

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

2.1.1 Definisi Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Secara terminologi, NAPZA merupakan akronim dari Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya, yang merujuk pada bahan atau zat yang jika dimasukkan ke dalam tubuh manusia dapat memengaruhi kondisi psikologis baik itu pikiran, perasaan, maupun perilaku serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikis. Di Indonesia, fenomena penyalahgunaan NAPZA telah bergeser dari sekadar masalah kriminal menjadi isu kesehatan masyarakat yang sistemik. Tren peningkatan kasus setiap tahunnya menunjukkan bahwa daya jangkau zat adiktif ini telah menembus batas usia dan strata sosial, di mana kelompok usia produktif menjadi segmen yang paling rentan terdampak.

Dalam peraturan hukum di Indonesia, penyalahgunaan narkoba dapat ditangani dengan beberapa cara, antara lain Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial. Menurut UU Nomor 35 Tahun 2009, Rehabilitasi Medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan Narkotika. Sedangkan Rehabilitasi Sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental, maupun sosial, agar bekas pecandu Narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat. Kedua jenis rehabilitasi ini dilakukan di suatu Pusat Rehabilitasi NAPZA. (Dollar & Riza, 2022)

Sesuai Pasal 54 UU Nomor 35 Tahun 2009, setiap penyalahguna wajib mendapatkan akses terhadap kedua layanan tersebut di lembaga yang telah ditunjuk oleh pemerintah. Dalam konteks pelayanan kesehatan, fasilitas ini berfungsi sebagai ruang transisi yang mengisolasi pasien dari paparan zat terlarang sekaligus menyediakan lingkungan yang terkontrol untuk pemulihan fisik dan mental.

Berdasarkan tinjauan tersebut, dapat disimpulkan bahwa pusat rehabilitasi bagi penyalahguna NAPZA merupakan fasilitas kesehatan dan sosial esensial yang harus berdiri secara mandiri guna menciptakan ekosistem pemulihan yang total.

2.1.2 Sejarah dan Perkembangan Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Perjalanan rehabilitasi narkoba di Indonesia bermula sejak masa Hindia Belanda, di mana pada tahun 1913 muncul gerakan anti-candu melalui organisasi seperti *Anti-Candu Vereeniging* (AOV). Gerakan ini memelopori pandangan bahwa ketergantungan zat adalah masalah kesehatan, yang ditandai dengan berdirinya *Anti-Opium Hospitaal* di Jakarta pada tahun 1917 serta penyediaan "Rumah Singgah" sebagai ruang interaksi sosial bagi mantan pematik agar tidak kembali terjerumus. Pasca-kemerdekaan, upaya rehabilitasi memasuki fase medis formal setelah penetapan status Indonesia Darurat Narkoba oleh Presiden Soeharto pada tahun 1971. Hal ini memicu berdirinya Unit Ketergantungan Narkoba di RS Fatmawati pada tahun 1972 (cikal bakal RSKO Jakarta) dan pendirian balai rehabilitasi Pamardi Siwi pada tahun 1974 yang dikhususkan bagi anak-anak dan wanita dewasa sebagai bentuk perlindungan kelompok rentan.

Seiring berjalannya waktu, model rehabilitasi di Indonesia juga berkembang melalui pendekatan kearifan lokal berbasis religi, seperti yang dipelopori oleh institusi pondok pesantren di Jawa Barat melalui program pemulihan spiritual sejak tahun 1972. Metode tersebut mengedepankan pembersihan jiwa dan kedisiplinan sebagai alat terapi mental yang masih diakui secara nasional hingga saat ini. Memasuki era 1990-an hingga era modern, paradigma rehabilitasi menjadi semakin komprehensif dengan diperkenalkannya metode *Therapeutic Community* (TC) yang mengandalkan dukungan kelompok sebaya. Perkembangan ini secara bertahap menggeser paradigma terhadap penyalahguna narkoba dari pendekatan hukum menuju pendekatan kesehatan. Hingga kini, integrasi antara layanan medis di rumah sakit jiwa dengan pendekatan rehabilitasi

sosial yang inklusif menjadi landasan dalam menciptakan ekosistem penyembuhan yang manusiawi di Indonesia.

2.1.3 Tipologi dan Jenis Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Pada saat ini di Indonesia terdapat berbagai macam jenis Pusat Pemulihan untuk Rehabilitasi NAPZA, mulai dari yang berdiri secara perorangan maupun dinaungi oleh pemerintah melalui lembaga BNN. Secara tipologi, fasilitas ini dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok utama.

a. Fasilitas BNN atau dibawah instansi pemerintah

Fasilitas ini merupakan pusat rehabilitasi yang dikelola langsung oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) atau kementerian terkait (seperti Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan).

Karakteristik utama dari fasilitas ini adalah kepatuhan penuh terhadap standar pelayanan medis dan sosial yang ketat sesuai dengan regulasi nasional. Secara arsitektural, fasilitas ini sudah memiliki standar yang sesuai dengan yang ditetapkan pada regulasi pemerintah. Umumnya fasilitas ini memiliki pembagian zonasi yang sangat sistematis, mulai dari zona dekontaminasi, zona detoksifikasi, hingga zona residensial (Suitrisno et al., 2025). Keunggulan utama tipe ini adalah adanya jaminan keamanan protokol dan tenaga medis yang tersertifikasi, namun seringkali masih memiliki tantangan dalam menghadirkan suasana yang hangat karena desainnya yang cenderung formal dan institusional. Beberapa contoh fasilitas rehabilitasi NAPZA dibawah naungan BNN dan instansi pemerintah yang telah beroperasi di Indonesia antara lain Balai Besar Rehabilitasi Narkoba Lido (Bogor), Balai Rehabilitasi BNN Tanah Merah (Samarinda), Loka Rehabilitasi BNN Baddoka (Makassar), dan RS Ketergantungan Obat (RSKO) (Cibubur, Jakarta).

b. Fasilitas Swasta

Fasilitas swasta dikelola secara mandiri oleh yayasan, organisasi, maupun institusi profit dengan variasi layanan yang sangat beragam, tergantung pada segmentasi penggunaannya. Beberapa fasilitas swasta

menawarkan pendekatan eksklusif dengan fasilitas penunjang yang lebih lengkap layaknya resort untuk mengurangi tekanan psikologis residen. Namun, tantangan pada fasilitas swasta terletak pada biaya operasional yang cenderung tinggi serta konsistensi penerapan standar teknis yang sangat bergantung pada kapasitas finansial pengelola.

Hal ini menyebabkan terjadinya kesenjangan kualitas antara satu fasilitas swasta dengan yang lainnya dalam hal penyediaan ruang terbuka hijau maupun fasilitas terapi yang komprehensif. Fasilitas swasta yang dikelola secara mandiri oleh yayasan atau organisasi profit dengan variasi layanan yang beragam.

Beberapa contoh fasilitas rehabilitasi NAPZA Swasta yang telah beroperasi di Indonesia antara lain Ashefa Griya Pusaka (Jakarta), Sivana Bali (Bali), dan FAN (*Foundation for Any Nation*) CAMPUS Rehabilitation Center (Bogor).

c. Fasilitas Berbasis Komunitas (*self-help group*)

Fasilitas ini biasanya lahir dari inisiatif kelompok masyarakat atau mantan penyalahguna (*recovered addicts*) yang ingin membantu sesamanya melalui pendekatan emosional dan spiritual. Meskipun memiliki peran besar dalam jangkauan sosial karena sifatnya yang lebih kekeluargaan dan rendah biaya, fasilitas berbasis komunitas ini seringkali belum memenuhi standar teknis sarana dan prasarana yang memadai. Secara arsitektural, fasilitas ini sering menempati bangunan yang bukan diperuntukkan bagi fungsi rehabilitasi (seperti rumah tinggal biasa), sehingga aspek privasi, keamanan pasif, dan dukungan terapeutik bagi residen menjadi kurang optimal. Keterbatasan ruang ini sering kali memicu *overcrowding* yang justru dapat menghambat efektivitas proses pemulihan psikis residen.

Namun, saat ini mulai berkembang beberapa fasilitas komunitas terpadu yang tipologinya lebih mengarah pada konsep *wellness center*. Berbeda dengan pusat rehabilitasi konvensional, fasilitas ini memfokuskan proses pemulihan pada pembersihan diri dari adiksi

melalui pendekatan holistik yang menyeimbangkan aspek fisik, mental, dan spiritual.

2.1.4 Pedoman Perencanaan Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Perancangan Unit Rehabilitasi NAPZA ini berpedoman pada Peraturan BNN Tahun 2007 untuk kelengkapan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan pengunjung secara regulasi dan *behavioral study*. Selain itu karena perncangan merupakan pengembangan dari Rumah Sakit Jiwa, mengharuskan proyek untuk mengikuti standarisasi pembangunan rumah sakit yang ada pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

2.1.5 Analisa User Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Peredaran narkoba di kalangan remaja semakin parah. Sekitar 4,7 persen pengguna narkoba adalah pelajar dan mahasiswa. Badan Narkotika Nasional (BNN) mengakui pengaruh narkoba telah merambah ke berbagai kalangan. Berdasarkan survei BNN pada Badan Narkotika Nasional, penggunaan narkoba tercatat sebanyak 921.695 orang adalah pelajar dan mahasiswa. Penyalahgunaan narkoba memiliki beberapa dampak negatif antara lain;

- a. Perubahan dalam sikap, perangai dan kepribadian.
- b. Sering membolos, menurunnya kedisiplinan dan nilai-nilai pelajaran.
- c. Menjadi mudah tersinggung dan cepat marah.
- d. Sering menguap, mengantuk, dan malas.
- e. Tidak memedulikan kesehatan diri.
- f. Suka mencuri untuk membeli narkoba.

Menurut Alamsyah(2021)kategori pengguna narkoba yang menjadi fokus dalam sistem rehabilitasi dan pemsyarakatan mencakup beberapa kelompok berikut:

- a. Narapidana Narkotika (*Narcotics Prisoners/Convicts*): Kelompok individu yang telah diputus bersalah oleh pengadilan dan menjalani masa pembinaan serta rehabilitasi di dalam Lembaga Pemasyarakatan (LAPAS).

- b. Pecandu Narkotika (*Drug Addicts*): Individu yang memiliki ketergantungan pada zat psikoaktif dan membutuhkan proses rehabilitasi medis maupun psikoterapi.
- c. Penyalahguna Narkotika (*Drug Abusers*): Orang yang menggunakan narkotika tanpa hak atau melawan hukum, yang jumlahnya di Indonesia diperkirakan mencapai jutaan orang.
- d. Korban Penyalahgunaan Narkotika (*Victims of Drug Abuse*): Individu yang tanpa sengaja atau karena pengaruh tertentu menjadi pengguna, mencakup berbagai lapisan usia mulai dari orang dewasa hingga pelajar sekolah dasar.
- e. Kelompok Rentan (Remaja): Remaja dikategorikan sebagai kelompok yang sangat rentan terhadap penyalahgunaan karena sifat mereka yang dinamis, energik, rasa ingin tahu yang tinggi, serta mudah dipengaruhi oleh pengedar.

2.1.6 Analisa Aktivitas di Fasilitas Rehabilitasi NAPZA

Aktivitas utama dalam proses pemulihan penyalahguna NAPZA mencakup Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial. Berdasarkan Peraturan BNN Tahun 2007 Pasal 17 mengenai standar layanan, terdapat sistem minimal yang wajib dipenuhi dalam proses Rehabilitasi Medis. Layanan tersebut meliputi pelaksanaan terapi detoksifikasi dan terapi simtomatik, serta intervensi psikososial yang dilakukan melalui konseling, wawancara motivasional, hingga terapi perilaku dan kognitif guna mencegah kekambuhan. Selain itu, sistem layanan ini juga mewajibkan adanya pemantauan melalui pemeriksaan tes urin serta evaluasi kondisi pasien secara berkala untuk memastikan efektivitas proses pemulihan.

Selanjutnya, tahapan pemulihan dilanjutkan melalui program Rehabilitasi Sosial yang diperuntukkan bagi penyalahguna maupun korban penyalahgunaan narkotika. Secara regulasi, tahapan ini diberikan kepada individu yang telah menyelesaikan fase rehabilitasi medis dengan bukti resume perawatan, atau bagi mereka yang berdasarkan hasil asesmen dinyatakan memenuhi kriteria untuk langsung menjalani proses pemulihan sosial. Implementasi rehabilitasi sosial dilakukan secara integratif,

mencakup rangkaian asesmen diagnosis psikososial, pemberian motivasi, serta intervensi psikologis yang mendalam. Fokus utama pada fase ini tidak hanya terbatas pada pemulihan mental dan spiritual, tetapi juga mencakup penguatan kapasitas diri melalui pelatihan vokasional, pembinaan kewirausahaan, bimbingan jasmani, serta program resosialisasi. Seluruh intervensi tersebut dilaksanakan secara berkala dan terukur guna memastikan kesiapan pasien dalam mengintegrasikan kembali fungsi sosialnya di tengah masyarakat secara optimal.

Pada tahap pascarehabilitasi difokuskan pada upaya pemeliharaan pemulihan jangka panjang dan reintegrasi sosial klien. Rangkaian kegiatan utama meliputi program pencegahan kekambuhan dan pengembangan diri melalui penyelesaian masalah serta pelatihan keterampilan vokasional. Selain itu, aktivitas pendukung melibatkan manajemen kasus, pertemuan kelompok bantu diri (*self-help group*), serta kelompok dukungan keluarga yang memerlukan ruang interaksi sosial yang kondusif. Secara teknis, dilakukan pula kegiatan manajemen krisis, pendampingan, pemantauan visitasi, serta evaluasi perkembangan berkala untuk memastikan stabilitas kondisi psikologis klien sebelum sepenuhnya kembali ke masyarakat.

2.1.7 Analisa Fasilitas di Unit Rehabilitasi NAPZA

Adapun standar alur fasilitas rehabilitasi NAPZA berdasarkan Peraturan BNN No. 24 Tahun 2007 pasal 8 yaitu :

- a. Penerimaan awal, yang meliputi observasi; asesmen yang menggunakan instrumen yang bersifat komprehensif; dan pemeriksaan medis sejauh diperlukan.
- b. Rehabilitasi, yang meliputi Rehabilitasi Medis; Rehabilitasi Sosial; dan Pascarehabilitasi.
- c. Layanan Pascarehabilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan pada lembaga Rehabilitasi yang sama dengan pelaksanaan Rehabilitasi Medis dan/atau Rehabilitasi Sosial, atau rujukan pada layanan Pascarehabilitasi.

2.2 Tinjauan *Therapeutic Architecture*

2.2.1. Definisi *Therapeutic Architecture*

Secara umum, arsitektur terapeutik di rumah sakit adalah desain yang fokus pada kondisi psikologis pasien, bukan cuma kecanggihan alat medisnya. Tujuannya adalah mengurangi stres dan rasa takut yang sering muncul saat orang berada di rumah sakit. Caranya dengan memberikan akses ke pemandangan alam, cahaya matahari yang cukup, suasana yang tenang (tidak berisik), serta tata ruang yang mudah dipahami agar pasien tidak bingung atau merasa terjebak.

Therapeutic Architecture pada Pusat Rehabilitas NAPZA berfungsi sebagai alat kontrol perilaku yang halus. Desainnya dibuat untuk menghilangkan kesan "penjara" atau institusi yang kaku agar pasien tidak merasa sedang dihukum. Fokusnya adalah menciptakan lingkungan yang "manusiawi" untuk membantu menstabilkan emosi pasien yang fluktuatif, menyediakan ruang untuk interaksi sosial (komunitas), dan menggunakan elemen alam untuk menurunkan tingkat agresi saat pasien mengalami masa-masa sulit (seperti fase putus zat).

2.2.2. Prinsip *Therapeutic Architecture*

Dalam praktiknya, *therapeutic Architecture* memiliki prinsip yang berpedoman pada *healing environment*. Konsep ini bekerja dengan cara memanipulasi elemen-elemen fisik ruang untuk memicu respons positif pada otak dan tubuh pasien (Chrysikou, 2014). Terdapat beberapa aspek utama yang biasanya ditekankan:

- a. *Care in Community*: Fokus pada interaksi sosial melalui sirkulasi terpusat yang menghubungkan ruang komunal, seperti taman sensorik dan area aktivitas bersama.
- b. *Design for Domesticity*: Menciptakan suasana hangat layaknya rumah dengan skala ruang yang akrab, penggunaan warna hangat, serta menghindari koridor panjang yang monoton.
- c. *Social Valorization*: Menyeimbangkan privasi di area asrama/terapi dengan sistem keamanan terpadu melalui akses kontrol tunggal yang efektif.

- d. *Integrated with Nature*: Menyatukan bangunan dengan alam melalui penggunaan material alami (kayu/batu) dan orientasi ruang yang memaksimalkan pemandangan hijau.
- e. *Therapeutic Media*: Memanfaatkan elemen arsitektur sebagai alat bantu pulih, seperti fasilitas hidroterapi dan taman stimulasi untuk mendukung proses pengobatan.

2.3 Tinjauan Pendekatan Desain

2.3.1 Teori *Healing Environment*

Dalam merancang fasilitas kesehatan, konsep *Healing Environment* menjadi landasan utama untuk menciptakan ruang yang mendukung percepatan pemulihan. Mengutip dari Roger Ulrich dalam Prasesti & Marcillia (2025), lingkungan fisik yang memberikan akses visual ke alam terbukti secara klinis mampu menurunkan tingkat stres dan kecemasan pasien secara signifikan.

Selain itu, lingkungan penyembuhan harus mampu mereduksi faktor-faktor penyebab stres seperti kebisingan dan pencahayaan buatan yang berlebihan, serta menggantinya dengan suasana yang lebih akrab dan manusiawi demi meningkatkan kontrol psikologis residen selama masa rehabilitasi.

2.3.2 Teori *Kontrol Sosial*

Untuk memastikan keamanan tanpa menciptakan kesan penjara, desain ini merujuk pada prinsip kontrol sosial dalam arsitektur. Sebuah bangunan yang aman harus memiliki pembagian teritorial yang jelas antara area publik, semi-publik, dan privat. Newman menekankan pentingnya pengawasan alami (*natural surveillance*), di mana peletakan ruang-ruang komunal dirancang sedemikian rupa agar aktivitas residen tetap terpantau tanpa perlu menggunakan elemen pengamanan yang intimidatif.

Selain itu, mengutip dari Travis Hirschi dalam Sunoto et al. (2023), kontrol sosial yang efektif juga tercipta melalui keterikatan residen terhadap lingkungannya, sehingga penyediaan fasilitas produktif seperti workshop menjadi sarana penting untuk menekan keinginan residen melakukan tindakan destruktif.

2.4 Studi Preseden

2.4.1. Balai Besar Rehabilitasi Lido (Indonesia)

Balai Besar Rehabilitasi Lido adalah Pusat Rehabilitasi Nasional di Indonesia yang dikelola oleh Badan Narkotika Nasional (BNN). Lokasi pusat rehabilitasi ini terletak di Desa Wates Jaya, Kec. Cigombong, Lido, Kab. Bogor.



Gambar 2.1 Siteplan Balai Besar Rehabilitasi Lido Bogor
sumber : <https://babeslido.bnn.go.id/peta-lokasi/>

Penerapan prinsip *Integrated with Nature* terlihat jelas melalui pemilihan lokasi yang berada jauh dari perkotaan dan orientasi bangunan yang memaksimalkan pandangan ke arah lanskap pegunungan dan perbukitan di sekitarnya. Bukaan yang luas pada ruang-ruang terapi tidak hanya berfungsi untuk penghawaan alami, tetapi juga sebagai media terapi visual yang membantu menstabilkan emosi pasien.

Selain itu, Lido juga menekankan pada aspek keberlanjutan interaksi sosial melalui penyediaan ruang-ruang komunal yang hangat dan fasilitas vokasional seperti area pertanian dan bengkel kerja. Pendekatan ini bertujuan untuk menghilangkan stigma "institusi hukuman" dan menggantinya dengan lingkungan yang mendukung martabat serta kemandirian pasien sebelum mereka kembali ke masyarakat.



Gambar 3.2 Foto Situasi Balai Besar Rehabilitasi Lido Bogor
sumber : <https://www.babesrehab-bnn.info/index.php/profil>

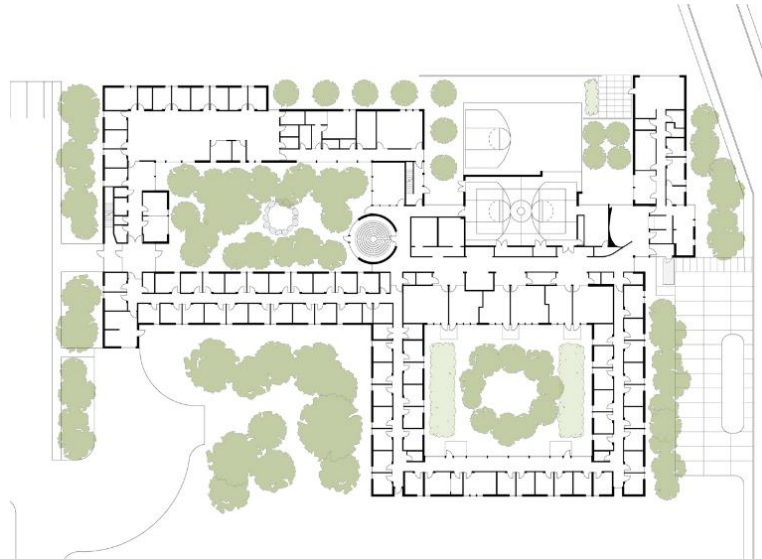
Persebaran dari masing-masing zonasi ruangnya membentuk Balai Rehabilitasi Lido ini menjadi sebuah kompleks tersendiri yang seolah-olah menciptakan dunia sendiri untuk pemulihan para residennya. Pola persebaran massa yang terencana ini berfungsi sebagai "filter" psikologis, di mana residen perlahan dilepaskan dari tekanan lingkungan eksternal dan dibawa masuk ke dalam atmosfer yang tenang serta terkendali. (Prasesti & Marcillia, 2025)

Dengan memisahkan area hunian, ruang terapi, dan fasilitas rekreatif ke dalam blok-blok yang terpadu, kompleks ini berhasil menciptakan ekosistem sosial baru yang mendukung interaksi positif antar-residen. Kondisi ini membuktikan bahwa privasi dan isolasi terapeutik yang dirancang dengan baik tidak harus memberikan kesan pengasingan, melainkan sebuah ruang refleksi diri yang aman sebelum nantinya mereka siap untuk bertransformasi dan berintegrasi kembali ke masyarakat luas.

2.4.2. *Sister Margaret Smith Addiction Care Centre (Kanada)*

Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre merupakan pusat perawatan bagi pecandu alkohol dan narkoba di Kanada. Lokasinya di Fasilitas ini dibangun di atas lahan yang strategis karena dikelilingi oleh lanskap alami khas hutan utara yang tenang. Pemilihan lokasi ini sangat disengaja untuk menjauhkan pasien dari hiruk-pikuk pusat kota yang bising,

sehingga menciptakan isolasi positif yang mendukung fokus penuh pada proses pemulihan. Objek ini menjadi preseden yang sangat relevan dalam menunjukkan bagaimana desain modern dapat menghilangkan stigma institusional pada fasilitas rehabilitasi.



*Gambar 4.3 Siteplan Sister Margaret Smith Addiction Care Centre
sumber : Archdaily.com*

Penataan ruang di pusat ini dirancang dengan sangat rapi melalui penggunaan konsep courtyard atau taman di dalam bangunan yang berfungsi sebagai pusat orientasi sekaligus sumber cahaya alami bagi seluruh ruangan di sekitarnya. Strategi ini memungkinkan adanya pengawasan yang efektif dari sisi keamanan namun tetap memberikan kesan ruang yang terbuka dan tidak mengekang bagi para pasien. Secara arsitektural, bangunan ini berhasil menyeimbangkan fungsi klinis yang kompleks dengan organisasi ruang yang intuitif dan mudah dipahami.



*Gambar 5.4 Interior Sister Margaret Smith Addiction Care Centre
sumber : Archdaily.com*

Pada aspek interior, fasilitas ini mengadopsi pendekatan design for domesticity yang sangat kuat untuk menciptakan suasana home-like atau hunian yang akrab. Alih-alih menggunakan material medis yang dingin dan putih, interiornya didominasi oleh elemen kayu hangat, palet warna bumi, serta furnitur yang ergonomis dan modern. Penggunaan jendela besar yang membingkai pemandangan lanskap luar secara langsung memberikan efek ketenangan bagi psikologis pasien yang sedang dalam masa pemulihan.

2.4.3. Narita Rehabilitation Centre (Jepang)

Narita Rehabilitation Hospital di Jepang (dirancang oleh arsitek Sakura Architects & Engineers) adalah preseden yang sangat luar biasa untuk tipologi rumah sakit rehabilitasi modern. Proyek ini sangat unik

karena mendefinisikan ulang istilah “Rumah Sehat” yang mengalihkan fungsi rumah sakit dari "tempat pengobatan" menjadi "tempat pemulihan”.



Gambar 6.5 Eksterior Narita Rehabilitation Hospital
sumber : <https://kkaa.co.jp/>

Pada Narita Rehabilitation Hospital, desain ruang rawat inap tidak sekadar berfungsi sebagai tempat istirahat, melainkan sebagai instrumen aktif dalam proses penyembuhan melalui pengoptimalan akses visual. Ruang-ruang ini dirancang dengan jendela kaca berukuran besar yang ditempatkan pada elevasi rendah, sejajar dengan garis pandang pasien saat berada di atas tempat tidur atau kursi roda. Strategi ini memungkinkan pasien mendapatkan view langsung ke arah lanskap hijau dan dinamis di luar bangunan secara kontinu, yang dalam konsep therapeutic architecture berperan sebagai *positive distraction*.



Gambar 7.6 Eksterior bagian dalam Narita Rehab Hospital dan Courtyard
sumber : <https://kkaa.co.jp/>

Lebih dari sekadar estetika, penataan ruang rawat inap ini menciptakan koneksi sensorik antara pasien dengan ritme waktu di luar gedung melalui perubahan cahaya alami yang masuk ke dalam ruang. Dengan menghadirkan pemandangan luar yang luas tanpa penghalang visual yang kaku, arsitektur Narita berhasil menghapus kesan "terkurung" yang biasanya melekat pada fasilitas kesehatan. Hal ini memberikan rasa kebebasan psikologis dan harapan bagi pasien, yang secara tidak langsung memotivasi mereka untuk lebih aktif terlibat dalam program pemulihan fisik maupun mental.

2.4.4. De Hogeweyk Dementia Village (Belanda)

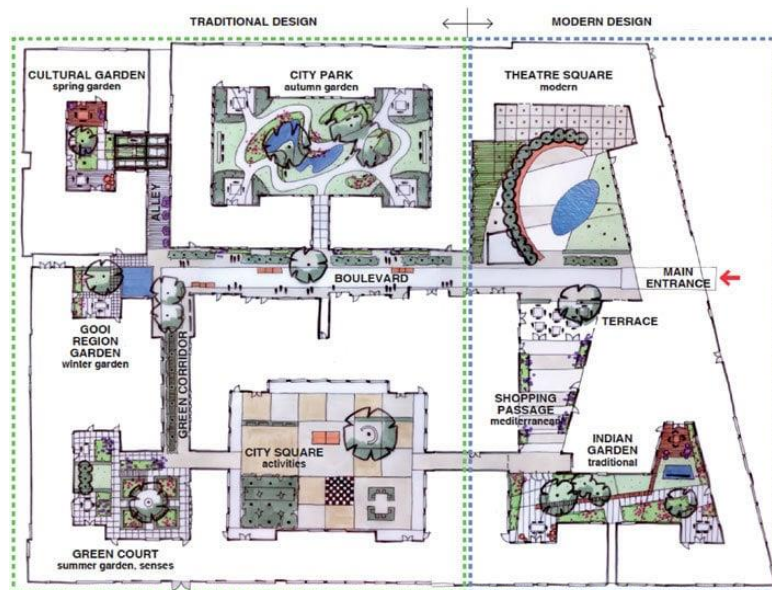
De Hogeweyk Dementia Village terletak di Weesp, Belanda, dan dirancang oleh arsitek Molenaar&Bol&VanDillen. Fasilitas ini merupakan sebuah kompleks residensial khusus bagi penderita demensia berat yang merevolusi standar desain fasilitas perawatan di seluruh dunia.



Gambar 8.7 Visualisasi Situasi De Hogeweyk Dementia Village
sumber : <https://www.dementiavillage.com/projects/dva-de-hogeweyk/>

Tujuan utama dari De Hogeweyk adalah untuk melakukan "Normalisasi Kehidupan". Arsitek ingin menghapus kesan institusional rumah sakit yang dingin dan menggantinya dengan lingkungan yang memungkinkan para residen tetap hidup secara aktif, mandiri, dan bermartabat dalam sebuah lingkungan yang sudah teradaptasi.

Fasilitas ini dirancang menyerupai sebuah kampung atau kota kecil yang tertutup namun terasa sangat terbuka di dalam. Terdiri dari 23 rumah yang dikelompokkan berdasarkan gaya hidup (tradisional, urban, atau religius) untuk memberikan kenyamanan psikologis yang maksimal. Penerapan konsep '*Small Households*' di De Hogeweyk menunjukkan bahwa zonasi ruang yang berbasis pada kesamaan gaya hidup dan interaksi sosial dapat mempercepat stabilitas emosional. Dengan menciptakan 'dunia kecil' yang terkendali namun tetap memiliki fungsi publik (seperti toko dan area komunal), fasilitas ini membuktikan bahwa arsitektur mampu memanipulasi persepsi isolasi menjadi pengalaman hidup bermasyarakat yang normal.



Gambar 9.8 Siteplan De Hogeweyk Dementia Village
 sumber : <https://zeidler.com/news/touring-the-hogeweyk/>

Meskipun kompleks ini sepenuhnya tertutup untuk keamanan residen agar tidak tersesat keluar, batas perimeternya tidak menggunakan pagar besi atau tembok tinggi yang mencolok. Keamanan dibentuk melalui massa bangunan yang saling mengunci dan pintu keluar yang disamarkan sebagai bagian dari interior.



Gambar 10.9 Situasi De Hogeweyk Dementia Village

sumber : <http://pranchetadearquitecto.blogspot.com/2018/01/terceira-idade-hogeweyk-dementia.html>

Domesticity & Senses: Penggunaan material, tekstur, dan furnitur yang menyerupai rumah tinggal asli (bukan standar medis) bertujuan untuk memicu ingatan jangka panjang residen dan menurunkan tingkat kecemasan.



Gambar 11.10 Courtyard Dalam De Hogeweyk Dementia Village

sumber : <https://housingourmatuereelders.wordpress.com/2018/10/26/tour-de-hogeweyk/>

De Hogeweyk mengimplementasikan konsep kebebasan bergerak yang radikal, di mana residen diberikan akses penuh untuk mengeksplorasi seluruh area "kampung" tanpa adanya intervensi fisik yang intimidatif atau pengawasan ketat yang terlihat mata. Secara psikologis, ketiadaan hambatan visual seperti jeruji atau pintu yang terkunci rapat mampu memberikan rasa otonomi dan kendali diri (*perceived control*) kepada residen, yang secara signifikan menurunkan tingkat stres, kecemasan, serta perilaku agitasi.

Meskipun tipologi bangunan yang berbeda, aspek-aspek arsitektural yang diterapkan di De Hogeweyk Dementia Village masih cukup relevan untuk diterapkan dalam perancangan pusat rehabilitasi NAPZA. Elemen-elemennya mengganti stigma "pasien" menjadi "residen": Menciptakan lingkungan yang tidak menghakimi, pengawasan dilakukan melalui interaksi di ruang publik (kafe/taman), bukan melalui CCTV atau jeruji yang intimidatif, serta memanfaatkan ruang luar dan interaksi sosial sebagai bagian dari proses terapi harian.

2.5 Studi Banding

2.4.1. Balai Besar Rehabilitasi Lido (Bogor, Indonesia)



Gambar 12.11 Gedung Utama Balai Besar Rehabilitasi Lido, Bogor
sumber : https://www.babesrehab-bnn.info/index_php/profil

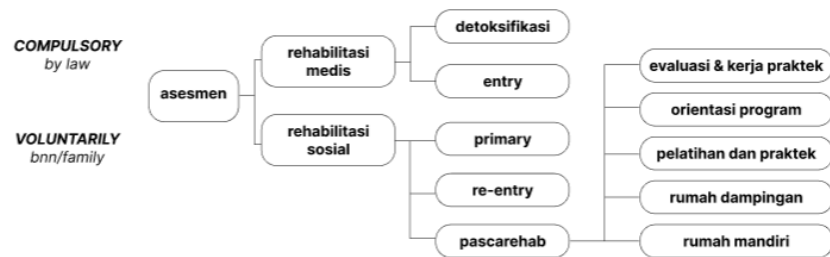
Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido merupakan pusat rehabilitasi narkoba terbesar di Indonesia yang menjadi rujukan nasional. Fasilitas ini menerapkan pendekatan holistik yang menggabungkan aspek medis dan sosial.

a. Metode Rehabilitasi

Metode utama yang diterapkan adalah *Therapeutic Community* (TC) atau dikenal sebagai *Drug Free Self Help Program*. Inti dari metode ini adalah penggunaan komunitas sebagai instrumen terapi utama untuk mengubah perilaku residen melalui sistem reward dan punishment yang terstruktur.

b. Tahapan Rehabilitasi

Activity Flow: **Residen**



Gambar 13.12. Analisis Activity Flow Residen di Balai Besar Rehabilitasi Lido
sumber : Analisa penulis

Tahapan dan proses pada rehabilitasi di Balai Besar Rehabilitasi Lido terbagi menjadi 3 kelompok yang berurutan yaitu rehabilitasi medis, rehabilitasi sosial, dan pasca-rehabilitasi.

- Rehabilitasi medis

Pada tahapan rehabilitasi medis residen melakukan fase detoksifikasi, yaitu pemutusan zat dengan terapi simptomatik untuk mengurangi gejala sakau. Pada fase ini, residen belum diperbolehkan dijenguk keluarga. Kemudian setelah berhasil melewati fase tersebut, residen akan dibawa ke fase *entry unit*, yaitu fase stabilisasi pasca putus zat sebelum masuk ke tahap sosial.

- Rehabilitasi sosial

Penerapan program *Therapeutic Community* (TC) secara intensif selama 3–6 bulan atau sesuai kebutuhan untuk melatih pengelolaan emosi dan perilaku berkelompok. Kegiatan pada fase ini biasanya diisi dengan berbagai kegiatan sosial seperti ceramah spiritual, sosialisasi, caregroup, dan kegiatan berkelompok.

- Pasca-rehabilitasi

Memasuki tahapan pasca-rehabilitasi, residen mengalami fase re-entry yaitu persiapan untuk keluar dari pusat rehabilitasi dan kembali ke dunia sehari-hari. Kegiatannya berfokus kepada terapi vokasional, resosialisasi, dan

pembekalan minat bakat agar residen siap kembali ke masyarakat.

c. Alur Kegiatan Rutin

Aktivitas Rutin yang dilakukan residen sebagai agenda sehari-hari di Balai Besar Rehabilitasi Lido antara lain :

No.	Waktu	Kegiatan
1.	05.00 – 06.00	Ibadah
2.	06.00 – 07.00	Mandi
3.	07.00 – 07.30	Makan Pagi
4.	07.30 – 09.30	Morning meeting
5.	09.30 – 10.00	Membersihkan kamar
6.	10.00 – 12.00	Belajar / seminar
7.	12.00 – 12.30	Ibadah
7.	12.30 – 13.00	Makan siang
8.	13.00 – 15.00	Terapi kelompok
9.	15.00 – 15.30	Ibadah
10.	15.30 – 16.00	Konseling
10.	16.00 – 17.30	Olahraga/free time
11.	17.30 – 18.00	Mandi
12.	18.00 – 19.30	Ibadah
13.	19.30 – 20.00	Makan malam
14.	20.00 – 22.00	Sharing & evaluasi
15.	22.00 – 05.00	Tidur

*Tabel 2.1 Jadwal Kegiatan Rutin Residen Balai Rehabilitasi Lido
sumber : Analisa penulis mengadopsi dari Ridwan et al. (2025)*

Berdasarkan hasil pemetaan aktivitas pada Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido (Ridwan et al., 2025), terlihat bahwa seluruh kegiatan rutin bertujuan untuk meminimalisir waktu kosong residen. Oleh karena itu, perancangan ruang harus memastikan kedekatan jarak antarfungsi (contoh: asrama ke aula) untuk efisiensi waktu, namun tetap memberikan kualitas ruang yang memulihkan melalui penyediaan bukaan vegetasi di setiap jalur sirkulasinya

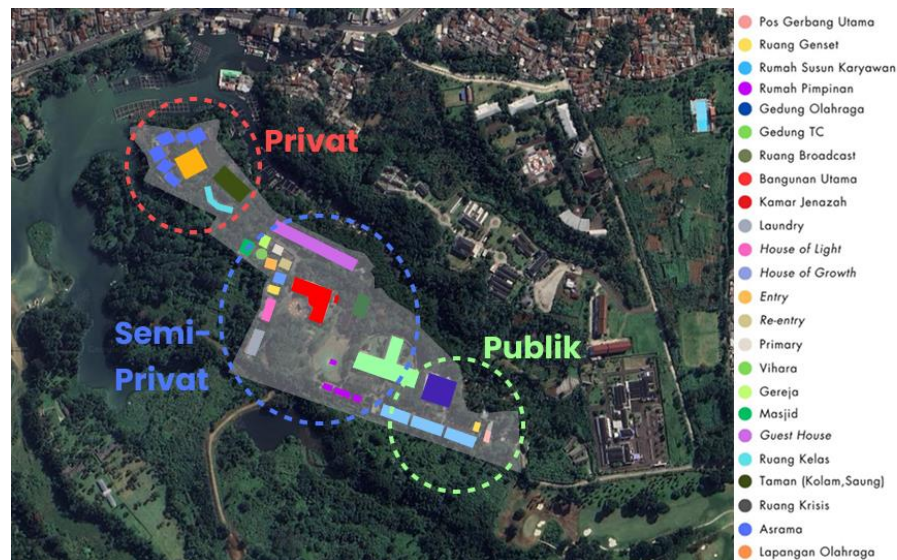
d. Kapasitas Residen

Balai Besar Rehabilitasi (Babesrehab) BNN Lido merupakan fasilitas rehabilitasi narkoba tingkat nasional yang menjadi rujukan utama di Indonesia. Terletak di daerah Lido, Bogor, fasilitas ini memanfaatkan kondisi geografis yang sejuk dan tenang sebagai elemen pendukung pemulihan. Berdasarkan kajian kapasitas, Babesrehab Lido memiliki daya tampung total mencapai 500 orang residen untuk satu masa rehabilitasi yaitu 6 bulan (Ridwan et al., 2025). Fasilitas ini melayani berbagai kelompok pengguna, mulai dari remaja hingga dewasa, baik laki-laki maupun perempuan, dengan pembagian area yang tersegregasi secara ketat.

e. Zonasi Ruang

Pola zonasi pada Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido dirancang dengan sistem klaster yang sangat terorganisir untuk mendukung efektivitas pengawasan serta proses pemulihan residen. Pengaturan massa bangunan yang menyebar (*sprawl*) pada tapak memungkinkan adanya pemisahan fungsi yang jelas antara area pelayanan medis, area rehabilitasi sosial, dan area pendukung. Melalui pendekatan *Place-Centered Mapping*, setiap zona memiliki karakteristik ruang yang berbeda disesuaikan dengan tingkat privasi dan keamanan yang dibutuhkan pada setiap fase rehabilitasi

Berikut merupakan pembagian zona pada *siteplan* Babesrehab BNN Lido:



Gambar 14.13. Pembagian Zonasi dan Siteplan Balai Besar Rehabilitasi Lido Bogor
sumber : Analisa penulis mengadopsi dari Ridwan et al. (2025)

Berdasarkan diagram siteplan di atas, pembagian zonasi di Babesrehab Lido dapat diuraikan sebagai berikut:

- Zona Publik (Area Penerimaan)

Terletak di bagian terdepan tapak sebagai gerbang utama. Area ini mencakup Gedung Administrasi, Lobby Utama, dan Ruang Kunjungan Keluarga. Zonasi ini didesain terbuka bagi tamu namun memiliki sistem skrining keamanan yang ketat sebelum memasuki area internal.

- Zona Medis (Area Intensif)

Berfungsi sebagai pusat penanganan kondisi fisik residen. Zona ini mencakup Unit Detoksifikasi, Poliklinik, dan Laboratorium. Letaknya strategis karena harus mudah diakses oleh ambulans namun tertutup bagi residen umum guna menjamin sterilitas dan fokus pengobatan bagi residen baru.

- Zona Publik Rehabilitasi Sosial (Area Residensial)

Merupakan jantung dari fasilitas ini, terdiri dari kluster unit hunian yang dibagi berdasarkan kriteria tertentu, seperti

usia dan jenis kelamin. Setiap unit memiliki fasilitas mandiri seperti ruang komunal dan ruang makan kecil untuk melatih interaksi sosial dalam kelompok kecil sebelum bergabung di fasilitas utama.

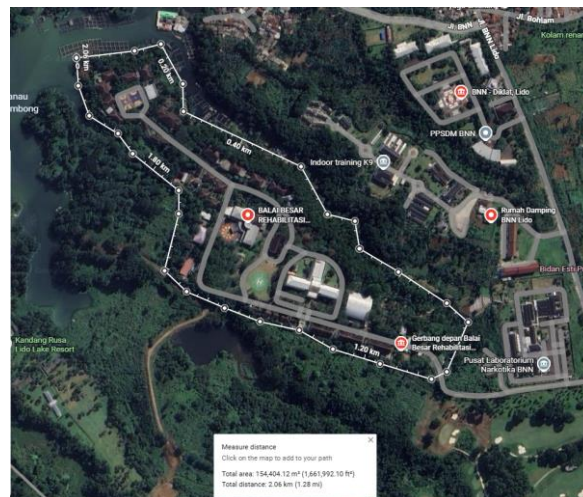
- Zona Fasilitas Bersama (Area Interaksi)

Berada di tengah-tengah klaster hunian, mencakup Aula Utama, Masjid, Lapangan Olahraga, dan Pusat Vokasional. Penempatan ini bertujuan agar seluruh residen dari berbagai unit memiliki jarak tempuh yang seimbang menuju pusat kegiatan harian.

- Zona Servis dan Utilitas

Ditempatkan di area paling belakang atau sayap terpisah dengan akses sirkulasi logistik tersendiri. Zona ini mencakup Dapur Pusat, Laundry, Gudang Logistik, dan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), sehingga aktivitas operasional tidak mengganggu ketenangan area rehabilitasi.

f. Data Luas Tapak



Gambar 15.14 Analisis Luas Tapak Balai Besar Rehabilitasi Lido Bogor
sumber : Google maps

Balai Besar Rehabilitasi Lido memiliki lahan yang sangat luas karena melayani skala nasional. Luas lahan nya mencapai $\pm 11,5$ Hektar (115.000 m²). Luas ini memungkinkan adanya tatanan massa majemuk yang sangat menyebar (sprawl),

penyediaan lapangan olahraga standar profesional, serta area perkebunan/pertanian yang luas untuk terapi vokasional.

2.4.2. Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja (Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia)

Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja (BPRSR) merupakan unit pelaksana teknis yang berada di bawah naungan Dinas Sosial Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Institusi ini memiliki peran strategis dalam memberikan pelayanan kesejahteraan sosial, perlindungan, serta rehabilitasi bagi remaja yang mengalami permasalahan sosial, baik remaja putus sekolah, remaja terlantar, maupun remaja yang berhadapan dengan hukum. Terletak di wilayah Sleman, BPRSR menjadi pusat rujukan utama bagi penanganan masalah sosial remaja di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.

a. Metode Rehabilitasi



Gambar 16.15 Halaman Depan Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.

sumber : Dokumentasi penulis

Fokus utama rehabilitasi di BPRSR adalah Bimbingan Fisik, Mental, Sosial, dan Psikologis. Metode yang diterapkan bertujuan untuk pengelolaan emosi dan perubahan perilaku remaja agar dapat kembali diterima di masyarakat. Karena banyak residen yang masuk akibat kasus kriminalitas (seperti pencurian, pencabulan, atau narkoba), pendekatan yang

digunakan lebih bersifat persuasif namun tetap dalam pengawasan ketat petugas sosial.

b. Tahapan Rehabilitasi

Activity Flow: **Residen**



Gambar 17.16 Analisis Activity Flow Residen di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.
sumber : Analisa penulis

Alur proses pemulihan di BPRSR mengikuti prosedur hukum di bawah Dinas Sosial dan terbagi menjadi beberapa tahap:

- Fase Karantina

Tahap awal bagi residen baru guna penyesuaian diri. Fase ini cukup penting karena karakter remaja yang masuk biasanya berada dalam fase penolakan (*denial*) dan memiliki kecenderungan tinggi untuk melarikan diri. Sehingga dibutuhkan karantina individu bagi remaja dengan karakteristik tersebut untuk menenangkan kondisi psikisnya sekaligus beradaptasi.

- Fase Rehabilitasi sosial



Gambar 18.17 Aktivitas Outdoor Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.
sumber : <https://news.batampos.co.id/kemensos-membina-32-remaja-pelaku-klitih-di-yogyakarta/>

Setelah stabil di karantina, residen dipindah ke asrama umum. Di sini, residen mendapatkan kelas akademik bagi yang masih sekolah atau rujukan sekolah dan berbagai kelas keterampilan vokasional.



Gambar 19.18 Kelas Sosialisasi Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.

sumber : <https://news.batampos.co.id/kemensos-membina-32-remaja-pelaku-klitih-di-yogyakarta/>

- Fase Monitoring & Terminasi

Setelah masa rehabilitasi selesai, balai tetap melakukan monitoring dan membantu akses pendidikan agar remaja dapat melanjutkan sekolahnya kembali.

c. Alur Kegiatan Rutin

Aktivitas Rutin yang dilakukan residen sebagai agenda sehari-hari di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y. antara lain :

No.	Waktu	Kegiatan
1.	05.00 – 06.00	Ibadah
2.	06.00 – 07.00	Mandi
3.	07.00 – 07.30	Makan Pagi
4.	07.30 – 12.00	Sekolah / seminar
5.	12.00 – 12.30	Ibadah
6.	12.00 – 12.30	Makan siang
7.	12.30 – 14.00	Terapi kelompok

7.	14.30 – 15.00	Konseling
8.	15.00 – 15.30	Ibadah
9.	15.30 – 16.00	Konseling
10.	16.00 – 17.30	Olahraga/free time
10.	17.30 – 18.00	Mandi
11.	18.00 – 19.30	Ibadah
12.	19.30 – 20.00	Makan malam
13.	20.00 – 22.00	Sharing & evaluasi
14.	22.00 – 05.00	Tidur

Tabel 3.2 Jadwal Kegiatan Rutin Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.

sumber : Analisa penulis

Berdasarkan hasil pemetaan aktivitas harian pada Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja (BPRSR), terlihat bahwa seluruh rangkaian kegiatan disusun secara terstruktur untuk meminimalisir waktu kosong residen guna mencegah perilaku destruktif. Perancangan ruang harus memastikan efisiensi sirkulasi melalui kedekatan jarak antarfungsi utama, seperti akses langsung dari asrama ke area sekolah dan ruang komunal.

d. Kapasitas Residen

BPRSR memiliki jangkauan layanan untuk seluruh wilayah DIY. Secara fisik, balai ini memiliki 2 bangunan utama yang masing-masing terdiri dari 2 blok asrama (pemisahan blok laki-laki dan perempuan).

- Kapasitas per Asrama: 12 orang.
- Kapasitas Total: Fasilitas ini mampu menampung residen maksimal hingga 80 orang dalam satu masa pelayanan.

e. Zonasi Ruang

Zonasi di BPRSR sangat dipengaruhi oleh aspek keamanan (security) tanpa menghilangkan fungsi pengawasan yang manusiawi:

- Zona Pengelola: Area administrasi dan penerimaan yang berada di bagian depan.
- Zona Asrama & Karantina: Didesain dengan tingkat keamanan tinggi. Berdasarkan standar keamanan balai, gedung didesain memiliki plafon yang tinggi dan pagar tapak yang dilengkapi pecahan kaca guna meminimalisir upaya residen untuk kabur.
- Zonasi Visual & Pengawasan: Kamar mandi residen didesain tidak tertutup penuh (sesuai peraturan BPRSR) agar aktivitas di dalam tetap dapat dipantau oleh petugas. Selain itu, titik-titik krusial dipantau melalui sistem CCTV 24 jam.
- Zona Pendidikan & Keterampilan: Terletak di area yang terintegrasi dengan asrama namun tetap dalam jangkauan pantau petugas, mencakup ruang kelas akademik dan bengkel kerja keterampilan.

f. Data Luas Tapak



Gambar 20.19 Analisis Luas Tapak Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja D.I.Y.
sumber : Google maps

Berada di pinggiran kota (Sleman) dengan luas Lahan: $\pm 1,2$ Hektar (12.000 m²). Lahan ini cukup untuk menampung gedung administrasi, 2 blok asrama (putra/putri), ruang kelas, serta bengkel kerja (workshop). Ruang terbuka hijau di sini lebih banyak difungsikan sebagai area transisi antar massa bangunan dan lapangan olahraga multifungsi.

2.4.3. Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras (Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia)



Gambar 21.20 Pintu Masuk Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.
sumber : <https://brsbkl.jogjaprov.go.id/p/profil-balai-rsbkl-unit-bina-karya.html>

Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras (BPRSKL) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) strategis yang berada di bawah naungan Dinas Sosial Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Lembaga ini memiliki mandat utama untuk menyelenggarakan pelayanan, perlindungan, dan rehabilitasi sosial bagi warga binaan agar mereka dapat kembali berfungsi secara normatif di tengah masyarakat. Secara operasional, balai ini terbagi menjadi dua lokasi dengan spesialisasi layanan yang berbeda, yakni Unit Karya yang berlokasi di Tegalrejo, Kota Yogyakarta, dan Unit Laras yang terletak di Kabupaten Sleman.

Unit yang berlokasi di Jl. Sidomulyo (Unit Karya) secara khusus berfokus pada program rehabilitasi sosial bagi penyandang masalah tuna sosial, termasuk di antaranya adalah gelandangan, pengemis, serta kelompok rentan lainnya yang memerlukan pembimbingan karakter dan

kemandirian. Di unit ini, proses pemulihan tidak hanya ditekankan pada aspek asrama atau hunian semata, melainkan juga melalui rangkaian kurikulum pelatihan vokasional dan bimbingan mental spiritual yang terstruktur. Keberadaan unit ini di tengah kawasan urban Yogyakarta memberikan tantangan tersendiri dalam menciptakan batasan ruang yang aman namun tetap humanis, guna memastikan para residen mendapatkan lingkungan yang kondusif untuk bertransformasi sebelum nantinya mampu berintegrasi kembali secara mandiri di lingkungan sosial asalnya.

a. Metode Rehabilitasi



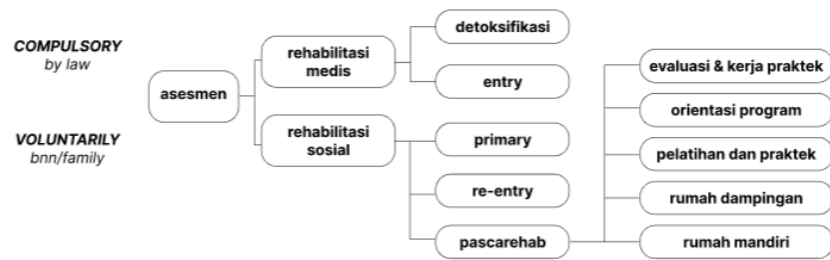
Gambar 22.21 Kegiatan Outdoor Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.

sumber : <https://brsbkl.jogjaprovo.go.id/2021/03/>

Metode yang diterapkan di BPRSKL adalah Rehabilitasi Sosial Berbasis Institusi, yang mencakup bimbingan fisik, mental, sosial, dan pelatihan keterampilan. Fokus utamanya adalah mengembalikan fungsi sosial residen agar memiliki harga diri, kepercayaan diri, dan kemampuan untuk hidup mandiri di masyarakat. Untuk Unit Laras (ODGJ), metode ditekankan pada stabilisasi mental dan kemandirian aktivitas harian (*Activity of Daily Living*).

b. Tahapan Rehabilitasi

Activity Flow: **Residen**



Gambar 23.22 Analisis Activity Flow Residen Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.
sumber : Analisa penulis

Alur proses pemulihan di BPRSKL mengikuti alur birokrasi Dinas Sosial yang sistematis:

- Tahap Pendekatan Awal & Penerimaan: Meliputi identifikasi, motivasi, dan seleksi residen (seringkali hasil razia Satpol PP atau rujukan masyarakat).
- Tahap Asesmen: Pengungkapan masalah secara mendalam oleh pekerja sosial dan psikolog untuk menentukan program pembinaan yang tepat.
- Tahap Bimbingan & Resosialisasi: Inti dari rehabilitasi yang mencakup bimbingan mental spiritual serta praktik belajar kerja.
- Tahap Terminasi & Pembinaan Lanjut: Persiapan pemulangan residen ke keluarga atau penyaluran kerja, diikuti dengan monitoring untuk memastikan residen tidak kembali ke jalanan. Alur proses pemulihan di BPRSR mengikuti prosedur hukum di bawah Dinas Sosial dan terbagi menjadi beberapa tahap:

c. Alur Kegiatan Rutin

Aktivitas di BPRSKL dirancang untuk membangun ritme hidup yang produktif bagi residen:

- Bimbingan Fisik: Senam pagi dan pemeliharaan kebersihan diri serta lingkungan asrama.

- Bimbingan Keterampilan (Vokasional): Praktik kerja nyata di bengkel kerja, seperti menjahit, pertukangan, kerajinan tangan, hingga budidaya pertanian/peternakan skala kecil.



Gambar 24.23 Kegiatan Spiritual Residen Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.
sumber : <https://www.kuagedongtengenjogja.com/2026/03/penyuluh-agama-gedongtengen-dampingi.html>

- Bimbingan Mental Spiritual: Pengajian/siraman rohani secara rutin untuk memperbaiki moral dan ketenangan jiwa.
- Kegiatan Kreatif: Penyaluran bakat seni dan olahraga untuk mengurangi kejenuhan selama masa tinggal di balai.

No.	Waktu	Kegiatan
1.	05.00 – 06.00	Ibadah
2.	06.00 – 07.00	Mandi
3.	07.00 – 07.30	Makan Pagi
4.	07.30 – 12.00	Sekolah / seminar
5.	12.00 – 12.30	Ibadah
6.	12.00 – 12.30	Makan siang

7.	12.30 – 14.00	Terapi kelompok
7.	14.30 – 15.00	Konseling
8.	15.00 – 15.30	Ibadah
9.	15.30 – 16.00	Konseling
10.	16.00 – 17.30	Olahraga/free time
10.	17.30 – 18.00	Mandi
11.	18.00 – 19.30	Ibadah
12.	19.30 – 20.00	Makan malam
13.	20.00 – 22.00	Sharing & evaluasi
14.	22.00 – 05.00	Tidur

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Rutin Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.

sumber : Analisa penulis

d. Kapasitas Residen

BPRSKL memiliki kapasitas yang cukup besar untuk melayani wilayah DIY. Kawasannya Terdiri dari barak-barak atau asrama berkelompok dengan pemisahan tegas antara laki-laki dan perempuan yang terdiri dari :

- Unit Karya (Tegalrejo): Memiliki kapasitas tampung sekitar 100 – 150 orang (fokus pada tuna sosial/gelandangan/pengemis).
- Unit Laras (Sleman): Memiliki kapasitas yang hampir serupa, namun dengan penanganan medis psikis yang lebih intensif untuk ODGJ terlantar.

e. Zonasi Ruang

Karena lokasinya yang berada di area perkotaan (Tegalrejo), zonasi ruang di BPRSKL sangat efisien:

- Zona Administrasi: Terletak di bagian depan, berfungsi sebagai wajah instansi dan area penerimaan tamu/keluarga.

- Zona Hunian (Asrama): Didesain dengan pola asrama terbuka namun tetap berpagar. Berbeda dengan BPRSR (Remaja), di Unit Karya aspek “anti-kabur” tidak se-ekstrim remaja, namun tetap membutuhkan pembatasan wilayah yang jelas.
- Zona Keterampilan (Workshop): Menjadi area sentral aktivitas siang hari. Ruang ini harus luas, memiliki ventilasi yang sangat baik, dan mudah diakses dari asrama.
- Zona Terbuka Hijau: Digunakan untuk bimbingan luar ruang dan area sosialisasi antar residen agar tidak merasa terkekang di dalam ruangan. Zonasi di BPRSR sangat dipengaruhi oleh aspek keamanan (security) tanpa menghilangkan fungsi pengawasan yang manusiawi:

f. Data Luas Tapak



*Gambar 25.24 Analisis Luas Tapak Residen Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Karya dan Laras D.I.Y.
sumber : Google maps*

Memiliki lahan paling terbatas karena lokasinya berada di tengah pemukiman padat penduduk (Kota). Luas lahan totalnya mencapai $\pm 9.000 \text{ m}^2$. Keterbatasan lahan ini menyebabkan

tatanan massa bangunan cenderung lebih rapat dan efisien. Area terbuka hijau dan area vokasional (seperti tempat menjahit atau kerajinan) didesain menyatu atau berdekatan dengan area hunian untuk mengoptimalkan sirkulasi.