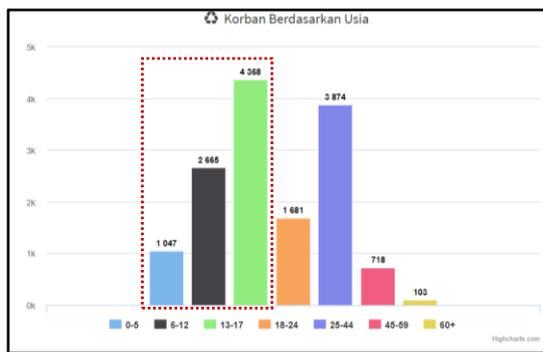
Rancangan fasilitas rehabilitasi ini menyediakan fasilitas hunian, pendidikan, dan terapi bagi anak-anak dan remaja (usia 6-18 tahun) yang mengalami trauma akibat kekerasan. Fasilitas hunian dirancang dengan berbagai tipe unit kamar yang menyesuaikan dengan kecenderungan perilaku anak setelah mengalami kekerasan. Fasilitas pendidikan dengan konsep *playful* dengan suasana yang informal sehingga anak tidak merasa tertekan dengan kegiatan pendidikan dan memiliki pengalaman belajar yang menyenangkan. Fasilitas terapi disesuaikan dengan kecenderungan perilaku anak, kebutuhan anak, kelompok usia dan respon anak selama menjalani kegiatan terapi.

Kata Kunci : Anak, Katolik, Kekerasan, Mental, Rehabilitasi

1. PENDAHULUAN

Latar Belakang

Negara Indonesia menjamin kesejahteraan tiap-tiap warga negaranya, termasuk perlindungan terhadap hak anak, seperti diatur dalam UU NRI No. 23 tahun 2002. Namun realitanya, kasus pelanggaran terhadap hak anak, khususnya kekerasan pada anak di Indonesia masih cenderung tinggi, bahkan meningkat. Berdasarkan pada Sistem Informasi Online Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, terhitung pada 11 Desember tahun 2019, masih terdapat 8.080 kasus kekerasan terhadap anak berusia dibawah 18 tahun (Gambar 1.1).

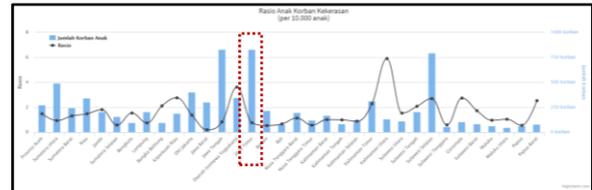


Gambar 1.1 Data Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak Tahun 2019 Berdasarkan Usia (Sumber : Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak)

Tindakan kekerasan sendiri dapat menimbulkan dampak psikologis bagi anak, sedangkan seperti yang dilansir oleh *World Health Organization (WHO)*, kesehatan mental merupakan hal yang fundamental bagi manusia untuk berpikir, berkembang, berinteraksi dengan sesama, bekerja, dan menikmati hidup. Oleh karena itu, pemulihan kondisi mental anak pasca mengalami kekerasan menjadi sangat penting (WHO, 2018). Dalam melakukan rehabilitasi sosial, agama dapat menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pemulihan mental. Dalam penelitian berjudul *Religion and Mental Health* menyatakan bahwa agama memiliki pengaruh besar terhadap psikiatri, termasuk gejala, fenomenologi dan hasilnya (Behere, Das, Yadav, & Behere, 2013). Oleh

karena itu, unsur agama juga menjadi hal yang perlu dipertimbangkan dalam kegiatan pemulihan mental.

Jawa Timur menjadi salah satu provinsi yang memiliki catatan kasus kekerasan terhadap anak yang tinggi sepanjang tahun 2019 yaitu 831 kasus (Gambar 1.2), sehingga perlu adanya fasilitas rehabilitasi mental yang melayani dalam skala Provinsi Jawa Timur.



Gambar 1.2 Grafik Persebaran Jumlah dan Rasio Anak Korban Kekerasan di Indonesia Tahun 2019

Sumber : Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak

Tujuan Perancangan

Menyediakan fasilitas yang membantu pemulihan kedudukan batin dan watak anak akibat tindakan kekerasan yang dialami dengan menerapkan nilai-nilai Agama Katolik dalam prosesnya.

Rumusan Masalah

- Permasalahan Umum:
 - Bagaimana menciptakan rancangan fasilitas yang mampu mawadahi dan membantu anak-anak korban kekerasan yang mengalami gangguan mental untuk memulihkan kedudukan batin dan wataknya, dengan kegiatan terapi, pendidikan, dan hunian.
- Permasalahan Khusus:
 - Bagaimana rancangan mampu menanggapi masalah keamanan dalam fasilitas, mengingat karakter pengguna yang cenderung melakukan *escaping*.
 - Bagaimana rancangan dapat memberikan suasana yang nyaman, mengayomi, dan menyenangkan bagi anak-anak dalam berkegiatan dalam fasilitas.
 - Bagaimana menciptakan karakter-karakter ruang dalam fasilitas yang menyesuaikan dengan karakter dan perilaku anak.

2. PERENCANAAN TAPAK



Gambar 2.1 Lokasi Tapak

Data Tapak

- Lokasi tapak: Jalan Langsep Barat, Kel. Gading Kasri, Kec. Klojen, Kota Malang, Jawa Timur
- Luas lahan: +/- 13.500 meter persegi
- Batas Administratif Tapak:
 - Utara : Pemukiman + Komersial
 - Selatan : Pemukiman
 - Timur : Pemukiman + Komersial
 - Barat : Pemukiman
- Tata Guna Lahan: Zona Perumahan, kepadatan tinggi
- KDB: maks. 80% total luas lahan
- KLB: maks. 1.6 poin
- RTH: min. 10% total luas kawasan
- TLB: 1-3 lantai
- GSB: 6 meter (sisi jalan)

Analisis Tapak

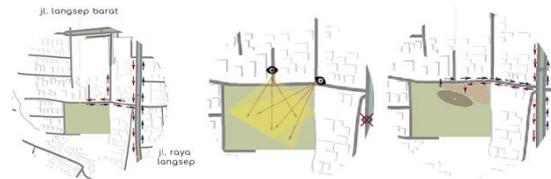
Pemilihan lokasi tapak didasari oleh beberapa faktor, yaitu jarak tapak dengan fasilitas pendidikan dan peribadatan Katolik, jarak tapak dengan fasilitas kesehatan, dan jarak tapak dengan pusat kota, mengingat fasilitas melayani skala provinsi. Adapun kelebihan dan kelemahan tapak ialah sebagai berikut:

- Kelebihan: Berdekatan dengan fasilitas pendidikan dan peribadatan Katolik dalam radius 1500 m (Playgroup & TKK Santa Maria II , SDK Santa Maria III, SMPK Santa Maria II , SMAK Santa Maria, Seminari Tinggi Santo Vincentius, Gereja Katolik Vincentius A Paulo) dan juga berdekatan dengan fasilitas kesehatan (RST Dr. Soepraoen) dengan jarak tempuh <10 menit dengan mobil.

- Kelemahan: Terletak pada pemukiman penduduk yang cukup padat.

Beberapa faktor lain yang dijadikan pertimbangan dalam pengolahan tapak ialah;

- **Akses dan visibilitas:** bangunan sekitar memiliki ketinggian 1-3 lantai, untuk menangkap visibilitas dan akses utama dari Jalan Raya Langsep (sisi Timur), maka orientasi bangunan disusun miring ke arah Timur Laut, kantor pengelola dan konsultasi umum sebagai bangunan publik sekaligus dijadikan sebagai *entrance*.



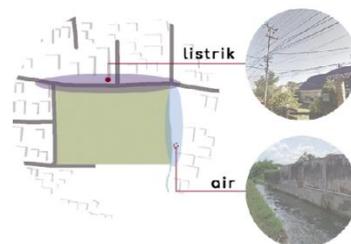
Gambar 2.2 Analisis Akses dan Visibilitas Tapak

- **Kebisingan:** Tapak terletak di pemukiman padat penduduk, berpotensi menimbulkan kebisingan dari dalam (akibat aktivitas anak) maupun dari luar (kebisingan jalan dan kegiatan perdagangan). Oleh karena itu, area bersama dalam fasilitas yang berpotensi menimbulkan kebisingan dari dalam, didekatkan dengan jalan.



Gambar 2.3 Analisis Kebisingan Tapak

- **Utilitas:** Peletakkan ruang-ruang utilitas listrik dekat dengan akses masuk menuju fasilitas (Jalan Langsep Barat) untuk kemudahan akses, sedangkan bak penampung air hujan didekatkan ke sisi timur tapak, yaitu ke saluran kota terdekat.



Gambar 2.4 Analisis Utilitas Tapak

3. PERANCANGAN BANGUNAN

Program dan Kebutuhan Ruang



Gambar 3.1 Program dan Kebutuhan Ruang

Program dan kebutuhan ruang dalam fasilitas ini terdiri atas:

- **Hunian Biarawati, meliputi:** kamar tidur biarawati, kamar mandi, ruang makan, dan dapur / *pantry*
- **Fasilitas Pendidikan dan Kerohanian, meliputi:** ruang kelas A (setara Sekolah Dasar), Ruang kelas B (setara Sekolah Menengah), ruang guru, kapel
- **Fasilitas Terapi Anak, meliputi:** ruang konsultasi terapi perilaku kognitif (CBT), ruang terapi bermain & obsestasi, ruang terapi kelompok, area terapi sensori, ruang terapi music, terapi berkebun, terapi olahraga, *mini library*.
- **Kantor Pengelola, meliputi:** ruang Suster Kepala, ruang Suster Wakil Kepala, ruang sekretariat & arsip, ruang administrasi keuangan, ruang kunjungan
- **Konsultasi Umum, meliputi:** ruang tunggu pengunjung, ruang pemeriksaan psikiatri, dan ruang konsultasi psikolog
- **Hunian Anak, meliputi:** hunian anak putra, hunian anak putri, hunian remaja putra, dan hunian remaja putri, yang pada masing-masing massa bangunannya terdapat kamar tidur, kamar mandi, ruang makan, dapur/*pantry* dan ruang bersama
- **Service, meliputi:** ruang PLN, ruang trafo, ruang genset, ruang *main distribution panel*, ruang pompa, dapur umum, pos satpam

Konsep Desain



Gambar 3.2 Konsep desain

Berdasarkan masalah perancangan yang ada, maka konsep hunian adalah menciptakan unit hunian dan ruang luar di sekitarnya yang dapat digunakan oleh anak-anak sebagai *escaped place* atau tempat mereka menenangkan diri. Konsep pada kegiatan terapi dan pendidikan adalah *playful* supaya anak dapat menjalani kegiatan terapi dan pendidikan tanpa merasa terbebani. Konsep keseluruhan tapak ialah terintegrasi dimana proses terapi tidak hanya terjadi pada masa terapi melainkan di keseluruhan fasilitas.

Pendekatan Perancangan

Berdasarkan pada permasalahan perancangan, maka pendekatan yang digunakan dalam proses perancangan ialah pendekatan perilaku, yaitu dengan memperhatikan perilaku anak korban kekerasan berdasarkan pada kelompok usia anak dan juga kecenderungan/gejala yang ditimbulkan anak setelah mengalami kekerasan.



Gambar 3.3 Studi Karakter Anak berdasarkan Kelompok Usia

Fasilitas rehabilitasi ini melayani anak-anak dan remaja dengan usia 6-18 tahun, dan berdasarkan karakternya maka dibagi menjadi 2 kelompok usia sebagai berikut:

- **Usia 6-12 tahun:** Dalam kelompok usia ini anak-anak sudah mulai masuk pada fase pendidikan formal, sekaligus peralihan dari balita menuju anak-anak. Mereka mulai memiliki ikatan pertemanan dengan sebayanya yang lebih erat. Mereka mulai bisa mengikuti instruksi yang diberikan oleh orang yang lebih dewasa. Mereka mulai menyadari apa yang mereka gemari dan memiliki hobi, serta masih tertarik dengan kegiatan permainan. (American Psychological Association, 2002)
- **usia 13-18 tahun:** dalam kelompok usia ini anak berada pada masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa dan memasuki masa pubertas. Mereka mulai mengalami perubahan fisik dan juga emosional. Mereka cenderung ingin dihargai sebagai pribadi yang lebih dewasa, sudah mulai menyadari akan adanya privasi. Mereka merasa bahwa pertemanan menjadi suatu hal yang sangat penting. Mereka ingin didengarkan dan mulai mencari identitas diri. (California Department of Education, 2019)

Anak-anak yang mengalami trauma akibat kekerasan memiliki beberapa perbedaan dengan anak-anak pada umumnya. Setiap anak yang mengalami trauma akibat kekerasan memiliki kecenderungan yang beragam bergantung pada respon mereka setelah mengalami tindak kekerasan. Berikut ini adalah beberapa kecenderungan pada anak yang muncul pasca mereka mengalami tindak kekerasan:

- **Gejala Rendah Diri:** *Self critical*, keras terhadap diri sendiri, merasa tidak sebaik orang lain, selalu berpikir tentang kegagalan mereka, memiliki kepercayaan diri rendah, meragukan diri sendiri
- **Gejala Gangguan Sosial:** Kecemasan berlebih ketika bertemu dengan orang lain, menghindari situasi sosial, tantrum ketika menemui masalah sosial, cenderung pemalu
- **Gejala Gangguan Kecemasan:** mudah mengalami kepanikan, permasalahan gangguan tidur, susah tenang, bisa menjadi fobia terhadap suatu keadaan tertentu (misal tempat, suasana, suara, dll), merasa selalu

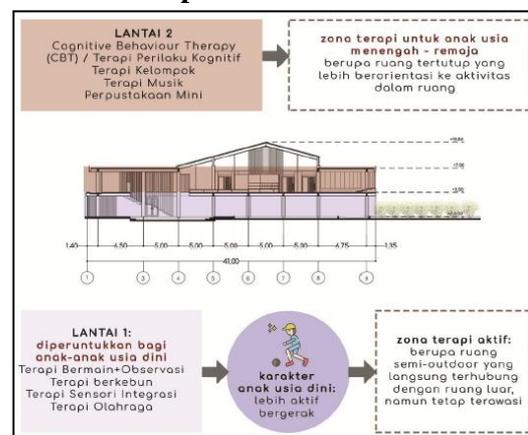
terancam (Anxiety and Depression Association of America)

- **Psikosomatik:** Ketika berada dalam keadaan stres/menegangkan dapat langsung berimbas pada kondisi fisiknya, seperti: mual, sakit kepala, migrain, sakit perut, kepanikan, kelelahan, gemetar, keringat dingin, gangguan makan, jantung berdebar.
- **Gejala Gangguan Konsentrasi:** sering melamun, mudah bingung dan terdistraksi, cenderung lebih sering menyendiri, tidak tertarik dengan aktivitas fisik, berpotensi melakukan tindakan berbahaya bahkan bunuh diri
- **Gejala Agresif:** disebabkan oleh *physical fear*, mudah marah/temperamental, impulsif, mudah frustrasi, menyerang orang sekitarnya secara fisik, disruptif, mengganggu yang lainnya

Penerapan dalam Perancangan

Berikut ini penerapan konsep dan pendekatan dalam bangunan;

- **Fasilitas Terapi:**



Gambar 3.4 Pengelompokan Zona Terapi

Pengelompokan terapi disesuaikan dengan gejala dan kelompok usia anak, sehingga lantai 1 pada masa terapi lebih diperuntukkan bagi anak-anak usia dini dan untuk kegiatan-kegiatan terapi yang aktif (banyak bergerak) seperti: terapi bermain, terapi berkebun, terapi sensori, dan terapi olahraga; sedangkan untuk lantai 2 lebih diperuntukkan bagi remaja dan untuk kegiatan terapi yang lebih memerlukan suasana tenang seperti: terapi perilaku

kognitif (dalam bentuk konsultasi), terapi kelompok, terapi musik dan juga *mini library*.



Gambar 3.5 Perspektif Terapi Bermain

Penerapan konsep *playful* pada terapi dengan menyediakan ruang untuk terapi dalam bentuk-bentuk permainan dan hobi, serta tempat untuk *sharing*.

• **Fasilitas Pendidikan**



Gambar 3.6 Perspektif Ruang Kelas A

Penerapan konsep *playful* pada ruang kelas dengan menciptakan ruang kelas yang lebih fleksibel, anak dapat belajar secara individual maupun berkelompok atau diskusi (sistem *group homeschooling*). Anak juga tidak harus belajar dalam posisi formal dengan meja dan kursi, melainkan anak dapat belajar sambil lesehan, maupun duduk di undak-undak yang ada.

• **Fasilitas Hunian**

Menanggapi perbedaan karakter anak berdasarkan usianya, hunian dikelompokkan berdasarkan kelompok usia dan juga jenis kelaminnya:

- Hunian Anak Putra (6-12 tahun)
- Hunian Anak Putri (6-12 tahun)
- Hunian Remaja Putra (13-18 tahun)
- Hunian Remaja Putri (13-18 tahun)

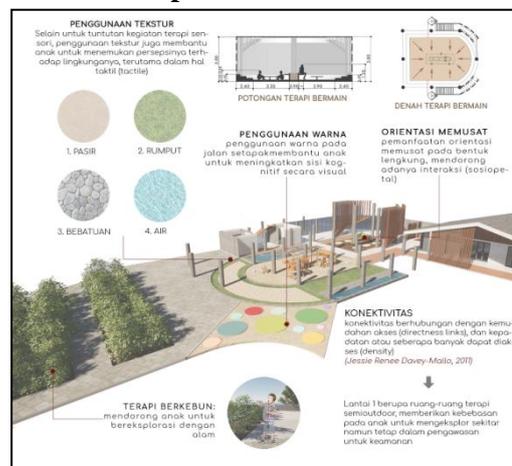
Sedangkan untuk menanggapi karakter anak berdasarkan gejala/kecenderungannya, maka setiap massa bangunan memiliki 3 tipe unit kamar, yaitu:

- **Tipe Unit A:** untuk anak dengan gejala rendah diri dan gangguan kecemasan, memerlukan ketenangan lebih, terletak pada bagian yang tetap terawasi pengasuh namun tidak harus selalu berdekatan, 1 unit kamar untuk 2 anak
- **Tipe Unit B:** untuk anak dengan gejala gangguan kecemasan, psikosomatik dan gangguan konsentrasi, perlu lebih dekat dengan kamar pengasuh, serta 1 unit kamar untuk 4 anak agar dapat saling mengawasi
- **Tipe Unit C:** untuk anak dengan gejala agresif, perlu sangat dekat dan mudah diawasi oleh pengasuh, 1 unit kamar untuk 1 anak /*connecting* supaya tidak mengganggu teman di sekitarnya

Pendalaman Desain:

Berikut ini adalah beberapa pendalaman karakter ruang yang diterapkan dalam desain:

• **Fasilitas Terapi lantai 1**

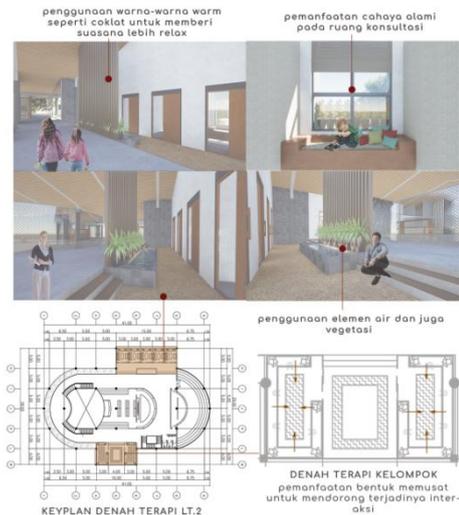


Gambar 3.7 Pendalaman Terapi Lantai 1

Menurut Ismail Said, desain yang berkaitan dengan anak sebaiknya mengandung unsur fisik, kognitif, dan sosial (Said, 2007). Unsur fisik berkaitan dengan kegiatan fisik anak, diwujudkan dengan penggunaan ruang *semi-outdoor* (konektivitas) sehingga anak lebih leluasa bergerak namun tetap terawasi. Unsur kognitif berkaitan dengan visual dan taktile, diwujudkan dengan penggunaan warna dan juga tekstur pada area bermain anak. Unsur sosial diwujudkan dengan

penataan orientasi ruang yang memusat ke tengah (sosioPETAL) sehingga mendorong terjadinya interaksi. Karakter ruang yang dipilih ialah terbuka dan bebas, diperlukan untuk membantu anak dalam menemukan ikatannya dengan lingkungan sekitar, dengan membiarkan mereka mengeksplor sekitarnya

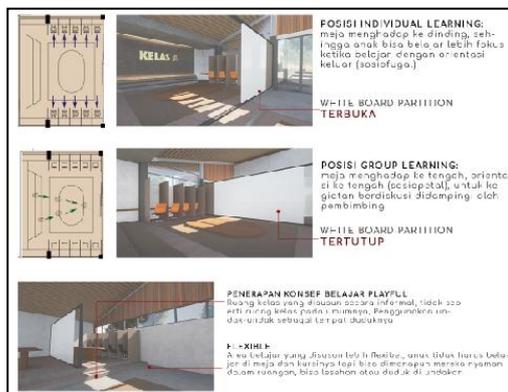
• **Fasilitas Terapi lantai 2**



Gambar 3.8 Pendalaman Terapi Lantai 2

Kegiatan terapi lantai 2 lebih memerlukan suasana yang tenang, karena kegiatan yang dilakukan adalah dalam bentuk konsultasi personal, maupun *group sharing*. Sehingga karakter ruang yang dipilih ialah menenangkan. Untuk mewujudkan suasana menenangkan itu, maka digunakan elemen air, pemilihan warna *warm* untuk memberi kesan hangat, dan juga penggunaan elemen vegetasi.

• **Ruang Kelas**



Gambar 3.9 Pendalaman Ruang Kelas

Karakter ruang kelas yang dipilih adalah fleksibel. Karakter ruang fleksibel ini diperlukan untuk mewujudkan konsep

belajar yang lebih *playful*, anak tidak hanya belajar secara formal 1 arah (guru menjelaskan pada muridnya), melainkan pembelajaran dapat berlangsung dengan diskusi antara pembimbing dan siswa, ataupun antar siswa. *Moveable White Board Partition* digunakan untuk menyesuaikan kegiatan pembelajaran apakah individu ataukah diskusi. Penataan orientasi ruang yang memusat (sosioPETAL) pada area diskusi juga mendorong adanya interaksi, sedangkan pada area posisi individual, menggunakan orientasi menyebar (sosiOFUGAL/menghadap dinding) sehingga mendorong anak lebih konsentrasi.

• **Unit Kamar Hunian Anak dan Remaja**

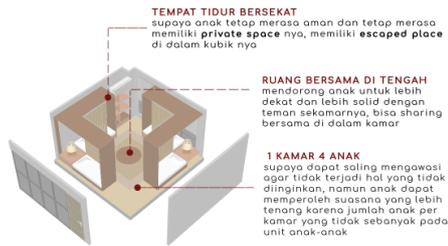


Gambar 3.10 Pendalaman Unit Kamar A

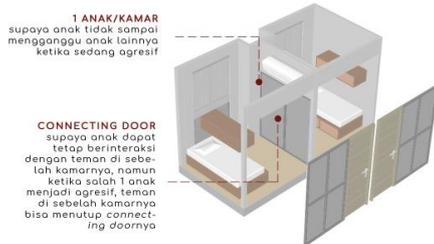
Unit Kamar A diperuntukkan bagi anak dengan gejala rendah diri dan gangguan sosial. Di setiap unit terdapat ruang bersama di tengah supaya mendorong anak perlahan berinteraksi, tempat tidur bersekat supaya tetap memiliki privasi, yang membedakan hunian anak dan remaja adalah pembatas ruangnya, pada kamar anak pembatasnya tidak setegas pada hunian remaja.



Gambar 3.11 Pendalaman Unit Kamar B Anak

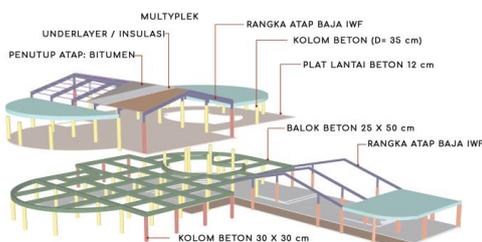


Gambar 3.12 Pendalaman Unit Kamar B Remaja
 Unit Kamar B diperuntukkan bagi anak yang mengalami gejala gangguan kecemasan, psikosomatik dan gangguan konsentrasi. Baik kamar anak maupun remaja, sama-sama memiliki ruang bersama di tengah. 1 kamar terdiri atas 4 orang supaya dapat saling mengawasi. Yang membedakan adalah pada kamar anak menggunakan *bunk bed*, sedangkan pada remaja menggunakan tempat tidur biasa dengan partisi, supaya tetap memiliki privasi namun tetap terawasi.



Gambar 3.13 Pendalaman Unit Kamar C
 Unit Kamar C diperuntukkan bagi anak bergejala agresif dengan 1 kamar untuk 1 anak supaya tidak mengganggu sesamanya. Namun, terdapat *connecting door* dengan kamar sebelahnya supaya tetap dapat berinteraksi. Ketika anak sedang berperilaku agresif, maka *connecting door* dapat ditutup.

Sistem Struktur



Gambar 3.13 Pendalaman Unit Kamar C

Secara umum, massa-massa bangunan dalam fasilitas menggunakan sistem rangka. Material struktural yang digunakan ialah kolom-balok beton, sedangkan rangka atap

menggunakan material baja IWF dengan sistem *monobeam*. Material Penutup atap menggunakan bitumen.

4. PENUTUP

Rancangan Fasilitas Rehabilitasi Mental Katolik bagi Anak Korban Kekerasan di Kota Malang ini diharapkan dapat memberikan wadah bagi anak-anak di Indonesia, khususnya di Jawa Timur yang menjadi korban kekerasan. Perancangan fasilitas ini mencoba untuk memberikan solusi terhadap isu sosial yang terjadi bahwa anak-anak yang mengalami tindakan kekerasan perlu penanganan lebih lanjut terlebih pada sisi psikologisnya. Dengan adanya fasilitas hunian, pendidikan, dan terapi diharapkan dapat membantu anak untuk memulihkan kondisi mentalnya dengan lebih menyeluruh, dengan sistem menginap dapat mengurangi resiko anak mengalami tindak kekerasan lagi. Rancangan ini juga diharapkan dapat melayani anak-anak korban kekerasan yang mengalami gangguan mental dalam tingkatan ringan hingga sedang, agar mereka dapat menjalankan kegiatan terapinya dengan konsep yang lebih playful, tidak seformal pengobatan yang dilakukan oleh mereka yang mengalami gangguan mental dalam tingkatan yang berat di Rumah Sakit Jiwa

DAFTAR REFERENSI

American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents: a reference for professionals*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Behere, P. B., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. P. (2013, January). *Religion and mental health*. Retrieved December 11, 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705681/>

California Department of Education. (2019, June 24). *Ages and Stages of Development*. Retrieved April 23, 2020, from <https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/caqdevelopment.asp>

Ministry of Empowerment Children and Protection of Children Republic of Indonesia. *Simfoni-PPA, Simfoni-PPA* (2019). Retrieved from <https://kekerasan.kemenpppa.go.id/ringkasan>

Said, I. (2007, June 12). *Architecture for children: Understanding Children Perception towards Built Environment*. Retrieved May 11, 2020, from <http://eprints.utm.my/id/eprint/3575/>

World Health Organization. (2018, March 30). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved December 14, 2019, from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>