

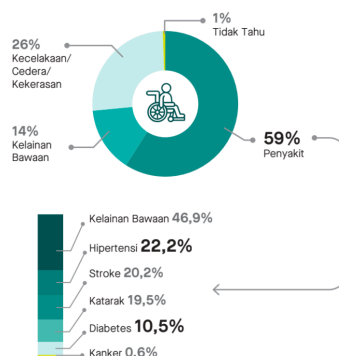
BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Semakin meningkatnya Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi tantangan kesehatan global sebagai penyebab utama kematian di dunia. Menurut World Health Organization (WHO), PTM diantaranya adalah penyakit jantung dan pembuluh darah (termasuk stroke), diabetes, kanker, dan penyakit paru obstruksi kronis (PPOK). Sebagian besar dari PTM berkembang secara perlahan dan memerlukan penanganan jangka panjang sehingga bersifat kronis (Widakdo & Besral, 2013).

Penyakit kronis, menurut Kemenkes RI merupakan penyakit yang menurunkan kondisi kesehatan secara bertahap yang berlangsung lama dan umumnya berpotensi mengancam jiwa. WHO menyatakan penyakit kronis dipengaruhi oleh faktor gaya hidup seperti kebiasaan merokok, penggunaan alkohol, pola makan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, kelebihan berat badan/obesitas, tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, dan kolesterol tinggi. Berdasarkan data dari Survei Kesehatan Dasar 2023, prevalensi penyakit kronis di Indonesia khususnya hipertensi dan diabetes masih tinggi dan menjadi perhatian karena berperan sebagai faktor risiko utama penyakit jantung dan pembuluh darah. Selain itu, data SKI 2023, Gambar 1.1 menunjukkan sebanyak 59,1% penyebab disabilitas (melihat, mendengar, berjalan) pada usia 15 tahun ke atas, 53,5% diantaranya merupakan penyakit kronis, terutama hipertensi dan diabetes. Kondisi ini, menunjukkan perlunya fasilitas layanan kesehatan jangka panjang yang komprehensif dan berkelanjutan di luar penanganan medis akut.



Gambar 1.1 Diagram penyebab disabilitas pada penduduk ≥ 15 tahun
(Sumber: BKPK Kemenkes, 2024)

Di sisi lain, penyakit kronis sebagai penyakit fisik, sepanjang berinteraksi dengan lingkungan dan keterlibatan akan kemajuan zaman berpengaruh pada kesehatan gangguan jiwa penderita hingga dua kali lipat dibandingkan populasi umum (Koenig et.al. 2016). Sebuah penelitian terkait efek penyakit kronis terhadap gangguan mental emosional menunjukkan bahwa angka gangguan mental pada penderita penyakit kronis berkisar pada 24-47% mengalami gangguan mental emosional. Purbaningsih (2018), menunjukkan bahwa penderita penyakit kronis sering mengalami masalah psikososial seperti kecemasan, rasa tidak berdaya, depresi, dan kehilangan harapan hidup. Gangguan mental tersebut dapat memperburuk kesehatan fisik akibat penyakit kronis dan menghambat proses penyembuhan penderita (Husni, M., et.al, 2024). Penderita berpotensi mengalami gangguan mental karena penderita merasa fungsi fisik dan peran sosialnya terancam.

Masalah psikososial penderita penyakit kronis diperburuk dengan kondisi isolasi sosial dan kesepian yang sering terjadi pada penderita dan berkaitan erat dengan terganggunya aktivitas fisik serta menurunkan kesejahteraan psikologis dan kognitif penderita (National Academy of Sciences, 2020). Studi literatur menunjukkan adanya hubungan kuat antara kesehatan mental dengan kualitas hidup penderita penyakit kronis. Sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita secara keseluruhan, dibutuhkan pendekatan yang mengintegrasikan dukungan sosial, terapi psikologis, dan pengelolaan penyakit yang komprehensif (Kalimatusyaro, 2021). Dukungan sosial seperti dukungan emosional dari keluarga, teman, atau komunitas pada penderita penyakit kronis dianggap paling kuat untuk mengurangi stres dan meningkatkan kesehatan mental penderita (Husni, M., et.al, 2024).

Di Kota Semarang, kasus penyakit kronis sendiri menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2024, tercatat 47.127 kasus baru hipertensi dan 22.304 kasus baru diabetes melitus tipe 2. Suhito et al. (2025) dalam penelitiannya menemukan penyakit kardiovaskular dan metabolik seperti hipertensi dan diabetes mendominasi beban kesehatan di Semarang, dimana usia produktif berperan dalam penyebab tingginya angka kasus. SKI (2023) juga melaporkan kasus-kasus penyakit kronis lebih banyak diderita oleh kelompok usia produktif, khususnya pada penduduk dengan rentang usia 25-34 tahun. Permasalahan tersebut semakin kompleks karena kelompok usia produktif berperan aktif dalam aktivitas ekonomi dan sosial. Peningkatan penyakit kronis mempengaruhi

penurunan produktivitas kerja, peningkatan beban pembiayaan kesehatan, serta penurunan kualitas hidup secara keseluruhan (Husni, M., et.al, 2024).

Tingginya angka penderita pada usia produktif dalam SKI (2023) disebabkan oleh keterlambatan diagnosis sehingga penyakit baru diketahui dalam kondisi yang sudah cukup parah. Hal ini menunjukkan diperlukannya wadah promotif dan preventif di tingkat komunitas sebagai upaya untuk menekan angka tersebut di luar fasilitas kesehatan yang ada. Umumnya, fasilitas tersebut berupa fasilitas kesehatan yang dirancang secara kaku dan steril, serta masih sedikit ruang yang memungkinkan pasien berinteraksi, berbagi pengalaman, dan mendapatkan dukungan sosial yang berperan penting dalam proses adaptasi penyakit kronis. Kondisi tersebut secara tidak langsung dapat memperkuat perasaan terisolasi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita karena masih belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan penderita penyakit kronis terhadap dukungan sosial, interaksi sosial, serta pemulihan psikologis secara berkelanjutan. Dalam konteks arsitektur kesehatan, desain fasilitas kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan manusia untuk memberikan kontribusi positif pada proses pemulihan pasien serta pengalaman pasien selama menjalani perawatan. Elemen seperti ruang ruang sosial, pencahayaan alami, integrasi alam, dan tempat untuk aktivitas bersama diketahui dapat membantu meredakan stres dan meningkatkan kenyamanan dan keterlibatan pasien dalam fasilitas kesehatan (Tekin, B. H., 2023)

Dengan demikian, diperlukan fasilitas yang menggabungkan elemen sosial, ruang komunitas, dan aktivitas kebugaran dapat meningkatkan ketahanan, mengurangi stres, dan mendukung interaksi komunitas sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita penyakit kronis. *Wellness center* sebagai fasilitas kebugaran yang menjaga kesehatan jasmani dan jiwa dapat mengintegrasikan kebutuhan penderita untuk mendukung interaksi sosial dan pemulihan kualitas hidup penderita penyakit kronis sebagai pengguna. Perancangan fasilitas *wellness center* dengan pendekatan *healing environment* dapat menjadi sarana aktivitas fisik dan relaksasi, serta menjadi wadah dukungan sosial dan penyembuhan psikologis, sehingga berfungsi juga sebagai fasilitas terapi bagi penderita penyakit kronis yang memerlukan dukungan menyeluruh di luar ruang medis.

1.2. Tujuan dan Sasaran

Berdasarkan latar belakang tersebut, diperlukan rumusan tujuan serta sasaran yang dapat menjadi pertimbangan dalam proses perancangan nantinya. Dalam hal ini,

penulisan laporan ini bertujuan untuk mengarahkan, menentukan dan memberikan gambaran besar terkait apa yang diharapkan. Sasaran berfungsi sebagai acuan spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan perancangan.

1.2.1. Tujuan

Tujuan dari perancangan *Social-Healing Hub: Wellness Center* berbasis komunitas yaitu untuk membuat pusat kebugaran yang mampu mengintegrasikan ruang terapi, dukungan sosial, aktivitas kebugaran, serta lingkungan yang mendukung pemulihan dan peningkatan kualitas hidup penderita penyakit kronis secara fisik dan psikologis.

1.2.2. Sasaran

Dengan tujuan tersebut, disusunlah sasaran sebagai tolak ukur yang lebih spesifik dalam perancangan, sebagai berikut:

- a. Menyediakan fasilitas *wellness center* sebagai ruang terapi terpadu yang mendukung penderita penyakit kronis melalui terapi fisik, psikologis, dan edukasi kesehatan.
- b. Membentuk ruang komunitas dan dukungan sosial untuk mengurangi isolasi sosial dan menjadi fasilitas inklusif sehingga mampu berfungsi sebagai pusat aktivitas kesehatan promotif dan preventif.

1.3. Manfaat

Berdasarkan tujuan dan sasaran tersebut, laporan ini disusun dengan manfaat subjektif dan objektif, sebagai berikut.

1.3.1. Subjektif

Landasan Program Perencanaan dan Perancangan Arsitektur ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan Tugas Akhir di Departemen Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Diponegoro dan sebagai acuan perancangan Tugas Akhir.

1.3.2. Objektif

Perancangan *Social-Healing Hub: Wellness Center* Berbasis Komunitas Bagi Penderita Penyakit Kronis di Kota Semarang diharapkan dapat menjadi salah satu wadah yang mengandung wawasan dan mendukung desainer untuk berinovasi serta dapat menjadi studi referensi untuk perancangan selanjutnya.

1.4. Ruang lingkup

Ruang lingkup pembahasan pada perancangan ini dibatasi agar fokus perancangan terarah dan sesuai dengan tujuan, dimana perancangan fasilitas

Social-Healing Hub: Wellness Center berbasis komunitas merupakan wadah kayanan kebugaran, terapi, dan dukungan sosial bagi penderita penyakit kronis.

1.5. Metode Pembahasan

Metode pembahasan yang digunakan untuk memperoleh data dan menyusun dasar perancangan agar menghasilkan konsep yang sesuai dengan kebutuhan pengguna serta konteks lingkungan dengan menggunakan metode:

1.5.1. Metode Deskriptif

Metode deskriptif dilakukan dengan menjelaskan dan menguraikan fenomena yang menjadi dasar perancangan termasuk kondisi penderita penyakit kronis di Indonesia, dampak psikososial penderita, kebutuhan dukungan sosial dan lingkungan pemulihan, serta karakteristik fasilitas *wellness center* dan *social healing hub*.

1.5.2. Metode Dokumentatif

Metode dokumentatif dalam perancangan dilakukan dengan mengumpulkan data dari buku dan jurnal arsitektur kesehatan, jurnal kesehatan masyarakat dan psikologi, laporan survei kesehatan nasional (SKI, Riskesdas), pedoman desain fasilitas kesehatan dan *wellness*, serta sumber pendukung dari *website* institusi resmi. Hal ini digunakan untuk memperkuat landasan teori, konsep desain, dan kebutuhan ruang.

1.5.3. Metode Komparatif

Metode komparatif dengan membandingkan beberapa proyek sejenis untuk memperoleh prinsip desain yang terbaik, meliputi pengolahan ruang komunitas, integrasi ruang luar dan alam, desain fasilitas terapi, strategi desain yang mendukung interaksi sosial dan kenyamanan pengguna. Metode ini menghasilkan kesimpulan prinsip desain dan rekomendasi penerapan pada rancangan.

1.6. Sistematika pembahasan

Sistematika pembahasan dalam Landasan Program Perencanaan dan Perancangan Arsitektur ini disusun untuk memberikan alur pembahasan yang runtut dan mudah dipahami. Secara garis besar, penyusunan Landasan Program Perencanaan dan Perancangan Arsitektur terdiri dari:

BAB I PENDAHULUAN

Berisi latar belakang, tujuan dan sasaran, manfaat, ruang lingkup, metode pembahasan, sistematika pembahasan, serta alur berpikir dalam perancangan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Berisi tinjauan teori terkait penyakit kronis, kualitas hidup, dukungan sosial, konsep *wellness center*, konsep *healing environment*, serta studi banding proyek sejenis.

BAB III TINJAUAN LOKASI

Berisi tinjauan umum lokasi perancangan, kondisi fisik tapak (geografis, topografi, klimatologi), kebijakan tata ruang, serta perkembangan fasilitas sejenis di lokasi.

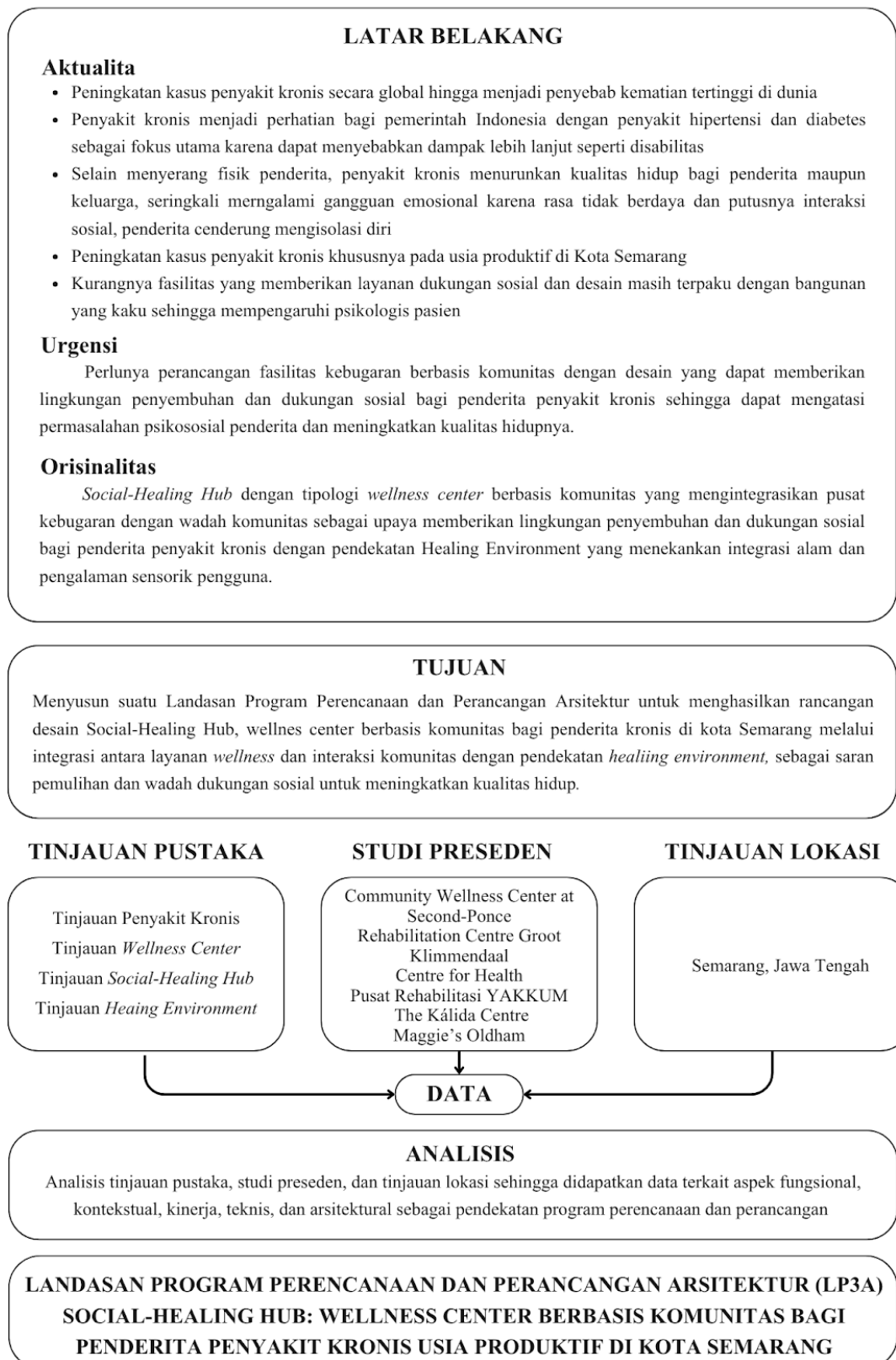
BAB IV PENDEKATAN PERENCANAAN DAN PERANCANGAN

Berisi pendekatan mengenai perencanaan dan perancangan, meliputi pendekatan pengguna, aktivitas, kebutuhan ruang, kapasitas ruang, hingga pendekatan aspek visual arsitektural.

BAB V PROGRAM PERENCANAAN DAN PERANCANGAN

Berisi program ruang, pemilihan tapak, serta dasar-dasar perencanaan dan perancangan, seperti penerapan aspek fungsional, teknis, serta visual arsitektural.

1.7. Alur Berpikir



Gambar 1.2 Diagram Alur Berpikir

(Sumber: Analisis Pribadi, 2026)