

**ZONASI RUANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
MASSENREMPULU ENREKANG BERDASARKAN *SETTING*
PERILAKU**

*Room Zoning of The Regional Public Hospital of Massenrempulu Enrekang
Based On Behavioral Settings*

MUHAMMAD RUSDIN JUMURDIN

D042202008



**PROGRAM STUDI MAGISTER ARSITEKTUR
DEPARTEMEN FAKULTAS TEKNIK ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

PENGAJUAN TESIS

**ZONASI RUANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
MASSENREMPULU ENREKANG BERDASARKAN *SETTING*
PERILAKU**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister
Program Studi Magister Arsitektur

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD RUSDIN JUMURDIN

D042202008

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ARSITEKTUR
DEPARTEMEN FAKULTAS TEKNIK ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

TESIS
ZONASI RUANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
(RSUD) MASSENREMPULU BERDASARKAN
SETTING PERILAKU

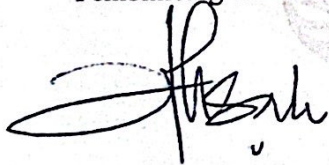
MUHAMMAD RUSDIN JUMURDIN

D042202008

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Tesis yang dibentuk dalam rangka penyelesaian studi pada Program Magister Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Hasanuddin pada tanggal 04 Agustus 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

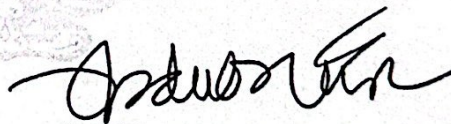
Menyetujui,

Pembimbing Utama



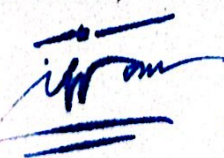
Alifah Harisah, ST., MT., Ph.D
NIP. 19700804 199702 2001

Pembimbing Pendamping



Ir. Abdul Mufti Radja, ST., MT., Ph.D
NIP. 19690304 199903 1004

Dekan Fakultas Teknik
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Eng. Ir. Muhammad Isran Ramli, ST., MT
NIP. 19730926 200012 1002

Ketua Program Studi
Magister Teknik Arsitektur,



Dr. Eng. Ir. Hl. Asniawaty, ST., MT
NIP. 19710925 199903 2001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Rusdin Jumurdin

Nomor Mahasiswa : D042202008

Program Studi : Teknik Arsitektur

Dengan ini menyatakan bahwa tesis berjudul “zonasi ruang rumah sakit umum daerah (RSUD) Massenrempulu Enrekang berdasarkan *setting* perilaku” adalah benar karya saya dengan arahan dari komisi pembimbing **Afifah Harisah, ST., MT., Ph.D.** dan **Ir. Abdul Mufti Radja, ST., MT., Ph.D.** sebagai pembimbing pendamping. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan ataupun yang tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan di Teknosains: Media informasi dan teknologi, 17(2), 242-251. <https://doi.org/10.24252/teknosains.v17i2.37558> sebagai artikel dengan judul “Perubahan *layout* dan penataan fasilitas layanan instalasi Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enrekang”.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Gowa, 19 Agustus 2023

Yang menyatakan,



MUHAMMAD RUSDIN JUMURDIN

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga tesis yang berjudul **“Zonasi Ruang Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Massenrempulu Enrekang Berdasarkan *Setting* Perilaku”** dapat diselesaikan dengan baik.

Penulisan tesis ini sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Magister Arsitektur di Fakultas Teknik Universitas Hasanuddin. Gagasan yang melatarbelakangi dalam memilih judul yang ada karena ketertarikan penulis untuk mengetahui bagaimana menyusun ruang pada sebuah rumah sakit serta bagaimana ruang tersebut mewadahi penggunaannya hingga menjadikan suatu rangkaian aktivitas pelayanan.

Bukan hal mudah untuk menyelesaikan penyusunan tesis ini, berkat bimbingan, arahan, dan motivasi berbagai pihak maka tesis ini dapat bisa disusun sebagaimana kaidah-kaidah yang dipersyaratkan, untuk itu penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Terima kasih kepada Ibu **Afifah Harisah, ST., M.T., Ph.D.** serta Bapak **Ir. Abdul Mufti Radja, ST., M.T., Ph.D.**, selaku ketua dan anggota komisi penasehat yang telah membagikan ilmu dan pengetahuan serta pengalaman yang berharga, begitu juga saran-saran dan motivasi yang membangun bagi penulis selama proses penulisan tesis.
2. Terima kasih kepada Ibu **Ir. Ria Wikantari. R, M.Arch, Ph.D., Dr. Syahriana Syam., S.T., M.T.**, serta **Dr. Rahmi Amin Ishak, S.T., M.T.** selaku komisi penguji dalam memberikan masukan dan koreksi untuk menyempurnakan penulisan tesis ini.
3. Kepada kedua orang tua tercinta ayahanda **Jumurdin S.Pd.M.Pd** dan Ibunda **Nurhidayah**, penulis mengucapkan terima kasih atas doa, pengorbanan dan motivasi yang diberikan selama menempuh pendidikan.

4. Ibu drg. **Ira Desti Saptari, M.Adm.Kes**, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enrekang yang telah memberikan kami izin untuk melaksanakan penelitian, serta kepada seluruh pihak-pihak terkait dari Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enrekang yang membantu selama proses penelitian berlangsung.
5. **Bapak Saharuddin, S.Sos**, selaku pegawai administrasi program magister arsitektur universitas hasanuddin yang selalu siap membantu penulis dalam melengkapi berkas-berkas administrasi.
6. Serta rekan-rekan yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu-persatu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Akhir kata penulis bermunajat kepada-Nya yang maha mengetahui, semoga hasil tulisan ini dapat bernilai guna bagi pribadi penulis serta dapat dijadikan sebagai referensi dalam perkembangan ilmu pengetahuan terkhusus pada lingkup ilmu arsitektur.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Gowa, 19 Agustus 2023



MUHAMMAD RUSDIN JUMURDIN

ABSTRAK

Muhammad Rusdin Jumurdin. Zonasi Ruang Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Massenrempulu Enrekang Berdasarkan *Setting* Perilaku (dibimbing oleh **Afifah Harisah, Abdul Mufti Radja**)

Rumah sakit sebagai bangunan pelayanan bidang kesehatan di mana pelayanan yang terjadi di dalamnya terbentuk dari aktivitas ruangnya. Salah satu tolak ukur keberhasilan pelayanannya dengan melihat efisiensi kerjanya berdasarkan aktivitas antar ruang serta bagaimana aktivitas dihasilkan. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan bagaimana efisiensi kerja setiap instalasi pada Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enrekang dengan menggunakan peletakan dan kedudukan instalasi sebagai fakta penelitian dan pergerakan pengguna dalam alur kegiatan membentuk pola perjalanan sebagai fenomena. Penelitian ini sebagai penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dan menggunakan metode deskriptif dalam menyajikan data serta metode pemetaan perilaku untuk mendapatkan pola perjalanan pada alur kegiatan instalasi. Hasil penelitian disimpulkan bahwa sistem zonasi rumah sakit diatur mengikuti peruntukan pelayanannya, berdasarkan risiko terjadinya penularan penyakit, serta berdasarkan tingkat privasi kegiatannya. Selain itu, penelitian ini juga menemukan bagaimana setting perilaku yang terbentuk dari pelakunya dipengaruhi oleh keberadaan dan letak setiap instalasi dan bagaimana posisi suatu instalasi terhadap instalasi lain terhubung. Semakin panjang rangkaian alur kegiatan terbentuk maka semakin besar pula efeknya terhadap psikologis penggunanya. Hasil komparasi dengan pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit tipe C ditemukan dua kelompok aktivitas yang berada pada alur kegiatan yang sama namun berada pada posisi yang berjauhan. Adanya aktivitas yang melibatkan instalasi gawat darurat (IGD) menuju ke penunjang medik (radiologi dan laboratorium) untuk kegiatan pemeriksaan terhadap pasien serta instalasi kebidanan dan penyakit kandungan menuju ke instalasi bedah sentral untuk kegiatan operasi yang berkaitan dengan kebidanan dan penyakit kandungan membuat alur kegiatan yang dihasilkan menjadi kurang efisien.

Kata Kunci: Pemetaan berdasarkan pelaku, pemetaan perilaku, pola perjalanan, setting perilaku, zonasi, efisiensi, rumah sakit, fenomenologi.

ABSTRACT

Muhammad Rusdin Jumurdin. Room Zoning of Regional Public Hospital of Massenrempulu Enrekang (RSUDM) Based on Behavioral Setting (supervised by **Afifah Harisah, Abdul Mufti Radja**)

The hospital as a health service building where the services that occur in it are formed from its spatial activities. One measure of the success of its service is by looking at its work efficiency based on activities between spaces and how activities are produced. This study aims to find out how the work efficiency of each installation at the Massenrempulu Enrekang Regional General Hospital uses the placement and position of the installation as a research fact and the movement of users in the flow of activities forms a travel pattern as a phenomenon. This research is a qualitative research with a phenomenological approach and uses a descriptive method in presenting data and a behavioral mapping method to obtain travel patterns in the flow of installation activities. The results of the study concluded that the hospital zoning system is regulated according to the designation of its services, based on the risk of disease transmission, and based on the level of privacy of its activities. In addition, this study also found out how the behavior settings formed by the actors are influenced by the existence and location of each installation and how the position of an installation relative to other installations is connected. The longer the activity flow sequence is formed, the greater the psychological effect on the user. The results of the comparison with the technical guidelines for type C hospital facilities and infrastructure found two groups of activities that are in the same flow of activities but are in far-flung positions. There are activities that involve the emergency room (ER) to medical support (radiology and laboratory) for examination of patients and obstetrics and gynecology installations to the central surgical installation for operations related to obstetrics and gynecology, making the resulting flow of activities become less efficient.

Keywords: Person-centered mapping, behavior mapping, trip patterns, behavior setting, zoning, efficiency, hospital, phenomenology.

DAFTAR ISI

Nomor	Halaman
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR DIAGRAM.....	xvi
DAFTAR GRAFIK.....	xvii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.5. Batasan dan Lingkup Penelitian.....	6
1.6. Sistematika Penulisan Penelitian	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
1.1. Teori Zonasi	8
1.2. Rumah Sakit Tipe C.....	9
1.3. Teori Perilaku.....	24
1.4. Setting Perilaku (<i>Behavior Setting</i>)	24
1.5. Pemetaan Perilaku (<i>Behavior Mapping</i>).....	25
1.6. Konsep Dasar Fenomenologi.....	26
1.7. Tinjauan Penelitian Terdahulu	30
1.7. Novelti Penelitian.....	34
1.8. Kerangka Pikir	34
BAB III	35
METODE PENELITIAN.....	35
3.1. Jenis Penelitian.....	35
3.2. Paradigma Penelitian	35
3.3. Metode Penelitian	36

3.4. Lokasi Penelitian.....	36
3.5. Waktu Penelitian.....	38
3.6. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling Data.....	38
3.7. Teknik Pengumpulan Data.....	39
3.8. Teknik Analisis Data.....	43
3.9. Uji Keabsahan Data	46
3.10. Alir Penelitian	47
BAB IV	49
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
4.1. Deskripsi eksisting RSUDM.....	49
4.2. Analisis sistem zonasi RSUDM.....	55
4.3. Analisis pemetaan perilaku (<i>behavioral mapping</i>)	77
4.4. Analisis mengenai setting perilaku	124
4.5. Analisis pedoman teknis sarana & prasarana rumah sakit tipe C	141
BAB V.....	144
PENUTUP.....	144
5.1. Kesimpulan	144
5.2. Saran dan Rekomendasi	144
DAFTAR PUSTAKA	146
LAMPIRAN.....	149

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 1. Kriteria klasifikasi pelayanan kesehatan rumah sakit tipe C.....	9
Tabel 2. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit.....	10
Tabel 3. Zonasi berdasarkan privasi kegiatan	11
Tabel 4. Zonasi berdasarkan pelayanannya.....	11
Tabel 5. Tinjauan penelitian terdahulu	31
Tabel 6. Penyusunan pemilihan metode, paradigma, dan jenis penelitian	36
Tabel 7. Rencana waktu penelitian.....	38
Tabel 8. Jadwal pelaksanaan pengamatan	38
Tabel 9. Sampling instalasi kebidanan menuju ke instalasi bedah sentral	39
Tabel 10. Sampling IGD darurat menuju ke instalasi penunjang medik.....	39
Tabel 11. Strategi penelitian fenomenologi.....	41
Tabel 12. Strategi Tindakan penelitian fenomenologi	42
Tabel 13. Aktivitas pengumpulan data wawancara fenomenologi.....	42
Tabel 14. Kebutuhan dan teknik pengumpulan data penelitian	43
Tabel 15. Analisis dan penyajian data dengan pendekatan riset fenomenologi ...	45
Tabel 16. Teknik pengujian keabsahan data	46
Tabel 17. Fasilitas layanan Instalasi pada RSUDM	49
Tabel 18. Peletakan inst. rawat jalan menuju inst. penunjang medik	70
Tabel 19. Zonasi inst. rawat jalan menuju inst. penunjang medik	70
Tabel 20. Peletakan IGD menuju inst. bedah sentral	71
Tabel 21. Kedudukan zonasi IGD menuju inst. bedah sentral	71
Tabel 22. Peletakan IGD menuju inst. kebidanan & penyakit kandungan.....	72
Tabel 23. Kedudukan zonasi IGD menuju inst. kebidanan & penyakit kandungan	72
Tabel 24. Peletakan IGD menuju inst. penunjang medik.....	73
Tabel 25. Kedudukan zonasi IGD menuju inst. penunjang medik.....	73
Tabel 26. Peletakan IGD menuju ICU	74
Tabel 27. Kedudukan zonasi IGD menuju ICU	74
Tabel 28. Peletakan ICU menuju inst. bedah sentral.....	75
Tabel 29. Kedudukan zonasi ICU menuju inst. bedah sentral	75
Tabel 30. Peletakan inst. kebidanan menuju inst. bedah.....	76
Tabel 31. Kedudukan zonasi inst. kebidanan menuju inst. bedah.....	76
Tabel 32. Deskripsi terhadap pengamatan pertama.....	82
Tabel 33. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan pertama.....	83
Tabel 34. Deskripsi terhadap pengamatan kedua	84
Tabel 35. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan kedua	85
Tabel 36. Deskripsi terhadap pengamatan ketiga.....	87
Tabel 37. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan ketiga.....	88
Tabel 38. Deskripsi terhadap pengamatan keempat	89
Tabel 39. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan keempat	90
Tabel 40. Deskripsi terhadap pengamatan kelima.....	91

Tabel 41. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan kelima.....	92
Tabel 42. Deskripsi terhadap pengamatan keenam	93
Tabel 43. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan keenam	94
Tabel 44. Deskripsi terhadap pengamatan ketujuh.....	95
Tabel 45. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan ketujuh.....	96
Tabel 46. Deskripsi terhadap pengamatan kedelapan	98
Tabel 47. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan kedelapan	99
Tabel 48. Deskripsi terhadap pengamatan kesembilan	100
Tabel 49. Matriks analisis pola perjalanan pengguna dari IGD menuju ke radiologi dan laboratorium pengamatan kesembilan	101
Tabel 50. Jumlah pengguna dan aktivitas dari IGD menuju penunjang medik..	103
Tabel 51. Kasus pasien dari instalasi kebidanan dan penyakit kandungan menuju instalasi bedah sentral RSUDM	107
Tabel 52. Deskripsi terhadap sampel pengamatan pertama	111
Tabel 53. Deskripsi terhadap sampel pengamatan kedua.....	113
Tabel 54. Deskripsi terhadap sampel pengamatan ketiga	115
Tabel 55. Deskripsi terhadap sampel pengamatan keempat.....	117
Tabel 56. Pemilihan sampel partisipan wawancara.....	124
Tabel 57. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan pertama.....	124
Tabel 58. Kode makna transkrip wawancara partisipan pertama.....	125
Tabel 59. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan pertama	126
Tabel 60. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan kedua	126
Tabel 61. Kode makna transkrip wawancara partisipan kedua	127
Tabel 62. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan kedua.....	129
Tabel 63. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan ketiga.....	129
Tabel 64. Kode makna transkrip wawancara partisipan ketiga.....	130
Tabel 65. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan ketiga.....	131
Tabel 66. Pengelompokan hasil identifikasi terhadap kode makna	131
Tabel 67. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan kelima.....	132
Tabel 68. Kode makna transkrip wawancara partisipan keempat	133
Tabel 69. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan keempat....	134
Tabel 70. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan kelima.....	134
Tabel 71. Kode makna transkrip wawancara partisipan kelima.....	135
Tabel 72. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan kelima	137
Tabel 73. Deskripsi mengenai setting perilaku partisipan keenam	137
Tabel 74. Kode makna transkrip wawancara partisipan keenam	138
Tabel 75. Identifikasi kode makna transkrip wawancara partisipan keempat....	139
Tabel 76. Pengelompokan hasil identifikasi terhadap kode makna	140

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
Gambar 1. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai I	2
Gambar 2. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai III.....	3
Gambar 3. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai II.....	3
Gambar 4. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai IV	4
Gambar 5. Peta lokasi penelitian	37
Gambar 6. Triangulasi "teknik" pengumpulan data dengan banyak sumber dan data yang sama (kiri), Triangulasi "sumber" pengumpulan data (teknik pengumpulan data pada bermacam-macam sumber data A, B, dan C (kanan)....	40
Gambar 7. Denah peletakan instalasi lantai I RSUDM.....	50
Gambar 8. Denah peletakan instalasi lantai II RSUDM.....	52
Gambar 9. <i>Denah peletakan instalasi lantai III RSUDM</i>	53
Gambar 10. Denah peletakan instalasi lantai IV RSUDM.....	54
Gambar 11. Zonasi lantai I berdasarkan zona pelayanannya	56
Gambar 12. Zonasi lantai II berdasarkan zona pelayanannya	57
Gambar 13. Zonasi lantai III berdasarkan zona pelayanannya.....	58
Gambar 14. Zonasi lantai IV berdasarkan zona pelayanannya	59
Gambar 15. Zonasi lantai I berdasarkan tingkat terjadinya penularan penyakit .	61
Gambar 16. Zonasi lantai II berdasarkan tingkat terjadinya penularan penyakit	62
Gambar 17. Zonasi lantai III berdasarkan tingkat terjadinya penularan penyakit	63
Gambar 18. Zonasi lantai IV berdasarkan tingkat terjadinya penularan penyakit	64
Gambar 19. Zonasi lantai I berdasarkan privasinya	66
Gambar 20. Zonasi lantai II berdasarkan privasinya.....	67
Gambar 21. Zonasi lantai III berdasarkan privasinya.....	68
Gambar 22. Zonasi lantai IV berdasarkan privasinya	69
Gambar 23. Peletakan inst. rawat jalan terhadap inst. penunjang medik	70
Gambar 24. Peletakan IGD terhadap inst. bedah sentral RSUDM.....	71
Gambar 25. Peletakan ruang inst. kebidanan & penyakit kandungan RSUDM..	72
Gambar 26. Peletakan IGD terhadap inst. penunjang medik RSUDM	73
Gambar 27. Peletakan IGD terhadap inst. perawatan intensif (ICU) RSUDM...	74
Gambar 28. Peletakan ICU terhadap inst. bedah sentral RSUDM.....	75
Gambar 29. Peletakan inst. kebidanan terhadap inst. bedah sentral RSUDM....	76
Gambar 30. Peletakan posisi IGD dengan radiologi dan laboratorium RSUDM	77
Gambar 31. Rencana ruang instalasi gawat darurat (IGD) RSUDM	78
Gambar 32. Alur kegiatan menuju ke radiologi	80
Gambar 33. Alur kegiatan menuju ke radiologi dan laboratorium.....	81
Gambar 34. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan pertama	82
Gambar 35. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan kedua	85
Gambar 36. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan ketiga	87
Gambar 37. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan keempat	90
Gambar 38. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan kelima	92
Gambar 39. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan keenam	94

Gambar 40. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan ketujuh	96
Gambar 41. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan kedelapan.....	98
Gambar 42. Pola perjalanan IGD menuju penunjang medik pengamatan kedelapan.....	101
Gambar 43. Temuan pola perjalanan aktivitas pada IGD menuju instalasi penunjang medik RSUDM.....	103
Gambar 44. Alur kegiatan dan aktivitas pada instalasi gawat darurat menuju instalasi penunjang medik	104
Gambar 45. Denah instalasi kebidanan dan kandungan RSUDM.....	105
Gambar 46. Rencana ruang inst. kebidanan & penyakit kandungan RSUDM..	106
Gambar 47. Denah gedung ICU dan bedah sentral RSDUM	106
Gambar 48. Peta perilaku pasien dan petugas dari kamar bersalin	108
Gambar 49. Peta perilaku pasien dan pengantar dari perawatan obgyn.....	109
Gambar 50. Peta perilaku pasien pasca operasi menuju kamar perawatan	110
Gambar 51. Peta perilaku dari kamar operasi menuju kamar perawatan obgyn	110
Gambar 52. Pola perjalanan kamar bersalin menuju kamar bedah (sampel I)..	112
Gambar 53. Pola perjalanan kamar bedah menuju kamar perawatan (sampel I)	113
Gambar 54. Pola perjalanan kamar perawatan menuju kamar bedah (sampel II)	114
Gambar 55. Pola perjalanan kamar bedah menuju kamar perawatan (sampel II)	115
Gambar 56. Pola perjalanan kamar perawatan menuju kamar bedah (sampel III)	116
Gambar 57. Pola perjalanan kamar bedah menuju kamar perawatan (sampel III)	117
Gambar 58. Pola perjalanan kamar perawatan menuju kamar bedah (sampel IV)	118
Gambar 59. Pola perjalanan kamar bedah menuju kamar perawatan (sampel IV)	119
Gambar 60. Temuan pola perjalanan aktivitas pada instalasi kebidanan dan penyakit kandungan menuju instalasi bedah sentral RSUDM.....	120
Gambar 61. Kondisi alur kegiatan dan aktivitas pada instalasi kebidanan & penyakit kandungan menuju instalasi bedah sentral	121
Gambar 62. Alur kegiatan dan aktivitas pada instalasi kebidanan & penyakit kandungan menuju instalasi bedah sentral.....	122
Gambar 63. Alur kegiatan dan aktivitas pada instalasi bedah sentral menuju instalasi kebidanan & penyakit kandungan.....	123
Gambar 65. Diagram analisis instalasi pada alur kegiatan instalasi.....	Error!
Bookmark not defined.	
Gambar 64. Diagram analisis instalasi pada alur kegiatan instalasi.....	Error!
Bookmark not defined.	
Gambar 66. Alur kegiatan instalasi yang berjauhan.....	143
Gambar 67. Usulan perbaikan dan penataan sistem zonasi RSUDM.....	145

DAFTAR DIAGRAM

Nomor	Halaman
Diagram 1. Diagram zoning makro.....	8
Diagram 2. Alur kegiatan pada instalasi rawat inap	12
Diagram 3. Alur kegiatan pada instalasi gawat darurat	13
Diagram 4. Alur kegiatan pasien, petugas dan alat area instalasi rawat inap	14
Diagram 5. Alur kegiatan pada instalasi ICU	15
Diagram 6. Alur kegiatan pada instalasi kebidanan dan penyakit kandungan.....	15
Diagram 7. Alur kegiatan pada instalasi bedah sentral	16
Diagram 8. Alur pasien dan pengunjung instalasi farmasi	17
Diagram 9. Alur pasien dan pengunjung instalasi farmasi	17
Diagram 10. Alur pasien dan pengunjung instalasi barang	17
Diagram 11. Alur kegiatan film pada instalasi radiologi	18
Diagram 12. Alur pasien pada instalasi radiologi	18
Diagram 13. Alur kegiatan pada instalasi sterilisasi pusat.....	19
Diagram 14. Alur kegiatan pada instalasi laboratorium	20
Diagram 15. Alur kegiatan pada instalasi rehabilitasi medik	20
Diagram 16. Alur kegiatan pada instalasi pemulasaran jenazah.....	21
Diagram 17. Alur kegiatan pengolahan, penyimpanan distribusi makanan rumah sakit	22
Diagram 18. Alur kegiatan pada instalasi pencucian linen/laundry.....	23
Diagram 19. Alur kegiatan pada bengkel mekanikal dan elektrik (workshop). 23	23
Diagram 20. Kerangka pikir.....	34
Diagram 21. Macam-macam teknik pengumpulan data	40
Diagram 22. Alir penelitian	48

DAFTAR GRAFIK

Nomor	Halaman
Grafik 1. Grafik pengunjung dari IGD menuju laboratorium bulan September ..	78
Grafik 2. Grafik pengunjung dari IGD menuju radiologi bulan September	79
Grafik 3. Grafik pengunjung dari IGD menuju radiologi dan laboratorium bulan September.....	79
Grafik 4. Grafik pengunjung dari IGD menuju laboratorium bulan September	107

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan bangunan pelayanan publik sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI, 2020). Pelayanan yang terjadi di dalam rumah sakit dibentuk dari aktivitas ruang yang dikategorikan menjadi unit-unit instalasi dan setiap instalasi diklasifikasikan pada beberapa area/zona sesuai dengan fungsi dan peruntukannya. Penataan ruang pada rumah sakit dikategorikan menjadi beberapa unit-unit instalasi serta setiap instalasi yang dikategorikan dibagi pada beberapa zona dalam memudahkan aktivitas pelayanan yang terjadi.

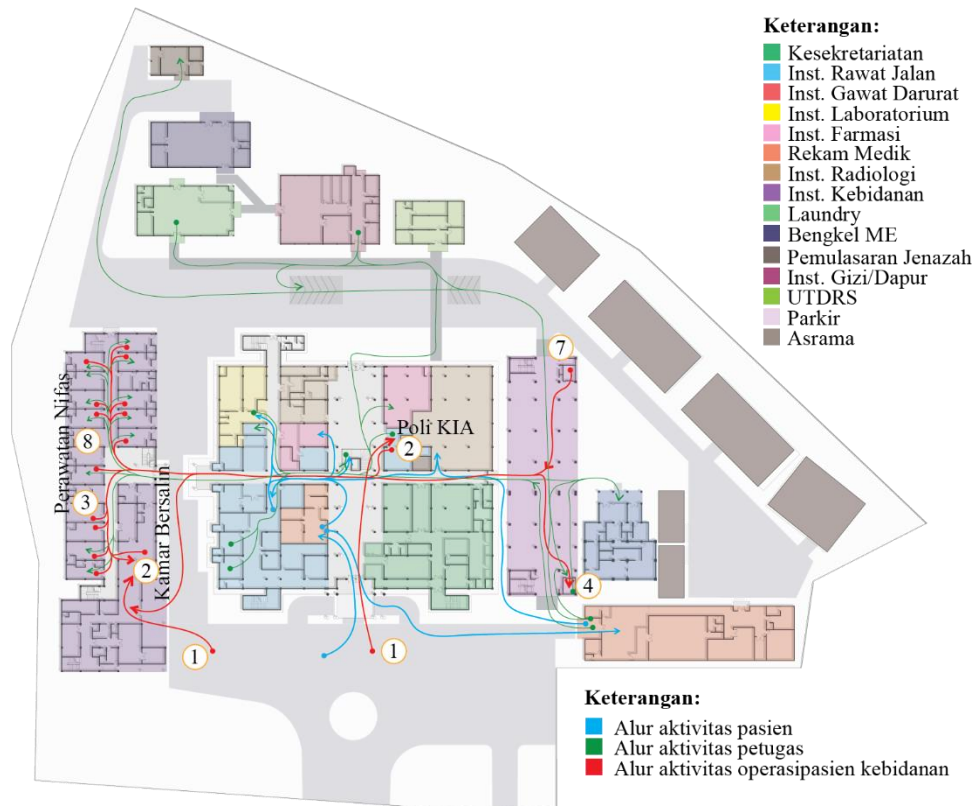
Kompleksitas ruang rumah sakit itu sulit dalam proses penyusunannya, namun penggunaan sistem blok plan dalam bentuk departemen sebagai suatu sistem yang memudahkan penyusunan ruangnya (Choi, 2007). Desain setting fisik rumah sakit serta proses kegiatan yang terjadi pada pengaturannya memiliki dampak terhadap kualitas dan aktivitas kerjanya (Steinke, 2008). Tebaeian dalam (Widyakusuma, 2020) menyatakan bahwa perilaku manusia dilakukan dalam ruang yang telah ditentukan, oleh sebab itu ruang fisik yang dihasilkan harusnya berdasarkan karakteristik perilaku individu sebagai pelakunya.

Penempatan layout untuk setiap fasilitas pelayanan akan menentukan setiap aktivitas pelayanan kesehatan yang berlangsung (Yudistira, 2011). Oleh karena itu, keberhasilan pelayanan pada rumah sakit sangat dipengaruhi oleh penataan dan tata letak setiap fasilitas instalasi yang ada. Efisiensi terhadap pelayanannya tergantung dari kedekatan setiap instalasi terhadap instalasi lainnya pada aktivitas yang sama, terutama aktivitas dengan kategori yang memerlukan penanganan cepat.

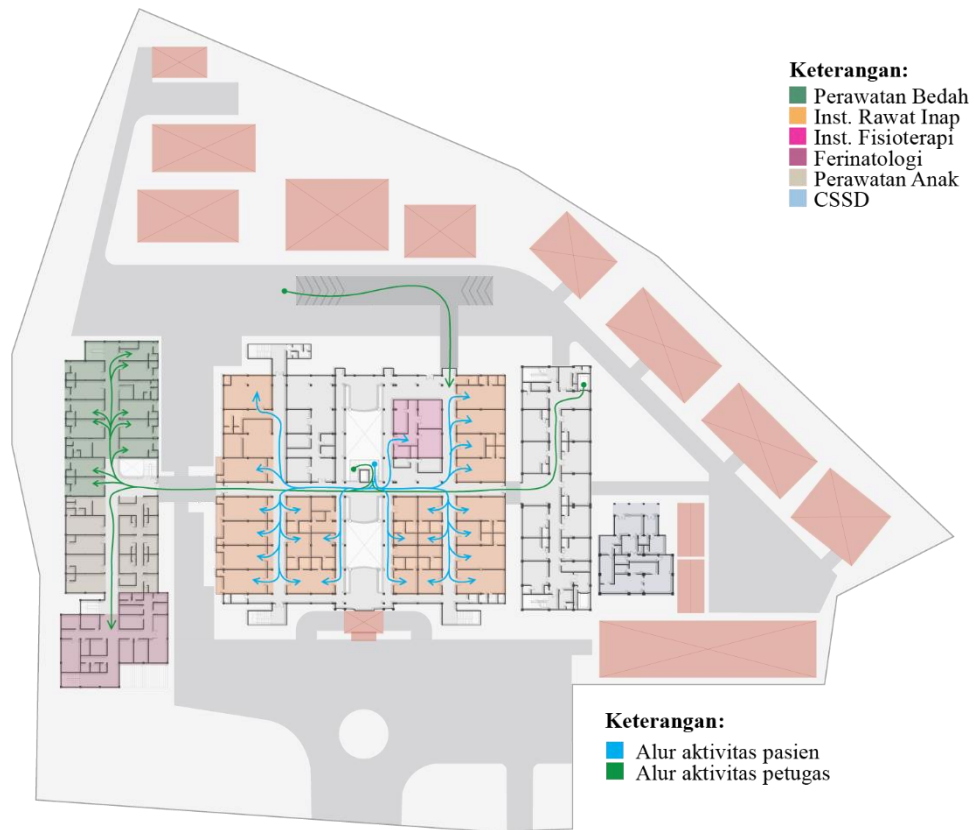
Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu (RSUDM) sebagai salah satu rumah sakit dengan kategori kelas C menurut data direktorat jenderal pelayanan kesehatan dan menjadi pusat layanan kesehatan di kabupaten Enrekang (SNP, 2011). Penataan fasilitas instalasi pada RSUDM dibagi pada beberapa massa bangunan, setiap aktivitas pelayanan yang terbentuk dari alur kerja dan saling

terhubung mempengaruhi keberhasilan aktivitas pelayanannya. Disisi lain peletakan setiap fasilitas instalasi pada rumah sakit tipe C dikategorikan dalam beberapa sistem zonasi sebagaimana tercantum dalam pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit tipe C seperti: zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit, zonasi berdasarkan privasi dan zonasi berdasarkan pelayanan. Sistem zona berdasarkan pelayanan kemudian dibedakan pada zona pelayanan medik dan perawatan, zona penunjang dan operasional, serta zona penunjang umum dan administrasi (Depkes RI, 2007).

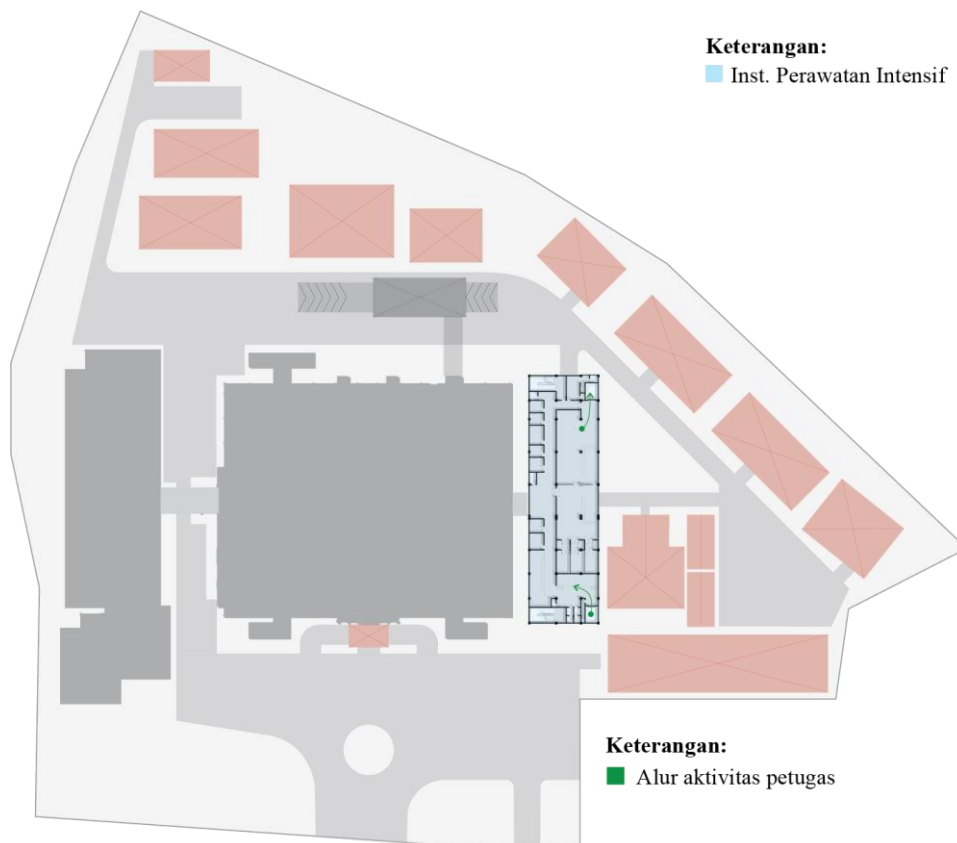
Observasi awal yang telah dilakukan didapatkan data bahwa aktivitas beberapa instalasi sebagai fasilitas pelayanan dalam lingkup kerja RSUDM menggunakan alur kegiatan yang melewati banyak ruangan sehingga membuat proses pelayanannya kurang efisien. Sebagai contoh aktivitas yang melibatkan instalasi gawat darurat dengan penunjang medik (laboratorium dan radiologi) serta aktivitas yang melibatkan instalasi kebidanan dan penyakit kandungan dengan instalasi bedah sentral. Berikut digambarkan masing-masing alur kegiatan sebagai rangkaian proses pelayanan dalam lingkup RSUDM, lihat gambar 1, 2,3, dan 4.



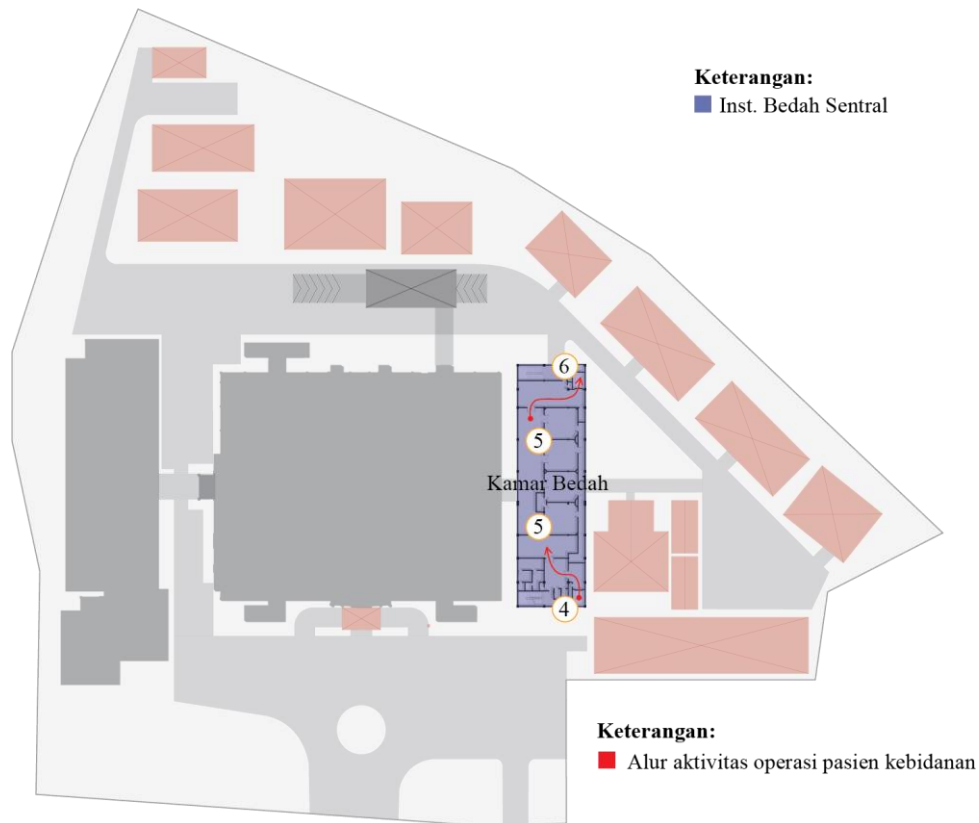
Gambar 1. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai I



Gambar 2. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai III



Gambar 3. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai II



Gambar 4. Alur aktivitas kegiatan pelayanan instalasi lantai IV

Aktivitas pelayanan berdasarkan gambar 1, 2, 3, dan 4 sebagian besar aktivitasnya dilakukan oleh petugas dan pasien. Salah satu contoh aktivitas pelayanan yang melibatkan pasien secara langsung serta memerlukan penanganan yang cepat seperti aktivitas operasi untuk pasien dari instalasi kebidanan tapi rangkaian kegiatannya menggunakan alur kegiatan dengan melewati banyak ruangan (lihat gambar 1 dan 4).

Setiap kategori kasus untuk aktivitas operasi bagi pasien dari kebidanan dan penyakit kandungan menggunakan beberapa alur yang berbeda-beda, pasien persalinan dengan kategori *sito* sebagai kategori yang *urgent* menggunakan alur yang dimulai dari datang (1), menuju kamar bersalin (2), menuju lift (4), menuju kamar bedah (5), menuju lift (6), dan kembali ke kamar perawatan nifas/obgyn (7), untuk pasien dengan kategori elektif (terencana) menggunakan alur yang dimulai dari datang (1), pemeriksaan di poli KIA (2), menuju ke kamar perawatan nifas/obgyn (3), menuju lift (4), menuju kamar bedah (5), menuju lift (6), dan kembali ke kamar perawatan nifas/obgyn (7) (lihat gambar 1 dan 4).

Aktivitas yang terjadi dalam alur kegiatan dengan melewati banyak ruang serta letak dan posisi yang terpisah-pisah sebagai suatu fenomena yang akan menjadikan proses pelayanan yang berlangsung menjadi kurang efisien. Fenomena-fenomena yang ada dijadikan sebagai acuan dalam melakukan penelitian untuk melihat bagaimana kedudukan setiap instalasi dalam sistem zonasi rumah sakit menunjang proses pelayanan yang berlangsung menjadi penting untuk dilakukan.

Kajian mengenai efisiensi pelayanan RSUDM yang dibedakan menjadi dua fokus penelitian, pertama pada penataan sistem zonasi rumah sakit dengan memetakan bagaimana letak setiap instalasi yang ada pada alur kegiatan saling terhubung berdasarkan klasifikasi zonanya dalam menunjang kinerja pelayanannya dengan metode pemetaan perilaku yang dipusatkan pada pelakunya dengan cara mengungkap pola perjalanan (*trip pattern*) setiap aktivitas pelakunya pada alur kegiatan instalasi. Selanjutnya mengungkap setting perilaku terhadap pelakunya dihasilkan dengan melakukan proses wawancara yang bertujuan untuk mencari maksud dari fenomena tentang apa yang dialami pelakunya, menggali bagaimana pelakunya mengalami, serta bagaimana pelakunya memaknai pengalaman tersebut sebagai sebuah fenomena.

1.2. Rumusan Masalah

Efisiensi pelayanan dihasilkan ketika jangkauan setiap ruang terhadap ruang lainnya pada suatu instalasi dapat diakses dengan lebih cepat. Oleh karena itu, Pertanyaan penelitian yang ada berdasarkan atas permasalahan berikut:

- a. Bagaimana zonasi eksisting RSUDM?
- b. Bagaimana setting perilaku pada alur kegiatan berdasarkan zonasi RSUDM?
- c. Bagaimana kesesuaian antara zonasi pada RSUDM dengan pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit kelas C?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan pembahasan yang akan dicapai pada penelitian yang dilakukan berdasarkan poin-poin berikut, yaitu:

- a. Mendeskripsikan dan memetakan zonasi yang ada pada RSUDM.
- b. Mendeskripsikan dan memetakan setting perilaku pada alur kegiatan berdasarkan zonasi RSUDM?

- c. Mengevaluasi apakah zonasi yang ada pada RSUDM sesuai dengan pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit kelas C?

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini berdasarkan manfaat teoritis dan manfaat praktisi, yaitu:

- a. *Manfaat teoritis*, dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu kontribusi dalam pengembangan pengetahuan terkhusus bidang arsitektur dalam ruang lingkup rumah sakit khususnya pada kelas tipe C dalam menyusun zonasi rumah sakit untuk menentukan peletakan fasilitas instalasi yang diharapkan dapat menghasilkan efisiensi terhadap aktivitas pengguna.
- b. *Manfaat praktisi*, dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi kerangka konseptual dalam perancangan rumah sakit yang terkhusus pada kelas tipe C dalam menentukan pengaturan zonasi berdasarkan peletakan instalasi rumah sakit, khususnya bagi RSUDM dalam aspek kenyamanan pengguna.

1.5. Batasan dan Lingkup Penelitian

Batasan-batasan penelitian yang digunakan selama proses penelitian berdasarkan beberapa poin-poin berikut:

- a. Pelaksanaan penelitian berada dalam kawasan lingkungan RSUDM.
- b. Penelitian untuk menemukan sistem zonasi menggunakan klasifikasi zonasi rumah sakit tipe C berdasarkan pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit tipe C.
- c. Penelitian terkait dengan setting perilaku difokuskan pada aktivitas yang melibatkan pengguna (dalam hal ini pasien) secara langsung terutama aktivitas dengan kategori pelayanan yang urgent.

1.6. Sistematika Penulisan Penelitian

Adapun sistematika yang digunakan dalam penelitian diuraikan berdasarkan beberapa bab dengan ruang lingkup pembahasan seperti:

a. Bab I Pendahuluan

Bab tentang pendahuluan mengenai ruang lingkup awal penelitian yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, batasan dan ruang lingkup penelitian, serta sistematika penulisan penelitian.

b. Bab II Kajian Pustaka

Bab tentang kajian pustaka akan menguraikan tentang teori-teori pendukung yang berhubungan dengan kasus penelitian.

c. Bab III Metode Penelitian

Bab ini menguraikan tentang metode yang digunakan dalam penelitian meliputi jenis, paradigma, metode, lokasi, waktu, populasi, sampel, teknik sampling data, teknik pengumpulan data, analisis data, rencana uji keabsahan data serta alur dalam melakukan proses penelitian.

d. Bab IV Pengolahan Data dan Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang temuan dan pembahasan hasil penelitian berdasarkan rumusan masalah.

e. Bab IV Kesimpulan dan Saran

Bab ini memaparkan tentang kesimpulan dan saran hasil penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Proses penelitian sebagai suatu kegiatan pengayaan ilmu pengetahuan yang tidak bisa dipisahkan dari perbedaan kaidah, konsep, kebenaran dan lain-lain yang sudah berhasil diaplikasikan, dihimpun, diramu, disintesakan sehingga membentuk satu keutuhan ilmu pengetahuan (Hardani et al., 2020). Selanjutnya, Hardani menyatakan bahwa proses penelitian yang dilakukan tidak terlepas dari sumber pengetahuan sebelumnya. Penjabaran mengenai sumber data pustaka yang menunjang dalam melakukan proses penelitian sebagai acuan dan sekaligus sebagai literatur dalam penyusunan hasil penelitian. Penjabaran mengenai studi pustaka yang dilakukan pada penelitian ini mengenai teori zonasi, tinjauan tentang rumah sakit tipe C, kajian studi literatur mengenai arsitektur dan perilaku, serta kajian mengenai fenomenologi sebagai sesuatu konsep penelitian.

1.1. Teori Zonasi

Menurut KBBI, *Zonasi/zo-na-si/n* diartikan sebagai pembagian atau pemecahan suatu areal menjadi beberapa bagian sesuai dengan fungsi dan tujuan pengelolaannya. Zoning sebagai pengelompokan ruang berdasarkan kemiripan karakter atau sifat ruangnya (Darmawan & Maharani, 2016). Selanjutnya Darmawan & Maharani membagi kelompok ruang berdasarkan beberapa sifat ruangnya, yaitu: zona publik, zona semi-publik, zona privat, serta zona privat.

Zona publik sebagai zona umum yang diletakkan pada area yang mudah dicapai serta memiliki kelangsungan tinggi dan tingkat privasi yang rendah, zona semi-publik dikategorikan sebagai zona dengan tingkat keprivasian rendah tapi membutuhkan suasana yang agak tenang serta untuk mudah dicapai dimana penempatan peletakannya berada di belakang zona publik, zona privat sebagai zona yang membutuhkan ketenangan dan privasi tinggi serta tidak mudah dilalui publik, serta zona servis sebagai zona pelayanan dan penyimpanan barang. (*diagram 1*)

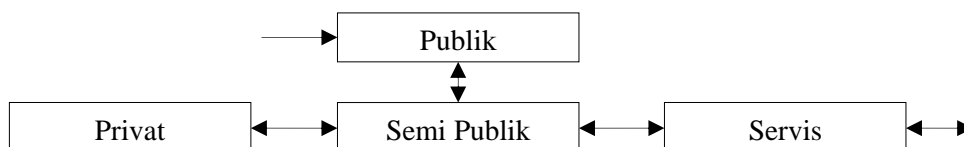


Diagram 1. Diagram zoning makro

Sumber: Darmawan (2016)

1.2. Rumah Sakit Tipe C

Rumah sakit kelas C dikategorikan sebagai sarana pelayanan kesehatan umum pada tingkat kabupaten/ kota. Untuk mencapai kualitas dan kemampuan pelayanan medis pada rumah sakit kelas C, maka harus didukung dengan sarana dan prasarana yang terencana dengan baik dan benar (Depkes RI, 2007).

Klasifikasi jenis pelayanan kesehatan pada rumah sakit tipe C (Kementerian Kesehatan RI, 2009) berdasarkan tabel 1 berikut.

Tabel 1. Kriteria klasifikasi pelayanan kesehatan rumah sakit tipe C

Pelayanan medik	Medik umum	Pelayanan KIA/KB	
	Medik spesialis	Spesialis dasar dan spesialis lain	
Pelayanan penunjang	Penunjang medik	Medis spesialis	Anestesi dan terapi intensif, Rehabilitasi medik, Radiologi, Laboratorium, serta Penunjang medis spesialis lainnya
		Medis lain	CSSD, Gizi, Rekam medis, Farmasi, Pelayanan darah, serta Pelayanan penunjang medis lainnya
	Penunjang non medik	Laundry, Pengolahan makanan, Pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, dan Sistem informasi dan komunikasi	
Pelayanan keperawatan dan kebidanan	Pelayanan keperawatan		
	Pelayanan kebidanan		

Sumber: Peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 30 tahun 2019

1.2.1. Sistem hubungan ruang secara horizontal dan vertikal rumah sakit

Pedoman teknis sarana dan prasarana rumah sakit kelas C menjelaskan tentang hubungan ruang secara horizontal dan vertikal pada rumah sakit dengan persyaratan teknis, seperti:

- a. Kemudahan hubungan secara horizontal dengan ketersediaan pintu dan/atau koridor yang memadai demi terselenggaranya fungsi bangunan rumah sakit.
- b. Sarana hubungan antar lantai yang memadai untuk terselenggaranya fungsi bangunan rumah sakit tersebut berupa tersedianya tangga, ramp, lift, tangga berjalan/eskalator, dan/atau lantai berjalan/travelator untuk hubungan ruang secara vertikal (Depkes RI, 2007).

1.2.2. Zonasi rumah sakit tipe C

Rencana pola aktivitas pada rumah sakit di dalam bangunan dikelompokkan dengan kegiatan dari masing-masing pihak dan persyaratan bangunan dan prasarannya. Konsep dasar untuk mengelompokkan dan pola aktivitas di rumah sakit dengan menyusun sistem zonasi berdasarkan pelayanan yang saling berkaitan dan saling mendukung untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan medis dan lingkungan serta aman, nyaman dan mudah bagi pengguna rumah sakit.

Zonasi pada rumah sakit membagi wilayah/area, gedung atau ruangan yang ada pada rumah sakit ke area yang memiliki kesamaan sifat dan fungsi pada satu wilayah/area yang berdekatan dan saling berhubungan yang bertujuan untuk memudahkan kendali pencegahan infeksi pada rumah sakit, memudahkan identifikasi serta klasifikasi wilayah/area, gedung, lantai-lantai dan ruangan serta memudahkan operasional dan pemeliharaan (Depkes RI, 2007). Kategori pembagian area (zonasi) pada bangunan rumah sakit sebagai berikut.

- a. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit.

Pembagian dan klasifikasi zonasi setiap layanan berdasarkan tingkat terjadinya penularan penyakit berdasarkan pedoman sarana dan prasarana rumah sakit tipe C berdasarkan tabel 2 berikut.

Tabel 2. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit

Zonasi	Fasilitas instalasi
Area risiko rendah	ruang kesekretariatan dan administrasi, ruang komputer, ruang pertemuan, serta ruang arsip/rekam medis
Area risiko sedang	ruang rawat inap non-penyakit menular, dan rawat jalan
Area risiko tinggi	ruang isolasi, ruang ICU/ICCU, laboratorium, pemulasaraan jenazah, ruang bedah mayat, dan ruang radiodiagnostik
Area risiko sangat tinggi	ruang bedah, IGD, ruang bersalin, serta ruang patologi

Sumber: Depkes RI, (2007)

b. Zonasi berdasarkan privasi kegiatan

Pembagian dan klasifikasi zonasi setiap layanan berdasarkan privasi kegiatannya berdasarkan pedoman sarana dan prasarana rumah sakit tipe C berdasarkan tabel 3 berikut.

Tabel 3. Zonasi berdasarkan privasi kegiatan

Zonasi	Fasilitas instalasi
Area publik	Area yang mempunyai akses langsung dengan lingkungan luar rumah sakit, misalkan poliklinik, IGD, dan apotek
Area semi publik	Area yang tidak berhubungan langsung dengan lingkungan luar rumah sakit, umumnya merupakan area yang menerima beban kerja dari area publik, misalnya laboratorium, radiologi, dan rehabilitasi medik
Area privat	Area yang dibatasi bagi pengunjung rumah sakit, umumnya area tertutup, misalnya seperti ICU/CCU, instalasi bedah, instalasi kebidanan dan penyakit kandungan, dan ruang rawat inap

Sumber: Depkes RI, (2007)

c. Zonasi berdasarkan pelayanan

Pembagian dan klasifikasi zonasi setiap layanan berdasarkan privasi kegiatannya berdasarkan pedoman sarana dan prasarana rumah sakit tipe C berdasarkan tabel 4 berikut.

Tabel 4. Zonasi berdasarkan pelayanannya

Zonasi	Fasilitas instalasi
Pelayanan medik dan perawatan	Instalasi Rawat Jalan (IRJ), Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Rawat Inap (IRNA), Instalasi Perawatan Intensif (ICU/CCU/PICU/NICU), Instalasi Bedah, Instalasi Rehabilitasi Medik (IRM), Instalasi Kebidanan dan Penyakit Kandungan
Penunjang dan operasional	Instalasi Farmasi, Instalasi Radiodiagnostik, Laboratorium, Instalasi Sterilisasi Pusat (Central Sterilization Supply Dept./CSSD), Dapur Utama, Laundry, Pemulasaraan Jenazah, Instalasi Sanitasi, Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS).
Penunjang umum dan administrasi	Bagian Kesekretariatan dan Akuntansi, Bagian Rekam Medik, Bagian Logistik/ Gudang, Bagian Perencanaan dan Pengembangan (Renbang), Sistem Pengawasan Internal (SPI), Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklit), Bagian Sumber Daya Manusia (SDM), Bagian Pengadaan, Bagian Informasi dan Teknologi (IT).

Sumber: Depkes RI (2007)

1.2.3. Uraian alur kegiatan instalasi

Klasifikasi unit instalasi menurut (Depkes RI, 2007) berdasarkan poin-poin berikut:

a. Instalasi rawat jalan (IRJ)

Instalasi rawat jalan sebagai fasilitas yang digunakan sebagai tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan dan pengobatan pasien oleh dokter ahli di bidang masing-masing yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan waktu singkat untuk penyembuhannya atau tidak memerlukan pelayanan perawatan. Adapun alur kegiatan pada instalasi rawat jalan digambarkan berdasarkan bagan berikut (*diagram 2*).

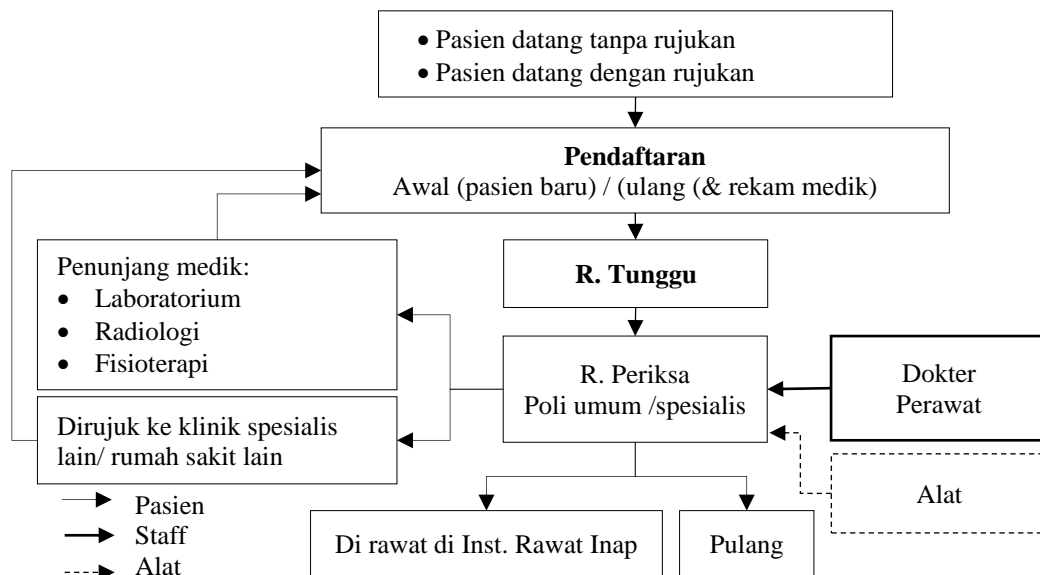


Diagram 2. Alur kegiatan pada instalasi rawat inap
Sumber: Depkes RI, (2007)

b. Instalasi gawat darurat (IGD)

IGD sebagai fasilitas yang melayani pasien yang berada dalam keadaan gawat dan terancam nyawanya yang membutuhkan pertolongan secepatnya. IGD rumah sakit pada prinsipnya memiliki beberapa persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Area IGD harus terletak pada area depan dari tapak rumah sakit.
- 2) Area IGD disarankan memiliki pintu masuk kendaraan yang berbeda dengan pintu masuk kendaraan ke area instalasi rawat jalan/poliklinik, instalasi rawat inap serta area zona servis dari rumah sakit.

- 3) Untuk tapak rumah sakit yang sejajar memanjang mengikuti jalan raya maka pintu masuk ke area IGD harus terletak pada pintu masuk yang pertama kali ditemui pengguna kendaraan untuk masuk ke rumah sakit.
- 4) Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan instalasi bedah sentral (COT), unit rawat inap intensif ICU, ICCU, HCU, unit kebidanan, instalasi laboratorium, dan instalasi radiologi, serta disarankan berdekatan dengan BDRS (bank darah rumah sakit) atau UTDRS (unit transfusi darah rumah sakit) 24 jam.

Adapun alur kegiatan pada IGD digambarkan berdasarkan bagan berikut (*diagram 3*).

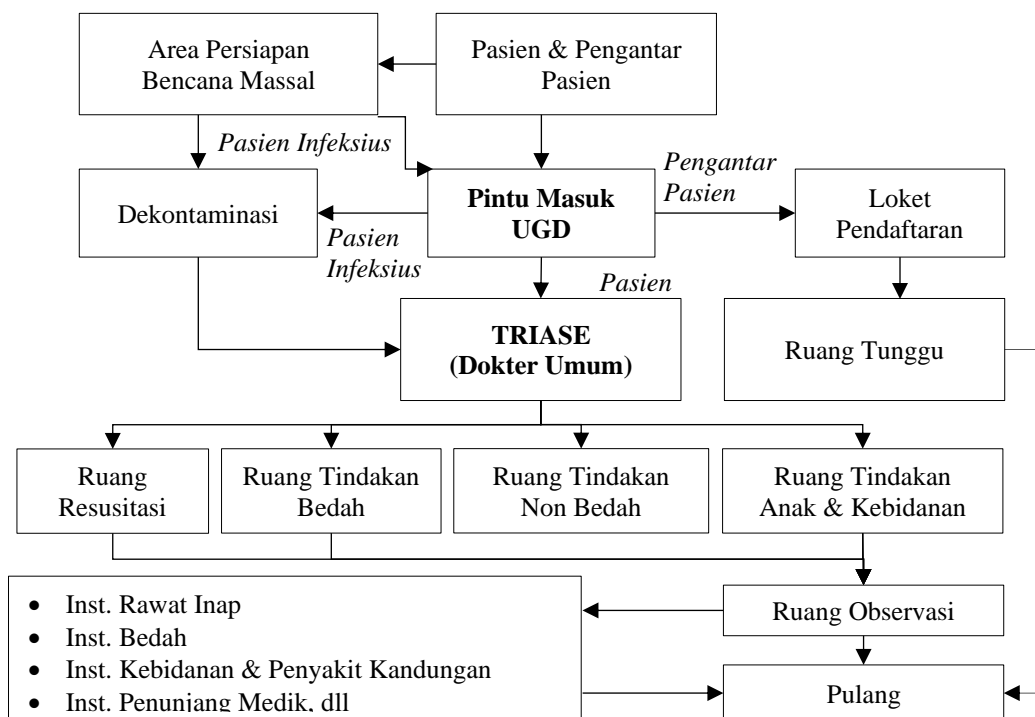


Diagram 3. Alur kegiatan pada instalasi gawat darurat
Sumber: Depkes RI, (2007)

c. Instalasi rawat inap (IRNA)

Instalasi rawat inap sebagai fasilitas yang digunakan merawat pasien yang harus dirawat lebih dari 24 jam (pasien menginap di rumah sakit). IRNA rumah sakit pada prinsipnya memiliki beberapa persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Adanya hubungan antar ruang dengan skala prioritas yang diharuskan dekat dan sangat berhubungan pada peletakan ruangnya.

- 2) Bangunan ruang rawat inap terletak pada tempat tenang, aman dan nyaman tetapi tetap memiliki kemudahan aksesibilitas dari sarana penunjang rawat inap.

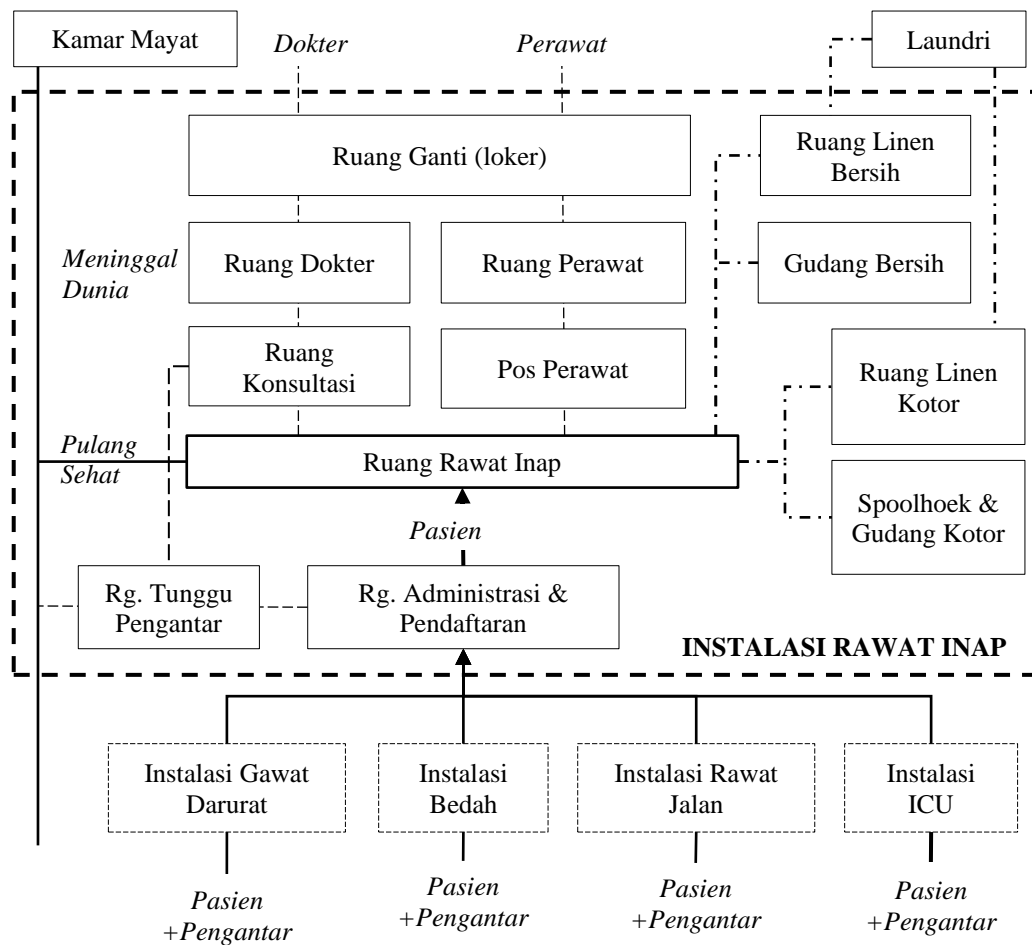


Diagram 4. Alur kegiatan pasien, petugas dan alat area instalasi rawat inap
Sumber: Depkes RI, (2007)

d. Instalasi perawatan intensif (*Intensive Care Unit/ICU*)

ICU merupakan fasilitas untuk merawat pasien yang dalam keadaan sakit berat sesudah operasi berat atau bukan karena operasi berat yang memerlukan secara intensif pemantauan ketat dan tindakan segera. ICU rumah sakit pada prinsipnya memiliki persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) seperti letak instalasi ICU harus berdekatan dengan IGD, laboratorium, instalasi radiologi dan instalasi bedah sentral. Adapun alur kegiatan pada ICU digambarkan berdasarkan bagan berikut (*diagram 5*).

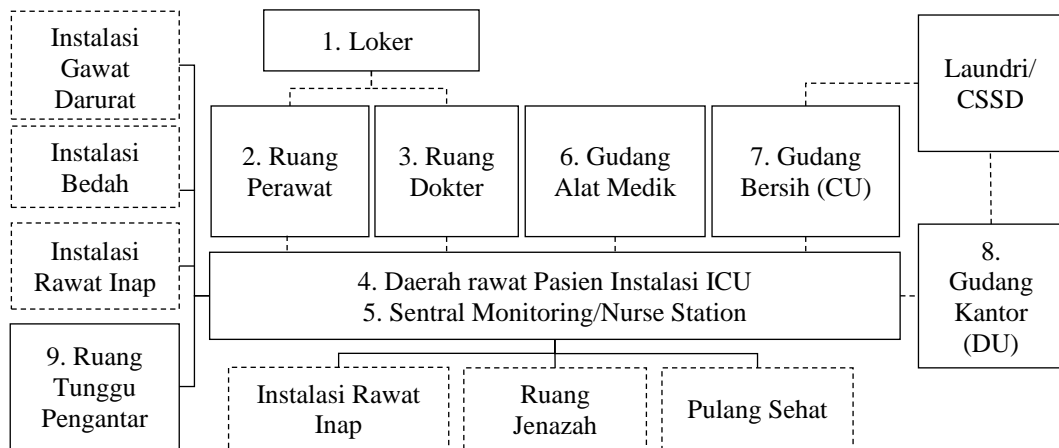


Diagram 5. Alur kegiatan pada instalasi ICU
Sumber: Depkes RI, (2007)

e. Instalasi kebidanan dan penyakit kandungan (*Obstetri dan Ginekologi*)

Instalasi kebidanan dan penyakit kandungan memiliki persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) yaitu letaknya mudah dicapai, disarankan berdekatan dengan IGD, ICU dan bedah apabila tidak memiliki ruang operasi atau ruang tindakan yang memadai. Adapun alur kegiatan digambarkan berdasarkan bagan berikut (*diagram 6*).

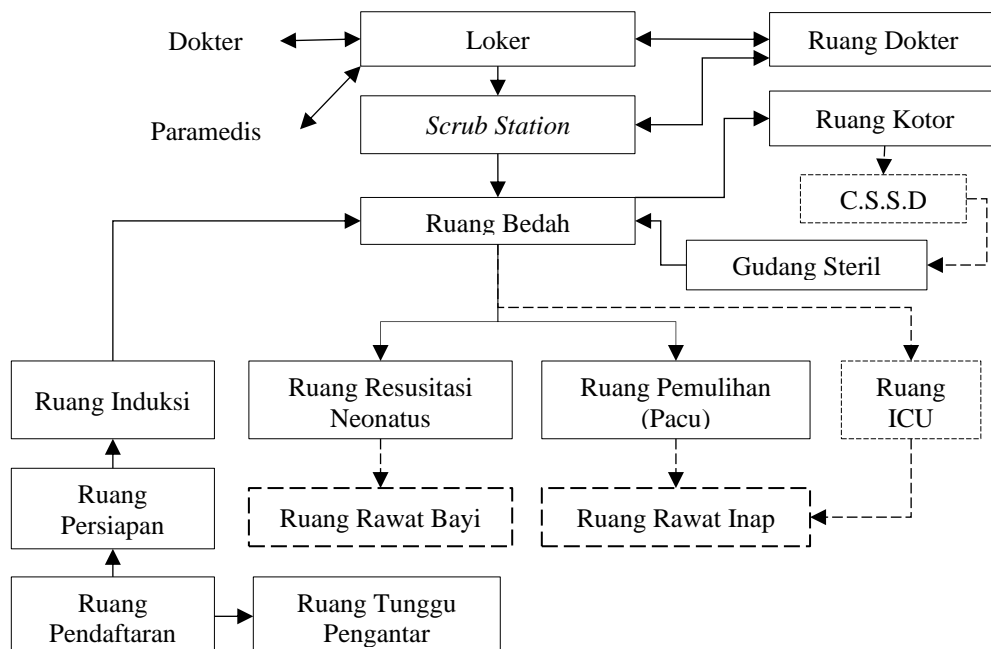


Diagram 6. Alur kegiatan pada instalasi kebidanan dan penyakit kandungan
Sumber: Depkes RI, (2007)

f. Instalasi Bedah Sentral (*Central Operation Theatre/COT*)

Instalasi bedah adalah suatu unit khusus di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif maupun akut, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya.

Adapun alur kegiatan pada instalasi bedah sentral digambarkan berdasarkan bagan berikut (*diagram 7*).

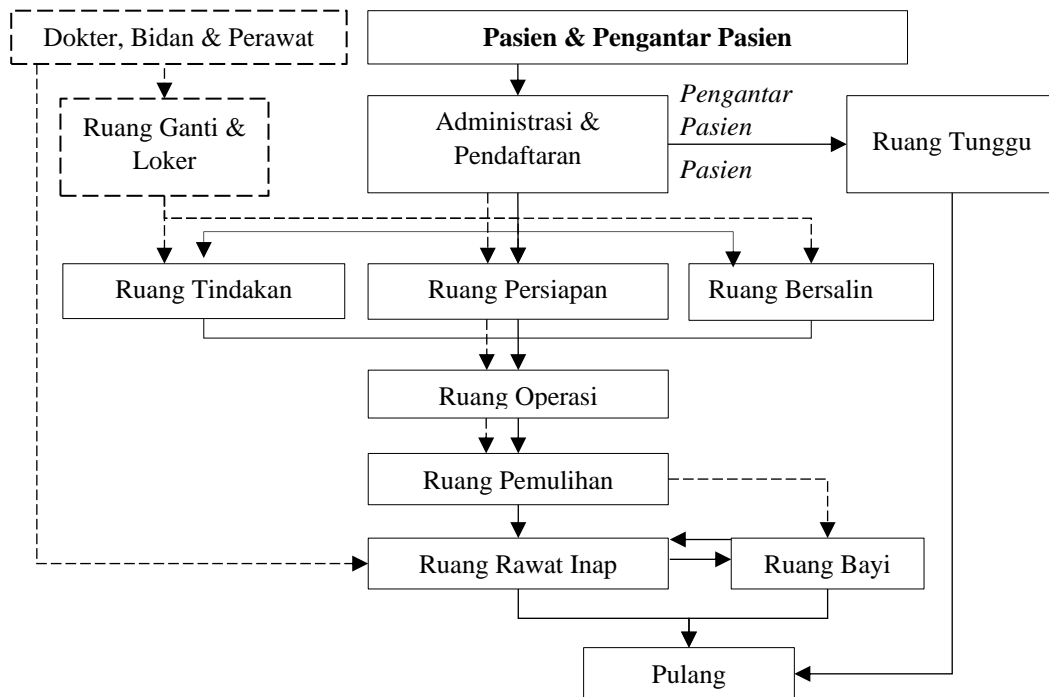


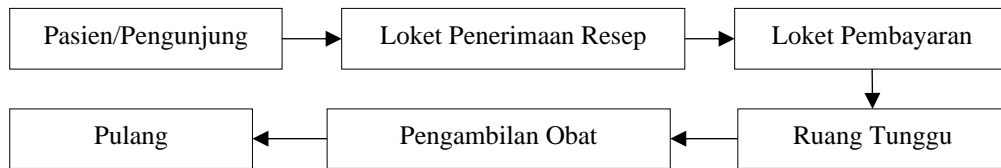
Diagram 7. Alur kegiatan pada instalasi bedah sentral
Sumber: Depkes RI, (2007)

g. Instalasi farmasi (*pharmacy*)

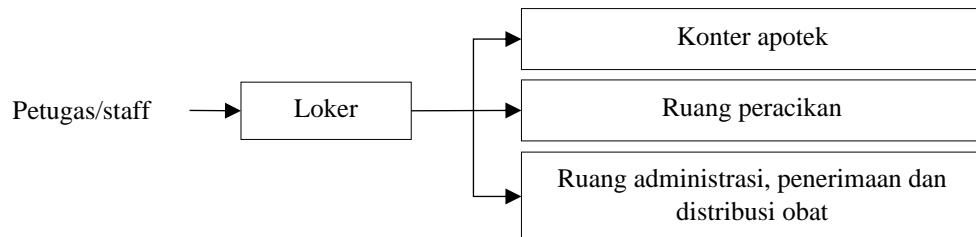
Instalasi farmasi (*pharmacy*) berupa fasilitas untuk penyediaan dan membuat obat racikan, penyediaan obat paten serta memberikan informasi dan konsultasi perihal obat yang memiliki beberapa persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) seperti lokasi instalasi farmasi harus menyatu dengan area sistem pelayanan pada rumah sakit, serta gudang penyimpanan tabung gas medis (oksigen dan nitrogen) rumah sakit diletakkan pada gudang tersendiri (di luar bangunan instalasi farmasi).

Alur kegiatan pada instalasi farmasi (*pharmacy*) ditunjukkan pada bagan alir berikut (*diagram 8, diagram 9, dan diagram 10*).

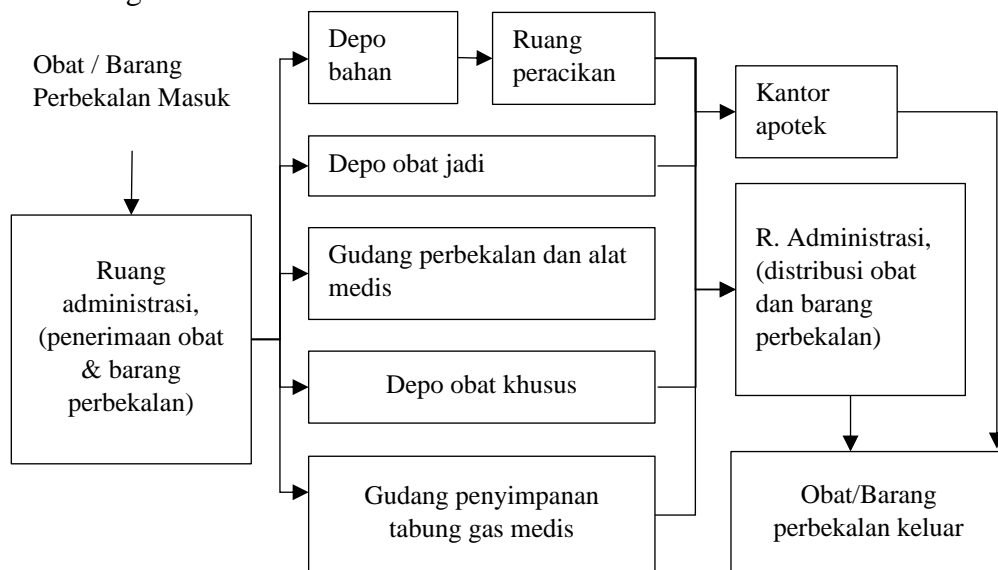
1) Alur pasien dan pengunjung

**Diagram 8.** Alur pasien dan pengunjung instalasi farmasi*Sumber: Depkes RI, (2007)*

2) Alur petugas instalasi farmasi

**Diagram 9.** Alur pasien dan pengunjung instalasi farmasi*Sumber: Depkes RI, (2007)*

3) Alur barang

**Diagram 10.** Alur pasien dan pengunjung instalasi barang*Sumber: Depkes RI, (2007)*

h. Instalasi radiologi

Instalasi radiologi sebagai fasilitas untuk melakukan pemeriksaan terhadap pasien dengan menggunakan energi radioaktif dalam diagnosis dan pengobatan penyakit pada prinsipnya memiliki persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) berupa lokasi ruang radiologi mudah dicapai dan

berdekatan dengan IGD, laboratorium, ICU, serta instalasi bedah sentral, serta sirkulasi bagi pasien dan pengantar disarankan terpisah dengan staf.

Alur kegiatan pada instalasi instalasi radiologi ditunjukkan pada bagan alur berikut (*diagram 11 dan diagram 12*).

1) Alur film

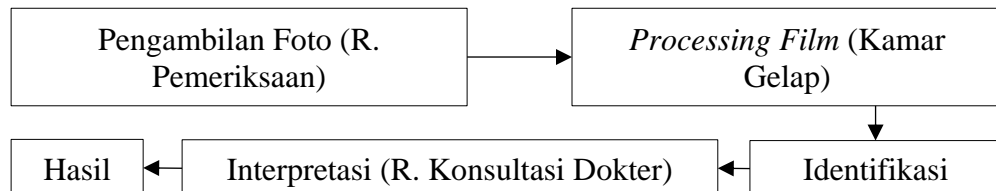


Diagram 11. Alur kegiatan film pada instalasi radiologi

Sumber: Depkes RI, (2007)

2) Alur pasien

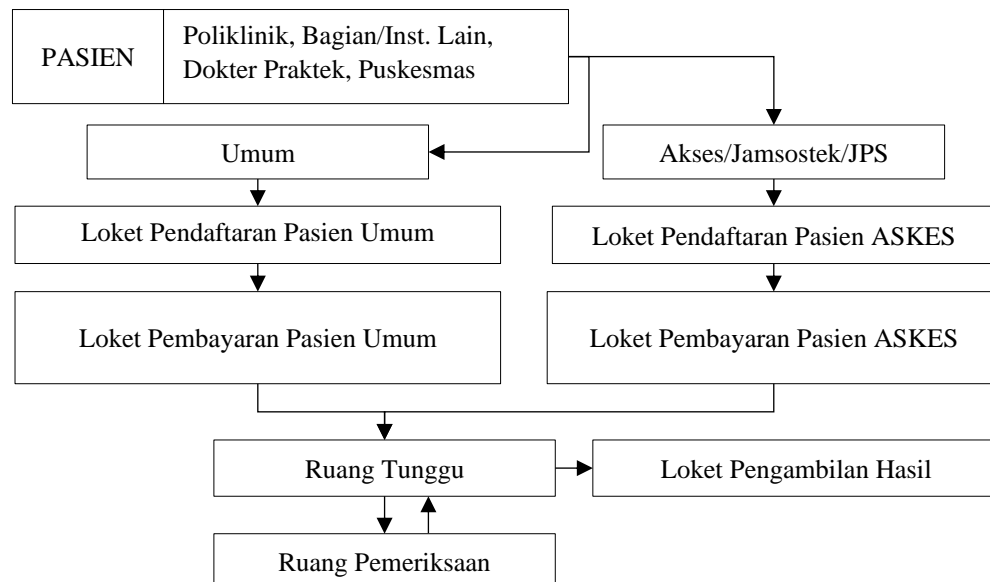


Diagram 12. Alur pasien pada instalasi radiologi

Sumber: Depkes RI, (2007)

i. Instalasi sterilisasi pusat (*Central Supply Sterilization Departement/CSSD*)

CSSD sebagai fasilitas untuk menghilangkan semua mikroorganisme baik dengan cara fisik maupun kimia. CSSD lingkungan rumah sakit pada prinsipnya memiliki beberapa persyaratan khusus dimana memiliki aksesibilitas pencapaian langsung dari instalasi bedah sentral, ICU, ruang Isolasi, laboratorium dan instalasi pencucian linen serta terpisah dari sirkulasi pasien (*diagram 13*).

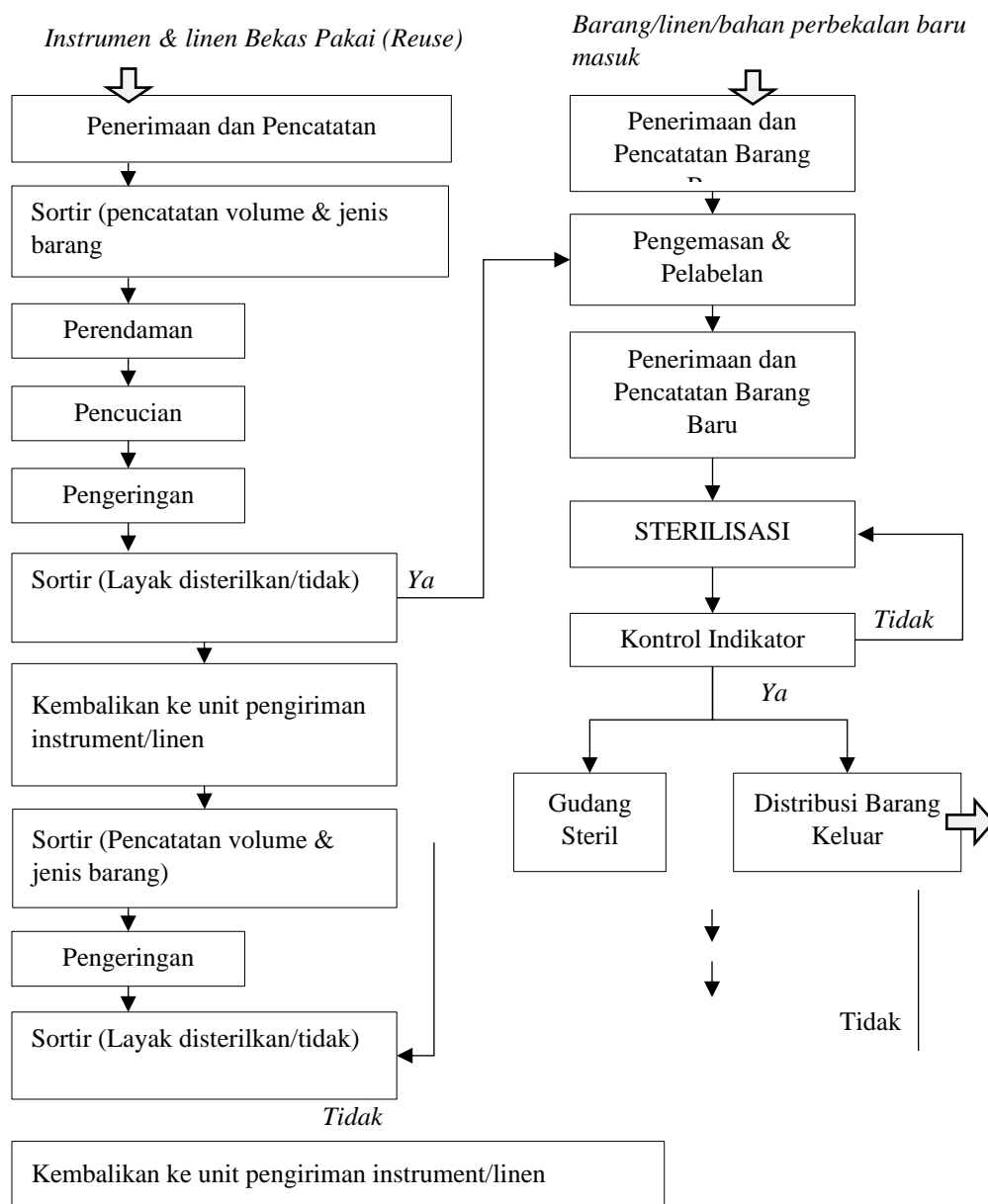


Diagram 13. Alur kegiatan pada instalasi sterilisasi pusat
Sumber: Depkes RI, (2007)

j. Instalasi laboratorium

Fasilitas kerja khususnya untuk melakukan pemeriksaan dan penyelidikan ilmiah. Instalasi laboratorium rumah sakit pada prinsipnya memiliki beberapa persyaratan khusus ditetapkan yang mana salah satunya adalah akses masuk petugas dengan pasien/pengunjung disarankan terpisah. Adapun alur kegiatan pada instalasi laboratorium adalah sebagai berdasarkan bagan berikut (*diagram 14*).

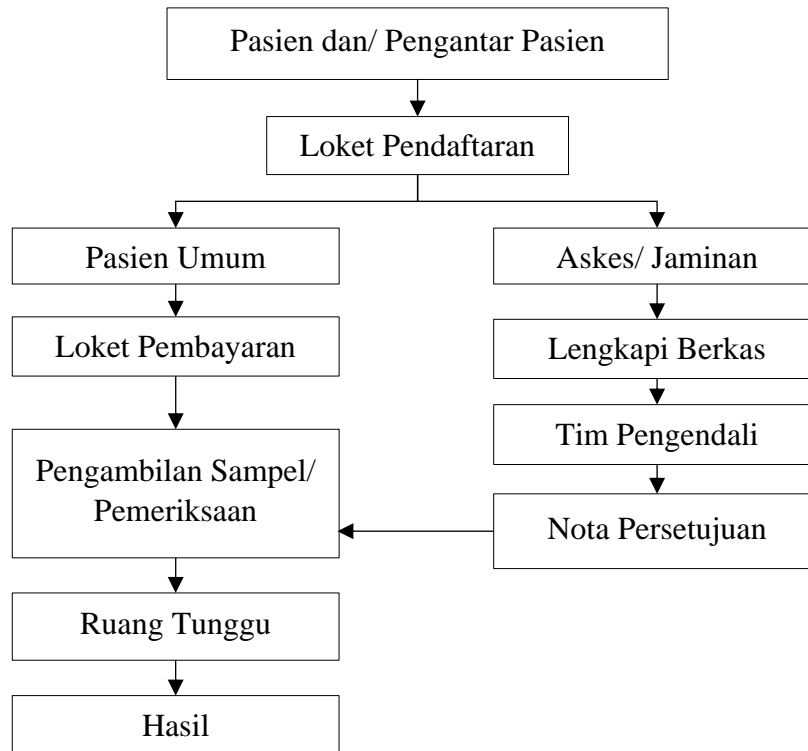


Diagram 14. Alur kegiatan pada instalasi laboratorium
Sumber: Depkes RI, (2007)

k. Instalasi rehabilitasi medik

Fasilitas pelayanan untuk memberikan tingkat pengembalian fungsi tubuh dan mental pasien setinggi mungkin sesudah kehilangan/ berkurangnya fungsi tersebut. Adapun alur kegiatan pada instalasi rehabilitasi medik berdasarkan gambar berikut (*diagram 15*).

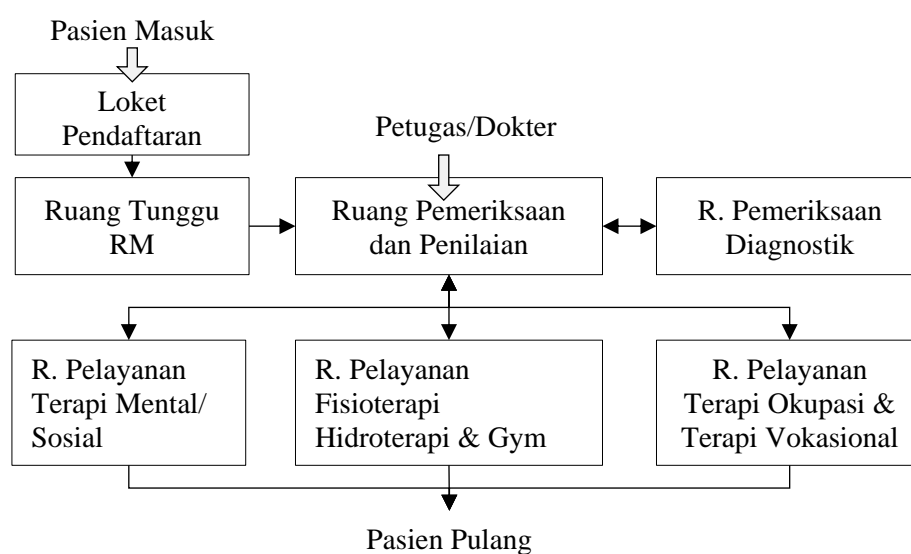


Diagram 15. Alur kegiatan pada instalasi rehabilitasi medik
Sumber: Depkes RI, (2007)

l. Bagian administrasi dan kesekretariatan rumah sakit

Bagian administrasi dan kesekretariatan rumah sakit merupakan suatu bagian dari dimana dilaksanakannya manajemen rumah sakit dengan penempatan administrasi sedapat mungkin mudah dicapai dan dapat berhubungan langsung dengan poliklinik. Adapun bagian-bagiannya terdiri atas, yaitu: dewan direksi rumah sakit, komite medis, seksi keperawatan, seksi pelayanan, seksi keuangan dan program, serta kesekretariatan dan rekam medis.

m. Pemulasaraan jenazah

Pemulasaraan jenazah rumah sakit berupa fasilitas untuk meletakkan/menyimpan sementara jenazah sebelum diambil oleh keluarganya, memandikan jenazah, pemulasaraan dan pelayanan forensik. Persyaratan khusus penempatan ruang jenazah disarankan mempunyai akses langsung dengan beberapa instalasi lain yaitu instalasi gawat darurat, Instalasi Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Bedah Sentral, dan Instalasi ICU/ICCU, serta area tertutup dan tidak dapat diakses oleh orang yang tidak berkepentingan. Adapun alur kegiatan pada instalasi pemulasaraan jenazah berdasarkan gambar berikut (*diagram 16*).

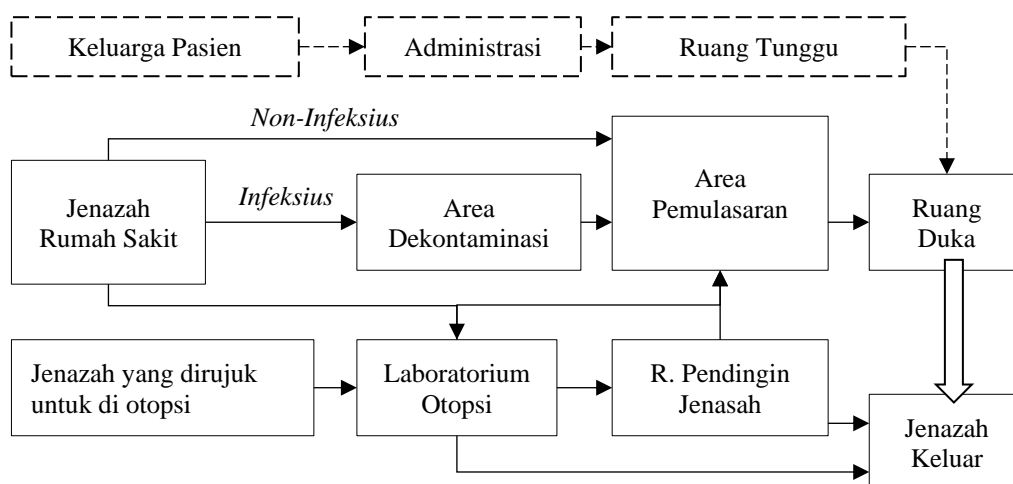


Diagram 16. Alur kegiatan pada instalasi pemulasaraan jenazah

Sumber: Depkes RI, (2007)

n. Instalasi gizi/dapur

Instalasi gizi/dapur berupa fasilitas melakukan proses penanganan makanan dan minuman meliputi kegiatan; pengadaan bahan mentah, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian makanan-minuman yang memiliki beberapa persyaratan khusus (analisis yang berkaitan dengan zonasi/ tata letaknya) sebagai berikut:

- 1) Mudah dicapai, dekat dengan instalasi rawat inap sehingga waktu pendistribusian makanan bisa merata untuk semua pasien.
- 2) Letak dapur diatur sedemikian rupa sehingga kegaduhan (suara) dari dapur tidak mengganggu ruangan di sekitarnya.
- 3) Tidak dekat dengan tempat pembuangan sampah dan kamar jenazah.
- 4) Mempunyai jalan dan pintu masuk sendiri.

Alur kegiatan pengelolaan makanan pada instalasi dapur utama dan gizi klinik rumah sakit berdasarkan gambar berikut (*diagram 17*).

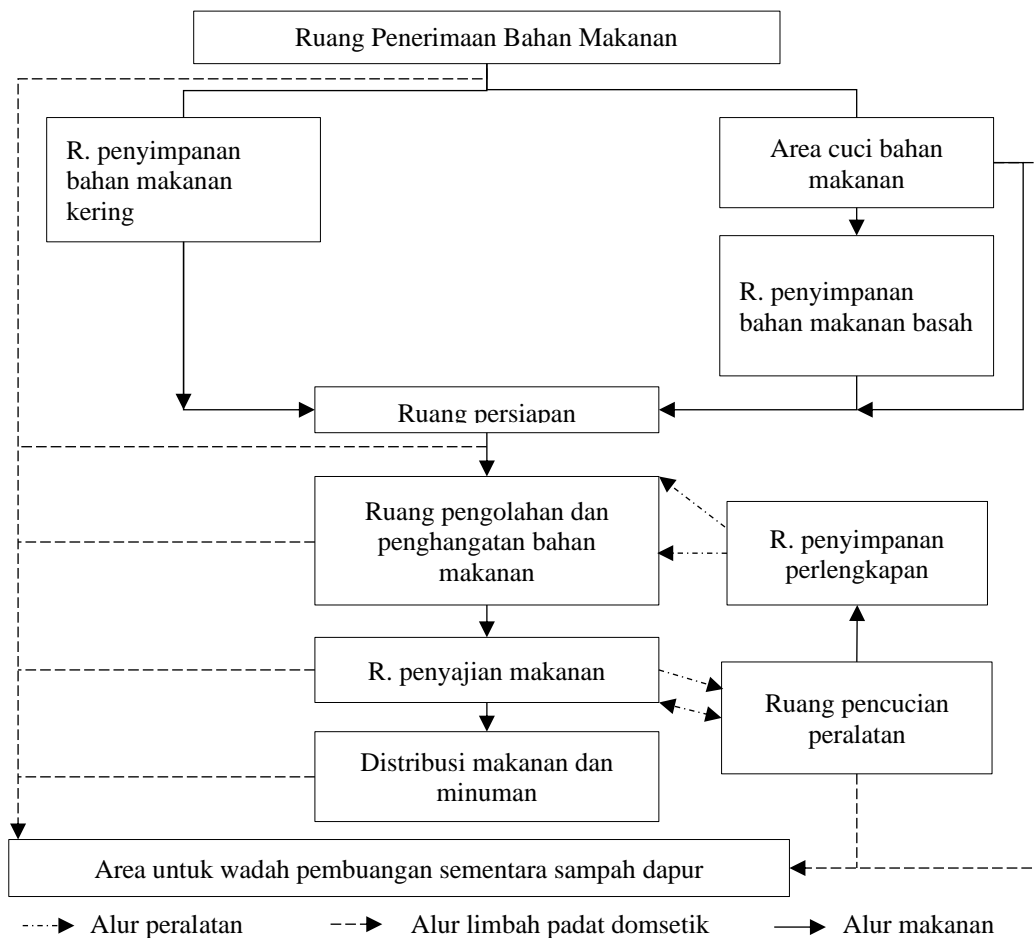


Diagram 17. Alur kegiatan pengolahan, penyimpanan distribusi makanan rumah sakit

Sumber: Depkes RI, (2007)

o. Instalasi pencucian linen/loundri (*laundry*)

Instalasi Pencucian Linen/ Laundry (*laundry*) sebagai fasilitas untuk melakukan pencucian linen yang terdiri dari; penerimaan, desinfeksi bila perlu, cuci dan pemisahan, pengeringan, setrika, perbaikan, pemberian kode dan bungkus,

penyimpanan, persiapan pengiriman dan pengiriman. Alur kegiatan yang terjadi pada instalasi pencucian linen/laundry sebagai berikut (*diagram 18*).

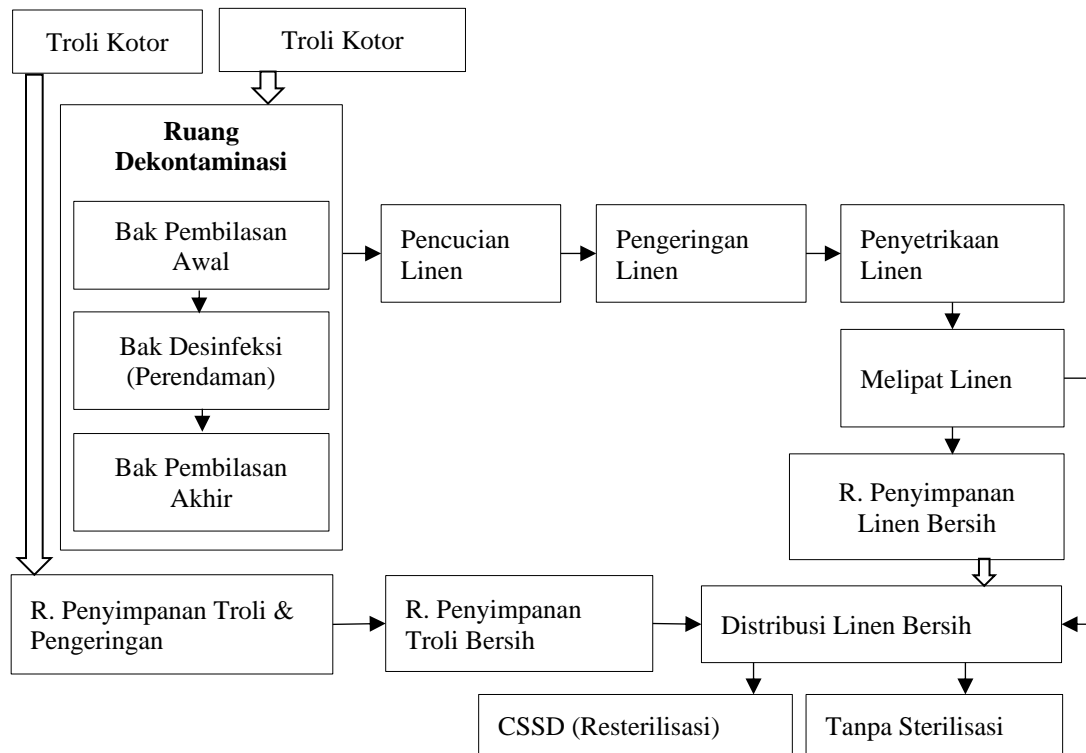


Diagram 18. Alur kegiatan pada instalasi pencucian linen/laundry
Sumber: Depkes RI, (2007)

p. Bengkel mekanikal dan elektrikal (*workshop*)

Bengkel mekanikal dan elektrikal (*workshop*) berupa fasilitas untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan ringan terhadap komponen-komponen sarana, prasarana dan peralatan medik. Persyaratan khusus untuk letak dari workshop terletak jauh dari daerah perawatan dan gedung penunjang medik, sebaiknya diletakan di daerah servis karena banyak menimbulkan kebisingan. Alur kegiatan pada bengkel mekanikal dan elektrikal berdasarkan gambar berikut (*diagram 19*).

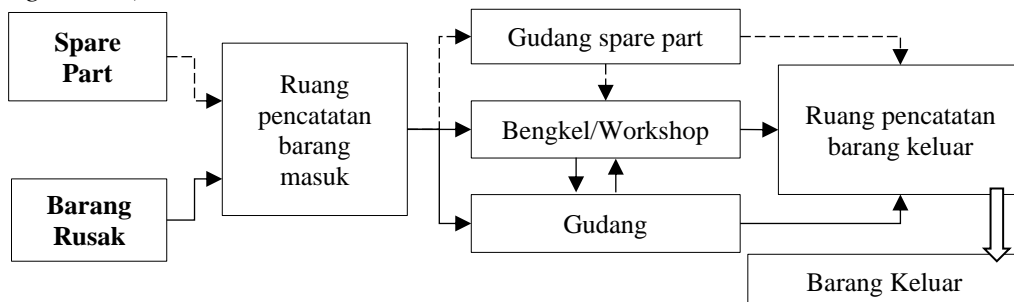


Diagram 19. Alur kegiatan pada bengkel mekanikal dan elektrikal (*workshop*)
Sumber: Depkes RI, (2007)

1.3. Teori Perilaku

Pengertian Perilaku

Perilaku berasal dari kata “peri” dan “laku”. Peri berarti cara berbuat kelakuan perbuatan, dan laku berarti perbuatan, kelakuan, dan cara menjalankan. Belajar dapat didefinisikan sebagai satu proses dimana suatu organisasi berubah perilakunya sebagai akibat pengalaman (Irwan, 2017). Perilaku atau aktivitas yang ada pada individu itu tidak timbul dengan sendirinya tetapi sebagai akibat dari adanya stimulus atau rangsang yang mengenai individu itu. Perilaku atau aktivitas itu merupakan jawaban atau respon terhadap stimulus yang mengenainya. Hampir sebagian besar perilaku manusia berupa perilaku yang dibentuk atau di pelajari (Saleh, 2018).

1.3.1. Pembentukan perilaku

Pembentukan suatu perilaku seperti yang diharapkan dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti:

a. Pembentukan perilaku dengan kebiasaan

Pembentukan perilaku dengan membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diinginkan hingga terbentuk suatu perilaku. Cara ini didasarkan atas tempat belajar kondisioning baik yang dikemukakan oleh Pavlov maupun oleh Thorndike dan Skinner (Saleh, 2018)).

b. Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Menurut Saleh, pembentukan perilaku dengan mengedepankan sikap pengertian atas kejadian atau peristiwa yang berpengaruh bukan hanya terhadap pribadi individu tapi pada suatu kelompok dalam membentuk kegiatan. Sikap pengertian yang dimaksudkan yaitu aktivitas-aktivitas individu yang dapat mempengaruhi jalannya kegiatan dalam kelompok yang dimaksudkan.

c. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Pembentukan perilaku dengan menggunakan model sebagai contoh dalam membentuk suatu perilaku.

1.4. Setting Perilaku (*Behavior Setting*)

Setting diartikan sebagai suatu satuan lingkungan yang spesifik yang menunjuk pada makna lingkungan untuk suatu kegiatan. perilaku diartikan sebagai

tingkah laku manusia yang dilakukan secara otomatis. Lebih lanjut, setting perilaku (*behavior setting*) sebagai suatu interaksi antara kegiatan dengan tempat yang spesifik (Haryadi & Setiawan, 2014).

Istilah *behavior setting* dijabarkan dalam dua istilah yakni *system of setting* sebagai rangkaian unsur-unsur fisik atau spasial yang mempunyai hubungan tertentu dan terkait hingga dapat dipakai untuk suatu kegiatan tertentu serta *system of activity* sebagai suatu rangkaian perilaku yang secara sengaja dilakukan. Kajian pada setting perilaku (*behavior setting*) dilakukan dengan upaya untuk mengembangkan metode yang ditujukan dalam mengidentifikasi dan mengukur perilaku-perilaku individu yang konstan (Haryadi & Setiawan, 2014).

Palmer dalam (Marlina, 2008) menyebutkan bahwa substansi pemrograman rancangan fasilitas dipengaruhi oleh domain berupa faktor manusia, faktor fisik, dan faktor lainnya. Faktor fisik dipengaruhi oleh ruang yang mempengaruhi hubungan antar ruang serta setting aktivitas sebagai sebuah kondisi pada suatu tempat beraktivitas yang dapat menunjukkan perilaku beraktivitas pada tempat tersebut melalui pola dan karakteristik tertentu. Informasi yang dibutuhkan berupa identifikasi kegiatan per satuan waktu, peta perilaku, kondisi area perilaku, serta tanda-tanda atau jejak tempat aktivitas sehingga memudahkan pemrograman dalam melakukan identifikasi pola dan karakter kegiatan yang terjadi.

1.5. Pemetaan Perilaku (*Behavior Mapping*)

Pemetaan perilaku adalah alat penelitian yang digunakan untuk mengamati dan merekam perilaku dalam pengaturan tertentu pada waktu tertentu. Pemetaan perilaku dapat berupa berbasis tempat atau berbasis individu, tergantung pada apakah fokus pengamatan adalah untuk mengidentifikasi pola perilaku (Ng & Gifford, 2016).

Jenis-jenis perilaku yang biasa dipetakan antara lain meliputi: pola perjalanan (*trip pattern*), migrasi (*migration*), perilaku konsumtif (*consumptive behavior*), kegiatan rumah tangga (*households activities*), hubungan ketetanggaan (*neighbouring*) serta penggunaan fasilitas. Pemetaan terhadap perilaku dapat dilakukan dengan dua jalan, yaitu: pemetaan berdasarkan tempat (*place-centered mapping*) dan pemetaan berdasarkan pelaku (*person-centered mapping*) (Haryadi & Setiawan, 2014).

Pemetaan berdasarkan pelaku (*person-centered mapping*) sebagai pemetaan yang menekankan pada pergerakan manusia pada suatu periode waktu tertentu. Teknik ini berkaitan tidak hanya satu tempat atau lokasi akan tetapi dengan beberapa tempat atau lokasi. Apabila pada *place-centered mapping* peneliti berhadapan dengan banyak manusia, pada *person centered mapping* peneliti berhadapan dengan seseorang yang khusus diamati. Tahap yang dilakukan adalah mengikuti pergerakan dan aktivitas yang dilakukan oleh orang atau sekelompok orang yang diamati. Pengamatan dilakukan dengan membuat sketsa-sketsa dan catatan-catatan pada peta dasar. Langkah-langkah pemetaan berdasarkan pelaku adalah sebagai berikut: (a) Menentukan jenis pelaku yang akan diamati (aktor atau penggunaan ruang secara individu), (b) Menentukan waktu pengamatan (pagi, siang dan malam), (c) Mengamati aktivitas yang dilakukan pada masing-masing sampel person, (d) Mencatat aktivitas sampel person yang diamati dalam matriks atau tabel (Haryadi & Setiawan, 2014).

1.6. Konsep Dasar Fenomenologi

Pada kaitannya dengan filsafat, istilah fenomenologi biasanya terbatas pada kualitas indra. Fenomenologi secara filsafat melihat dan mengalami berbagai jenis pengalaman baik itu berupa khayalan, persepsi, pikiran, ataupun tindakan. Oleh karenanya domain dari fenomenologi berupa pengalaman yang tidak hanya mencakup pengalaman yang relatif pasif seperti penglihatan ataupun pendengaran tetapi juga mengenai pengalaman aktif seperti berjalan atau menendang dan sebagainya (Rorong, 2020).

Fenomenologi di satu sisi sebagai hubungan antara manusia dengan dunia, serta disisi lain merupakan hubungan antara manusia dengan dirinya sendiri. Fenomenologi sebagai sebuah cara pandang bahwa hasrat yang kuat untuk mengetahui yang sebenarnya dan keyakinan bahwa pengertian itu dapat dicapai jika kita mengamati fenomena atau pertemuan kita dengan realitass (Daulay, 2010) Fenomenologi yang diterapkan sebagai metode penelitian bertujuan untuk mencari hakikat atau esensi dari pengalaman dimana sasarannya adalah untuk memahami pengalaman sebagaimana disadari (Raco, 2018). Pada dasarnya yang menjadi fokus dalam penelitian fenomenologi adalah deskripsi tekstural (*textural description*) yang merupakan apa yang dialami oleh subjek tentang sebuah

fenomena dan deskripsi structural (*structural description*) yang merupakan bagaimana subjek mengalami dan memaknai pengalamannya (Nuryana et al., 2019). Oleh karena itu, pertanyaan penelitian dalam studi fenomenologi mencakup pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut: Apa pengalaman subjek tentang fenomena?, Apa perasaannya tentang pengalaman tersebut?, Apa makna yang diperoleh bagi subjek atas fenomena itu?

Untuk memahami fenomenologi, terdapat beberapa konsep dasar yang perlu dipahami, antara lain konsep fenomena, epoche, konstitusi, kesadaran, dan reduksi (Hasbiansyah, 2008).

a. Fenomena

Kata *fenomena* berasal dari bahasa Yunani “*phaenesthai*” artinya memunculkan, meninggikan, menunjukkan dirinya sendiri (Moustakas, 1994). Menurut (Chulsum & Novia, 2014) fenomena merupakan sesuatu yang dapat disaksikan atau dilihat dengan panca indera. Heidegger (Moustakas, 1994) menjelaskan bahwa istilah fenomena dibentuk dari kata *phaino*, yang berarti menerangi, menempatkan pada terang, menunjukkan dirinya sendiri di dalam dirinya, serta totalitas dari apa yang tampak di balik kita dalam cahaya. Berangkat dari kata fenomena kemudian dikenal kata fenomenologi yang berasal dari kata fenomena dan logi (*logos*) yang berarti sebuah studi, artinya fenomenologi merupakan sebuah studi mengenai struktur pengalaman dan kesadaran. Fenomenologi pada akhirnya merupakan kehidupan dan realitas yang terjadi pada pribadi setiap individu, oleh karena itu fenomenologi disebut sebagai sesuatu yang diketahui alami (Rorong, 2020).

Objek yang muncul dalam kesadaran bersama dengan objek yang timbul secara alamiah sehingga menciptakan sebuah makna dan pengetahuan. Jadi ada hubungan antara apa yang ada dalam kesadaran dan apa yang ada di dunia. Apa yang muncul dalam kesadaran merupakan sebuah realitas yang mutlak sedangkan apa yang tampak di dunia merupakan sebuah hasil pembelajaran (Moustakas, 1994).

b. Kesadaran

Kesadaran merupakan pengertian yang aktif. Setiap individu memiliki pengalaman dan kesadaran tentang yang identik dengan pribadinya sendiri

(Hasbiansyah, 2008). Yang paling dalam memahami pengalaman adalah pengetahuan tentang esensi. Esensi pengalaman adalah makna yang tidak berubah (Moustakas, 1994).

c. Intensionalitas

Intensionalitas mengacu pada kesadaran, pada pengalaman internal menjadi sadar akan sesuatu, dengan demikian tindakan kesadaran dan objek kesadaran berhubungan secara sengaja. Pengetahuan tentang intensionalitas mengharuskan kita untuk hadir pada diri kita sendiri dan pada benda-benda di dunia, bahwa kita menyadari bahwa diri dan dunia adalah komponen makna yang tidak dapat dipisahkan (Moustakas, 1994).

d. Konstitusi

Konstitusi sebagai proses munculnya sebuah fenomena pada kesadaran (Bertens) dalam (Hasbiansyah, 2008). Prosesnya sebagai aktivitas kesadaran sehingga sebuah realitas menjadi tampak. Dunia nyata itu dikonstitusi oleh kesadaran. Kenyataan real bukan berarti ada karena diciptakan oleh kesadaran, tetapi kehadiran aktivitas kesadaran ini diperlukan agar penampakan fenomena itu dapat berlangsung (Hasbiansyah, 2008).

e. Epoche

Epoche berasal dari bahasa Yunani yang berarti menjauhi atau menjauhkan diri. Proses epoche sebagai proses mengesampingkan prasangka, bias, dan gagasan yang terbentuk sebelumnya tentang berbagai hal. Segala proses pemahaman, memberikan nilai dikesampingkan terlebih dahulu dengan memunculkan fenomena yang direvisi secara murni, apa adanya, dan seolah-olah untuk yang pertama kalinya. Epoche adalah cara memandang dan menjadi, sikap tak terkekang. Apa pun atau siapa pun yang muncul dalam kesadaran kita didekati dengan keterbukaan, melihat apa yang ada dan membiarkan apa yang ada tetap ada (Moustakas, 1994).

Dari Epoche, kita ditantang untuk menciptakan ide baru, perasaan baru, kesadaran dan pemahaman baru. Kita ditantang untuk mengetahui hal-hal dengan penerimaan dan kehadiran yang memungkinkan kita menjadi dan membiarkan situasi dan hal-hal terjadi, sehingga kita dapat mengetahuinya seperti yang tampak bagi kita. Tantangan Epoche adalah menjadi transparan bagi diri kita sendiri,

membiarkan apa pun yang ada di hadapan kita dalam kesadaran mengungkapkan dirinya sehingga kita dapat melihat dengan mata baru dengan cara yang naif dan terbuka sepenuhnya. Jadi, dalam proses menjadi transparan dalam melihat sesuatu, kita juga menjadi transparan terhadap diri kita sendiri (Moustakas, 1994).

f. Reduksi

Reduksi sebagai proses lanjutan dari proses *epoche*. Husserl menyebutkan bahwa memiliki kecenderungan yang alami bahwa dunia itu ada sebagaimana diamati dan dijumpai namun untuk melaksanakan upaya fenomenologis, kepercayaan tersebut harus ditanggihkan. Inilah yang disebut sebagai reduksi fenomenologis, atau disebut juga reduksi transendental, atau *epoche* itu sendiri (Bertens) dalam (Hasbiansyah, 2008).

Metode Reduksi Fenomenologis mengambil karakter prerefleksi, refleksi, dan reduksi bertahap, dengan kerja terkonsentrasi yang ditujukan untuk menjelaskan sifat esensial dari fenomena tersebut. Reduksi fenomenologis bukan hanya cara melihat tetapi cara mendengarkan dengan niat sadar dan sengaja untuk membuka diri terhadap fenomena sebagai fenomena, dengan haknya sendiri, dengan tekstur dan maknanya sendiri (Moustakas, 1994).

Dimensi lain dari Reduksi Fenomenologis adalah proses horizontalitaton. Kita tidak pernah dapat menghabiskan sepenuhnya pengalaman kita tentang berbagai hal tidak peduli berapa kali kita mempertimbangkannya kembali atau melihatnya. proses ini yang tidak pernah berakhir dan, meskipun kita mungkin mencapai titik berhenti dan berhenti (Moustakas, 1994).

Langkah-langkah proses reduksi fenomenologis meliputi: (1) *Bracketing*, proses ini dimana fokus penelitian ditempatkan dalam tanda kurung, segala sesuatu dikesampingkan sehingga seluruh proses penelitian hanya berakar pada topik dan pertanyaan. (2) *Horizontalitation*, setiap pernyataan awalnya diperlakukan sebagai memiliki nilai yang sama. Kemudian, pernyataan yang tidak relevan dengan topik dan pertanyaan serta yang berulang atau tumpang tindih dihapus, sehingga menyisakan *Horizons makna (textural description)*, (3) Mengelompokkan *horizons makna* menjadi tema-tema, (4) Mengatur *horizons* dan tema yang adamejadi deskripsi tekstural (*textural description*) pada fenomena yang ada (Moustakas, 1994).

g. Intersubjektivitas

Husserl menyebutkan bahwa ego transendental itu penting dalam mengungkap makna dan esensi, tidak mengabaikan pentingnya intersubjektif, terkhusus terhadap kaitannya dengan wawasan diri dan persepsi subjektif tentang apa yang nyata (Moustakas, 1994).

Saya pertama-tama harus menjelaskan kesadaran saya sendiri yang disengaja melalui proses transendental sebelum saya dapat memahami seseorang atau sesuatu yang bukan milik saya, seseorang atau sesuatu yang dipahami secara analogi. Persepsi saya sendiri adalah yang utama; itu termasuk persepsi orang lain dengan analogi. Aspek lain dari intersubjektivitas terkandung dalam pendapat Farber (1943) bahwa dalam pengalaman, dengan analogi, orang lain hadir bagi saya sejauh mereka memasuki kesadaran saya, hadir bersama saya, dan menjadi penting bagi pengalaman yang disengaja (Moustakas, 1994).

1.7. Tinjauan Penelitian Terdahulu

Tinjauan terhadap penelitian terdahulu dimaksudkan sebagai dasar pertimbangan dan menjadi tolak ukur dalam penyusunan kerangka penelitian yang akan dilakukan dengan menjabarkan beberapa poin-poin seperti: locus penelitian, permasalahan-permasalahan, tujuan penelitian, metode penelitian, hingga hasil penelitian. Adapun tinjauan pada penelitian yang digunakan dalam mendukung penyusunan rencana penelitian berdasarkan tabel 5 berikut, yaitu:

Tabel 5. Tinjauan penelitian terdahulu

No	Judul Penelitian (Nama peneliti)	Tahun/ Locus/ Rujukan	Permasalahan	Tujuan	Metode	Hasil penelitian
1	Pengaruh tata ruang bangsal terhadap perilaku pasien rumah Sakit jiwa daerah surakarta (Devi & Nurjayanti, 2020)	2020/ /// SINEKTIKA, Jurnal Arsitektur, Vol. 17 No. 2 Juli 2020	Orang-orang dengan gangguan kesehatan biasanya diwadahi di rumah sakit sebelum menjalankan rehabilitasi, pasien mental yang memerlukan rawat inap terlebih dahulu ditempatkan di bangsal. Tata ruang bangsal baik secara zonasi maupun penataan interior pada bangsal harus diperhatikan mengingat pengguna utama ruang tersebut adalah pasien dengan gangguan jiwa.	Untuk mengetahui bagaimanakah pola tata ruang bangsal di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Surakarta dan bagaimana pengaruhnya terhadap perilaku pasien.	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif berupa wawancara dan pengamatan langsung terhadap objek penelitian. Data hasil penelitian dianalisa dengan menggunakan metode behavioral mapping dan metode superimposed.	Penelitian ini menghasilkan elemen-elemen tertentu seperti jarak antar tempat tidur, elemen jendela dan pintu, dan suasana pada ruang, yang dapat mempengaruhi perilaku tertentu pada pasien.
2	Kajian Tata Letak Ruang dan Sistem Pemilihan Skenario Pengambilan Keputusan Pemilihan Skenario Rehabilitasi (Studi Kasus: Gedung Rumah Sakit Umum Daerah Benda Kota Pekalongan) (Wisnugroho, 2010)	2010/ Surakarta/ Magister Teknik Sipil/ Program Pasca Sarjana/ Universitas Sebelas Maret Surakarta	Faktor tata letak ruang pada rumah sakit menjadi aspek yang meepengaruhi pengolahan gedung rumah sakit yang efisien.	Penelitian ini mengkaji faktor tata letak ruang rumah sakit selama siklus hidup ekonomis, juga mengkaji sistem pengambilan keputusan pemilihan beberapa skenario tata letak ruang baru untuk merehab tata letak ruang eksisting	Metode analisis kualitatif digunakan untuk mengetahui kesesuaian kondisi tata letak ruang dengan persyaratan ruang dan kebutuhan pemakai.	Hasil penelitian menunjukkan beberapa skenario dalam memperbaharui tata letak ruang eksisting pada Rumah Sakit Umum Daerah Benda Kota Pekalongan

No	Judul Penelitian (Nama peneliti)	Tahun/ Locus/ Rujukan	Permasalahan	Tujuan	Metode	Hasil penelitian
3	Pengaruh setting ruang terhadap perilaku pengguna dengan pendekatan behavioral mapping (Nizar & Sasmito, 2021)	2021/-/ Merdeka Indonesia Journal International, 1(1), 21–33.	Setting ruang adalah aspek yang paling mempengaruhi pengunjung ketika berkunjung agar tidak merasa bosan dan jenuh pada saat berada di cafe, oleh karena itu penulis mengambil tema penelitian tentang pengaruh setting ruang terhadap perilaku pengguna dengan pendekatan <i>behaviour mapping</i> .	Mengetahui tempat mana saja yang sering disinggahi oleh para pengguna atau pengunjung di dialo coffee	Metode penelitian pada penelitian ini yaitu metode deskriptif kualitatif. Metode ini adalah metode yang paling tepat karena menceritakan susana pada objek secara langsung	Penelitian ini menemukan keterkaitan setting ruang terhadap perilaku pengguna di Diallo Coffee Semarang.
4	Perilaku pejalan kaki terhadap pemanfaatan jalur pedestrian di kawasan perdagangan (studi kasus : koridor jalan soeprapto kota Gorontalo) (Gobel, 2016)	Jurnal Arsitektur, Kota dan Permukiman (LOSARI)	Fungsi ruang pedestrian sebagai fasilitas pejalan kaki menurun, bahkan tidak berfungsi sebagai sarana yang diharapkan serta kondisi perkerasan yang tidak memberikan kenyamanan pejalan kaki untuk melaluinya juga menjadi masalah mengingat koridor ini merupakan pusat kota dan pusat perdagangan yang diindikasikan akan banyak pejalan kaki yang menggunakannya.	Menganalisis perilaku pejalan kaki terhadap pemanfaatan jalur pejalan kaki di kawasan perdagangan Koridor Jalan Soeprapto Kota Gorontalo	Metode yang digunakan adalah metode penelitian perilaku dengan teknik <i>behavioral mapping</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kawasan pejalan kaki di Jalan Soeprapto Kota Gorontalo sudah tidak sesuai dengan teori mengingat fungsi dan kepuasannya.

No	Judul Penelitian (Nama peneliti)	Tahun/ Locus/ Rujukan	Permasalahan	Tujuan	Metode	Hasil penelitian
5	Faktor penentu setting fisik dalam beraktivitas di ruang Terbuka publik “studi kasus alun – alun merdeka kota malang” (Adhitama, 2013)	Jurnal RUAS, Volume 11 N0 2, Desember 2013, ISSN 1693-3702	Ketersediaan ruang terbuka publik akan semakin sulit didapatkan, sehingga penting merencanakan ruang publik yang sudah ada agar tidak hilang akibat kurang pemanfaatan ruang tersebut bagi masyarakat maupun lingkungan sekitarnya	Mengidentifikasi faktor penentu setting fisik dalam beraktivitas di ruang terbuka publik.	Metode pengumpulan datanya menggunakan <i>place-centered mapping</i> dan <i>person-centered mapping</i>	Penelitian ini menemukan bahwa penataan setting fisik dalam ruang publik, dapat mempengaruhi perilaku pengguna dalam beraktivitas di dalam alun – alun.
6	Kajian behavior setting Di pasar tugu simpang lima gumul kediri (Fajarwati, 2016)	2016/ Kediri/ Jurnal Arsitektur NALARs Volume 15 No 2 Juli 2016: 99-108	Peningkatan jumlah kunjungan di Monumen SLG melibatkan peran penting keberadaan Pasar Tugu (Setu – Minggu), pasar ini menjadi moda perekonomian baru di Kabupaten Kediri khususnya di wilayah Monumen SLG yang merupakan cikal bakal perencanaan kota baru di Kabupaten Kediri.	Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis behavior setting di Pasar Tugu Simpang Lima Gumul (SLG) Kediri.	Analisis yang digunakan dalam studi ini terdiri dari dua langkah. Pertama, analisis dilakukan dengan tinjauan teori behavior setting. Kedua, untuk menganalisis data yang ditemukan di lapangan, dilakukan behavioral mapping dengan metode <i>person centered map</i> .	Penelitian ini menemukan hubungan antara aktivitas perilaku pengguna (standing patterns of behavior) dan layout ruang lingkungan pengguna (milieu) sangat sesuai dan terpenuhi dengan baik (synomorphic).

1.7. Novelti Penelitian

Berdasarkan penjabaran mengenai penelitian terdahulu pada tabel 5 dapat disimpulkan penelitian pada rumah sakit mengenai bagaimana bahwa semua penelitian yang ada mencari hubungan antara setting ruang dengan pola perilaku penggunanya serta pengaruh yang ditimbulkan dari sebuah setting ruang terhadap perilaku penggunanya. Penelitian-penelitian terdahulu terfokus pada pengamatan dengan memetakan setting ruang yang ada serta perabot yang ada di dalamnya.

Kajian terhadap beberapa literatur mengenai penelitian terhadap tata letak instalasi rumah sakit, penelitian mengenai pemetaan perilaku sebagai acuan dalam melakukan penelitian, namun dari beberapa penelitian yang dijadikan rujukan disimpulkan bahwa belum ditemukannya penelitian yang secara langsung menggunakan metode pemetaan perilaku dalam mengungkap bagaimana sistem zonasi pada rumah sakit akan mempengaruhi efisiensi pelayanan yang terjadi.

Rencana penelitian untuk mengungkap bagaimana sistem zonasi setiap instalasi sebagai fasilitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu serta bagaimana pengguna memaknai aktivitasnya dalam alur kegiatan instalasi.

Penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat serta dapat menjadi sebuah kebaruan dalam studi mengenai kajian arsitektur pada rumah sakit, khususnya kajian mengenai setting perilaku penggunanya serta diharapkan agar dapat memberikan sumbangsih ilmu sebagai acuan dalam penataan sistem zonasi setiap fasilitas instalasi pada proses perencanaan rumah sakit di masa mendatang terutama pada ruang lingkup rumah sakit dengan klasifikasi tipe C.

1.8. Kerangka Pikir

Penelitian ini berusaha menemukan zonasi serta setting perilaku pengguna berdasarkan peletakan instalasi sebagai fasilitas pelayanan pada RSUDM.

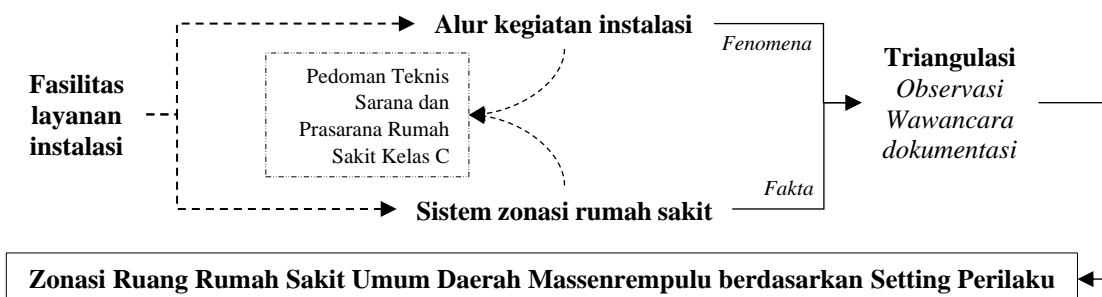


Diagram 20. Kerangka pikir