

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI  
PONDOK PESANTREN BAHRUL MAGHFIROH, MALANG  
DENGAN PENDEKATAN *THERAPEUTICAL COMMUNITY (TC)***

**Landasan Konseptual dan Perancangan**

Program Studi S1 Arsitektur

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Sarjana Teknik



Diajukan Oleh:

**Juldanisa Agnia Husna**

12/333839/TK/40181

**DEPARTEMEN TEKNIK ARSITEKTUR DAN PERENCANAAN**

**FAKULTAS TEKNIK**

**UNIVERSITAS GADJAH MADA**

**YOGYAKARTA**

**2016**

**LEMBAR PENGESAHAN  
PRA TUGAS AKHIR**

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI  
PONDOK PESANTREN BAHRUL MAGHFIROH, MALANG  
DENGAN PENDEKATAN THEURAPEUTICAL COMMUNITY (TC)**

Landasan Konseptual dan Perancangan

PRA TUGAS AKHIR

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai  
Gelar Sarjana Teknik

Diajukan oleh :

Juldanisa Agnia Husna

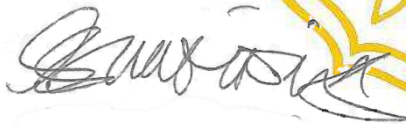
12 / 333839 / TK / 40181

Mengesahkan,

Dosen Pembimbing Utama

Disetujui,

Dosen Pembimbing Pendamping



**Ir. Slamet Sudibyo, MT.**

NIP: 195112121977021002





**Mario Lodweik Lionar, S.T, M.Sc.**

Mengetahui,

Ketua Departemen Teknik Arsitektur dan Perencanaan

Fakultas Teknik

Universitas Gadjah Mada



**Dr. Eng. Ir. Ahmad Sarwadi, M. Eng.**  
NIP. 196612051992031001

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KARYA**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa seluruh hasil dalam Laporan Kerja Praktek yang saya ajukan untuk memenuhi kurikulum tingkat sarjana S-1 Jurusan Teknik Arsitektur dan Perencanaan Fakultas Teknik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta adalah sepenuhnya hasil pekerjaan saya sendiri, dan dalam karya tersebut tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memenuhi kurikulum yang serupa.

Sepanjang pengetahuan Saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis diakui dalam naskah ini dan disebutkan dengan semestinya sesuai dengan tata cara dan etika akademik.

Apabila dalam karya Saya ternyata ditemui duplikasi dan atau jiplakan dari karya orang lain/institusi lain maka Saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku.

Yogyakarta, Juni 2015

Juldanisa Agnia Husna

12 / 333839 / TK / 40181

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb.

Puji dan syukur selalu dipanjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulisan pra tugas akhir yang berjudul “CRC Khusus Korban Penyalahgunaan Narkoba di Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh Malang” dapat terselesaikan.

Pra Tugas akhir bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam menyusun konsep dan secara sistematis sesuai dengan kerangka pikir yang terstruktur. Pra tugas akhir ini juga merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana pada program studi arsitektur.

Pra tugas akhir ini di selesaikan dengan adanya bantuan dari pihak pembimbing materi maupun teknis, oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Ir. Slamet Sudiby, MT. dan Mario L. Lionar, S.T, MT. selaku Dosen Pembimbing pra tugas akhir yang telah memberi banyak bimbingan dalam penulisan pra tugas akhir ini,
2. Bapak Ir. Jatmika Adi Suryabrata, MSc, Ph.D. sebagai Dosen Pembimbing Akademik atas arahan dan saran-saran selama proses perkuliahan kepada penulis,
3. Bapak DR. Ir. Budi Prayitno, M.Eng selaku Ketua Program Studi Arsitektur Jurusan Teknik Arsitektur dan Perencanaan Fakultas Teknik Universitas Gadjah Mada,
4. Bapak Labdo Pranowo, S.T, MT. yang bertugas sebagai Dosen Koordinator Tugas Akhir,
5. Ustad Khumaidi selaku pengasuh Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh Malang yang dengan ramah menyambut saya dan memberikan saya informasi dan arahan yang saya butuhkan dalam mendesain pusat rehabilitasi sesuai dengan kapasitas dan kebutuhan pondok pesantren,

6. Orangtua (Ayah dan Mama) Serta Kakak dan adik yang telah memberikan semangat dan dukungan matri dan inmateri serta masukan-masukan yang baik selama penyusunan Pra-Tugas Akhir,
7. Teman-teman seperjuangan Pra Tugas Akhir Keke, Tasya dan Novi,
8. Teman-teman yang selalu mendukung secara moriil Hanum, Vivin, Devi dan Merla,
9. Teman-teman diskusi saya, Nos, Anita, Tedjo, Galih, Jimmy, Yudi dan Alan,
10. Dan seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah membantu penulis dalam penulisan laporan ini.

Penulis menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari bentuk penyusunan maupun materinya. Tapi, semoga dengan adanya tulisan ini mampu memberikan manfaat bagi penulis dan siapapun yang membacanya.

Wassalamualaikum wr. wb.

Yogyakarta, Mei 2014

Penulis

Juldanisa Agnia Husna



for the best thing that ever  
happened to me

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KARYA	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR BAGAN	xiii
ABSTRAKSI	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.1.1 Fenomena Narkoba di Indonesia	1
1.1.2 Rehabilitasi bagi Korban Penyalahgunaan Narkoba	3
1.1.3 Kebutuhan CRC Khusus Korban Penyalahgunaan Narkoba di Pondok Pesantren di Jawa Timur	4
1.1.4 Tinjauan Konsep <i>Community Rehabilitation Center</i> dan <i>Therapeutic Community</i>	5
1.2 RUMUSAN MASALAH	6
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	6
1.2.1 Rumusan Masalah Khusus	6
1.3 TUJUAN	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.1 Tujuan Khusus	6
1.3.2 Sasaran	6
1.4 Lingkup Pembahasan	7
1.5 Metodologi	7
1.5.1 Studi Literatur	7
1.5.2 Observasi Lapangan	7
1.5.3 Studi Kasus	7
1.5.4 Wawancara	7
1.5.5 Analisis	7
1.6 Sistematika	8
1.6.1 BAB I	8
1.6.2 BAB II	8
1.6.3 BAB III	8
	vi

BAB IV	8
1.6.5 BAB IV	8
1.7 Keaslian Penulisan	8
<b>BAB II</b>	9
<b>TINJAUAN UMUM</b>	9
2.1 KAJIAN TEORI	9
2.1.1 Deskripsi Narkoba	9
2.1.2 Ciri-ciri Pengguna Narkoba	10
2.1.3 Dampak Penyalahgunaan Narkoba	11
2.1.4 Gejala Sakaw/putus obat	12
2.1.5 Overdosis	12
2.2 METODE TERAPI CRC (Community Rehabilitation Center)	13
2.2.1 Detoksifikasi	13
2.2.2 Rehabilitasi	13
2.3 BANGUNAN CRC	15
2.3.1 Kapasitas	15
2.3.2 Lokasi	15
2.3.1 Aksesibilitas dan Topografi	16
2.3.2 Outdoor Treatment Area	16
2.3.3 Karakter Sosial dan Bangunan	17
2.3.4 Aspek Sensori	17
2.3.5 Material Bangunan	17
2.3.6 Penggunaan Perabotan dan Warna	19
2.3.7 Sistem Keamanan	20
2.3.8 Fungsi Ruang dan Hubungannya	20
2.4 METODE TERAPI PONDOK PESANTREN	24
2.4.1 Detoksifikasi	25
2.4.2 Rehabilitasi	25
2.4.3 Re-Entry	26
2.5 BANGUNAN PONDOK PESANTREN	27
2.5.1 Kebutuhan Ruang	27
2.5.2 Standar Desain	28
2.5.3 Pola Zonasi	32
2.6 METODE THEURAPEUTIC COMMUNITY (TC)	33
2.6.1 Detoksifikasi/ Induksi	33
2.6.2 Primary	33

2.6.3	Re-entry	34
2.6.4	Aftercare	34
2.7	BANGUNAN TC	34
2.7.1	Pola Aktivitas dan Ruang yang dibutuhkan	58
2.7.2	Jenis Ruang dan Atmosfir yang Ingin dicapai	60
2.7.3	Teori Setting dan Perilaku	61
2.8	STUDI KASUS	63
2.8.1	Pusat Rehabilitasi PSPP di Maguwoharjo Yogyakarta	63
BAB III		78
TINJAUAN TAPAK		78
3.1	Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh	78
3.1.1	Sejarah Pondok Pesantren	79
3.1.2	Fasilitas Pondok Pesantren	79
3.1.3	Profil Site	90
3.1.4	Kondisi Eksisting dan Letak Site	91
3.1.5	Batasan Pondok Pesantren	91
3.1.6	Situasi Sekitar Pondok Pesantren	91
3.1.7	Situasi Tapak	93
3.1.8	Batasan Tapak	93
3.1.9	Kesimpulan	93
BAB IV		96
THERAPEUTIC COMMUNITY		96
4.1	Sejarah Theurapic Community	96
4.1.1	<i>Theurapetic Community</i>	96
4.1.2	Metode Terapi	98
4.1.3	Jenis pengguna	103
4.1.4	Pola Aktivitas pengguna	104
4.1.5	Analisis Kebutuhan Ruang	109
4.1.6	Analisis Hubungan Ruang dan Kelompok Ruang	115
BAB V		118
KONSEP		118
5.1	Pusat Rehabilitasi di Area Pesantren	118
5.1.1	Integrasi pusat rehabilitasi dengan pondok pesantren	118
5.1.2	Penerapan Arsitektur Islam	120
5.1.3	Peletakan Bangunan untuk Menciptakan Blocking View	122
5.1.4	Peletakan Area Terbuka	123



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA  
5.1.5

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI PONDOK PESANTREN BAHRUL  
MAGHIROH, MALANG DENGAN  
PENDEKATAN THERAPEUTICAL COMMUNITY (TC)**

JULDANISA A HUSNA, Ir. Slamet Sudibyo, M.T.

Universitas Gadjah Mada, 2016 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

Ruang Komunal Untuk Mendorong Interaksi

124

5.1.6 Konsep Pusat Rehabilitasi yang Asri dan Nyaman

129

DAFTAR PUSTAKA

135

DAFTAR LAMPIRAN

136

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1-1 Grafik Kenaikan Jumlah Pengguna Narkoba	1
Gambar 1.1-2. Grafik Pengguna Narkoba di Beberapa Provinsi Di Indonesia	3
Gambar 2.3-1. Lantai Vinyl dengan Backing	18
Gambar 2.3-2. Hubungan umum antar ruang	21
Gambar 2.3-3. Hubungan ruang area kedatangan	21
Gambar 2.3-4. Hubungan ruang area kantor	22
Gambar 2.3-5. Hubungan ruang area klinis	23
Gambar 2.5-1. Pola Zonasi di Pondok Pesantren	32
Gambar 2.8-1. Gedung Perpustakaan	70
Gambar 2.8-2. Gedung Aula untuk Tamu	70
Gambar 2.8-3. Asrama untuk Residen yang mengidap AIDS	71
Gambar 2.8-4. Koridor Penghubung Asrama ke Main Room	71
Gambar 2.8-5. Gazebo	71
Gambar 2.8-6. Kamar Residen Kelas Hukum	72
Gambar 2.8-7. Kamar Mandi Asrama	72
Gambar 2.8-8. Dapur Asrama	72
Gambar 2.8-9. Ruang Isolasi di Dalam Klinik	73
Gambar 2.8-10. Musholla	73
Gambar 2.8-11. Musholla	73
Gambar 2.8-12. Lahan Bercocok Tanam untuk Residen	74
Gambar 2.8-13. Ruang Makan.	74
Gambar 2.8-14. Asrama Kelompok Reguler	74
Gambar 2.8-15. Kamar Mandi Kelas Reguler	75
Gambar 2.8-16. Kolam Ikan yang Dikelola oleh Residen	75
Gambar 2.8-17. Masterplan PSPP	76
Gambar 3.1-1. Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh	78
Gambar 3.1-2. Gedung Taman Kanak-Kanak	80
Gambar 3.1-3. Gedung SD dan SMP	80
Gambar 3.1-4. Gedung SMA Bahrul Maghfiroh	81
Gambar 3.1-5. Gedung perpustakaan SMA	82
Gambar 3.1-6. Gedung asrama untuk santri SMP	82
Gambar 3.1-7. Gedung asrama untuk samtri SMA	83
Gambar 3.1-8. Gedung asrama untuk santri PT	83
Gambar 3.1-9. Parkir untuk bis dan mobil	84



Gambar 3.1-10. Toko kelontong	85
Gambar 3.1-11. Aula	85
Gambar 3.1-12. Aula.	86
Gambar 3.1-13. Interior aula	86
Gambar 3.1-14. Masjid	87
Gambar 3.1-15. Interior Masjid	87
Gambar 3.1-16. Lapangan Olahraga	88
Gambar 3.1-17. Suasana taman kecil di pondok	88
Gambar 3.1-18. Gedung Umrah dan Haji	89
Gambar 3.1-19. Kantor Administrasi	89
Gambar 3.1-20. Site	90
Gambar 3.1-21. Kondisi eksisting	91
Gambar 3.1-22. Panorama kondisi sekitar site	91
Gambar 3.1-23. Kondisi lingkungan sekitar pondok	91
Gambar 3.1-24. Kondisi lingkungan sekitar pondok	92
Gambar 3.1-25. Kondisi lingkungan sekitar pondok	92
Gambar 3.1-26. Situasi tapak pusat rehabilitasi	93
Gambar 5.1-1. Pembagian Zonasi Bangunan	119
Gambar 5.1-2. Pembagian Zonasi Vertikal Bangunan	120
Gambar 5.1-3. Ruang Isolasi	120
Gambar 5.1-4. Bentuk dasar tipologi bangunan di pondok pesantren	121
Gambar 5.1-5. Bentuk geometris yang Didapatkan dari Tipologi Bangunan di Pondok Pesantren	122
Gambar 5.1-6. View yang baik bagi bangunan	122
Gambar 5.1-7. Blocking massa bangunan	123
Gambar 5.1-8. Area Taman	123
Gambar 5.1-9. Peletakan Vegetasi	124
Gambar 5.1-10. Zonasi Bangunan	124
Gambar 5.1-11. Zonasi Bangunan	125
Gambar 5.1-12. Penggunaan Material Lantai Kayu	125
Gambar 5.1-13. Sirkulasi outdoor antar bangunan	126
Gambar 5.1-14 . Penggunaan Furniture yang nyaman dengan penataan yang sirkular	127
Gambar 5.1-15. Penataan furniture untuk terapi kelompok dengan penataan dan perabot yang sirkular	127
Gambar 5.1-16. Gazebo untuk melakukan terapi kelompok di taman	128
Gambar 5.1-17. Kamar Asrama	128
Gambar 5.1-18. Kamar Mandi dengan Pembatas Vertikal Berupa Curtain	129
Gambar 5.1-19. Material yang digunakan untuk taman	130



## DAFTAR BAGAN

Bagan 4.1-1. Jenis Pengguna di pusat rehabilitasi narkoba	103
Bagan 4.1-2. Aktivitas Ustadz (direktur program)	104
Bagan 4.1-3. Aktivitas Manager program	104
Bagan 4.1-4. Aktivitas Bendahara program	105
Bagan 4.1-5. Aktivitas Asisten manager	105
Bagan 4.1-6. Aktivitas Staff pusat rehabilitasi	106
Bagan 4.1-7. Aktivitas Satpam	106
Bagan 4.1-8. Aktivitas Santri New Admission (Isolasi)	107
Bagan 4.1-9. Aktivitas Santri New Admission (perawatan)	107
Bagan 4.1-10. Aktivitas Santri Primary	108
Bagan 4.1-11. Aktivitas Santri Re-entry	108
Bagan 4.1-12. Aktivitas Santri Aftercare	109
Bagan 4.1-13. Aktivitas Tamu	109
Bagan 4.1-14. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Utama	115
Bagan 4.1-15. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan New Admission	115
Bagan 4.1-16. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Primary	116
Bagan 4.1-17. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Re-entry	116
Bagan 4.1-18. Analisis Hubungan Antar Ruang Penunjang	116
Bagan 5.1-1. Pembagian Zonasi Pusat Rehabilitasi	118

## **ABSTRAKSI**

Laporan Akhir Survey Pengembangan Penyalahgunaan Narkoba BNN tahun 2014 menyebutkan ada sekitar 4,1 juta masyarakat Indonesia yang aktif menggunakan narkoba, dan diproyeksikan pada tahun 2015 ada sekitar 5,8 juta pengguna. Pemerintah Melalui Kemensos, mengucurkan dana social untuk membangun pusat rehabilitasi berbasis spiritualitas di pondok pesantren, dengan tujuan mampu memulihkan para pengguna baik secara mental, maupun spiritual. Salah satu pondok pesantren yang diamanahi membangun pusat rehabilitasi adalah pondok pesantren Bahrul Magfiroh, Malang.

Bangunan CRC (pusat rehabilitasi) yang akan ditempatkan di pondok pesantren tentunya harus mengikuti standar-standar yang ada, serta memfasilitasi berbagai jenis kegiatan serta mengusung nilai-nilai islam dan mendukung terapi komunitas sebagai pendekatan utama dalam merahabilitasi pengguna narkoba.

Perancangan CRC di Ponpes Bahrul Magfiroh mengusung 3 konsep makro yang kemudian dikembangkan menjadi 15 konsep mikro diantaranya Integrasi ruang di pondok pesantren, penggunaan arsitektur islam, peletakan area bangunan untuk menciptakan *blocking view*, peletakan area terbuka, konsep *all centered* dalam zonasi ruang, penggunaan material yang mempermudah pengawasan, peletakan ruang sirkulasi yang tepat, desain ruang komunal yang nyaman, konsep perabotan, konsep material yang tepat, konsep peletakan vegetasi dan konsep orientasi ruang.

*Kata Kunci: Narkoba, Pusat Rehabilitasi, Theurapeutic Community, Pondok Pesantren*

## **ABSTRACT**

BNN Final Report of Development Survey on Drug Abuse in 2014 said, that there were about 4.1 million people in Indonesia are actively using drugs. If this number is projected to 2015, there were about 5.8 million people using drugs. Government through the Ministry of Social, disburse funds to build a rehabilitation center based spirituality in form of boarding school, with the intention of the user is able to recover both mentally, and spiritually. One of the boarding schools that will be built is Pondok Pesantren Bahrul Magfiroh, Malang.

To design a CRC (rehabilitation center) in a boarding school, architect should follow the basic guidance standards, as well as facilitate various types of activities and the carrying values of Islam and supporting the community therapy as the primary approach in to rehabilitate drug users.

Designing CRC in Ponpes Bahrul Magfiroh carrying three macro concept that later developed into 15 concept of micro-including integration of space in the boarding school, the use of architecture islam, layouting building to create a blocking view, layouting open area, all centered concept in the zoning space, use of materials facilitate supervision control, layouting proper circulation space, cozy communal space design, furniture concept, layouting the vegetation and spatial orientation.

*Keyword : Drugs, Rehabilitation Center, Theurapeutic Community, Islamic Boarding School*

## BAB I

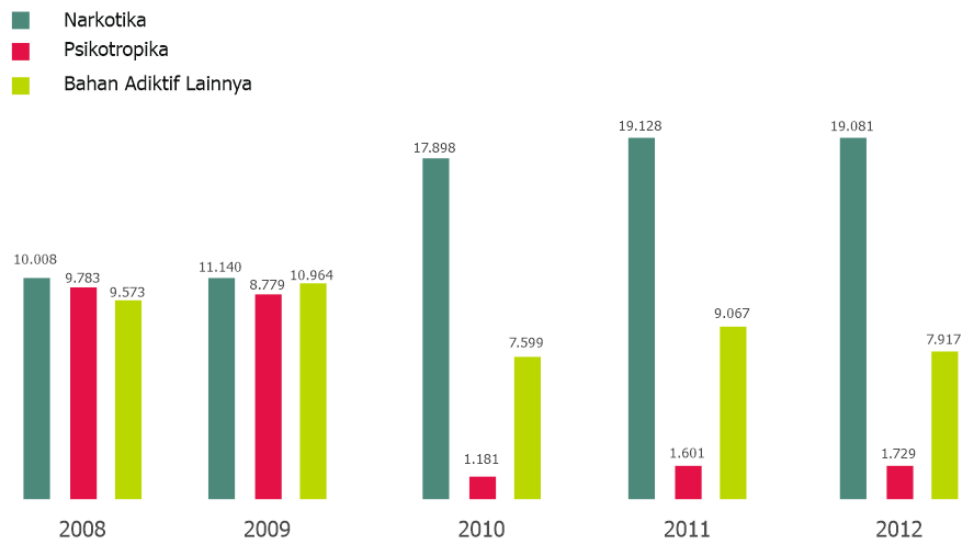
### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

##### 1.1.1 Fenomena Narkoba di Indonesia

Indonesia sebagai negara dengan kondisi geografis yang strategis dengan mudah menjadi sasaran empuk para mafia narkoba dunia. Selain menjadi sasaran, Indonesia menjadi gerbang emas perdagangan narkoba internasional. Hal ini dibuktikan dengan semakin maraknya kasus yang ditangani oleh BNN beberapa tahun terakhir. Mulai dari kasus pengedaran narkoba, hingga kasus penangkapan pengguna narkoba yang berasal dari berbagai kalangan.

Menurut data BNN dalam Laporan Akhir Survey Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba pada tahun 2014, ada sekitar 4.1 juta orang yang aktif menggunakan narkoba. Dan menurut perkiraan, akan ada sekitar 5,8 juta pengguna aktif narkoba pada tahun 2015 ini. Sedangkan menurut data PBB, ada kurang lebih 4.7 pengguna aktif narkoba pada tahun 2014 dengan rician 1.2 juta pengguna amfetamin, 950 ribu pengguna ekstasi, 2.8 pengguna ganja, dan 110 ribu pengguna heroin (Troels Vester, UNODC). Berikut grafik yang menunjukkan kenaikan jumlah pengguna narkoba di Indonesia



Gambar 1.1-1 Grafik Kenaikan Jumlah Pengguna Narkoba

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan Polri, 2013

Menurut data BNN, sebagian besar pengguna narkoba berada dalam usia produktif (berasal dari kalangan pelajar dan mahasiswa). Hal ini tergambarkan dalam grafik berikut.

*Tabel 1.1-1. Jumlah Pengguna Narkoba Digolongkan Berdasarkan Usia*

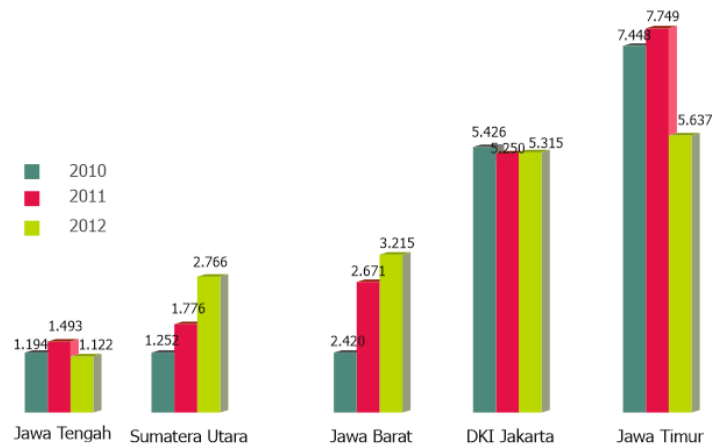
No.	Kelompok Umur (dalam tahun)	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012
1	< 16	133	112	88	117	132
2	16 -19	2.001	1.731	1.515	1.774	2.106
3	20 - 24	6.441	5.430	4.993	5.377	5.478
4	25 -29	10.136	9.757	8.939	11.718	10.339
5	> 29	26.000	21.374	17.962	17.746	17.585

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan Polri, 2013

Dari seluruh data pengguna tersebut, Jawa Timur memiliki presentase tertinggi dalam hal jumlah pengguna narkoba. Data menyebutkan, pada tahun 2014 jumlah pengguna aktif narkoba di Jawa Timur berjumlah 400.000 pengguna. Meskipun turun dari jumlah pengguna taun sebelumnya (pada tahun 2013 jumlah pengguna aktif narkoba di Jawa Timur mencapai 740.000 pengguna). Menurut ketua BNN Jawa Timur, Iwan A Ibrahim, total kerugian yang diderita akibat penggunaan narkoba di Jawa Timur Rp 9,5 triliun dari total kerudian nasional Rp 57 triliun<sup>4</sup>. Kota dengan angka pengguna terbanyak adalah Surabaya, Malang dan Kediri. Meskipun dari Jumlah pengguna, Jawa Timur memiliki jumlah terbesar, namun jika dilihat dari prevelensi keseluruhan jumlah penduduk, Jawa Timur berada di urutan ke-15 jumlah pengguna narkoba di Indonesia<sup>5</sup>. Data tahun 2013 mengatakan bahwa pengguna narkoba usia anak-anak mencapai 700 orang. Dibawah ini grafik yang menunjukkan angka pengguna narkoba aktif di beberapa provinsi di Indonesia.

<sup>4</sup> Kepala Badan Narkotika Nasional Jawa Timur

<sup>5</sup> Kepala Badan Narkotika Nasional Jawa Timur



Gambar 1.1-2. Grafik Pengguna Narkoba di Beberapa Provinsi Di Indonesia

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan Polri, 2013

Dalam Gambar 2 tersebut dapat kita lihat bahwa dari segi jumlah pengguna, Jawa Timur memiliki jumlah yang paling tinggi dibandingkan dengan propinsi lain, termasuk DKI Jakarta dan Jawa Barat. Pemerintah Jawa Timur sendiri telah melakukan berbagai upaya preventif dan rehabilitatif dengan cara memberikan sosialisasi mengenai bahaya narkoba ke sekolah-sekolah dengan usia produktif yang rawan. Selain itu, pemerintah juga mengadakan tes urine di berbagai instansi sekolah, dan kantor-kantor pemerintahan, terutama di Surabaya, Malang dan Kediri.

Melihat angka ini, BNN menargetkan Jawa Timur merehabilitasi 10.000 pengguna narkoba setiap tahunnya dari target nasional 100.000. Dengan mendeteksi kasus penggunaan narkoba dengan angka yang tinggi, sepatutnya pemerintah daerah menyediakan fasilitas rehabilitasi yang memadai untuk menangani korban penyalahgunaan agar sembuh dan siap terjun kedalam masyarakat.

### 1.1.2 Rehabilitasi bagi Korban Penyalahgunaan Narkoba

Setelah pada tahun-tahun sebelumnya korban penyalahgunaan narkoba dikenakan hukuman penjara, secara bertahap mulai tahun 2014 pemerintah melalui BNN telah menerapkan hukuman rehabilitasi bagi korban penyalahgunaan narkoba. Kepala BNN Anang Iskandar mengatakan sanksi rehabilitasi akan diberikan penyalahgunaan narkoba dan pecandu, kecuali bagi pengedar narkoba.

Pada tahun ini, kebijakan ini telah berlaku secara efektif di seluruh provinsi di Indonesia, tergantung dari dukungan fasilitas dan kesiapan di daerah masing-masing.

Kebijakan ini didasari dari data yang dimiliki oleh Biro Hukum dan Hubungan Luar Negeri Kejaksaan Agung RI yang membuktikan walau undang-undang telah mengatur sanksi pidana yang tegas, namun angka kejahatan dibidang penyalahgunaan narkotika masih cukup tinggi. Berdasar SPDP yang diterima kejaksaan pada 2010 terdapat 16.633 perkara, pada 2011 terdapat 14.601 perkara, 2012 18.364 perkara, 2013 17.443 perkara, dan 2014 14.992 perkara<sup>6</sup>. Dari data itu dapat ditarik kesimpulan bahwa penanggulangan penyalahgunaan narkoba tidak cukup menggunakan upaya refresif, namun harus diimbangi dengan upaya preventif dan rehabilitatif.

Kondisi di lapangan saat ini memperlihatkan kurangnya fasilitas memadai yang disediakan pemerintah untuk mendukung berlangsungnya keputusan ini, beberapa panti rehabilitasi menerima tersangka titipan pemerintah yang sedang diproses hukum, sehingga melebihi kapasitas yang dimiliki.

### **1.1.3 Kebutuhan CRC Khusus Korban Penyalahgunaan Narkoba di Pondok Pesantren di Jawa Timur**

Jumlah pengguna aktif narkoba saat ini diperkirakan mencapai 5.8 juta pengguna aktif, (diperkirakan akan bertambah pada tahun 2016) membuat BNN mengevaluasi fasilitas-fasilitas yang dimiliki oleh BNN. Saat ini fasilitas rehabilitasi yang dimiliki oleh pemerintah hanya cukup menampung 18.000 pengguna narkoba dalam 1 periode rehabilitasi (6 bulan) dengan kata lain hanya mampu menampung 36.000 korban penyalahgunaan narkoba dalam 1 tahun. Angka ini masih sangat jauh dari target BNN yang menargetkan merehabilitasi 100.000 korban penyalahgunaan narkoba setiap tahunnya (50.000 korban dalam 1 periode rehabilitasi). Sedangkan pada tahun 2016 mendatang, BNN menargetkan 400.000 pecandu narkoba yang akan direhabilitasi. Dengan demikian, jika dilakukan secara progresif setiap tahunnya, diperkirakan 10 tahun mendatang, jumlah pengguna narkoba dapat terrehabilitasi secara menyeluruh, dan mampu terjun ke masyarakat dengan kondisi dan semangat baru yang lebih baik.

Pemerintah melalui BNN dan Kemensos berusaha membangun fasilitas-fasilitas rehabilitasi di berbagai kota di Indonesia. Program ini mendapatkan

---

<sup>6</sup> Jan S Maringka, Kepala Biro Hukum dan Hubungan LN Kejaksaan Agung RI

*support* dari dunia internasional melalui PBB (UNEDOC). Kemensos sendiri telah mengucurkan dana ratusan milyar untuk membiayai pembangunan fisik, dan pemeliharaan bangunan rehabilitasi. Menyadari pentingnya faktor spiritual sangat berpengaruh dalam penyembuhan korban ketergantungan, pada tahun 2016 mendatang, Kemensos akan membangun 7 pusat rehabilitasi di pondok pesantren di seluruh Indonesia, yaitu Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Sumatra Selatan, Maluku Utara, Sulawesi Utara, dan Jawa Timur.

Pemerintah telah menunjuk Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh, Malang sebagai tempat untuk mengembangkan pusat rehabilitasi. Pusat Rehabilitasi ini berlokasi di lahan milik Ponpes Bahrul Maghfiroh dengan luas lahan 1,5 yang diperkirakan mampu menampung 200 residen/santri setiap periode rehabilitasi. Metode yang digunakan di ponpes ini menggunakan metode tradisional, tanpa adanya bantuan medis, sehingga parameter keberhasilan menjadi rancu. Berbeda dengan pusat rehabilitasi pada umumnya semua tidak lepas dari pengawasan dokter dan psikiater yang memiliki wawasan lebih mengenai korban ketergantungan narkoba. Oleh karena itu untuk meningkatkan presentase keberhasilan program, maka pengawasan dari dokter, psikolog, psikiater, dan fasilitas seperti terapi fisik dan mental harus disediakan di pondok pesantren. Hal inilah yang mendasari pentingnya bangunan yang memenuhi standar CRC untuk ditempatkan di pondok pesantren.

#### **1.1.4 Tinjauan Konsep *Community Rehabilitation Center* dan *Therapeutic Community***

CRC adalah servis yang menyediakan layanan rehabilitasi berjangka waktu, untuk mengembalikan pasien dalam kondisi fungsional, independen, dan siap bergabung ke masyarakat. Sesuai dengan namanya, CRC menekankan pada interaksi social sesama residen untuk memberikan kenyamanan dan pemahaman bahwa residen tinggal di habitatnya sendiri, sehingga residen merasa nyaman, dan memiliki semangat untuk sembuh.

Sedangkan *Therapeutic Community* sendiri merupakan suatu metode penyembuhan kecanduan narkoba yang pertama dikembangkan di New York, AS. Metode ini muncul dari kelompok kecil yang saling membantu dan mendukung proses pemulihan dengan tingkat keberhasilan diatas 80% (UNDPC,1990). Pada proses terapinya melalui 9 tahapan yang beragam dan memiliki target hasil, termasuk dalam tahapannya adalah program re-entry yang mempersiapkan residen untuk kembali ke masyarakat.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

### **1.2.1 Rumusan Masalah Umum**

Bagaimana merencanakan sebuah pusat rehabilitasi narkoba yang mampu memberikan layanan baik medis, non medis, dan terutama spiritualitas.

### **1.2.1 Rumusan Masalah Khusus**

Bagaimana merencanakan sebuah pusat rehabilitasi dengan kapasitas yang efisien,

Bagaimana residen/santri merasakan lingkungan yang nyaman dan asri untuk memulai hidup baru,

Bagaimana mengaplikasikan CRC bersamaan dengan mengaplikasikan kebutuhan-kebutuhan pondok pesantren,

Bagaimana mengintegrasikan ruang terapi indoor dan outdoor dengan nuansa islami.

## **1.3 TUJUAN**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Merencanakan sebuah pusat rehabilitasi narkoba yang memberikan layanan medis, non medis, dan spiritualitas sehingga residen siap kembali ke masyarakat umum.

### **1.3.1 Tujuan Khusus**

Merencanakan pusat rehabilitasi dengan kapasitas yang efisien,

Merencanakan pusat rehabilitasi dengan lingkungan yang nyaman dan asri,

Mengaplikasikan CRC didalam pesantren,

Mengintegrasikan ruang terapi indoor dan outdoor dengan nuansa islami untuk kebutuhan TC.

### **1.3.2 Sasaran**

Mendapatkan konsep perancangan untuk CRC di Ponpes Bahrul Maghfiroh, yang meliputi:

- Konsep sistem sirkulasi,
- Konsep keruangan,

- Konsep tata massa,
- Konsep eksterior dan interior.

## **1.4 Lingkup Pembahasan**

Analisa Kebutuhan

Analisa Site

Analisa Ruang

## **1.5 Metodologi**

### **1.5.1 Studi Literatur**

Proses ini dilakukan melalui pencarian data dan referensi melalui media literature, media cetak, internet, dan berbagai sumber lainnya.

### **1.5.2 Observasi Lapangan**

Observasi lapangan dilakukan di Pusat Rehabilitasi milik pemerintah dan Pondok pesantren di Kulonprogo untuk mendapatkan data-data mengenai kebutuhan ruang, dan aktivitas yang terjadi di Pusat Rehabilitasi dengan metode TC dan pesantren.

### **1.5.3 Studi Kasus**

Studi banding yang dilakukan di Pusat Rehabilitasi milik pemerintah dan Pondok pesantren di Kulonprogo untuk mendapatkan gambaran kecil mengenai pusat rehabilitasi narkoba dengan metode medis, TC, dan pesantren.

### **1.5.4 Wawancara**

Metode ini dilakukan untuk mendapatkan data-data yang dapat mendukung dalam proses penulisan laporan Tugas Akhir. Wawancara dilakukan kepada:

- Karyawan Pusat Rehabilitasi
- Kepala Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh
- Mahasiswa Kuliah Lapangan di Pusat Rehabilitasi

### **1.5.5 Analisis**

Analisis mengenai syarat desain dan elemen desain yang baik pada bangunan CRC khusus korban penyalahgunaan narkoba di pondok pesantren, untuk kemudian dikembangkan sebagai konsep untuk mengarahkan perancangan dan perencanaan desain

## 1.6 Sistematika

### 1.6.1 BAB I

Membahas mengenai Latar belakang pembuatan *Community Rehabilitation Center* di Pondok Pesantren Bahrul Al-Maghfiroh

### 1.6.2 BAB II

Membahas mengenai Studi Tipologi Bangunan *Community Rehabilitation Center*, Pondok Pesantren, dan arsitektur yang mewadahi *Therapeutic Community*.

### 1.6.3 BAB III

Membahas mengenai Studi Analisis Site Pondok Pesantren Bahrul Magfiroh, Malang yang akan dibangun CRC.

### 1.6.4 BAB IV

Membahas mengenai Studi Analisis Pendekatan, dan ruangan yang dibutuhkan.

### 1.6.5 BAB IV

Membahas mengenai Konsep

## 1.7 Keaslian Penulisan

Tabel 1.7-1. Tabel Literatur

No	Judul	Penulis	Tipologi	Pendekatan/Penekanan
1	Pusat Rehabilitasi Korban Ketergantungan Narkotika dan Obat Terlarang di Surakarta	Rakhmana, Anjar	Pusat rehabilitasi	Arsitektur Kontekstual
2	Perencanaan Pusat Rehabilitasi Pecandu Narkoba di Bandung	Agustina,	Pusat rehabilitasi	-
3	Pusat Rehabilitasi Bagi Pengguna Narkoba di Provinsi DIY	Triasmarasari, Steffie Cindikia	Pusat Rehabilitasi	<i>Healing environment</i>
4	Pusat Rehabilitasi Narkoba di Kota Pontianak	Nopriyanti	Pusat Rehabilitasi	Pendekatan konsep <i>homy</i>

Sumber : Analisis Penulis

## BAB II

### TINJAUAN UMUM

#### 2.1 KAJIAN TEORI

##### 2.1.1 Deskripsi Narkoba

###### 2.1.1.1 Narkotika

Narkotika berasal dari bahasa Yunani *narkoum* yang berarti membuat lumpuh atau membuat mati rasa. Narkotika dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu :

a. Narkotika golongan I.

Adalah narkotika yang berasal dari tanaman candu *Paper Somniverum L* (Opium) yang dikenal sebagai morfin dan heroin. Pemakaian narkotika golongan ini menimbulkan ketergantungan.

b. Narkotika golongan II.

Berasal dari tanaman *Eritroxylon Caca* atau *Cocaine* sebagai stimulan bagi sistem syaraf pusat. Pemakaian berkepanjangan menyebabkan gangguan fungsi jantung.

c. Narkotika golongan III.

d. Berasal dari tanaman ganja *Canabis Sativa*. Pemakaian ganja meningkatkan adrenalin yang berakibat pada peningkatan detak jantung. Pemakaian berlanjut dapat menyebabkan gangguan pernafasan, tumor, kanker, dan gangguan kesehatan lainnya.

###### 2.1.1.2 Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat yang bersifat mempengaruhi psikologis seseorang sehingga menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Psikotropika dibagi menjadi 4 kelompok, yaitu:

a. **Depressant**, merupakan obat penenang yang biasa digunakan untuk mempermudah tidur.

b. **Stimulant**, obat yang bekerja mengaktifkan susunan syaraf pusat seperti ekstasi. Zat aktif yang dikandung golongan stimulant adalah *amphetamine*.

- c. **Halusinogen**, merupakan obat yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyata atau halusinasi dengan persepsi yang salah dan menimbulkan ketergantungan fisik maupun psikis serta efek toleransi yang cukup tinggi. Beberapa contoh halusinogen adalah LSD (*Lysergic Acid Diethylamide*), PCD (*Phencyclidine*), DMT (*Dimethyltryptamine*).
- d. **Canabis sativa**, yang biasa disebut ganja. Jika dihisap akan menurunkan kesadaran.

#### 2.1.1.3 Bahan Aditif

Bahan adiktif merupakan zat yang dapat menimbulkan ketagihan, kecanduan, atau ketergantungan. Zat adiktif dikelompokkan menjadi:

- a. Sedativa dan hipnotika.
- b. Fensiklisida, merupakan senyawa yang larut dalam air maupun alcohol. Zat ini sering dicampur dengan ganja.
- c. Nikotin
- d. Kafein
- e. Inhalasia dan solven, merupakan zat pelarut yang mudah menguap bersama senyawa organik. Biasanya digunakan dengan cara dimasukkan kedalam plastik kemudian dihirup.

### 2.1.2 Ciri-ciri Pengguna Narkoba

Pengguna narkoba dapat diidentifikasi berdasarkan ciri-ciri fisik, emosi, dan perilaku

#### 2.1.2.1 Fisik

- Berat badan turun drastic,
- Buang air besar dan kecil kurang lancar,
- Mata cekung dan merah, muka pucat, dan bibir menghitam,
- Sembelit (sakit perut) tanpa alasan yang jelas,
- Jantung berdebar-debar,
- Mengalami nyeri kepala,
- Mengeluarkan air mata berlebihan,
- Mengeluarkan keringat berlebihan,
- Batuk dan pilek berkepanjangan,
- Tangan banyak bintik merah seperti bekas gigitan nyamuk), dan ada tanda bekas sayatan.

### 2.1.2.2 *Emosi*

- Membangkang,
- Emosinya tidak stabil dan suka memukul, atau berbicara kasar terhadap anggota keluarga,
- Nafsu makan tidak menentu,
- Sangat sensitive,
- Cepat bosan.

### 2.1.2.3 *Perilaku*

- Bicaranya cedal,
- Berjalan sempoyongan,
- Malas,
- Bersikap acuh, dan menjauh dari keluarga,
- Selalu kehabisan uang,
- Sering berbohong dan ingkar janji,
- Sering bertemu dengan orang yang tidak dikenal,
- Sering mengalami mimpi buruk,
- Sering menguap,
- Bersikap manipulatif ( tiba-tiba bersikap manis jika ada maunya),
- Suka mencuri uang di rumah, sekolah, ataupun tempat pekerjaan, dan menggadaikan barang-barang di rumah, dan barang pribadinya banyak yang hilang,
- Takut air,
- Sering menghabiskan waktu di tempat yang gelap,
- Menghindar dari tanggung jawab.

## 2.1.3 **Dampak Penyalahgunaan Narkoba**

Penggunaan narkoba memiliki dampak negative dalam banyak aspek. Misalnya,

### a. Kesehatan

Penggunaan narkoba secara jangka panjang dapat menghancurkan kesehatan. Syaraf adalah komponen utama yang akan diserang oleh narkoba, karena penggunaannya kebanyakan akan mempengaruhi syaraf. Oleh karena itu, banyak mantan pecandu narkoba yang kurang bisa kembali ke masyarakat karena memiliki kelainan syaraf sehingga mempengaruhi fisiknya seperti tidak bisa berjalan dengan baik, tidak bisa melihat dengan baik, dll.

Selain syaraf, banyak penyakit lain yang timbul karena penggunaan narkoba seperti AIDS, kerusakan organ pokok seperti hati, ginjal, jantung, dll.

b. Ekonomi

Jumlah uang yang harus dikeluarkan untuk mengkonsumsi narkoba tidaklah sedikit. Terutama bagi pengguna yang sudah ketergantungan, semakin lama narkoba yang harus dikonsumsi akan meningkat dosisnya. Selain biaya untuk konsumsi narkoba, biaya lain seperti biaya kesehatan, dll juga akan membengkak.

c. Sosial

Untuk memenuhi kebutuhannya sebagai seorang pecandu, banyak pecandu yang menjadi criminal dengan mengedarkan narkoba, merampok, mencuri, dll untuk mendapatkan uang demi memenuhi kebutuhan mereka.

#### **2.1.4 Gejala Sakaw/putus obat**

- Bola mata mengecil
- Hidung dan mata berair
- Bersin-bersin
- Menguap
- Banyak mengeluarkan keringat
- Mual-mual
- Muntah
- Diare
- Nyeri otot tulang dan persendian

#### **2.1.5 Overdosis**

Overdosis terjadi akibat tubuh mengalami keracunan akibat obat. OD seringkali terjadi bila menggunakan narkoba dalam jumlah banyak dengan rentang waktu yang singkat. Biasanya yang digunakan secara bersamaan antara putaw, pil, heroin, digunakan bersama alkohol. Atau menelan obat tidur seperti golongan barbiturate (luminal) atau obat penenang (valium, Xanax, mogadon/BK). Ciri-ciri pecandu yang sedang mengalami OD antara lain:

- Tidak merespon
- Tidur mendengkur
- Bibir dan kuku membiru
- Mengalami kejang-kejang
- Frekuensi pernafasan < 12kali per menit

Pengguna yang mengalami over dosis harus segera ditan

## 2.2 METODE TERAPI CRC (Community Rehabilitation Center)

CRC merupakan layanan yang memiliki fokus interdisipliner, dan memiliki batas waktu untuk memulihkan pasien yang mengalami trauma atau disfungsi sehingga mencapai fungsi optimalnya. Mayoritas residen berada dalam satu rentang usia dan tinggal bersama dalam satu komunitas yang bisa diidentifikasi secara jelas.

Bagaimanapun, kebutuhan akan lingkungan yang nyaman dan saling mendukung sangat berpengaruh bagi kesembuhan residen CRC. Untuk alasan itulah, beberapa penyakit sangat dianjurkan untuk tidak ditreatment di CRC, contohnya gangguan sensori, kejiwaan, intelektual, dan vokasional.

### 2.2.1 Detoksifikasi

Tahap detoksifikasi dilakukan dengan mengurung residen di dalam sel atau ruang isolasi untuk memutuskan kebutuhan tubuh residen dengan narkoba. Tahap ini sepenuhnya harus diawasi oleh tenaga medis. Pada tahap ini residen akan mengalami sakaw dan memiliki kecenderungan untuk melukai diri sendiri. Untuk beberapa kasus tertentu, tenaga medis berhak memberikan obat penenang, atau memberi obat dengan resep yang dosisnya berkurang secara bertahap untuk substitusi obat-obatan yang selama ini dikonsumsi oleh residen.

Tahap detoksifikasi biasanya berjalan bersamaan dengan terapi okupasi untuk menyiapkan residen masuk ke dalam lingkungan rehabilitasi.

### 2.2.2 Rehabilitasi

#### 2.2.2.1 Terapi Multidisipliner

Terapi ini merupakan pengobatan untuk mengatasi gangguan mental dan fisik yang melibatkan beberapa ahli kesehatan di berbagai bidang yang berbeda

#### 2.2.2.2 Terapi Okupasi Individu

Terapi Okupasi merupakan salah satu bentuk psikoterapi suportid yang dilakukan untuk meningkatkan kesembuhan pasien (Buchain et al.2003)<sup>7</sup>. Terapi ini bertujuan mengarahkan partisipasi seseorang untuk melakukan tugas yang telah dilakukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan kemampuan untuk belajar

---

<sup>7</sup> <http://www.klinikotcponorogo.blogspot.co.id/>

suatu keahlian yang dibutuhkan dalam tahap penyesuaian diri dengan lingkungan (Budiman & Siahaan, 2003)<sup>8</sup>. Terapi ini berupa aktivitas yang membangkitkan kemandirian secara manual. Kreatif, dan edukasional.

Metode terapi okupasi individu dilakukan untuk pasien atau residen baru guna mendapatkan lebih banyak informasi mengenai pasien dan pasien yang belum mampu dimasukkan ke dalam satu kelompok. Terapi ini penting bagi residen yang baru masuk ke pusat rehabilitasi bukan dengan keinginan sendiri, karena biasanya mereka kurang bisa menerima keadaan yang baru diberikan kepada mereka.

#### **2.2.2.3 Terapi Okupasi Kelompok**

Terapi okupasi kelompok dilakukan bagi sekelompok pasien yang memiliki masalah yang sama atau hampir sama, atau memiliki tujuan hasil yang sama.

#### **2.2.2.4 Fisioterapi**

Fisioterapi dilakukan untuk korban penyalahgunaan narkoba tingkat lanjut, biasanya pada tahap ini narkoba sudah menyerang hingga syaraf residen sehingga residen memiliki kesulitan dalam berjalan, maupun beraktifitas. Proses fisioterapi ini hanya diperlukan oleh sebagian kecil dari keseluruhan jumlah pengguna narkoba.

#### **2.2.2.5 Outdoor Treatment**

*Outdoor treatment* penting dilakukan untuk suasana relaksasi bagi residen. Selain itu, suasana lingkungan yang asri membantu menciptakan lingkungan yang positif dan nyaman dalam mendukung kesembuhan pasien. *Outdoor treatment* dapat diwujudkan dalam berbagai cara. Misalnya terapi kelompok atau individu yang bertempat di luar gedung atau edukasi yang dilakukan di luar ruangan misalnya bercocok tanam, beternak, atau berkebun.

#### **2.2.2.6 Hydrotherapy**

*Hydrotherapy* dilakukan seminggu sekali dengan berenang atau kegiatan senam di dalam air yang dapat merelaksasi residen, dan menjaga kesehatan fisik, untuk mengembalikan kebugaran tubuhnya seperti sebelum mengkonsumsi narkoba.

---

<sup>8</sup> <http://www.klinikotcponorogo.blogspot.co.id/>

## 2.3 BANGUNAN CRC

Bagian ini akan menjelaskan bagaimana ruang-ruang dalam CRC harus didesain, dan faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam mendesain bangunan. Dan untuk mendukung suasana yang nyaman, interior harus menyediakan suasana yang *inviting* dan positif.

CRC pada umumnya menyediakan beberapa layanan rehabilitasi, namun karena dalam kasus ini hanya dikhususkan untuk korban narkoba, maka standar desain yang akan dibahas merupakan standar desain yang berkaitan dengan kebutuhan residen. Pada umumnya desain harus mengakomodasi kepentingan 3 kelompok utama pengguna, yaitu

### 1. Klien/residen

Desain mempertimbangkan budaya, holistic, dan faktor-faktor yang mampu mengurangi perasaan tertekan, dan memfasilitasi kegiatan yang berpengaruh dalam penyembuhan pasien seperti terapi, serta kegiatan-kegiatan yang mengasah keterampilan residen.

### 2. Keluarga residen

Beberapa bagian bangunan yang ditujukan untuk residen berkumpul dengan keluarga harus disajikan dengan layak, dan mengikuti standar kenyamanan dan keamanan, termasuk menyediakan parkir dan fasilitas publik seperti toilet.

### 3. Pekerja

Keamanan dan keselamatan menjadi parameter utama dalam lingkungan kerja. Para pekerja diharuskan mampu memantau segala kegiatan yang dilakukan oleh residen, hal ini harus didukung dengan arsitektur yang kuat, untuk memaksimalkan pengawasan agar tidak terjadi penyelundupan 'barang' kedalam kawasan.

### 2.3.1 Kapasitas

Jumlah pengguna yang akan beraktivitas dalam bangunan CRC harus dipertimbangkan dalam mendesain ruang dan alur aktivitas. Pola layanan seperti jumlah residen yang akan menghadiri sesi terapi kelompok atau individu, durasi terapi yang berjalan juga merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan.

### 2.3.2 Lokasi

Idealnya, CRC mengambil tempat di lingkungan yang baik bagi penyembuhan residen, dalam kasus ini lingkungan yang baik adalah lingkungan

yang jauh dari pusat kebisingan kota, namun mudah diakses oleh transportasi public.

CRC bisa berupa fasilitas yang berdiri sendiri, bisa juga fasilitas yang merupakan satu bagian dari fasilitas atau bangunan lain. CRC bisa berlokasi diantara bangunan eksisting yang harus diperbarui. Desain terpilih seharusnya memikirkan tentang konteks-konteks tersebut.

### 2.3.1 Aksesibilitas dan Topografi

Desain bangunan mempermudah aksesibilitas bagi residen, dan semua penggunaannya. Hal ini termasuk mengakomodasi akses bagi kendaraan pribadi, taksi, bis, ambulance, dan kendaraan servis lainnya. Bangunan CRC sendiri lebih baik diletakkan di lantai 1 satu level dengan pintu masuk utama yang menyediakan akses untuk difabel.

Untuk mendukung komunitas yang baik, bangunan harus didesain untuk mengatasi berbagai kemungkinan mobilitas yang akan terjadi. Sirkulasi di koridor dan area lain, harus cukup untuk memfasilitasi pergerakan pengguna untuk berpapasan satu sama lain, dan memindahkan furniture (terutama tempat tidur dan yang berkaitan dengan hal darurat lainnya). Dibawah ini beberapa standar ukuran sirkulasi bangunan.

*Tabel 2.3-1. Standar Ukuran Sirkulasi Bangunan*

Satu orang menggunakan tongkat berjalan	750 mm
Satu orang menggunakan kruk siku	900 mm
Satu orang menggunakan 2 tongkat berjalan	800 mm
Satu orang menggunakan kruk	950 mm
Satu orang menggunakan alat berjalan ( <i>walking frame</i> )	900 mm

*Sumber : Generic Brief for CRC*

### 2.3.2 Outdoor Treatment Area

Taman dibutuhkan untuk terapi bagi residen. Khusus untuk residen dengan kondisi ketergantungan narkoba, taman harus aman dari elemen-elemen yang mempermudah residen untuk melarikan diri dari CRC, dan setiap sudut taman mudah diawasi oleh perawat atau pekerja sosial. Desain lansekap juga penting

untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kenyamanan dan kesembuhan residen.

### 2.3.3 Karakter Sosial dan Bangunan

Desain yang sesuai dengan karakter lokasi yang dipilih, tipe lingkungan dan budaya yang mampu memberi kenyamanan bagi residen. Arah pandangan dan bangunan dapat menambahkan nilai ataupun menjadi distraksi dari karakter bangunan

#### **Karakter Bangunan**

Desain fasilitas CRC harus mengakomodasi akses dan fungsi yang mengintegrasikan komunitas. Filosofi desainnya menggambarkan lingkungan yang ramah dan mengundang dan mendorong anggota komunitas untuk menggunakan fasilitas-fasilitas untuk fungsi rehabilitasi. Desain bangunan harus *flexible* dan *adaptable* untuk kebutuhan residen.

#### **Arsitektur Tropis**

Sebagai bangunan yang akan dibangun di daerah tropis, bangunan sebaiknya didesain dengan prinsip-prinsip arsitektur tropis untuk meningkatkan kenyamanan.

#### **Akustik**

Akustik yang dipikirkan dengan baik akan menjamin adanya privasi pada ruang-ruang yang dibutuhkan, serta menghindari suara-suara yang tidak diinginkan baik dari dalam site maupun luar site.

### 2.3.4 Aspek Sensori

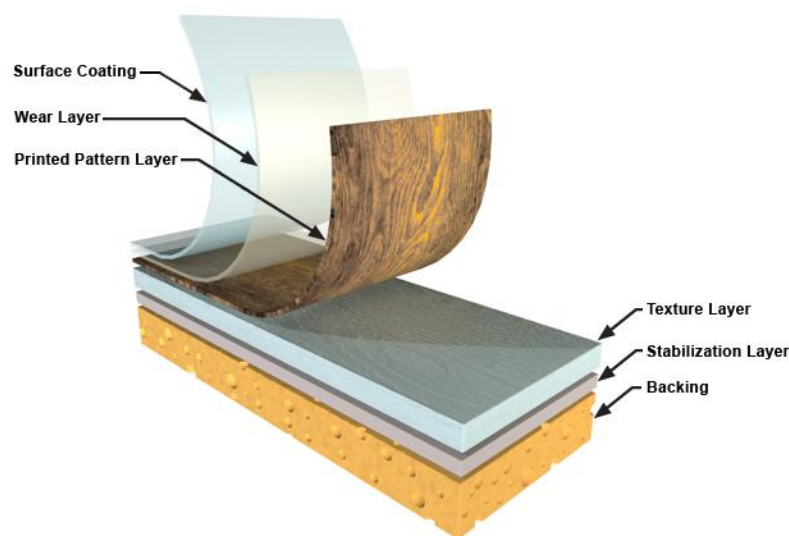
Beberapa aspek sensori dapat memudahkan aksesibilitas bangunan. Misalkan, warna yang kontras pada *leveling* lantai akan mempermudah pengguna dalam melangkah. Begitu juga dengan warna dinding, lantai, serta pencahayaan bangunan. Dalam desain perlu menghindari dinding dan lantai dengan permukaan keras yang memungkinkan adanya refleksi suara dan meningkatkan *background noise*. Penggunaan material dinding dan lantai dengan tekstur yang berbeda dapat mendefinisikan fungsi ruang yang berbeda. Penempatan bunga yang memiliki bau khas dapat meningkatkan stimulasi, namun hati-hati dengan penggunaan wewangian yang berlebihan.

### 2.3.5 Material Bangunan

Material *expose* seperti bata atau batako tidak boleh terlalu banyak diaplikasikan. Material ini kasar, dan gelap dan jika tidak digunakan dengan baik

dapat mengesankan suasana yang dingin dan asing. Namun jika digunakan di area tertentu dalam jumlah yang pas, akan memberikan *visual highlights* yang baik. Kayu juga harus digunakan dengan hati-hati karena penggunaan yang berlebihan dapat memberi kesan gelap pada dinding. Namun kayu dengan *finishing* natural dapat digunakan sebagai *skirting board* (aksen pada dinding bawah) dan *architrave* (aksen pada kolom atau dinding bagian atas).

Ketika memilih material lantai ada beberapa hal yang menjadi faktor pertimbangan seperti keamanan, anti air, kemudahan dalam membersihkan, tahan terhadap bau yang tidak sedap, dan cocok diaplikasikan pada bangunan. Lantai anti slip digunakan di area basah, lantai vinyl dengan bantalan belakang dapat digunakan untuk ruang fisioterapi atau ruang terapi lainnya. *Finishing* lantai yang *glossy* harus dihindari karena dapat memantulkan cahaya dan kurang aman. Karpet dapat digunakan di area resepsionis, kantor, aula, ruang pertemuan, ruang terapi, atau koridor. Tekstur karpet yang digunakan harus memiliki gelombang yang rekat dan pendek supaya tidak mengganggu orang-orang yang menggunakan alat bantu jalan dan kursi roda.



Gambar 2.3-1. Lantai Vinyl dengan Backing

sumber : <https://www.rona.ca/en/projects/Choose-vinyl-flooring>

Langit-langit dapat menggunakan *plasterboard* dan menggunakan *skylight* pada beberapa fungsi bangunan untuk menyediakan cahaya matahari tidak langsung tanpa membuat silau atau mempengaruhi bukaan-bukaan yang dapat mempengaruhi control termal ruangan. Pintu tidak boleh terlalu berat sehingga menyulitkan pengguna dengan kursi roda. Jendela harus diletakkan dengan tepat

untuk mengatur cahaya, silau, dan kondisi termal suatu ruangan, semua bentuk teralis atau kisi-kisi harus memenuhi standar perancangan rumah sakit. Untuk *finishing* cat, harus dihindari penggunaan *high gloss paint finishing*. Permukaan lain seperti sudut tumpul untuk meja, kursi, dan furniture lain akan mengurangi resiko luka.

### 2.3.6 Penggunaan Perabotan dan Warna

Dalam memilih perabot, beberapa hal yang menjadi pertimbangan adalah : fungsi, keamanan, kenyamanan, penampilan, dan keawetan perabot. Selain itu, kursi dan toilet harus memiliki ukuran yang pantas untuk pengguna dengan keterbatasan fisik. Kursi memiliki tinggi minimum 450 mm, memiliki dudukan untuk lengan, dan memiliki bantalan untuk duduk dengan bahan yang tidak terlalu empuk. Meja harus stabil dan memiliki ujung tumpul, sebisa mungkin hindari meja kaca.

#### Penggunaan Warna

Untuk membuat lingkungan yang positif, harus berhati-hati dalam penggunaan warna. Contohnya, untuk penggunaan warna merah yang dapat meningkatkan tensi atau semangat, sedangkan penggunaan warna biru lebih tenang dan menenangkan. Luasan permukaan juga menjadi salah satu faktor pemilihan warna. Permukaan yang luas lebih baik berwarna kalem seperti warna-warna pastel yang lembut, sedangkan untuk permukaan yang lebih kecil bisa menggunakan warna-warna yang karakternya kuat. Berikut ini beberapa pengaruh warna terhadap psikologi.

Tabel 2.3-2. Daftar Warna dan Pengaruhnya Terhadap Psikologi

Warna	Respon Psikologis
Biru	Tenang, damai, nyaman, kontemplatif
Hitam	Kuat, <i>powerful</i> , sedih, tidak menyenangkan
Putih	Dingin, murni, sedih
Kuning	Ceria, menginspirasi, hidup
Ungu	Bermartabat, menyedihkan

Merah	Merangsang, panas, aktif, bahagia
Oranye	Hidup, energik, gembira
Hijau	Tenang, tenang, tenang, <i>refreshing</i>
Pastel	Netral, menenangkan

Sumber : *Generic Brief for CRC*

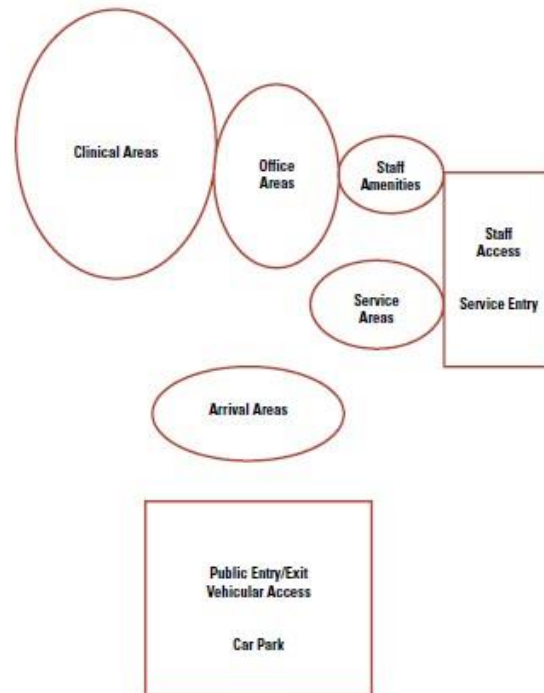
### 2.3.7 Sistem Keamanan

Sistem keamanan perlu dipikirkan masak-masak untuk menghindari terjadinya *split* atau pasien yang kabur. Sistem keamanan dapat berupa CCTV, dan detail-detail arsitektural lainnya untuk memperluas jangkauan pengamatan para pekerja.

### 2.3.8 Fungsi Ruang dan Hubungannya

Pada bagian ini akan dijelaskan dengan detail, beberapa area dan fungsinya yang dapat mempengaruhi pola zonasi dalam CRC. CRC dibagi menjadi 5 zonasi utama, yaitu: area kedatangan, area kantor, area klinis, area servis, dan area staff. Ada beberapa ruangan yang harus ada, ada beberapa ruangan yang bisa digunakan untuk beberapa fungsi dalam satu ruang, ada ruangan yang harus bisa mengakomodasi servis eksternal (untuk ambulans, atau servis yang didatangkan dari luar), dan ada ruangan yang bersifat opsional.

Gambar dibawah akan menjelaskan diagram zonasi bangunan CRC



Gambar 2.3-2. Hubungan umum antar ruang

Sumber : Generic Brief for CRC

### 2.3.8.1 Area Kedatangan



Gambar 2.3-3. Hubungan ruang area kedatangan

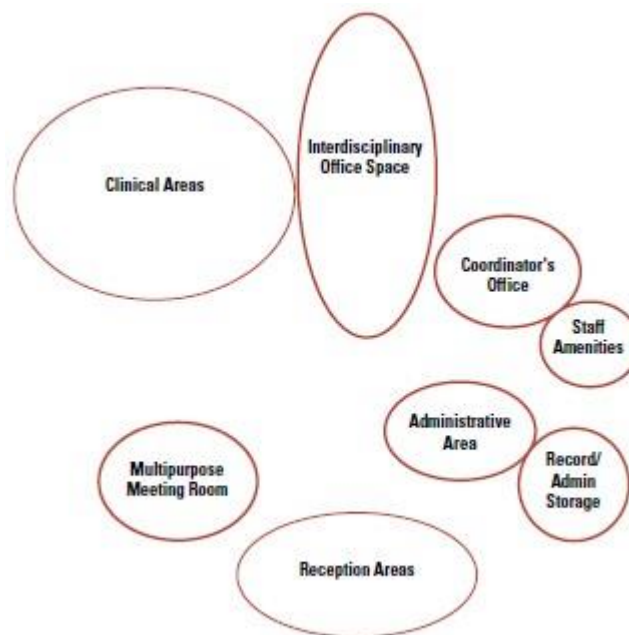
Sumber : Generic Brief for CRC

Ada beberapa elemen arsitektural yang sebaiknya ada dalam area kedatangan. Misalnya kanopi, kanopi menyediakan area kering untuk

akses keluar-masuk bangunan. Lebar kanopi sebaiknya mengakomodasi manuver kendaraan mobil dan ambulans. Pintu masuk bangunan harus terlihat jelas dari luar dan disinari dengan baik pada malam hari.

Termasuk dalam area kedatangan adalah area resepsionis dan ruang tunggu. Area resepsionis sebaiknya dekat dengan ruang tunggu dan ruangan yang mendukung, seperti kantor dan ruang administrasi. Sedangkan ruang tunggu harus bisa mengakomodir pengguna dengan kursi roda.

### 2.3.8.2 Area Kantor



Gambar 2.3-4. Hubungan ruang area kantor

Sumber : *Generic Brief for CRC*

Area kantor dibagi menjadi beberapa bagian sesuai dengan fungsi masing-masing bagian.

#### - Ruang administrasi

Ruang administrasi digunakan untuk pendaftaran residen baru, serta penyelesaian administrasi dan kelengkapan data residen. Pada bagian ini dibagi menjadi 2 area, yaitu area resepsionis dan area yang lebih tertutup untuk melakukan transaksi. Ruang administrasi lebih baik diletakkan dekat dengan resepsionis dan ruang tunggu dan memiliki akses langsung menuju ruang dokumen, dan akses yang mudah menuju ruang koordinator.

- Ruang dokumen

Merupakan ruang dokumen untuk menyimpan berbagai catatan administrasi. Ruangan ini sebaiknya dapat dikunci secara terpisah dari ruangan administrasi untuk menjaga keamanan dokumen berharga. Ruangan ini sebaiknya diletakkan masih dalam area ruang administrasi.

- Ruang koordinator

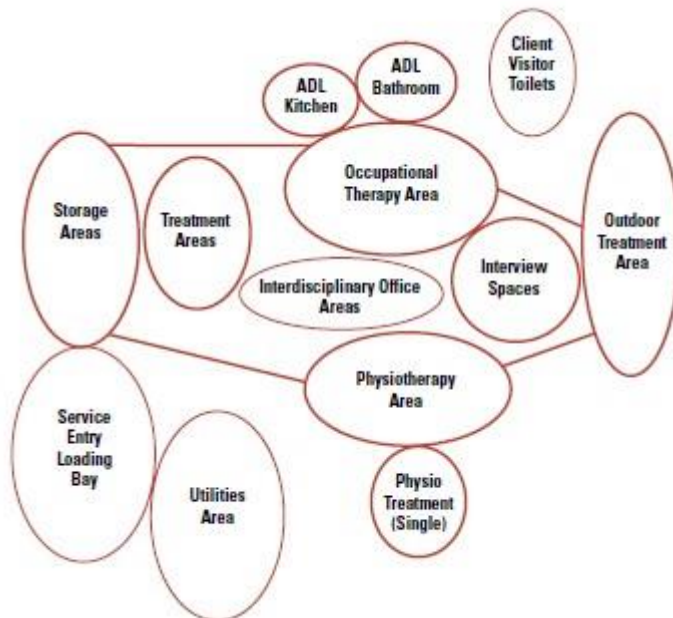
Ruang kerja koordinator. Memiliki privasi yang cukup baik untuk menyelesaikan masalah-masalah yang ada seperti masalah karyawan, maupun masalah dengan residen sehingga lebih baik jika ruangan ini kedap suara dan memiliki sedikit akses visual yang mampu diakses oleh staff dan klien/residen.

- Ruang kantor untuk konselor

Bisa berupa sebuah ruangan luas yang diisi dengan perabotan (meja dan kursi) untuk para konselor dan para staff, kecuali bagian klinik, karena staff bagian klinik memiliki kewajiban untuk tetap berada dalam klinik untuk menjaga kondisi residen.

Karena area kantor merupakan area yang hanya diakses oleh staff atau karyawan, maka sebaiknya area ini memiliki akses langsung menuju ke luar bangunan

### 2.3.8.3 Area Klinis



Gambar 2.3-5. Hubungan ruang area klinis

Sumber : Generic Brief for CRC

Area klinis dibutuhkan terutama pada saat detoksifikasi bagi residen baru, dan sebagai pelayanan untuk menjaga kesehatan residen. Selain itu unit ini bertugas merawat residen yang mengidap AIDS (residensial untuk ODHA terpisah dengan residensial untuk residen lain). Pada area ini terdapat ruang isolasi yang dilengkapi dengan sel.

Area ini harus terjaga kebersihannya. Akses langsung menuju *outdoor area* diperlukan untuk fungsi klinis dan fisioterapi. Fasilitas untuk mencuci tangan harus dapat diakses oleh semua staff. Toilet harus ditempatkan dekat dengan ruang utama (klinik). Kapasitas klinik disesuaikan dengan kapasitas pusat rehabilitasi. Ruangan untuk menyimpan obat harus memiliki keamanan yang memadai. Setiap sirkulasi obat masuk dan keluar harus tercatat dengan baik, residen dilarang membawa obat kedalam kamar, jadi setiap kebutuhan obat bagi residen akan disediakan dan diatur oleh klinik. Selain kebersihan, area klinik harus aksesibel bagi difabel.

Termasuk didalam area klinis adalah *outdoor treatment area* dan ruangan untuk fisioterapi. Untuk *outdoor treatment area* harus aman dan tidak memiliki akses langsung keluar dari fasilitas. *Furniture* seperti kursi, dll harus bersifat permanen untuk mengurangi resiko. Area *outdoor* untuk fisioterapi didesain menyediakan beberapa tekstur permukaan, pijakan, dan *slope*. Sedangkan area fisioterapi *indoor* digunakan untuk latihan berjalan dengan menggunakan *parallel bars* dll. Area ini bisa digabungkan dengan *gymnasium*.

*Individual treatment area* membutuhkan kurang lebih 2 fungsi, yaitu ruangan untuk *examination* dan ruangan untuk konsultasi dengan terapis atau konselor. Kolam untuk hidroterapi harus terlindung secara visual.

## 2.4 METODE TERAPI PONDOK PESANTREN

Pondok berasal dari kata *funduq* (bahasa Arab) yang artinya ruang tidur, asrama, atau wisma sederhana. Sedangkan pesantren berasal dari kata santri yang ditambah imbuhan pe- dan -an yang berarti tempat para santri

Pondok pesantren mulai berkembang di Indonesia sejak abad ke-.. dan terus mengalami kemajuan pesat hingga saat ini. Ada 2 jenis pondok pesantren yang berkembang dalam masyarakat, yaitu pondok pesantren salaf dan khalaf. Pondok pesantren salaf mempertahankan pengajaran kitab islam klasik sebagai inti pendidikan, tanpa mengenalkan pengajaran pengetahuan umum. Sedangkan

pondok pesantren khalaf memasukkan pelajaran umum dalam kurikulum madrasah yang dikembangkan, atau pesantren yang menyelenggarakan sekolah umum seperti MI, MTs, MA, atau bahkan PT dalam lingkungannya.

#### **2.4.1 Detoksifikasi**

Detoksifikasi di pesantren dilakukan dengan berbagai cara. Metode yang dilakukan di pondok pesantren Bahrul Maghfiroh dilakukan dengan cara membuat residen lapar dengan tidak memberikan makanan selama 3 hari, kemudian jika sakaw diberi air kelapa muda. Setelah 3 hari, maka residen diberi makanan yang sebelumnya telah diberikan doa.

Berbeda lagi dengan metode yang diterapkan di pondok pesantren Suralaya, Tasikmalaya, Jawa Barat. Pada awal masa detoksifikasi, para santri diwajibkan untuk mandi besar pada pukul 02.00 pagi, dan menjalankan rangkaian ibadah terus menerus hingga pukul 21.00. Begitu santri memasuki masa sakaw, maka mereka harus segera mandi dan shalat serta berdzikir. Begitu pula dengan beberapa pesantren lain yang menangani santri dengan masalah narkoba. Untuk tahap detoksifikasi, pondok pesantren menerapkan terapi air dengan cara mandi atau berendam dengan air doa. Tahap detoksifikasi pada umumnya memakan waktu 2 hingga 3 minggu, selama ini santri lebih baik dipisahkan dengan santri lainnya untuk memudahkan proses detoksifikasi.

#### **2.4.2 Rehabilitasi**

Pada awal tahap rehabilitasi, santri sudah boleh dilepas dan dicampur dengan santri lain, dengan dipantau oleh pengasuh pondok. Tahap rehabilitasi pada pondok pesantren melalui metode *inabah* (pemulihan). Metode *inabah* didasarkan pada Al-Qur'an, hadis, dan ijtihad para ulama. Bentuk terapi ini mencakup mandi, wudhu, shalat, taqlin dzikir dan pembinaan berbasis spiritualitas. Kegiatan lain yang masih berhubungan dengan terapi seperti pelajaran membaca Al-Quran, dan tata cara ibadah, terapi akupuntur, terapi air, pengajian, dan olah raga. Hal ini dilakukan untuk mengalihkan fokus para santri supaya mengisi waktu luangnya dengan kegiatan yang positif sehingga tidak ada waktu untuk memikirkan narkoba.

Menurut Gus Lukman, pimpinan Pondok Pesantren Bahrul Al Maghfiroh Malang, kunci terapi adalah pendampingan dari figure yang sabar dan mampu memberikan motivasi kepada santri. Para pecandu memiliki kondisi rohani yang kurang baik, sehingga mudah dimasuki sesuatu yang baru bagi mereka dan

tampak menjanjikan kesenangan, seperti narkoba. Kunci untuk menyembuhkannya adalah dengan pendekatan kekeluargaan, agamis, dan diorangkan (dihormati).

Selain menggunakan metode-metode spiritual (inabah) ada beberapa tambahan terapi yang mampu mendukung keberhasilan rehabilitasi, salah satunya adalah terapi dengan menggunakan air, dan terapi motivasi. Selain menggunakan air untuk membersihkan hadas dan najis besar pada saat santri pertama kali masuk rehabilitasi, terapi air juga dapat digunakan untuk perenungan atau refleksi diri dengan cara berendam di air sambil melakukan evaluasi terhadap diri sendiri dengan pantauan terapis atau pengasuh, atau santri dapat berdoa dan berdzikir. Hal ini dapat membantu membuka pikiran para santri tentang kerugian yang mereka alami karena narkoba.

Terapi motivasi sendiri merupakan hal yang inti dalam penyembuhan narkoba. Metode terapi ini dikenalkan oleh Ust. Toto Asmara (ponpes Al-Maghfirah). Terapi ini memanggil hati nurani dengan tidak adanya unsur pemaksaan, karena tanpa kemauan yang kuat dari pribadi santri maka kecil kemungkinan mereka untuk sembuh. Selain itu, *spiritual empowerment* para santri ditingkatkan, sehingga pada saat datang keinginan untuk memakai, santri mampu berpikir jernih dan melawan keinginan tersebut dengan cara memupuk nilai spiritual dalam diri (dengan dzikir), dan ditumbuhkan optimisme untuk melawan keinginan tersebut.

### 2.4.3 Re-Entry

Untuk menyiapkan para santri untk kembali ke masyarakat luas, maka konselor yang paling penting adalah orang tua, maka untuk itu orang tua akan dibimbing dan diberi pemahaman untuk memberikan sugesti positif dan membimbing anaknya untuk bersama-sama melakukan shalat fardhu, doa, dzikir dan lainnya sebagai bentuk motivasi dan dorongan untuk kesembuhan anaknya. Pelatihan ini dilakukan minimal satu kali selama anaknya menjadi santri.

Kekurangan rehabilitasi di pondok pesantren adalah, pondok pesantren lebih fokus pada terapi yang bersifat spiritual dan menguatkan mental, namun penambahan keterampilan seperti keterampilan bercocok tanam, beternak, otomotif kurang diperhatikan. Padahal, bentuk keterampilan seperti ini sangat penting untuk para santri masuk ke masyarakat setelah keluar dari rehabilitasi.

## 2.5 BANGUNAN PONDOK PESANTREN

Fungsi utama pondok pesantren adalah untuk belajar agama, beribadah, dan tempat tinggal bagi para santri. Bangunan arsitektural harus mengakomodasi fungsi tersebut yang diwujudkan dalam ruang untuk belajar, ibadah, dan beristirahat dengan memenuhi kriteria-kriteria arsitektur dalam agama Islam.

Selain itu pondok pesantren memiliki kecenderungan akan berkembang, sehingga pondok pesantren biasanya dirancang fleksibel bagi penambahan dan perubahan.

### 2.5.1 Kebutuhan Ruang

Kebutuhan ruang dalam pondok pesantren tidak lepas dari pola aktifitas penghuninya. Secara mikro, kebutuhan ruang yang dibutuhkan

*Tabel 2.5-1. Tabel Kebutuhan Ruang di Pondok Pesantren*

Pengguna	Kegiatan	Kebutuhan Ruang
Santri	Pendidikan	Ruang Kelas
		Laboratorium
		Perpustakaan
	Istirahat	Asrama
		Kamar Mandi
	Beribadah	Masjid
	Makan	Ruang Makan
Olahraga dan keterampilan	Lapangan	
	Taman	
Ustadz	Mengajar	Ruang Kelas
		Taman
	Tinggal	Rumah Tinggal
	Rapat	Ruang majelis

Pengurus Yayasan	Administrasi	Ruang Kantor dan Administrasi
		Ruang Tamu
Penjenguk (Orang Tua/Wali Santri)	Bertamu	Ruang Tamu, Taman
	Beribadah	Musholla / masjid
	Makan	Kantin
	Parkir	Lapangan Parkir
	Menginap	Penginapan

Sumber : Analisis Penulis

## 2.5.2 Standar Desain

Sebuah pesantren harus dirancang sesuai dengan kaidah agama islam, prinsip utama dalam pondok pesantren adalah pemisahan antara pondok pesantren untuk santri putra dan putri. Zonasi untuk pondok pesantren dibagi menjadi 4 : Zona publik untuk pengunjung dan penjenguk santri, Zona Semi publik untuk masjid, Zona Privat untuk santri dan ustadz, dan Zona servis.

### Zona Privat

#### - Asrama

Asrama untuk santri lebih baik memiliki kamar dengan kapasitas minimal 5 orang untuk menghindari terjadinya kelompok sosial. Beberapa pesantren mengaplikasikan sistem *rolling room* setiap beberapa bulan sekali. Bangunan asrama harus tertutup terutama bagi asrama putri, setiap bukaan yang ada harus diatur untuk meminimalisir keterbukaan visual ruangan asrama, namun dapat memasukkan cahaya yang cukup untuk menjaga kesehatan lingkungan asrama. Perabotan yang dipasang di dalam asrama hanya lemari dan tempat tidur untuk masing-masing santri. Tidak boleh ada terlalu banyak perabotan yang dapat mengakomodasi santri untuk menyembunyikan barang-barang.

Material yang digunakan untuk asrama menyesuaikan dengan tipologi bangunan sekitar. Penggunaan keramik dan dinding bata yang difinishing dengan cat dengan warna-warna netral lebih banyak digunakan pada pondok pesantren di Indonesia.

#### - Kamar Mandi

Kamar mandi diletakkan disetiap blok asrama dan memiliki kapasitas yang cukup untuk setiap penghuni asrama menggunakan kamar mandi secara bergantian. Selain untuk mandi, kamar mandi menjadi satu fasilitas dengan tempat untuk mencuci dan menjemur pakaian,

- Ruang Makan

Ruang makan merupakan salah satu fasilitas asrama dan berada di tengah asrama dan dekat dengan zona servis (dapur). Ruang makan biasanya berupa aula besar dengan meja panjang dan kursi yang berjejer digunakan untuk makan bersama para santri dan ustadz/ah.

### **Zona Semi Publik**

#### **- Masjid**

Masjid dalam lingkungan pondok dibuat dengan luasan yang cukup untuk menampung seluruh santri dan penghuni pondok pesantren, serta masyarakat sekitar pondok. Selain untuk beribadah, masjid sebaiknya bisa mengakomodasi aktifitas lain seperti kajian kelompok, rapat kecil, dan acara-acara hari-hari besar.

Warna-warna yang biasa digunakan di masjid adalah warna-warna islami yaitu kombinasi hijau, kuning, ataupun biru dan menghindari warna-warna panas seperti merah, jingga, dan warna yang gelap seperti hitam. Material yang digunakan untuk lantai biasanya menggunakan karpet, atau lantai keramik yang mudah dibersihkan dan tidak menyimpan debu. Sedangkan untuk material dinding biasanya masjid menggunakan kombinasi dinding bata dengan roster dengan pattern berbentuk bunga, daun, atau bentuk geometrik lain yang memiliki aksent islami.

Masjid lebih baik terletak ditengah-tengah kawasan pondok untuk mempermudah akses dari segala penjuru pondok pesantren.

### **Zona Publik**

#### **- Lapangan Parkir**

Lapangan parkir untuk memfasilitasi kendaraan penjuruk santri. Pada beberapa pondok pesantren, lapangan parkir digunakan untuk bertemu dengan santri

#### **- Ruang Penerima Tamu**

Resepsionis bertugas untuk menyambut tamu atau penjuruk dan menyampaikan pesan kepada para santri untuk menemui penjuruknya. Resepsionis sebaiknya memiliki ruang yang memadai bagi para penjuruk.

#### **- Taman**

Fungsi taman untuk membuat suasana yang nyaman dan santai bagi para penjuruk dan santri, sehingga mereka bisa menghabiskan waktu berbincang-bincang di taman, dibandingkan dengan ruangan bagi tamu yang biasanya terkesan 'dingin'.

#### **- Keamanan**

Faktor keamanan pondok pesantren harus benar-benar diperhatikan, terutama akses mobilitas santri. Untuk menghindari aktifitas negative yang dapat masuk dengan bebas, akses keluar-masuk santri harus dapat diawasi dengan baik

### 2.5.3 Pola Zonasi



Gambar 2.5-1. Pola Zonasi di Pondok Pesantren

Sumber : Analisis Penulis

## 2.6 METODE THEURAPEUTIC COMMUNITY (TC)

Terapi Komunitas adalah terapi partisipatif berbasis kelompok untuk penderita penyakit mental, gangguan kepribadian, dan ketergantungan narkoba. Biasanya terapi ini dilakukan dengan klien dan terapis hidup bersama, seperti konsep pondok pesantren dimana santri dan pengasuh tinggal bersama. Dengan tinggal bersama, mereka diibaratkan sebagai sebuah ‘keluarga’ yang memiliki masalah dan tujuan yang sama, yaitu menolong diri sendiri dan sesama untuk mengubah perilaku yang negatif ke arah perilaku yang positif.

### 2.6.1 Detoksifikasi/ Induksi

Tahap induksi berlangsung kira-kira 30 hari pertama saat residen masuk dan merupakan persiapan untuk masuk tahap *primary*. Tahap induksi sangat penting karena merupakan tahap adaptasi bagi para residen.

### 2.6.2 Primary

Dalam tahap ini, residen diharapkan melakukan sosialisasi, pengembangan diri, serta meningkatkan kepekaan psikologis dengan melakukan aktivitas dan sesi terapi yang diterapkan selama kurang lebih 3 sampai 6 bulan. Tahap *primary* dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu:

- *Younger member*
- *Middle peer*
- *Older member*

Dalam tahap *primary* ada beberapa kegiatan terapi berbentuk kelompok kecil yang berlangsung setiap hari, yaitu:

- *Static Group*
- *Morning meeting*
- *Morning briefing*
- *Open house*
- *Seminar*
- *General meeting*
- *Encounter group*

Tahap ini memiliki tujuan untuk memfasilitasi residen agar dapat bersosialisasi dengan kehidupan luar setelah menjalani perawatan. Pada tahap ini residen diperbolehkan beberapa hari kembali ke rumah masing-masing untuk menunjukkan kemajuannya kepada lingkungan rumahnya, sekaligus untuk mengetes keberhasilan program.

Dengan pulang ke rumah, diharapkan orang tua dan lingkungan keluarganya percaya kepada residen, bahwa Ia sudah bebas narkoba, biasanya hal ini dapat dilihat dari fisik residen yang lebih gemuk, dan segar. Namun ada beberapa kasus dimana saat residen kembali pulang ke rumah, Ia kembali menggunakan narkoba dan tidak kembali ke pusat rehabilitasi.

Selain itu pada tahap ini residen diberi bekal keterampilan khusus sesuai dengan minat residen. Nantinya pada saat lulus, residen akan diberi hadiah berupa alat-alat yang akan membantu residen meneruskan keterampilannya tersebut.

#### **2.6.4 Aftercare**

Program untuk alumni (ex-residen). Program ini dilaksanakan di luar panti dan diikuti oleh staff, bersifat rekreatif.

### **2.7 BANGUNAN TC**

TC merupakan suatu program atau *treatment* yang bertujuan untuk mengembalikan residennya ke keadaan semula dengan cara *man help man to help himself* (seseorang menolong orang lain untuk menolong dirinya). Pada dasarnya, setiap residen menjadi konselor bagi residen yang lain dengan bantuan konselor ahli. Dengan cara ini dapat kita tarik kesimpulan bahwa terapi pada TC kebanyakan merupakan terapi berkelompok.

Metode TC telah berkembang mulai tahun 1963 di Daytop Village di New York dan telah berkembang ke Negara-negara lain, dan tidak hanya diaplikasikan untuk korban ketergantungan narkoba, namun juga untuk *alcoholic* dan korban kekerasan rumah tangga. TC sendiri saat ini berkembang menjadi 2 yaitu TC murni, dan TC campuran. Pada dasarnya keduanya sama-sama mempraktikkan TC, namun TC campuran ditambah dengan terapi lain seperti akupuntur, obat-obatan herbal, atau terapi keagamaan.

Kegiatan TC berprinsip komunitas adalah agen peubah, konsep kekeluargaan menjadi penekanan dalam TC (Sequeenta, 2008). Pada dasarnya segala kegiatan

sehari-hari dalam rehabilitasi telah terstruktur dan terorganisir, sehingga setiap individu memiliki perannya masing-masing dalam komunitas. Oleh karena itu, kebutuhan dan standar ruang dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 2.7-1. Kebutuhan Ruang yang Memenuhi Prinsip Metode TC

Prinsip Metode TC	Kebutuhan Ruang TC	Pemenuhan Kebutuhan Ruang
<p>TC merupakan sebuah miniatur masyarakat yang berbasis keluarga yang bertujuan untuk mengembalikan residen kepada kondisi semula melalui pendekatan perilaku</p>	<p>TC memberikan rasa penerimaan dan rasa aman bagi residen.</p> <p>Bahwa TC merupakan sebuah minatur masyarakat memberikan gambaran bahwa aka nada interaksi sosial yang memiliki aturan dan hirarki didalamnya, dan memaksimalkan interaksi antar residen dan konselor untuk mendukung keberhasilan program.</p> <p>TC mengisolasi individu dari pengaruh luar agar residen fokus menjalani segala kegiatan sehingga proses pemulihan berjalan optimal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang yang memberi privasi, perlindungan, dan tempat bernaung, menciptakan pola hidup keseharian yang rutin, memberikan keberadaan 'rumah' dalam pusat rehabilitasi sebagai bagian dari hubungan yang memberikan kehangatan.</li> <li>2. Tersedianya ruang interaksi publik yang dapat diakses oleh semua residen. Ruang ini harus mengakomodasi pengawasan yang cukup dan tidak berlebihan sehingga residen dapat berinteraksi dengan nyaman.</li> <li>3. Batasan terhadap area luar rehabilitasi yang jelas, digambarkan dengan bentuk lingkungan fisik dan batas yang tegas.</li> </ol>
<p>Kegiatan dalam TC merupakan kegiatan yang dilakukan baik oleh komunal, kelompok, maupun individu</p>	<p>TC memicu residen untuk selalu berinteraksi dalam kelompok, dan mengurangi ruang individual yang dapat mengganggu jalannya program. Meskipun kegiatan TC merupakan kegiatan kelompok, ruangan yang ada</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang untuk kegiatan komunal yang dapat menampung semua residen. Ruang tersebut mengakomodasi residen untuk berinteraksi dan berkomunikasi dengan baik.</li> <li>2. Ruang untuk kegiatan kelompok maupun terapi kelompok</li> <li>3. Ruang dengan fasilitas khusus untuk kebutuhan khusus</li> </ol>

	<p>sebaiknya memberikan privasi yang cukup bagi individu, baik ruang terapi maupun ruangan lain sehingga tidak terjadi benturan antara kebutuhan ruang untuk kelompok maupun individu.</p>	<p>dipertegas fungsinya, untuk menghindari penyalahgunaan ruang.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ruang yang ada saling terhubung, memiliki bukaan yang cukup dan akses yang mudah diawasi sehingga tidak terjadi penyalahgunaan ruang.</li> <li>5. Disediakan ruangan yang memberikan privasi dan teritori sehingga dapat menyeimbangkan kegiatan komunal dan individu</li> </ol>
<p>Terapi TC memberikan struktur dan hirarki dalam sosialisasi residen, yang dapat dicapai secara bertahap dan intensif. Dalam menjalani sosialisasi di pusat rehab, tentu saja berlaku norma yang membentuk tanggung jawab dan kebiasaan residen dalam rangka membantu penyembuhan. Salah satu metode yang ditekankan dalam TC adalah metode <i>reward and punishment</i>, yang melibatkan baik kelompok maupun individu.</p>	<p>TC adalah sebuah program terpadu, maka sebisa mungkin segala kegiatan memiliki ruang masing-masing yang dapat diakses oleh orang tertentu berdasarkan hirarki yang ada. Struktur dan hirarki muncul dari tahapan dan norma-norma sehingga menghasilkan <i>reward and punishment</i> yang harus dipatuhi oleh semua residen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada ruang yang menjadi kuasa dari residen tertentu atas dasar kedudukannya yang lebih tinggi dalam hirarki sehingga ruang tersebut dapat atau tidak dapat dimasuki oleh residen tertentu.</li> <li>2. Kegiatan yang intensif memiliki durasi yang cukup panjang dalam penggunaan ruang sehingga ruang harus diciptakan untuk memberi kenyamanan secara psikis.</li> <li>3. Ruang harus mengatasi terbentuknya teritori yang dibentuk oleh sekelompok residen, karena akan menimbulkan perpecahan. Maka sebisa mungkin teritori oleh satu kelompok masih dalam batas kewajaran.</li> </ol>

Sumber: Octaviani, Ayu. 2010. *Lingkungan Fisik Rumah Rehabilitasi Pengguna Narkoba dengan Metode TC*. Skripsi Sarjana Departemen Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Indonesia Jakarta: tidak diterbitkan

### 2.7.1 Pola Aktivitas dan Ruang yang dibutuhkan

Pada metode TC segala aktivitas residen telah dijadwalkan sesuai dengan kedudukan dan tanggung jawabnya dalam komunitas. Beberapa aktivitas yang mempengaruhi ruang disajikan dalam tabel berikut ini :

Tabel 2.7-2. Aktivitas dan Ruang yang Dibutuhkan dalam TC

Kegiatan TC	Pelaku	Waktu	Ruang yang Dibutuhkan
<i>Morning Meeting</i>	Seluruh residen	Setiap hari	Aula yang cukup untuk semua residen duduk melingkar (bukan duduk berjajar). Ruangan bisa berupa aula dengan perabot yang mudah dipindahkan, atau ruang makan.
<i>Static Group</i>	Kelompok kecil 5-8 orang (termasuk konselor)	Setiap hari	Ruang untuk diskusi santai beberapa kelompok sesuai dengan kapasitas rehabilitasi. Bisa berupa: taman, ruangan indoor, ruang santai (ruang keluarga), perpustakaan
<i>Morning Briefing and Open House</i>	Seluruh residen	1 minggu sekali pada akhir minggu	Aula yang cukup untuk semua residen duduk melingkar (bukan duduk berjajar). Ruangan bisa berupa aula dengan perabot yang mudah dipindahkan, atau ruang makan.
Seminar	Seluruh residen, bisa dilakukan secara bergantian	Minimal 2 minggu sekali	Ruang multimedia.
<i>General Meeting</i>	Seluruh residen	Saat terjadi pelanggaran	Aula yang cukup untuk semua residen duduk

		utama	melingkar ataupun berjajar.
<i>Encounter Group</i>	1 Kelompok paling banyak 20 orang	1 minggu 2 kali	Ruangan yang cukup untuk 1 kelompok membentuk lingkaran dengan 2 orang duduk di tengah berhadapan.
<i>Holder Meeting</i>	Residen yang memiliki wewenang/ tanggung jawab organisasional. (RCO, COD, Chief, Shingle, HOD)	1 minggu sekali	Ruangan <i>clinical</i> (ruang rapat konselor), dan ruang kerja untuk RCO, COD dan Chief).
Rehabilitasi Medis	Individual	Fleksibel	Klinik dan ruang isolasi untuk residen baru.
Kegiatan Kerohanian	Individual	Setiap hari	Ruang ibadah dan ruang untuk bimbingan spiritual.
Peningkatan keterampilan	Kelompok	Setiap hari	Perpustakaan, ruang computer, bengkel, peternakan, kebun/sawah, ruang kesenian, dll.
Terapi Individu	Residen dan terapis	Fleksibel	Ruang terapi individu. Jika memungkinkan bisa ditambah ruangan-ruangan untuk terapi opsional seperti terapi air, akupuntur, dll.
Waktu keluarga	Residen dan keluarga residen	Sabtu- Minggu	Ruang tamu yang nyaman, dan memiliki pengawasan yang cukup.
Olahraga	Residen	1 minggu 1 kali	Lapangan serbaguna (untuk basket, futsal, voli, badminton).

## 2.7.2 Jenis Ruang dan Atmosfir yang Ingin dicapai

- a. Ruang detoksifikasi : aman, terkontrol, higienis, terisolasi, privasi tinggi, mudah dicapai jika ada kondisi darurat.
- b. Ruang pengawas : Tenang, higienis, tidak membosankan, tersembunyi dan terjangkau.
- c. Ruang konsultasi individu : akrab, privasi tinggi, kedap suara. Layanan konseling bisa dilakukan oleh psikiater maupun pemuka agama yang memahami mengenai psikologi pecandu narkoba. Pada saat konsultasi, hanya ada 2 pengguna dalam ruang yaitu konselor dan residen, sehingga residen merasa tenang dan nyaman.
- d. Ruang dokter jaga (klinik) : tenang, teratur, higienis, mudah diakses
- e. Ruang meditasi : tenang, alami, terkontrol, privasi tinggi. Ruang meditasi bisa berupa masjid (bagi yang beragama islam). Walaupun masjid adalah fasilitas public, residen dapat memiliki privasi yang cukup untuk bermeditasi dengan berdzikir. Perlunya ruangan untuk meditasi berkaitan dengan keberhasilan program yang membutuhkan residen menghayati dan mendalami hal-hal yang sebelumnya telah Ia dapatkan sebelum dan sesudah berada di rehabilitasi.
- f. Ruang hidroterapi : tenang, alami, terpantau, privasi tinggi. Hidroterapi menggunakan air dengan berbagai suhu disesuaikan dengan kebutuhan.
- g. Ruang rekreasi dan *outdoor treatment* : Dapat berupa taman, sehingga para residen dapat bersantai. Taman dapat dilengkapi dengan fasilitas yang dapat digunakan untuk fisioterapi seperti *parallel bars*, atau material lantai yang kasar sehingga bisa dijadikan pijat refleksi.
- h. Ruang santai : terang, tenang, tidak membosankan. Ruangan ini boleh dilengkapi dengan TV sebagai sarana interaksi antar residen.
- i. Asrama : nyaman, tenang. Asrama dipisah antara laki-laki dan perempuan, serta residen ODHA.
- j. Ruang makan : nyaman, tenang, terang. Saat residen makan bersama, semua harus hadir untuk setelah itu bersama-sama melakukan *morning meeting*.
- k. Ruang terapi kelompok : nyaman, tenang, memberikan privasi yang cukup. Bentuk ruang terapi kelompok tidak harus berbentuk ruangan, namun bisa berupa *spot* di taman.

### 2.7.3 Teori Setting dan Perilaku

Pusat rehabilitasi sebagai layanan yang berpotensi besar membantu kesembuhan residen. Untuk mendukung hal tersebut, maka ruang-ruang yang ada dalam suatu pusat rehab harus memberikan suasana yang mendukung bagi kesembuhan pasien. Mulai dari luasan ruang, peletakan ruang dan fasilitas, pemilihan material dan warna, tekstur, dan bentuk

Beberapa variabel yang berpengaruh terhadap perilaku adalah:

#### 1. Ukuran dan bentuk

Bentuk ruangan yang luas dan memiliki batas vertical yang tinggi memiliki kesan luas, dan tidak berdaya/kecil bagi orang didalamnya. Bentuk ruangan yang kaku juga berpengaruh terhadap suasana hati penghuninya. Bentuk ruangan yang dinamis memberikan kesan yang kreatif dan fleksibel, serta bebas. Bentuk ruangan yang menyudut 90<sup>0</sup> juga kurang baik digunakan dalam area klinis karena mudah menyimpan debu.

#### 2. Perabotan

Perabotan yang diletakkan dalam satu ruangan menyesuaikan dengan fungsi ruang dan kapasitas ruangan. Ruangan dengan banyak perabot akan membuat penghuni merasa sesak. Penataan perabotan secara simetris memberikan kesan kaku, teratur, disiplin, dan resmi. Perabotan disesuaikan dengan pengguna ruangan, perlu perabotan dengan ukuran dan material tertentu untuk pengguna difabel.

#### 3. Warna dan motif

Warna memiliki peran penting dalam *menyetting* suasana dalam suatu ruangan. Seperti ditulis dalam *Generic Brief of CRC*, beberapa warna memiliki kesan tertentu yang akan mempengaruhi kesan suatu ruang

Tabel 2.7-3. Warna dan Pengaruhnya dalam Psikologis

Warna	Respon Psikologis
Biru	Tenang, damai, nyaman, kontemplatif
Hitam	Kuat, <i>powerful</i> , sedih, tidak menyenangkan
Putih	Dingin, murni, sedih
Kuning	Ceria, menginspirasi, hidup

Ungu	Bermartabat, menyedihkan
Merah	Merangsang, panas, aktif, bahagia
Oranye	Hidup, energik, gembira
Hijau	Tenang, tentram, lengang, <i>refreshing</i>
Pastel	Netral, menenangkan

Sumber : *Generic Brief for CRC*

#### 4. Suara, temperatur, dan pencahayaan

Pengaturan cahaya dapat mempengaruhi kondisi psikologis penghuni suatu ruangan. Hal ini dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan suatu ruangan dan penambah unsur estetika. Misalnya, ruangan untuk makan biasanya menggunakan cahaya lampu yang tidak begitu terang dan berwarna kuning, sedangkan ruang kelas atau area untuk belajar menggunakan cahaya lampu yang terang dan berwarna putih.

Kualitas cahaya yang tidak sesuai dengan fungsi ruangan akan berakibat fatal bagi aktifitas dalam ruangan tersebut.

#### 5. Teritori

Adalah suatu area yang secara spesifik dimiliki dan dipertahankan baik secara fisik maupun non fisik. Pada bangunan pusat rehabilitasi, perlu dipertimbangkan penyusunan ruang sehingga tidak terbentuk suatu kelompok residen tertentu yang menguasai suatu teritori tertentu.

#### 6. Ruang Privat

Adalah suatu mekanisme perilaku untuk mencapai privasi tertentu. Ada 4 karakteristik ruang privat yaitu : daerah batas diri yang diperbolehkan dimasuki orang lain, kedua ruang personal bukan berupa pagar yang tampak mengelilingi, batasan ruang privat adalah dinamis, dan pelanggaran ruang personal akan dirasakan sebagai ancaman.<sup>12</sup>

#### 7. Ruang Semi Publik

Adalah suatu mekanisme perilaku untuk mendapatkan tingkat privasi yang lebih rendah daripada ruang privat. Ruang-ruang semi publik bisa diakses oleh orang tertentu dengan pengawasan atau ijin dari pihak tertentu. Biasanya ruang semi publik diidentifikasi dengan adanya batasan berbentuk fisik.

<sup>12</sup> Sommer dalam Altman, 1975 (<http://yulierizkiutami.blogspot.co.id/2011/04/privasi-ruang-personal-personal-space.html> diakses pada 26/12/2015 pukul 18:32).

## 8. Ruang Publik

Ruang publik merupakan sebuah area yang dengan bebas bisa diakses orang umum tanpa perlu pengawasan maupun ijin dari pihak tertentu. Pada ruangan publik, tingkat privasi yang tersedia sangat rendah bahkan nyaris tidak ada. Biasanya suatu ruang publik di identifikasikan dengan batas fisik yang minimal dari suatu area.

## 2.8 STUDI KASUS

### 2.8.1 Pusat Rehabilitasi PSPP di Maguwoharjo Yogyakarta

Pusat rehabilitasi Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta (PSPP) berdiri sejak tahun 2003 diprakarsai oleh Gubernur D.I. Yogyakarta terletak di Purwomartani, Kalasan, Sleman. Panti ini memiliki kapasitas 75 residen dengan luas tanah 2500m<sup>2</sup>.

#### 2.8.1.1 Tujuan dan Sasaran Pelayanan

Mendukung terwujudnya sumber daya manusia dan generasi muda bangsa yang bebas dari bahaya NAPZA. Serta terbinanya generasi muda yang kuat iman, kuat mental dan mandiri tanpa NAPZA.

Sasaran keberhasilan program ini terutama kepada residen, dan lingkungan terdekatnya seperti keluarga dan teman-temannya. Diharapkan dengan keberhasilan program ini terwujudnya residen yang bersih dari penyalahgunaan narkoba serta menjalankan kehidupan sehari-hari dengan pola hidup sehat, teratur, dan bertanggung jawab. Dengan begitu, akan terwujud lingkungan keluarga dan pertemanan yang harmonis dan komunikatif, serta lingkungan yang memahami satu sama lain.

Selain itu, secara langsung PSPP mendukung peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai bahaya penyalahgunaan narkoba dan mendorong peran serta masyarakat untuk berpartisipasi aktif melakukan upaya pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan narkoba.

#### 2.8.1.2 Metode Pelayanan dan Jenis Pelayanan

Program pelayanan terapi di PSPP merupakan pelayanan terpadu dengan jangka waktu 1 tahun (tergantung perkembangan residen). Metode dasar yang digunakan adalah metode *Theurapic Community* (TC). Pelayanan di PSPP difokuskan pada 4 hal utama yaitu perubahan

perilaku, penataan emosi dan psikologi, peningkatan dbidang spiritual dan intelektual, serta kemampuan bertahan hidup dan kemandirian.

Jenis pelayanan di PSPP sendiri dibagi menjadi 2, yaitu program reguler dan kelas hukum. Kelas hukum merupakan hasil tangkapan BNN yang kemudian diserahkan ke PSPP untuk dibina sesuai dengan periode yang ditetapkan oleh pengadilan

#### 2.8.1.2.1 Aktifitas Kelas Reguler

*Tabel 2.8-1. Jadwal Kegiatan Harian Kelas Reguler di PSPP Yogyakarta*

Jadwal Harian Kelas Reguler	
Waktu	Aktifitas
04.30	Sholat subuh
05.00	Bersih-bersih rumah
06.30	Mandi
08.00	<i>Morning Briefing</i>
09.00	Gotong-royong / Keterampilan ( <i>function's department</i> )
11.30	Istirahat / <i>follow up</i>
12.00	Sholat duhur
12.30	Makan siang
13.00	<i>Personal responsible (reading, leisure time, art session)</i>
14.00	Terapi kelompok siang
15.00	Sholat Ashar
15.15	Evaluasi program siang
15.30	Olahraga & rekreasi
17.00	Mandi

18.00	Sholat maghrib
18.30	Makan malam
19.00	Sholat isya
20.00	Terapi kelompok malam
21.00	Evaluasi program malam
22.00	Tidur
22.30	Peninjauan asrama ( <i>running fire</i> )

Sumber: PSPP Yogyakarta

Tabel 2.8-2. Jadwal Terapi Kelompok Kelas Reguler di PSPP Yogyakarta

Jadwal Terapi Kelompok		
Hari	Waktu	Terapi
Senin	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	Grup siang / <i>responsible interaction</i>
	20.00	Seminar
Selasa	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	Seminar PHBS / <i>responsible interaction</i>
	20.00	<i>Static group</i>
Rabu	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Discussion group / responsible interaction</i>
	20.00	P.A.G.E
Kamis	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Medical check up / responsible interaction</i>
	16.00	Konseling psikologi
	20.00	<i>Religious session</i>
Jumat	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Resident meeting</i>
	20.00	

		<i>Sharing circle</i>
Sabtu	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Responsible Interaction / Family Gathering</i>
	20.00	<i>Saturday night activity</i>
Minggu	08.00	<i>Morning briefing</i>
	10.00	<i>Family gathering</i>
	20.00	<i>Responsible interaction</i>

Sumber: PSPP Yogyakarta

#### 2.8.1.2.2 Kelas Hukum

Tabel 2.8-3. Jadwal Harian Kelas Hukum di PSPP Yogyakarta

Jadwal Harian Kelas Hukum	
Waktu	Aktifitas
04.30	Sholat subuh
05.30	Mandi
06.30	Makan pagi
08.30	<i>Morning Commitment</i>
09.00	Gotong-royong / Keterampilan ( <i>function's department</i> )
11.30	Istirahat / <i>follow up</i>
12.00	Sholat duhur
12.30	Makan siang
13.00	Terapi edukasi (CBT/Reality/TRE)
14.00	Terapi kelompok siang
15.00	Sholat Ashar
15.15	Evaluasi program siang ( <i>afternoon wrap up</i> )
15.30	Olahraga & rekreasi

17.00	Mandi
18.00	Sholat maghrib
18.30	Makan malam
19.00	Sholat isya
20.00	Terapi kelompok malam
21.00	Evaluasi program malam
22.00	Tidur
22.30	Peninjauan asrama ( <i>running fire</i> )

Sumber: PSPP Yogyakarta

Tabel 2.8-4. Jadwal Terapi Kelompok Kelas Hukum di PSPP Yogyakarta

Jadwal Terapi Kelompok Kelas Hukum		
Hari	Waktu	Terapi
Senin	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Cracle Barrel / responsible interaction</i>
	20.00	Seminar
Selasa	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	Seminar PHBS / <i>responsible interaction</i>
	20.00	<i>Static group</i>
Rabu	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Discussion group / responsible interaction</i>
	20.00	P.A.G.E
Kamis	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Medical check up / responsible interaction</i>
	16.00	Konseling psikologi
	20.00	<i>Religious session</i>
Jumat	08.00	Elaborasi Komitmen

	14.00	<i>Resident meeting</i>
	20.00	<i>Sharing circle</i>
Sabtu	08.00	<i>Morning briefing</i>
	14.00	<i>Responsible Interaction / Family Gathering</i>
	20.00	<i>Saturday night activity</i>
Minggu	08.00	Kerja Bakti Rumah
	10.00	<i>Family gathering</i>
	20.00	<i>Responsible interaction</i>

Sumber: PSPP Yogyakarta

### 2.8.1.3 Fasilitas

Berikut ini merupakan tabel yang berisi fasilitas yang tersedia di PSPP beserta jumlah unit dan pengajar PSPP.

Tabel 2.8-5. Daftar Fasilitas PSPP Yogyakarta

No	Fasilitas	Jumlah Unit
1	Kantor	1
2	Asrama	4
3	Tempat kegiatan utama (main area)	2
4	Poliklinik dan peralatan medis	1
5	Ruang isolasi	2
6	Aula	1
7	Mushola	1
8	Perpustakaan	1
9	Ruang praktik computer	1
10	Komputer praktek	7
11	Ruang praktik bengkel motor	1

12	Kendaraan praktik roda 2	4
13	Ruang praktik bengkel mobil	1
14	Kendaraan praktik roda 4	5
15	Ruang teori	1
16	Ruang Musik	1
17	Ruang olahraga indoor dgn fasilitas alat fitness	1
18	Areal perkebunan	1
19	Lapangan	1
20	Parkiran kendaraan roda 2	2
21	Parkiran kendaraan roda 4	4
22	Rumah dinas petugas	3

*Sumber: PSPP Yogyakarta*

*Tabel 2.8-6. Daftar Pekerja Profesional di PSPP Yogyakarta*

No	Profesional	Orang
1	Pekerja sosial	5
2	Konselor adiksi	3
3	Dokter/psikiater	2
4	Dokter umum	1
5	Psikolog	2
6	Perawat	4
7	Pendamping	3
8	Satpam	8

9	Juru masak	3
10	Instruktur bimbingan sosial	5
11	Instruktur agama/rohani	2
12	Instruktur bimbingan sosial keterampilan  - Montir sepeda motor - Montir mobil - Computer - Seni music - Teknisi elektronik - Perikanan - Peternakan - pertanian	Masing-masing 1 orang

*Sumber: PSPP Yogyakarta*

#### **2.8.1.4 Foto Bangunan PSPP**



*Gambar 2.8-1. Gedung Perpustakaan*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-2. Gedung Aula untuk Tamu*



Gambar 2.8-3. Asrama untuk Residen yang mengidap AIDS

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015



Gambar 2.8-4. Koridor Penghubung Asrama ke Main Room

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015



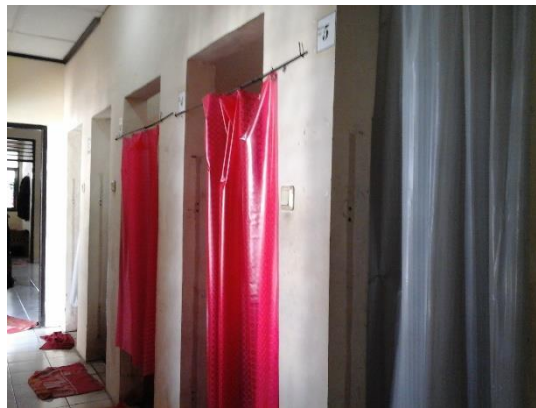
Gambar 2.8-5. Gazebo

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015



*Gambar 2.8-6. Kamar Residen Kelas Hukum*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-7. Kamar Mandi Asrama*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-8. Dapur Asrama*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-9. Ruang Isolasi di Dalam Klinik*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-10. Musholla*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-11. Musholla*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-12. Lahan Bercocok Tanam untuk Residen*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



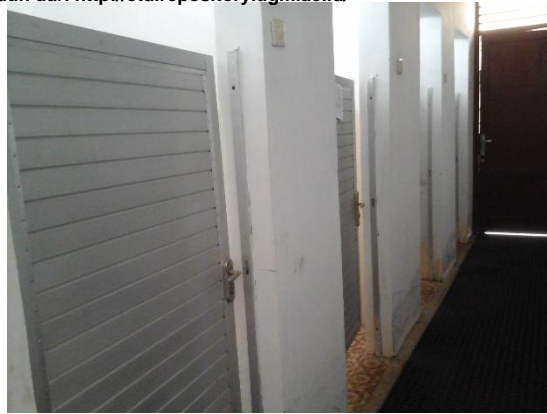
*Gambar 2.8-13. Ruang Makan.*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-14. Asrama Kelompok Reguler*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*



*Gambar 2.8-15. Kamar Mandi Kelas Reguler*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*

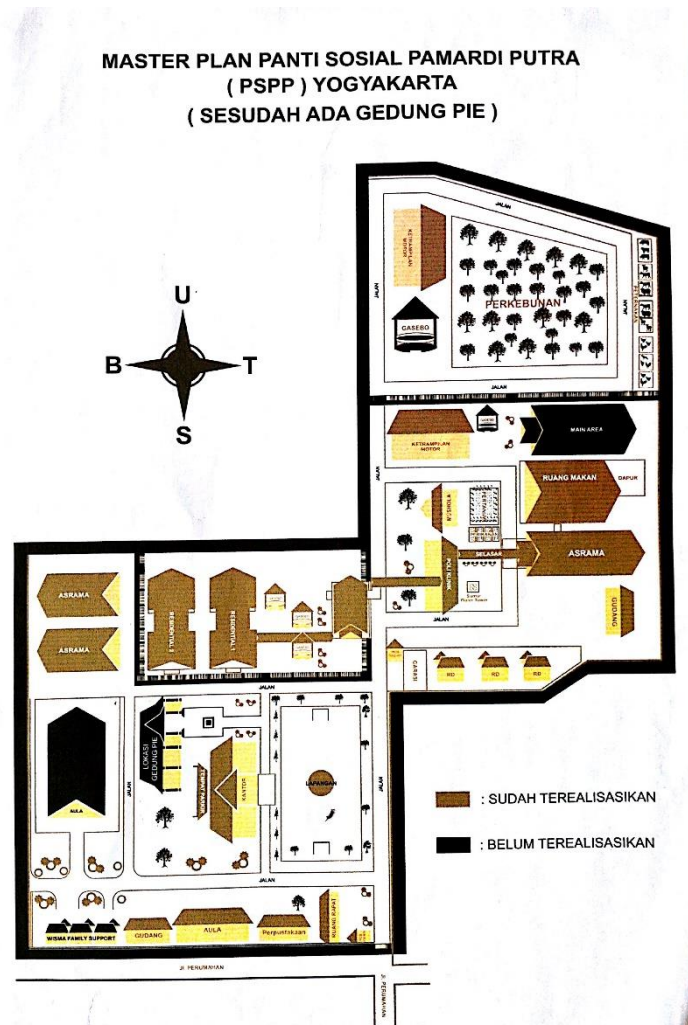


*Gambar 2.8-16. Kolam Ikan yang Dikelola oleh Residen*

*Sumber : Dokumentasi Penulis, 2015*

### 2.8.1.5 Masterplan PSPP

Berikut ini Masterplan Kawasan PSPP



Gambar 2.8-17. Masterplan PSPP

Sumber : PSPP Yogyakarta



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI PONDOK PESANTREN BAHRUL  
MAGHIROH, MALANG DENGAN  
PENDEKATAN THERAPEUTICAL COMMUNITY (TC)**

JULDANISA A HUSNA, Ir. Slamet Sudibyo, M.T.

Universitas Gadjah Mada, 2016 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

## BAB III

### TINJAUAN TAPAK



*Gambar 3.1-1. Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh*

*Sumber : Dokumentasi Nabila, 2015*

#### 3.1 Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh

Pondok pesantren Bahrul Maghfiroh merupakan pondok pesantren yang terletak di Kecamatan Lowokwaru, Malang yang beroperasi sejak tahun 1997. Pondok pesantren memiliki luas keseluruhan 3000m<sup>2</sup>. Pondok pesantren ini memiliki fasilitas pendidikan format tingkat SD hingga SMA/SMK, serta Madrasah Al-Quran dan Madrasah Diniyah.

Saat ini pondok pesantren menerima siswa mulai dari TK hingga SMA. Namun untuk santri yang menginap hanya santri SMP dan SMA hingga santri lanjutan (kuliah). Saat ini pondok pesantren dipimpin oleh Gus Lukman, secara terpisah diluar pondok pesantren, Gus Lukman sudah berhasil menyembuhkan beberapa korban ketergantungan narkoba. Keberhasilannya inilah yang kemudian menjadi salah satu alasan pemerintah mendirikan pusat rehabilitasi narkoba di Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh.

### **3.1.1 Sejarah Pondok Pesantren**

Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh berdiri tahun 1995 dengan jumlah santri 3 orang, pada masa awal ini Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh hanya memiliki lahan dengan luasan 500m<sup>2</sup>. Titik balik pondok dimulai pada tahun 1997 pada saat pondok membangun sebuah masjid di dalam lingkungan pondok. Pada sekitar tahun 2000, pemerintah mulai mengalirkan listrik untuk keperluan pondok, selain listrik pemerintah mulai membangun akses jalan, dll sehingga lambat laun pondok pesantren ini semakin berkembang. Sejak awal didirikan, pondok pesantren ini dikenal masyarakat dapat menyembuhkan korban ketergantungan narkoba dengan metode tradisional yang dikembangkan oleh Gus Lukman selaku pimpinan pondok pesantren.

Kemudian pada Juni 2015, Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh ditunjuk secara khusus oleh Kemensos sebagai IPWL (Institusi Penerima Wajib Lapor) untuk korban penyalahgunaan narkoba. Setiap IPWL akan mendapatkan dana 10 M dengan kapasitas pasien 200 orang setiap 6 bulan (1 periode) dengan kata lain setiap tahunnya akan menampung 400 orang. Dikutip dari merdeka.com bahwa pihak pondok menyediakan lahan hingga 2,5 Ha untuk mendirikan pusat rehabilitasi.

### **3.1.2 Fasilitas Pondok Pesantren**

Pondok pesantren Bahrul Maghfiroh berada dalam satu kawasan yang memiliki berbagai fasilitas diantaranya adalah :

#### ***3.1.2.1 Bangunan Pendidikan TK Hingga SMA***

Pondok pesantren Bahrul Maghfiroh memiliki gedung untuk fasilitas pendidikan mulai dari TK hingga SMA. Berikut ini merupakan foto dokumentasi bangunan gedung di pondok pesantren.



Gambar 3.1-2. Gedung Taman Kanak-Kanak

ntasi penulis, 2016

Gedung taman kanak-kanak berada dekat bangunan SD dan SMP dan berada satu gedung dengan gedung manasik haji dan umrah milik pesantren. Siswa taman kanak-kanak pada pagi hari diantarkan oleh orangtuanya, dan kemudian pada siang hari dijemput kembali oleh orang



Gambar 3.1-3. Gedung SD dan SMP

u  
anya.

Sumber : Dokumentasi Nabila, 2015

Gedung SD dan SMP diletakkan dalam 1 bangunan yang berada di sebelah timur gedung TK dan gedung umrah, untuk siswa SD setiap

pelajaran selesai maka siswa kembali ke rumah masing-masing (tidak *mondok* di pesantren).



*Gambar 3.1-4. Gedung SMA Bahrul Maghfiroh*

*Sumber : Dokumentasi penulis, 2016*

SMK dengan jumlah 2 gedung bangunan yang membentuk letter L, dan memiliki tempat parkir sendiri. SMA ditujukan untuk santri yang *mondok* di Ponpes Bahrul Maghfiroh.



*Gambar 3.1-5. Gedung perpustakaan SMA*

*Sumber : Dokumentasi Nabila, 2015*

### **3.1.2.2 Bangunan Asrama**

Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh memiliki 3 Asrama yang terpisah, 2 asrama digunakan untuk santri SMP dan SMA, sedangkan 1 asrama terpisah digunakan oleh santri yang sedang menempuh pendidikan tinggi.



*Gambar 3.1-6. Gedung asrama untuk santri SMP*



Gambar 3.1-7. Gedung asrama untuk santri SMA

Sumber: Dokumentasi penulis, 2016



Gambar 3.1-8. Gedung asrama untuk santri PT

Sumber: Dokumentasi penulis, 2016

Santri yang sedang menempuh pendidikan tinggi hanya berada di pondok pada saat kuliah kosong atau saat istirahat. Santri perguruan tinggi memiliki kebebasan lebih untuk keluar-masuk area pondok.

### 3.1.2.3 *Bangunan Fasilitas Umum*

Pondok pesantren memiliki beberapa fasilitas umum seperti:



*Gambar 3.1-9. Parkir untuk bis dan mobil*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*

Parkiran ini sehari-hari digunakan pondok untuk memarkir bis milik pondok, pada beberapa kesempatan tertentu, ambulans akan *standby* di tempat parkir ini. Pada umumnya semua jalan menuju satu gedung ke gedung lain di pondok pesantren ini cukup lebar untuk dilalui mobil. Pada setiap Halaman gedung juga terdapat tempat yang cukup untuk memarkir satu hingga dua mobil.



*Gambar 3.1-10. Toko kelontong*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*



*Gambar 3.1-11. Aula*

*Sumber : Google street view, 2012*



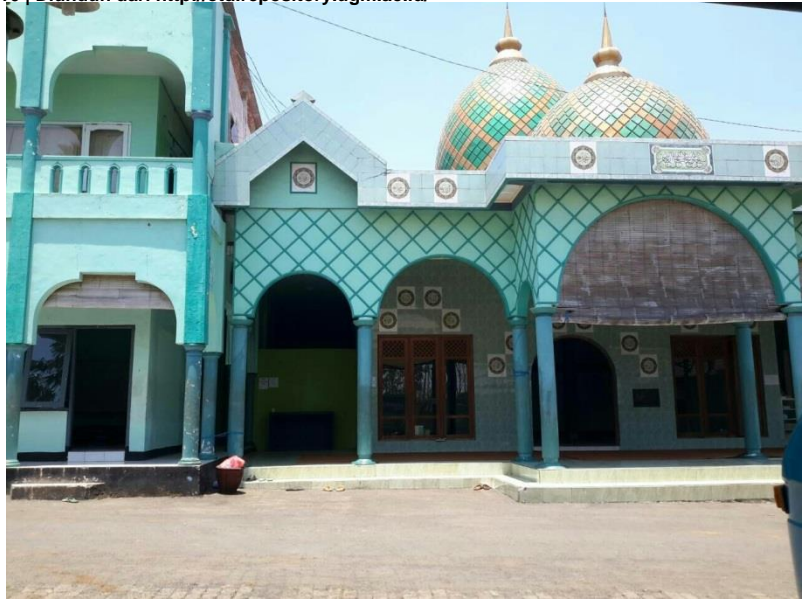
*Gambar 3.1-12. Aula.*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*



*Gambar 3.1-13. Interior aula*

*Sumber: Dokumentasi Nabila, 2015*



*Gambar 3.1-14. Masjid*

*Sumber: Dokumentasi Nabila, 2015*



*Gambar 3.1-15. Interior Masjid*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*



*Gambar 3.1-16. Lapangan Olahraga*

*Sumber: Dokumentasi penulis. 2016*



*Gambar 3.1-17. Suasana taman kecil di pondok*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*



*Gambar 3.1-18. Gedung Umrah dan Haji*

*Sumber: Dokumentasi penulis, 2016*



*Gambar 3.1-19. Kantor Administrasi*

*Sumber: Dokumentasi Nabila, 2015*

### Profil Site



Gambar 3.1-20. Site

Tapak berada di dalam area kompleks Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh Malang, yang terletak di Jalan Raya Joyo Agung, Kecamatan Lowokwaru, Malang. Pondok pesantren ini berdiri diatas tanah seluas  $\pm 2,2$  ha. Tanah yang akan dibangun menjadi pusat rehab ada di pojok utara lahan, sekitar  $6,500 \text{ m}^2$ .

Kecamatan ini, seperti daerah lain di Malang memiliki suhu rata-rata yang cukup dingin, yaitu  $20^{\circ}\text{C}$ - $28^{\circ}\text{C}$ .<sup>13</sup> Secara umum, daerah ini cocok untuk ditempatkan sebuah pusat rehabilitasi karena lokasinya yang tidak berada di tengah kota, sehingga jauh dari bising dan kesibukan kota. Selain itu, Lowokwaru memiliki beberapa akses klinik yang bisa dirujuk dalam kondisi darurat, Kecamatan ini memiliki 1 RS Swasta, 2 RS Bersalin, 3 Puskesmas, 7 Puskesmas Pembantu, dan 6 Apotek.<sup>14</sup> Selain itu, akses menuju site juga tidak sulit karena berada di pinggir jalan besar.

<sup>13</sup> <http://keclowokwaru.malangkota.go.id/gambaran-umum/> diakses pada 26/12/2015 pukul 17:18

<sup>14</sup> <https://indrawahyuprasto.wordpress.com/2012/03/22/gambaran-umum-sarana-di-kecamatan-lowokwaru/> diakses pada 26/12/2015 pukul 17:38

### 3.1.4 Kondisi Eksisting dan Letak Site

Berikut merupakan gambar letak bangunan eksisting pondok pesantren. Site yang akan digunakan untuk membangun pusat rehabilitasi berada di dalam area pondok pesantren, tepatnya berada di area paling utara pondok, yang saat ini masih berupa lahan kosong.



Gambar 3.1-21. Kondisi eksisting

Sumber : Google earth view, 2015

### 3.1.5 Batasan Pondok Pesantren

Pondok pesantren berbatasan dengan :

- Batas Utara : Perumahan Griya Trita Nirwana
- Batas Selatan : Jalan Raya Joyo Agung
- Batas Barat : Tlogomas Residen, Perumahan PNS Tlogomas
- Batas Timur : Perumahan KASRI, Griya Tlogomas

Pondok lebih banyak berbatasan dengan hunian, hal ini memiliki nilai lebih bagi pembangunan pondok pesantren, karena site memiliki tingkat kebisingan yang rendah.

### 3.1.6 Situasi Sekitar Pondok Pesantren

Site di sekitar tapak merupakan wilayah yang masih asri, dan masih banyak lahan kosong berupa sawah. Beberapa sawah dikelola oleh pihak pondok untuk meningkatkan ekonomi masyarakat sekitar.



Gambar 3.1-22. Panorama kondisi sekitar site

Sumber : Dokumentasi Nabila, 2015 dan Google street view, 2015



Gambar 3.1-23. Kondisi lingkungan sekitar pondok

Sumber : Google street view, 2015



*Gambar 3.1-24. Kondisi lingkungan sekitar pondok*

*Sumber : Google street view, 2015*



*Gambar 3.1-25. Kondisi lingkungan sekitar pondok*

*Sumber : Google street view, 2015*

### 3.1.7 Situasi Tapak



Gambar 3.1-26. Situasi tapak pusat rehabilitasi

Sumber: Google earth view, 2015

Dapat dilihat pada gambar 22 diatas bahwa letak site berada di sebelah utara pondok pesantren. Site berbentuk letter L dengan luasan site 8,256 m<sup>2</sup>.

### 3.1.8 Batasan Tapak

Tapak yang terletak di dalam lingkungan pondok berbatasan dengan beberapa bangunan pondok.

Batas Utara	: Perumahan Griya Trita Nirwana
Batas Selatan	: SMA Bahrul Maghfiroh, Asrama Mahasiswa, Gedung Umrah dan Haji
Batas Barat	: Tlogomas Residen, Perumahan PNS Tlogomas
Batas Timur	: Gedung Umrah dan Haji

### 3.1.9 Kesimpulan

Kelebihan letak tapak berada di lingkungan Pondok Pesantren Bahrul Maghfiroh adalah lingkungannya yang tenang, dan jauh dari keramaian pusat kota, udaranya sejuk tidak begitu panas, serta memiliki lingkungan yang baik bagi

kondisi spiritual residen. Kondisi yang tenang dapat membantu residen untuk focus menjalani masa rehabilitasi. Dengan adanya pusat rehabilitasi di dalam pondok pesantren diharapkan memberikan contoh yang baik bagi para residen, dan dengan lingkungan yang baik dapat mengurangi resiko masuknya barang-barang terlarang.

Sedangkan kekurangannya adalah, letak pusat rehabilitasi berada di bagian paling dalam pondok dengan melewati total 3 gerbang yang dijaga. Letak ini kurang bisa mengakomodasi kondisi darurat seperti saat terjadi kondisi medis yang gawat, ambulans harus masuk jauh ke dalam pondok pesantren. Selain itu, pusat rehabilitasi harus memilih elemen yang pas dalam bangunannya supaya memiliki elemen yang sesuai dengan standar, namun mampu membaur dengan lingkungannya.



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI PONDOK PESANTREN BAHRUL  
MAGHIROH, MALANG DENGAN  
PENDEKATAN THERAPEUTICAL COMMUNITY (TC)**

JULDANISA A HUSNA, Ir. Slamet Sudibyo, M.T.

Universitas Gadjah Mada, 2016 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

## BAB IV

### THERAPEUTIC COMMUNITY

Terapi Komunitas adalah terapi partisipatif berbasis kelompok untuk penderita penyakit mental, gangguan kepribadian, dan ketergantungan narkoba. Biasanya terapi ini dilakukan dengan klien dan terapis hidup bersama, seperti konsep pondok pesantren dimana santri dan pengasuh tinggal bersama. Dengan tinggal bersama, mereka diibaratkan sebagai sebuah ‘keluarga’ yang memiliki masalah dan tujuan yang sama, yaitu menolong diri sendiri dan sesama untuk mengubah perilaku yang negative ke arah perilaku yang positif

#### 4.1 Sejarah Theurapic Community

*Theurapeutic Community (TC)* mulai dikenal di Amerika pada tahun 1960an di New York. Awal mula munculnya T ini dari sebuah kelompok kecil yang mendukung proses pemulihan yang sangat dipengaruhi oleh gerakan *Alcoholic Anonymous*. Metode ini sebenarnya diadopsi dari konsep timue, namun berkembang di AS dan baru masuk ke Asia.

Filosofi dasarnya adalah bahwa klien adalah peserta aktif dan mereka sendiri merawat kesehatan mental masing-masing. Menurut hasil penelitian UNDC, tingkat keberhasilan metode ini mencapai 80%.

##### 4.1.1 *Theurapeutic Community*

Secara harfiah, perkataan terapi berasal dari bahasa Inggris, yakni ‘*therapy*’, yang berarti menyembuhkan atau menyetatkan. Atau metode yang sifatnya mengembalikan keseimbangan dan fungsi yang telah mengalami disfungsi, kerusakan secara fisik, mental, emosional dan spiritual.

Teori yang mendasari TC adalah pendekatan *behavioural* dimana berlaku sistem *reward and punishment* dan terapi kelompok dalam mengubah suatu perilaku negative menjadi positif. Dalam terapi kelompok berawal dari konsep *man helping man to help himself* yaitu seseorang menolong orang lain untuk menolong dirinya. Dalam TC ada berbagai norma dan falsafah yang dianut untuk membentuk perilaku yang baik, yaitu :

1. *The Creed (Philosophy)*

Merupakan filosofi dasar dalam TC yang harus dipahami dan dihayati oleh residen.

## 2. *Unwritten Philosophy*

Filosofi yang tidak tertulis mengandung unsur yang tinggi dalam mencapai perubahan, beberapa diantaranya yaitu *honesty, responsibility, do your things right and everything else will follow, respect to be respected, sincerety no free lunch, consistency*.<sup>19</sup>

## 3. *Cardinal Rules*

Peraturan utama yang harus dipahami dan ditaati yaitu : *no drugs, no sex, and no violence*.

## 4. *Four Structures*

Empat struktur program ditujukan untuk membentuk perilaku yang diarahkan untuk seseorang mengelola kehidupannya sesuai dengan norma masyarakat. Selain itu residen ditingkatkan kemampuannya menyesuaikan diri secara emosional dan psikologis, peningkatan aspek pengetahuan dan nilai spiritualitas dan keterampilan kerja dan bertahan hidup. Empat struktur tersebut adalah : *behavioural management shaping* (pembentukan tingkah laku), *emotional and pshicological* (pengendalian emosi dan psikologi), *intellectual and spiritual* (pengembangan pemikiran dan kerohanian), *vocational and survival* (keterampilan kerja, bersosialisasi dan bertahan hidup).<sup>210</sup>

## 5. *Five Pillars*

Lima tonggak dalam program terdiri dari

- *Family mileu concept*. Konsep kekeluargaan, untuk menyamakan persamaan di komunitas supaya bersama menjadi bagian dari sebuah keluarga
- *Peer pressure* dimana kelompok menekankan contoh sosok seorang residen dengan kriteria ideal untuk mempengaruhi residen lainnya.
- *Therapeutic session* berbagai kerja kelompok untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam membantu proses pemulihan.
- *Religious session* proses untuk meningkatkan pemahaman dan nilai-nilai agama yang dianut residen
- *Role modelling*, seorang residen belajar dan mengajar mengikuti mereka yang sudah sukses.

## 6. *Tools of The House*

<sup>9</sup> Ulfah, Maria. Metode TC Bagi residen di UNITRA BNN Lido-Bogor. 2011

<sup>10</sup> Ulfah, Maria. Metode TC Bagi residen di UNITRA BNN Lido-Bogor. 2011

7. Struktur (Hirarki) Fungsi Kerja, diperlukan untuk melatih keterampilan dan tanggung jawab residen terhadap komunitasnya.

Konsep TC yang dijabarkan dalam Pendahuluan *Therapeutic Community* (TC) yaitu menolong diri sendiri dapat dilakukan dengan adanya :

- a. Setiap orang bisa berubah,
- b. Kelompok bisa mendukung untuk berubah,
- c. Setiap individu bertanggung jawab,
- d. Program yang terstruktur dapat menyediakan lingkungan aman dan kondusif bagi perubahan
- e. Adanya partisipasi aktif.

#### 4.1.2 Metode Terapi

Tahapan metode TC dibagi menjadi beberapa tahapan yang pelaksanaannya harus berurutan secara linier. Tahapan tersebut adalah :

##### 4.1.2.1 *Induksi*

Tahap induksi berlangsung kira-kira 30 hari pertama saat residen masuk dan merupakan persiapan untuk masuk tahap *primary*. Tahap induksi sangat penting karena merupakan tahap adaptasi bagi para residen.

Termasuk dalam tahap ini merupakan tahapan detoksifikasi untuk memutuskan ketergantungan residen dengan narkoba.

##### 4.1.2.2 *Primary*

Dalam tahap ini, residen diharapkan melakukan sosialisasi, pengembangan diri, serta meningkatkan kepekaan psikologis dengan melakukan aktivitas dan sesi terapi yang diterapkan selama kurang lebih 3 sampai 6 bulan. Tahap *primary* dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu:

- *Younger member*
- *Middle peer*
- *Older member*

Dalam tahap *primary* ada beberapa kegiatan terapi berbentuk kelompok kecil yang berlangsung setiap hari, yaitu:

##### 1. *Static Group*

Merupakan suatu diskusi dalam kelompok kecil yang membicarakan masalah dan persoalan kehidupan dan keseharian dalam kehidupan yang lalu. Satu kelompok dibimbing oleh seorang konselor yang membangun suasana dan mendorong adanya interaksi dan keterbukaan antar residen. Tujuan dari kegiatan ini

- a. Membangun kepercayaan antar residen dan konselor,
- b. *Image breaking* atau membuka diri dengan membangkitkan rasa percaya pada lingkungan,
- c. Menumbuhkan rasa tanggung jawab moral terhadap permasalahan temannya
- d. Bersama mencari solusi yang tepat

Tata cara pelaksanaan *static group*:

1. *Family* dibagi menjadi kelompok kecil yang dipimpin oleh seorang konselor
2. Setiap kelompok duduk melingkar, dan memulai kegiatan dengan membaca doa dengan bergandengan tangan,
3. Kelompok mulai melakukan sharing masalah pribadi mereka, dan dilanjutkan dengan Tanya jawab (*confrontation*) dan pemberian *feedback* oleh masing-masing anggota kelompok dan konselor.
4. Kegiatan ditutup dengan membaca doa dan diakhiri dengan saling bersalaman dan berpelukan.<sup>11</sup>

## 2. *Morning meeting*

Rapat setiap hari setelah sarapan, mengumpulkan seluruh residen dan staff dalam satu tempat. Bisa dilakukan di ruang makan, ataupun aula. Lalu semua residen dan staff menyampaikan kegiatan yang akan dilakukan masing-masing individu pada hari itu. Konsep dari pertemuan ini agar para residen mengawali hari dengan kegiatan yang positif, dan disampaikan dalam komunitas.

Tata cara pelaksanaannya adalah:

1. Seluruh *family* berkumpul di satu tempat ruangan, berdiri membentuk lingkaran dan membaca *serenity prayer*, disusul dengan pembacaan *philosophy* yang dipimpin oleh salah satu residen.

Isi dari *serenity prayer* adalah :

---

<sup>11</sup> Winanti, "Pendahuluan Therapeutic Community (TC)", diakses pada 13 Desember 2015 dari [lapas narkotika. Files.wordpress.com/2008/07/therapeutic\\_community.rev1\\_1doc.pdf](http://lapas.narkotika.files.wordpress.com/2008/07/therapeutic_community.rev1_1doc.pdf)

*“God grant me the serenity. To accept the things that I cannot change. Courage to change the things I can. And the wisdom God, to know the difference”*

Sedangkan isi dari *philosophy* adalah:

*THE CREED “I am here, because there is no refuge. Finally from myself. Until I confront my self. In the eyes and hearts of the others. I am running. Until I suffer them. To share my secrets. I have no safety from them. Afraid to be known. I can know neither my self, nor any other. I will be alone. Where else? But in common ground, can I find such a mirror? Here. Together. I can at least appear clearly to my self. Not as a giant of my dreams. Nor the dwarf of my fear. But as a person. Part of the whole. With my share in its purpose. In this ground. I can take root and grow. Not alone anymore. As in death, but a live. To my self and to other.”*

2. *Family* duduk melingkar dengan membentuk huruf U dengan status *older* berada di ujung lingkaran. Di ujung tengah merupakan tempat untuk *Conduct (mayor on duty)* dan seorang *C.O.D (coordinator of department)* yang bertugas hari itu.
3. *Morning meeting* dimulai dengan pengumuman (tugas masing-masing residen hari itu misalkan siapa yang akan menyeterika, atau pergi berobat, siding, dll), dilanjutkan dengan *awareness* (kewaspadaan yang menimbulkan suatu kesadaran dalam diri), *pull ups* (alat bantu *awareness* rumah. Untuk mencatat berbagai macam hal yang ada di dalam rumah yang dinilai tidak sesuai), *interruption* (interupsi yang dilakukan anggota keluarga kepada anggota lainnya karena dinilai bertindak kurang benar saat suatu grup atau suatu aktivitas), *issue* (membicarakan persoalan dalam rumah), dan diakhiri dengan *second half* yang terdiri dari *ritual up lifter, games, weather forecast, news*.
4. *Morning meeting* ditutup dengan pembacaan doa yang dipimpin oleh *chief* dengan seluruh *family* bergandengan tangan.<sup>12</sup>

### **3. Morning briefing**

Merupakan kegiatan yang membahas berbahaya hal yang menyangkut aktivitas residen dan sesi terapi selama 1 minggu dan

---

<sup>12</sup> Winanti, “Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*.”

dilakukan pada akhir minggu. Tujuannya untuk meningkatkan kejujuran sesama *family*.<sup>13</sup>

#### 4. *Open house*

*Open house* merupakan kegiatan yang membahas mengenai kegiatan atau aktivitas residen dan sesi terapi selama satu minggu dilakukan pada akhir minggu, tujuannya untuk meningkatkan kejujuran sesama *family*.<sup>14</sup>

#### 5. *Seminar*

Kegiatan pemberian materi yang berkaitan dengan TC, narkoba, maupun pengetahuan lain yang relevan dengan masa rehabilitasi residen. Tujuannya membuka wawasan terhadap bahaya narkoba.<sup>15</sup>

#### 6. *General meeting*

Pertemuan yang dihadiri oleh seluruh *family* yang dilakukan pada saat terjadi sebuah pelanggaran utama. Pertemuan dipimpin oleh *program director*.<sup>16</sup>

#### 7. *Encounter group*

*Encounter group* di dalam metode TC, sangat penting. Kegiatan ini bertujuan untuk mengekspresikan rasa kesal, kecewa, sedih, dan perhatian terhadap anggota keluarga lain. Kegiatan merupakan kegiatan pembentukan perilaku dan pengaturan emosi agar lebih disiplin dan disalurkan secara terarah. Tujuan *encounter group* adalah.

- Menciptakan kehidupan komunitas yang harmonis,
- Menjadikan komunitas personal yang bertanggung jawab
- Menumbuhkan keberanian untuk mengungkapkan perasaan
- Membangun kedisiplinan
- Belajar mengaljkan emosi secara baik dan benar tanpa menimbulkan dendam.<sup>17</sup>

Tata cara pelaksanaan *encounter group*

1. Residen membentuk lingkaran dengan ditengah lingkaran diposisikan 2 kursi yang saling berhadapan dengan jarak tertentu ( $\pm$  1.5m).

<sup>13</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

<sup>14</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

<sup>15</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

<sup>16</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

<sup>17</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

2. Seorang fasilitator memimpin doa sebelum memulai kegiatan. dilanjutkan membaca *rules of encounter* oleh residen secara bergantian.
3. *Family* yang memiliki *drop slip/* memiliki *feeling* duduk di kursi yang disediakan secara bergantian,
4. *Family* yang memiliki *feeling* tersebut melakukan *running feeling/*penyaluran kemarahannya kepada residen yang dimaksudkan.
5. Setelah semua anggota melakukan *running feeling*, maka konselor memberikan *feedback*.
6. Kegiatan ditutup dengan membaca doa, dan bersalaman dan berpelukan.<sup>18</sup>

#### 4.1.2.3 *Re-entry*

Tahap ini memiliki tujuan untuk memfasilitasi residen agar dapat bersosialisasi dengan kehidupan luar setelah menjalani perawatan. Pada tahap ini residen diperbolehkan beberapa hari kembali ke rumah masing-masing untuk menunjukkan kemajuannya kepada lingkungan rumahnya, sekaligus untuk mengetes keberhasilan program.

Dengan pulang ke rumah, diharapkan orang tua dan lingkungan keluarganya percaya kepada residen, bahwa Ia sudah bebas narkoba, biasanya hal ini dapat dilihat dari fisik residen yang lebih gemuk, dan segar. Namun ada beberapa kasus dimana saat residen kembali pulang ke rumah, Ia kembali menggunakan narkoba dan tidak kembali ke pusat rehabilitasi.

#### 4.1.2.4 *After Care*

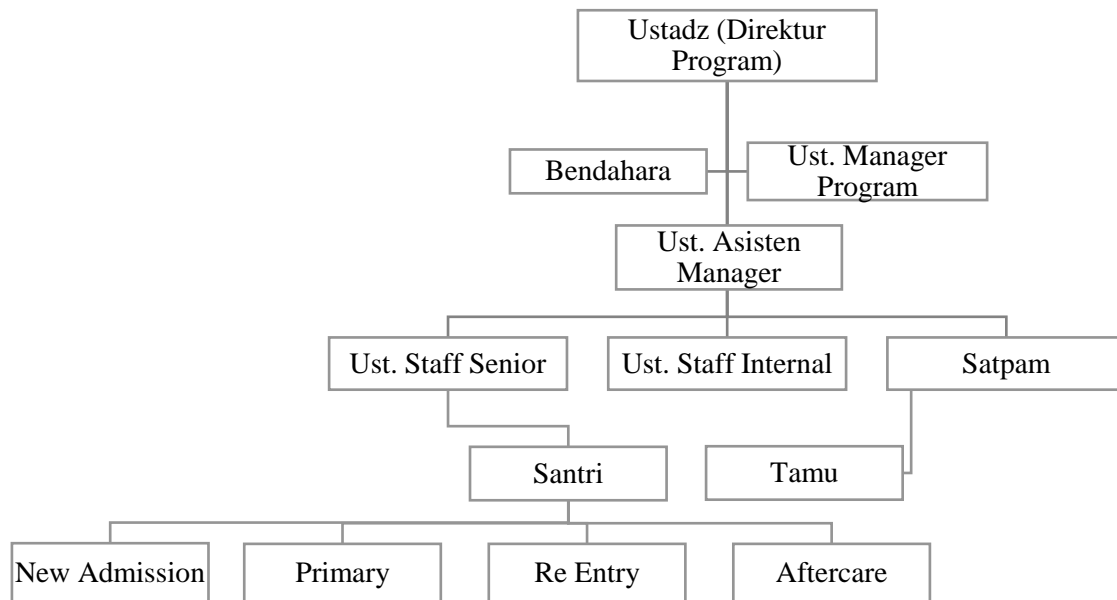
Program untuk alumni (ex-residen). Program ini dilaksanakan di luar panti dan diikuti oleh staff, bersifat rekreatif.

---

<sup>18</sup> Winanti, "Pendahuluan *Therapeutic Community (TC)*."

### 4.1.3 Jenis pengguna

Dalam bagan ini merupakan jenis-jenis pengguna dalam pusat rehabilitasi

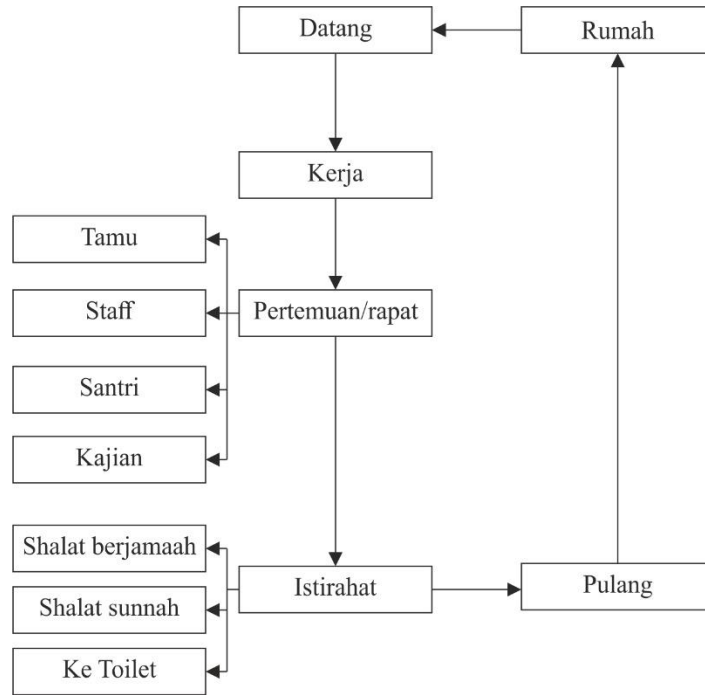


Bagan 4.1-1. Jenis Pengguna di pusat rehabilitasi narkoba

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.4 Pola Aktivitas pengguna

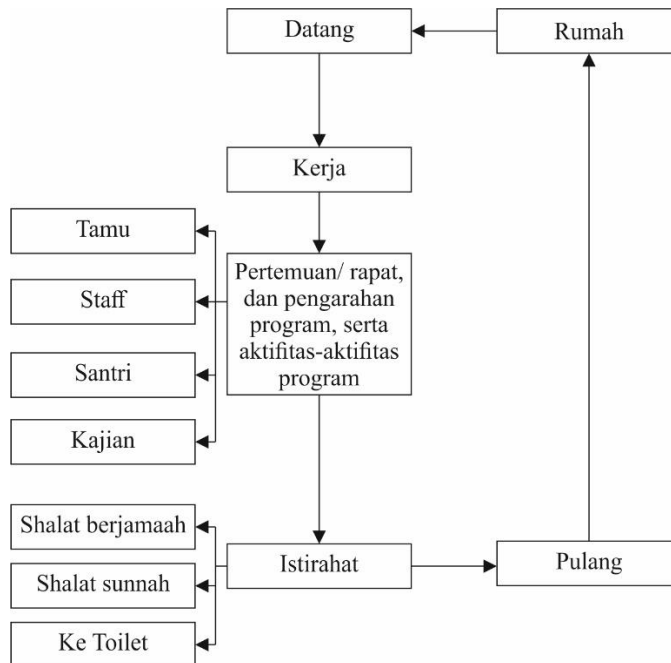
##### 4.1.4.1 Ustadz (Direktur Program)



Bagan 4.1-2. Aktivitas Ustadz (direktur program)

Sumber : Analisis Penulis

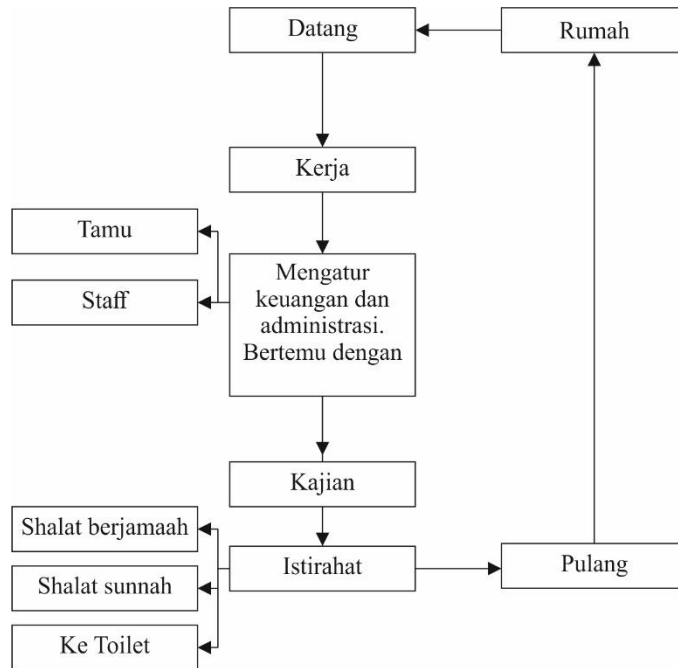
##### 4.1.4.2 Manager Program



Bagan 4.1-3. Aktivitas Manager program

Sumber : Analisis Penulis

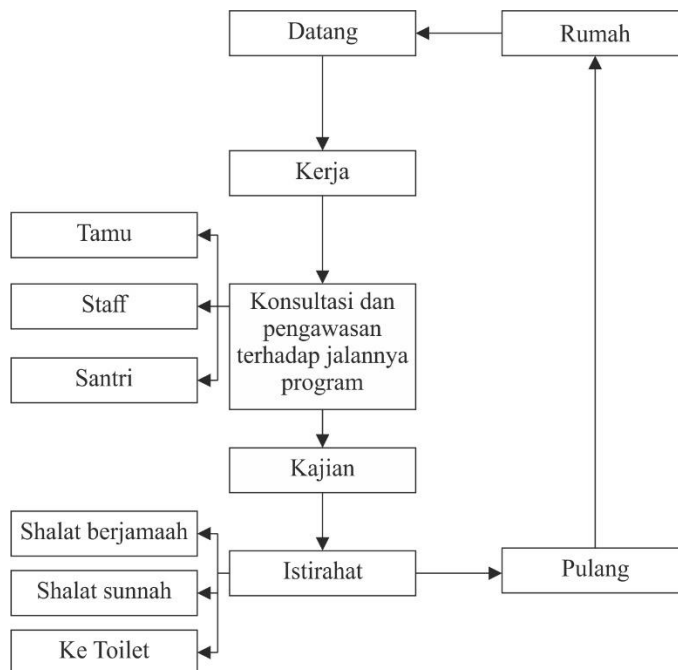
#### 4.1.4.3 Bendahara



Bagan 4.1-4. Aktivitas Bendahara program

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.4.4 Asisten Manager

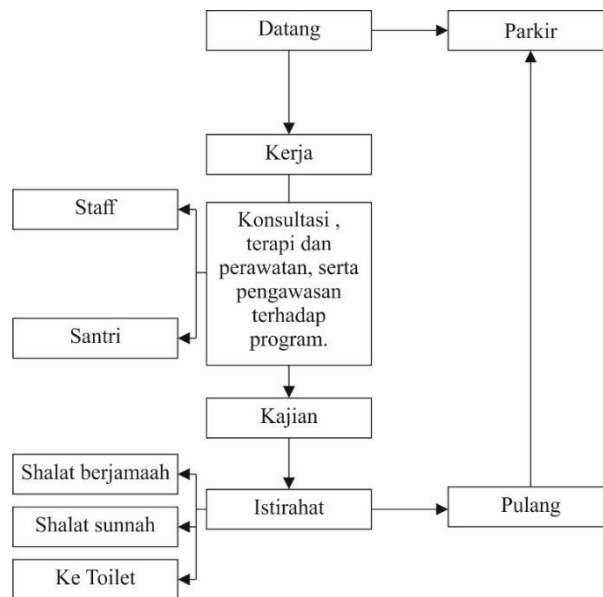


Bagan 4.1-5. Aktivitas Asisten manager

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.4.5 Staff Senior dan Internal

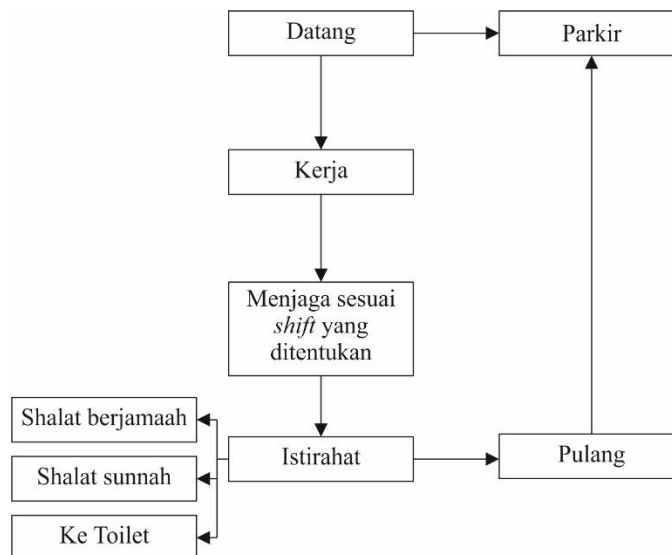
Berikut ini merupakan aktivitas staff senior dan internal. Staff disini termasuk dokter, terapis, dan staff administrasi.



Bagan 4.1-6. Aktivitas Staff pusat rehabilitasi

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.4.6 Satpam

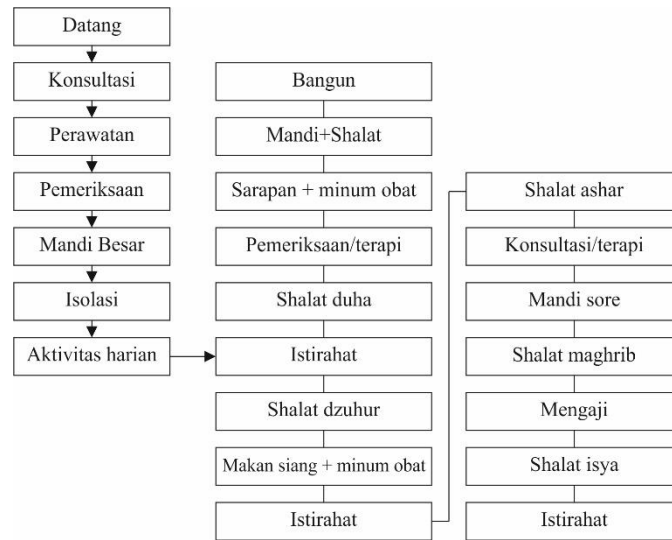


Bagan 4.1-7. Aktivitas Satpam

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.4.7 Santri/residen

##### - New Admission (Isolasi)



Bagan 4.1-8. Aktivitas Santri New Admission (Isolasi)

Sumber : Analisis Penulis

##### - New Admission perawatan



Bagan 4.1-9. Aktivitas Santri New Admission (perawatan)

Sumber : Analisis Penulis

- Primary



*Bagan 4.1-10. Aktivitas Santri Primary*

*Sumber : Analisis Penulis*

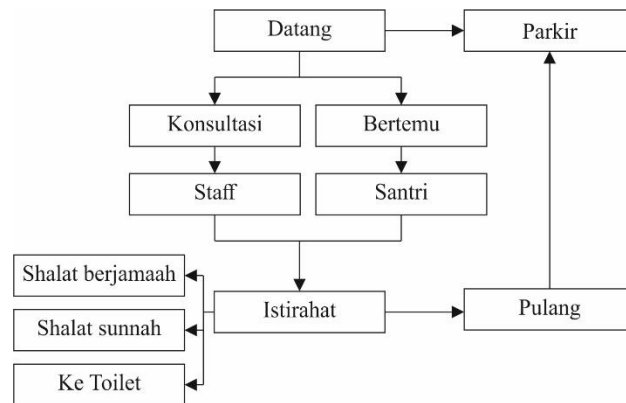
- Re-entry



*Bagan 4.1-11. Aktivitas Santri Re-entry*

*Sumber : Analisis Penulis*

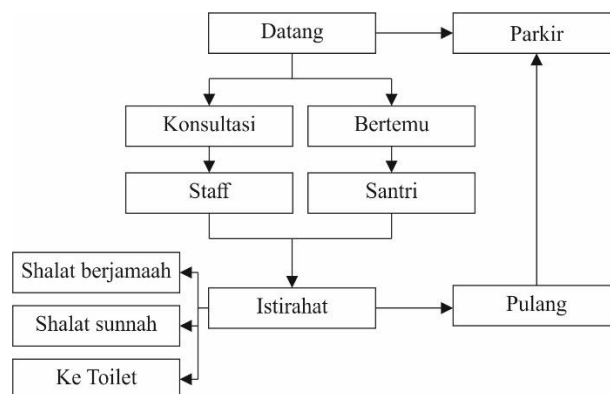
- *Aftercare*



Bagan 4.1-12. Aktivitas Santri Aftercare

Sumber : Analisis Penulis

- Tamu



Bagan 4.1-13. Aktivitas Tamu

Sumber : Analisis Penulis

## 4.1.5 Analisis Kebutuhan Ruang

Berikut ini merupakan analisis kebutuhan ruangan sesuai dengan aktifitas pelaku. Kebutuhan bangunan dibagi menjadi beberapa massa yang memiliki fungsi masing-masing. Bangunan utama berfungsi untuk kantor, bangunan klinik dijadikan satu dengan kebutuhan santri *new admission*.

### 4.1.5.1 Besaran Ruang Bangunan Utama

Bangunan utama difungsikan sebagai kantor administrasi dan pusat informasi bagi calon santriwan.

N o	Ruang	Unit	Kapasitas	Standar	Sirkula si(%)	Luas Sirkulasi(m <sup>2</sup> )	Total luas (m <sup>2</sup> )
1	Ruang Kerja Direktur	1	3	6.3m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
2	Ruang Tamu	1	4	12.3m <sup>2</sup> /ruang*	20	2.46	14.8
3	WC / KM Direktur	1	1	2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
4	R Kerja Manager	1	2	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
5	Ruang Tamu	1	4	12.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	2.46	14.8
6	R Kerja As. Manager	1	3	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
7	Ruang bendahara	1	2	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
8	Ruang Administrasi	1	5	3 m <sup>2</sup> /orang**	50	1.5	22.5
9	Ruang Staff Jaga	2	35	3 m <sup>2</sup> /orang**	20	0.6	129.6
10	R. Rapat	1	20	1.15 m <sup>2</sup> /orang*	20	0.23	27.6
11	R. Tamu	1	4	14 m <sup>2</sup> /ruang**	20	2.8	16.8
12	Resepsionis	1	5	3 m <sup>2</sup> /orang**	20	0.6	18
13	WC/KM	1	1	2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
14	Gudang	1	1	3 m <sup>2</sup> /ruang***	20	0.6	3.6
15	Pantry Kantor	1	2	5.4 m <sup>2</sup> /ruang**	20	1	6.4
16	Aula	1	200	0.8 m <sup>2</sup> /orang**	50	0.2	200
17	R. Peralatan	1	3	2 m <sup>2</sup> /orang***	20	0.4	7.2
18	R. Makan bersama	1	230	1 m <sup>2</sup> /orang*	30	0.3	300
19	Dapur	1	5	2.5m <sup>2</sup> /org***	30	0.75	16.25
20	R. Cuci	1	4	1.5 m <sup>2</sup> /org***	50	0.75	9
21	R. Perpustakaan	1	30	2 m <sup>2</sup> /org ***	40	0.8	84
22	R. Penjaga Perpus	1	2	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	30	1.9	8.2
23	Masjid	1	250	1.5m <sup>2</sup> /org***	20%	60	435
						<b>Total luasan</b>	<b>1,349.99</b>

Keterangan:

\*\* Standar dari Buku Data Arsitek (Ernst Neufert)

\*\*\* Analisa Penulis

#### 4.1.5.2 Besaran Ruang Bangunan New Admission

Pada area *new admission* kira-kira akan menampung 5 orang santri laki-laki. Tabel kebutuhan ruang dibahas pada Tabel 2 berikut:

Tabel 4.1-2. Analisis Kebutuhan Ruang Bangunan New Admission

N o	Ruang	Unit	Kapasitas	Standar	Sirkula si(%)	Luas Sirkulasi(m <sup>2</sup> )	Total luas (m <sup>2</sup> )
1	R. Psikolog	2	3	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
2	R. Dokter Sosiolog	2	3	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
3	R. Dokter Umum	2	3	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
4	R. Konsultasi	5	3	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
5	Klinik	1	6	3 m <sup>2</sup> /orang**	20	0.6	21.6
6	Ruang Isolasi	3	2	3 m <sup>2</sup> /orang**	20	0.6	14.4
7	WC/KM Isolasi	1	1	2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
8	R. Kerja Pengawas	1	1	6.3 m <sup>2</sup> /ruang*	20	1.26	7.56
9	Pantry	1	10	2.25 m <sup>2</sup> /ruang*	30	0.68	2.9
10	R. Tidur Pengawas	1	1	4 m <sup>2</sup> /orang*	20	0.8	4.8
11	WC/KM Pengawas	1	1	2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
12	R. Perawatan	1	10	4 m <sup>2</sup> /orang*	20	0.8	48
13	WC/KM Perawatan	2	1	2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
14	Ruang duduk	1	12	1 m <sup>2</sup> /orang***	50	0.5	18
15	R. Makan	1	10	1 m <sup>2</sup> /orang*	30	0.3	13
16	T.Cuci Pakaian	1	2	2 m <sup>2</sup> /ruang***	30	0.6	5.2
17	R. Jemur	1	2	1.5m <sup>2</sup> /org***	30	0.45	3.9
						<b>Total luasan</b>	<b>178.6</b>

Keterangan:

\*\* Standar dari Buku Data Arsitek (Ernst Neufert)

\*\*\* Analisa Penulis

#### 4.1.5.3 Besaran Ruang Bangunan Primary

Pada tahap primary, santri sudah tinggal bersama dengan *family* lain yang lebih dulu masuk ke rehabilitasi. Disini santri mulai menjalankan aktifitas sehari-hari sesuai tugas masing-masing, dan menjalani terapi sesuai jadwal yang berlaku. Bangunan pada tahap primary kira-kira akan menampung 170 santri, bangunan primary akan dijadikan 2 gedung sehingga masing-masing gedung akan menampung kira-kira 85 santri. Kebutuhan ruang pada tahap ini dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 4.1-3. Analisis Kebutuhan Ruang Bangunan Primary

N o	Ruang	Unit	Kapasitas	Standar	Sirkula si(%)	Luas Sirkulasi(m <sup>2</sup> )	Total luas (m <sup>2</sup> )
1	Kamar Tidur	3	30	4 m <sup>2</sup> /org*	50	1.26	473.4
2	R. TV	1	86	2 m <sup>2</sup> /orang***	50	1	243
3	R. Duduk	1	86	1 m <sup>2</sup> /orang***	50	0.5	86.5
4	WC/KM	10	1	2.5m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	30
5	R. Kerja Pengawas	1	1		50	2.5	7.5
6	Pantry	1	2	5m <sup>2</sup> /orang*	30	1.95	4.2
7	R. Tidur Pengawas	1	1	2.25 m <sup>2</sup> /rg***	50	2	6
8	WC/KM Pengawas	1	1	4 m <sup>2</sup> /org* 2.5 m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	3
9	T.Cuci Pakaian	1	2		30	0.9	3.9
10	T. Setrika Pakaian	1	2	3 m <sup>2</sup> /ruang***	30	0.42	3.64
11	R. Jemur	1	15	1.4 m <sup>2</sup> /org** 1.5 m <sup>2</sup> /org***	30	0.45	29.85
						<b>Total luasan</b>	<b>891</b>

Keterangan:

\*\* Standar dari Buku Data Arsitek (Ernst Neufert)

\*\*\* Analisa Penulis

#### 4.1.5.4 Besaran Ruang Bangunan Re-entry

Pada bangunan tahap *re-entry* kira-kira akan menampung 20 santri yang akan dibagi menjadi 2 gedung, sehingga 1 gedung akan menampung kira-kira 10 santri. Besaran kebutuhan ruang dapat dilihat pada tabel 4 berikut:

Tabel 4.1-4. Analisis Kebutuhan Ruang Bangunan Re-entry

No	Ruang	Unit	Kapasitas	Standar	Sirkulasi (%)	Luas Sirkulasi (m <sup>2</sup> )	Total luas (m <sup>2</sup> )
1	Kamar Tidur	1	10	4 m <sup>2</sup> /org*	50	1.26	52.6
2	R. TV	1	11	2 m <sup>2</sup> /orang***	50	1	33
3	R. Duduk	1	11	1 m <sup>2</sup> /orang***	50	0.5	16.5
4	WC/KM	3	1	2.5m <sup>2</sup> /ruang**	20	0.5	9
5	T.Cuci Pakaian	1	2		30	0.9	7.8
6	T. Setrika Pakaian	1	2	3 m <sup>2</sup> /ruang***	30	0.42	3.64
7	R. Jemur	1	5	1.4 m <sup>2</sup> /org** 1.5 m <sup>2</sup> /org***	30	0.45	9.75
						<b>Total luasan</b>	<b>142.04</b>

Keterangan:

\* Standar dari Buku Dimensi dan Ruang Interior (Julius Panero)

\*\* Standar dari Buku Data Arsitek (Ernst Neufert)

\*\*\* Analisa Penulis

#### 4.1.5.5 Besaran Ruang Tambahan

Tabel 4.1-5. Kebutuhan Ruang Tambahan

N o	Ruang	Unit	Kapasitas	Standar	Sirkulasi(%)	Luas Sirkulasi(m <sup>2</sup> )	Total luas (m <sup>2</sup> )
1	R.Fitness + Fisioterapi	1	30	2 m <sup>2</sup> /orang***	30	0.6	78
2	R. Pingpong	1	8	96m <sup>2</sup> /rg***			96
3	Lapangan Basket	1	5	196 m <sup>2</sup> /rg***			196
4	Ruang Hidroterapi	1	5	2 m <sup>2</sup> /orang***	30	0.6	13
5	Lapangan Voli	1	12	75 m <sup>2</sup> /rg***			75
6	Lapangan Parkir Pengunjung	1	25				306.35
		1	80	12.5			208
8	Ruang Satpam	2	1	m <sup>2</sup> /ruang*** 2.6 m <sup>2</sup> /org*** 4 m <sup>2</sup> /ruang***	20	0.8	9.6
						<b>Total luasan</b>	<b>981.95</b>

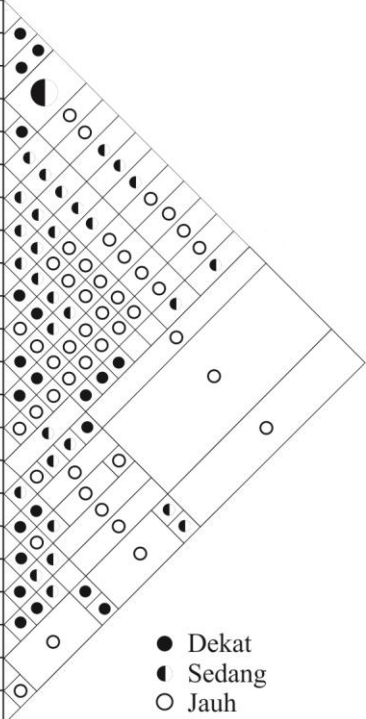
Keterangan:

- \* Standar dari Buku Dimensi dan Ruang Interior (Julius Panero)
- \*\* Standar dari Buku Data Arsitek (Ernst Neufert)
- \*\*\* Analisa Penulis

#### 4.1.6 Analisis Hubungan Ruang dan Kelompok Ruang

##### 4.1.6.1 Bangunan Utama

No	Ruangan	Keterangan Ruang
1	R. Kerja Direktur	Privat
2	R. Tamu	Privat
3	WC/KM Direktur	Servis
4	R. Kerja Manager	Privat
5	R. Tamu	Privat
6	R. Kerja As Manager	Privat
7	R. Bendahara	Privat
8	R. Administrasi	Privat
9	R. Staff Jaga	Semi Privat
10	R. Rapat	Semi Privat
11	R. Tamu	Semi Privat
12	Resepsionis	Semi Privat
13	WC/KM	Servis
14	Gudang	Servis
15	Pantry Kantor	Servis
16	Aula	Semi Publik
17	R. Peralatan	Semi Privat
18	R. Makan Bersama	Semi Publik
19	Dapur	Semi Privat
20	R. Cuci	Semi Privat
21	R. Perpustakaan	Semi Publik
22	R. Penjaga Perpustakaan	Privat



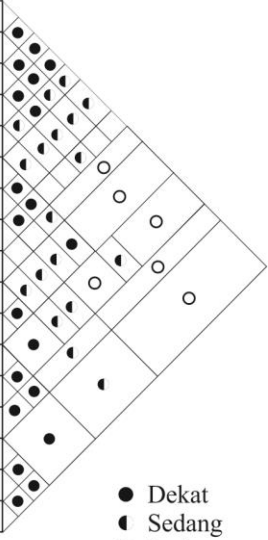
● Dekat  
◐ Sedang  
○ Jauh

Bagan 4.1-14. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Utama

Sumber : Analisis Penulis

##### 4.1.6.2 Bangunan New Admission

No	Ruangan	Keterangan Ruang
1	R. Psikolog	Privat
2	R. Dokter Sosiolog	Privat
3	R. Dokter Umum	Privat
4	R. Konsultasi	Privat
5	Klinik	Semi Privat
6	Ruang Isolasi	Privat
7	WC/KM Isolasi	Servis
8	R. Pengawas	Privat
9	Pantry	Semi Privat
10	R. Tidur Pengawas	Privat
11	WC/KM Pengawas	Servis
12	R. Perawatan	Semi Privat
13	WC/KM Perawatan	Servis
14	R. Duduk	Semi Privat
15	R. Makan	Semi Privat
16	T. Cuci Pakaian	Servis
17	R. Jemur	Servis



● Dekat  
◐ Sedang  
○ Jauh

Bagan 4.1-15. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan New Admission

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.6.3 Bangunan Primary

No	Ruangan	Keterangan Ruang
1	Kamar Tidur	Semi Privat
2	Ruang TV	Semi Privat
3	Ruang Duduk	Semi Privat
4	WC/KM	Servis
5	R. Kerja Pengawas	Privat
6	Pantry	Semi Privat
7	R. Tidur Pengawas	Privat
8	WC/KM Pengawas	Servis
9	T.Cuci Pakaian	Servis
10	T. Setrika Pakaian	Servis
11	R. Jemur	Servis



● Dekat  
◐ Sedang  
○ Jauh

Bagan 4.1-16. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Primary

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.6.4 Bangunan Re-entry

No	Ruangan	Keterangan Ruang
1	Kamar Tidur	Semi Privat
2	Ruang TV	Semi Privat
3	Ruang Duduk	Semi Privat
4	WC/KM	Servis
5	Pantry	Servis
6	T.Cuci Pakaian	Servis
7	T. Setrika Pakaian	Servis
8	R. Jemur	Servis



● Dekat  
◐ Sedang  
○ Jauh

Bagan 4.1-17. Analisis Hubungan Antar Ruang Bangunan Re-entry

Sumber : Analisis Penulis

#### 4.1.6.5 Ruang Penunjang

No	Ruangan	Keterangan Ruang
1	R. Fitness+Fisioterapi	Privat
2	R. Hidroterapi	Privat
3	R. Pingpong	Semi Privat
4	Lapangan Basket	Semi Privat
5	Lapangan Voli	Semi Privat
6	Lapangan Parkir	Semi Privat
7	R. Satpam	Semi Privat



● Dekat  
◐ Sedang  
○ Jauh

Bagan 4.1-18. Analisis Hubungan Antar Ruang Penunjang

Sumber : Analisis Penulis



UNIVERSITAS  
GADJAH MADA

**CRC KHUSUS KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI PONDOK PESANTREN BAHRUL  
MAGHIROH, MALANG DENGAN  
PENDEKATAN THERAPEUTICAL COMMUNITY (TC)**

JULDANISA A HUSNA, Ir. Slamet Sudibyo, M.T.

Universitas Gadjah Mada, 2016 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

## BAB V

### KONSEP

Konsep Perancangan Pusat Rehabilitasi di Pondok Pesantren disesuaikan dengan kebutuhan dan aktivitas Pondok Pesantren, berkaitan dengan terapi TC (*Theurapeutical Community*). Untuk mendapatkan bentuk dan susunan site yang baik, maka perlu adanya sebuah konsep perancangan site dan gubahan massa.

Konsep utama bangunan pusat rehabilitasi didefinisikan menjadi 3 konsep utama yaitu konsep pusat rehabilitasi di area pondok pesantren, konsep ruang komunal untuk mendorong interaksi, dan konsep pusat rehabilitasi yang asri dan nyaman. Masing-masing konsep ini akan diwujudkan dalam konsep-konsep yang lebih mikro.

#### 5.1 Pusat Rehabilitasi di Area Pesantren

Sebagai pusat rehabilitasi yang berada di area pondok pesantren, maka elemen-elemen arsitektural harus memperhatikan kepentingan dan kecenderungan perilaku di pondok pesantren dan residen rehabilitasi. Konsep ini berusaha mewadahi interaksi yang cukup antara pondok pesantren dan pusat rehabilitasi. Serta mengaplikasikan standar pusat rehabilitasi dalam arsitektur islam.

##### 5.1.1 Integrasi pusat rehabilitasi dengan pondok pesantren



Bagan 5.1-1. Pembagian Zonasi Pusat Rehabilitasi

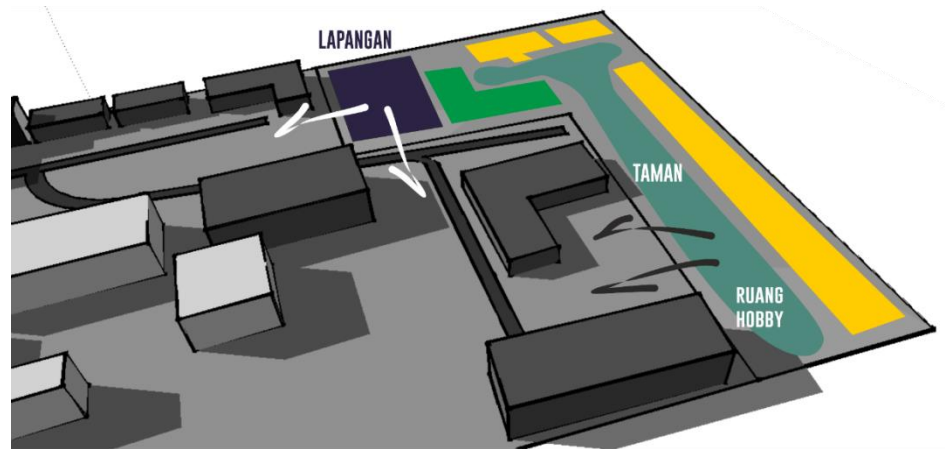
Sumber : Analisis Penulis

Lingkungan pusat rehabilitasi dibagi menjadi 3 bagian utama yaitu

Zona semi public merupakan bagian-bagian yang berada di bangunan utama, yaitu resepsionis, ruang tamu, ruang makan, serta fasilitas-fasilitas umum yang dimiliki pusat rehabilitasi. Zona ini diletakkan pada bagian yang memiliki akses secara visual dari pondok pesantren sebagai pemisah antara zona yang lebih privat dari pondok pesantren.

Sedangkan zona semi privat masih berada di bangunan utama dan bangunan klinik. Ruang-ruang yang bersifat semi privat antara lain adalah ruang rapat, ruang staff, ruang klinik, ruang terapi kelompok, dan ruang gymnastic. Zona ini diletakkan diantara zona semi public dan zona privat.

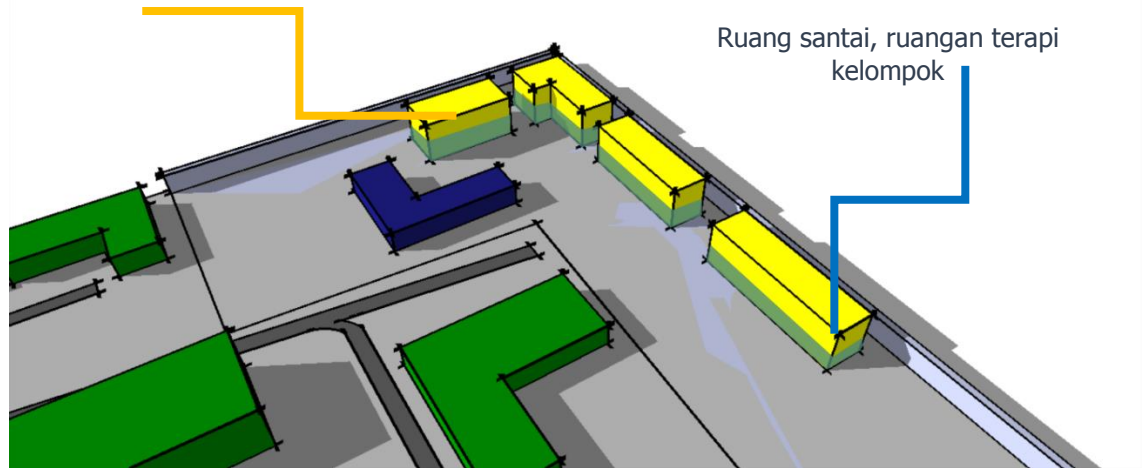
Sedangkan zona privat merupakan ruang asrama, ruang tinggal staff, ruang kerja direktur, ruang terapi individu serta ruang isolasi. Ruangan ini sebisa mungkin memiliki akses visual yang minim dari pondok pesantren, namun tetap memiliki pengawasan yang baik.



*Gambar 5.1-1. Pembagian Zonasi Bangunan*

*Sumber : Analisis Penulis*

Dapat dilihat pada gambar 1 diatas pembagian zonasi bangunan. Taman pada pusat rehabilitasi menjadi pembatas visual ruang-ruang privat di pusat rehabilitasi. Penggunaan taman dinilai sebagai pemberi batas yang ‘ramah’, selain itu dapat mempercantik lingkungan pusat rehabilitasi. Taman ini nantinya akan dilengkapi gazebo untuk melakukan terapi kelompok yang lebih santai.

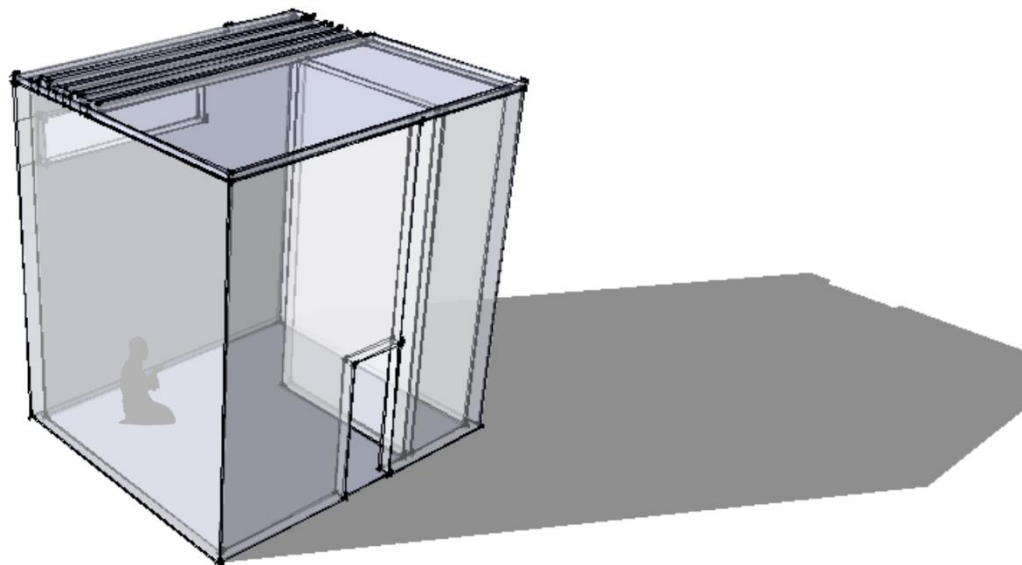


Gambar 5.1-2. Pembagian Zonasi Vertikal Bangunan

Sumber : Analisis Penulis

Sedangkan untuk detail zonasi vertical, ruangan-ruangan yang bersifat lebih privat diletakkan di lantai 2 untuk mengurangi akses visual.

## 5.1.2 Penerapan Arsitektur Islam

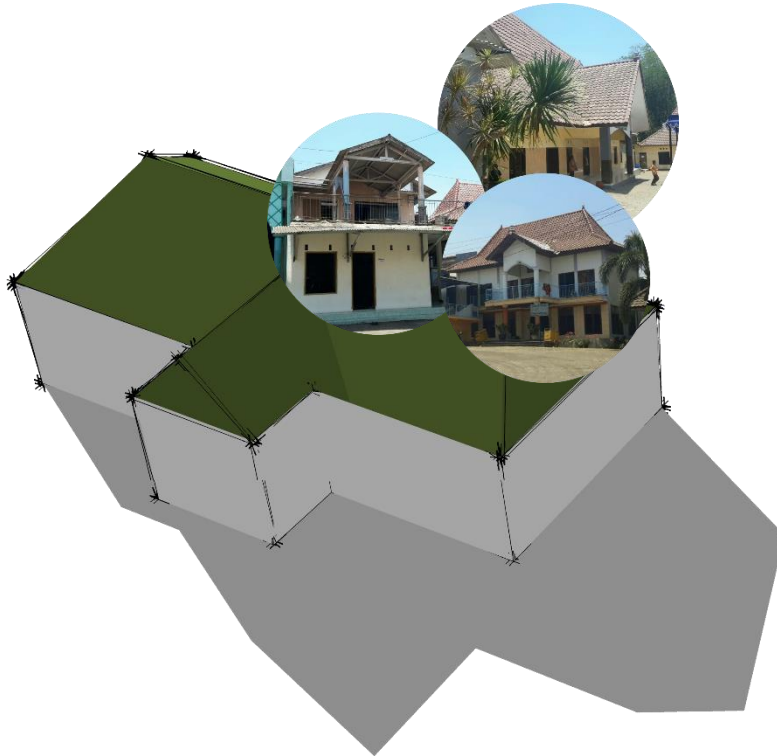


Gambar 5.1-3. Ruang Isolasi

Sumber : Analisis Penulis

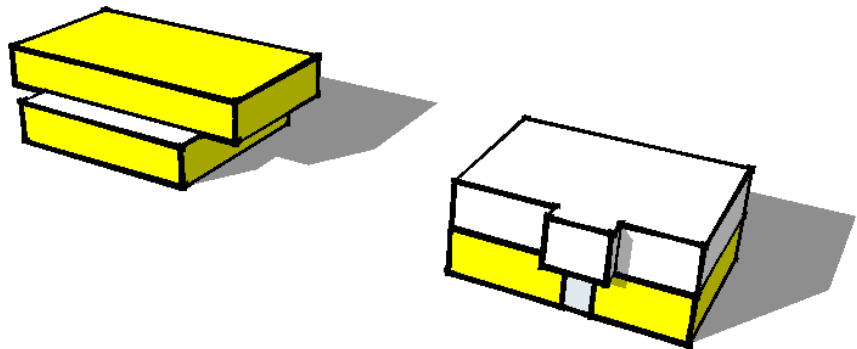
Orientasi ruang isolasi vertical dan memiliki atap skylight. Menggunakan material dengan tone warna putih sebagai simbol

kesucian, memasukkan representasi ketuhanan dan membuat kesan ruangan yang luas, sehingga santri baru yang diisolasi merasa kecil.



*Gambar 5.1-4. Bentuk dasar tipologi bangunan di pondok pesantren*

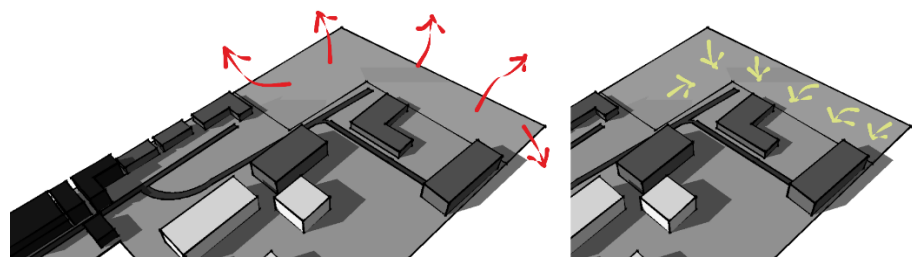
*Sumber : Analisis Penulis*



Gambar 5.1-5. Bentuk geometris yang Didapatkan dari Tipologi Bangunan di Pondok Pesantren

Sumber : Analisis Penulis

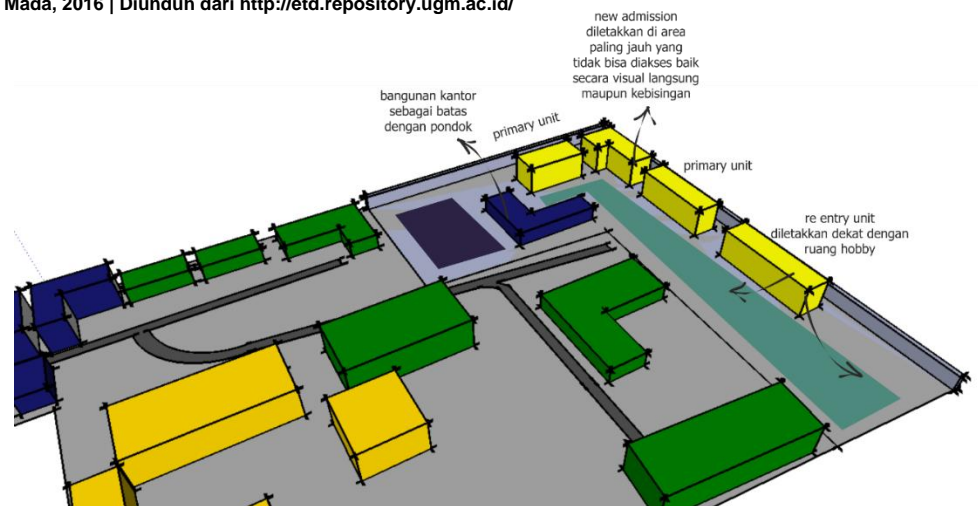
### 5.1.3 Peletakan Bangunan untuk Menciptakan Blocking View



Gambar 5.1-6. View yang baik bagi bangunan

Sumber : Analisis Penulis

Dapat dilihat pada gambar 6 diatas, panah berwarna merah menunjukkan arah *view* yang buruk, karena pada sisi ini nantinya akan dibangun tembok pembatas setinggi minimal 3 m untuk mengamankan area pusat rehabilitasi. Maka dari itu, panah berwarna hijau muda menunjukkan *view* terbaik , yaitu *view* ke dalam lahan, sehingga untuk mendukung dan menambah *view* diperlukan adanya taman atau *view* buatan.

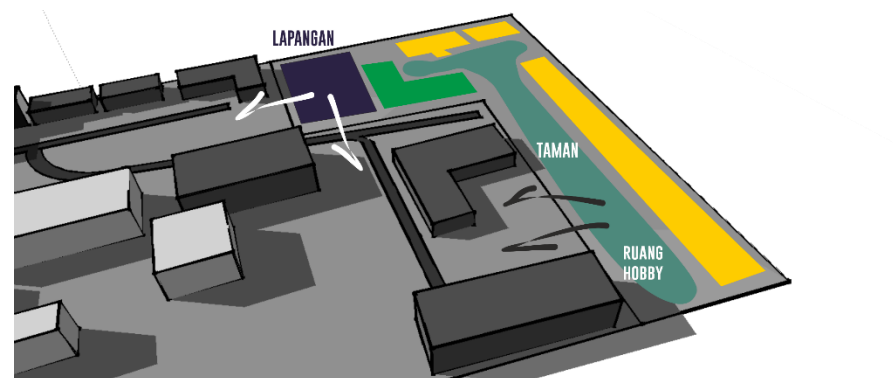


Gambar 5.1-7. Blocking massa bangunan

Sumber : Analisis Penulis

Dapat dilihat pada gambar 7. Peletakan bangunan new admission diletakkan pada sudut yang minim akses baik secara visual, kebisingan, dan akses lainnya. Hal ini karena bangunan ini akan menampung santri baru yang masih memiliki masalah ketergantungan, sehingga dikhawatirkan pada saat sakaw akan mengganggu aktivitas pondok pesantren.

#### 5.1.4 Peletakan Area Terbuka

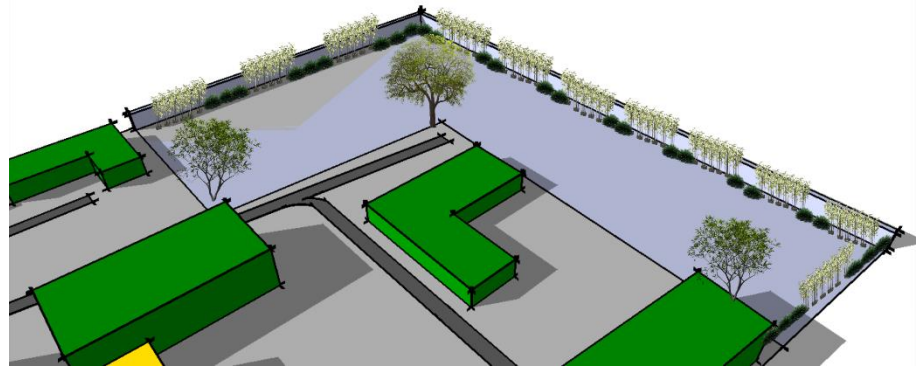


Gambar 5.1-8. Area Taman

Sumber : Analisis Penulis

Seperti telah dibahas sebelumnya, peletakan area taman berbatasan langsung dengan pondok pesantren untuk membuat batasan visual sekaligus mempercantik lingkungan. Selain itu taman ini dapat

digunakan sebagai ruang interaksi bagi santri rehabilitasi dan ustad/pengasuh pondok pesantren. Taman ini nantinya akan diletakkan beberapa pohon peneduh dan gazebo, untuk mendukung aktivitas interaksi.



Gambar 5.1-9. Peletakan Vegetasi

Sumber : Analisis Penulis

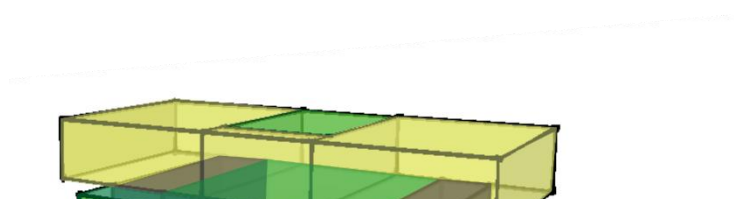
Peletakan vegetasi pada bagian dinding pembatas setinggi 3 meter diperlukan agar meleburkan kesan dinding yang kaku dan monoton, serta mengurung. Vegetasi yang digunakan bukan merupakan pohon besar atau tanaman rambat dengan struktur batang yang kuat, namun tanaman hias (misal bamboo hias), atau tanaman kebun yang memiliki pohon rendah (seperti cabe atau tomat, melon), atau tanaman tinggi yang struktur batangnya tidak kuat (misal papaya), atau tanaman rambat yang memiliki struktur batang yang lemah (misalnya markisa) sehingga residen tidak dengan mudah memanjat dinding pembatas untuk kabur. Selain itu tanaman ini dapat diserahkan kepada santri untuk dikelola sendiri, sehingga hasilnya dapat dijual, atau dinikmati bersama-sama

### 5.1.5 Ruang Komunal Untuk Mendorong Interaksi

Program TC atau *Theurapeutic Community* menekankan pada interaksi antar residen untuk membantu residen lainnya untuk sembuh, sehingga ruang interaksi yang baik dan dinamis menjadi elemen penting dalam bangunan.

#### 5.1.5.1 Konsep All-centered dalam peletakan zonasi ruang

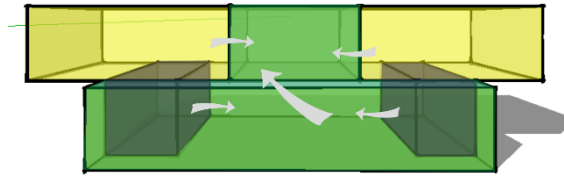
D  
alam  
meletakkan



Gambar 5.1-10. Zonasi Bangunan

Sumber : Analisis Penulis

zonasi bangunan, ruang-ruang public yang dapat memungkinkan interaksi diletakkan di tengah, atau di pusat/inti bangunan.



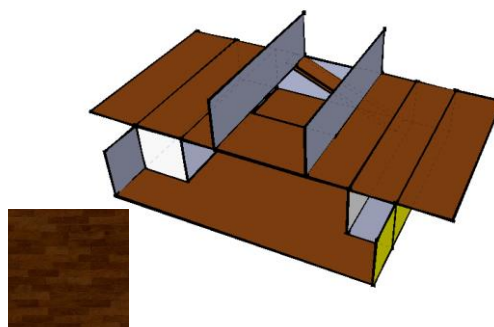
Gambar 5.1-11. Zonasi Bangunan

Sumber : Analisis Penulis

Dapat dilihat pada gambar 10 dan 11 diatas, yang berwarna kuning merupakan zona privat, dan yang berwarna hijau merupakan zona public, sedangkan yang berwarna bau-abu merupakan zona servis. Ruangang yang bersifat public diletakkan diantara zonasi lainnya (privat dan servis), sehingga setiap kali santri atau residen akan melakukan suatu aktivitas atau perpindahan, santri akan melalui ruangang ini sehingga memperbanyak kemungkinan para santri untuk berinteraksi, selain itu adanya perabotan yang mendukung interaksi seperti sofa, dan lain-lain juga membantu meningkatkan keinginan santri untuk melakukan interaksi.

#### 5.1.5.2 *Penggunaan Material yang Mempermudah Pengawasan*

Pada bangunan dengan tingkat privasi tinggi seperti bangunan asrama, lantai menggunakan material kayu. Penggunaan material ini bertujuan untuk memudahkan pengawasan, karena lantai dengan material kayu mengeluarkan suara jika diinjak.



Gambar 5.1-12. Penggunaan Material Lantai Kayu

### 5.1.5.3 Peletakan ruang sirkulasi yang tepat

Segala jenis sirkulasi dalam bangunan yang bersifat privat diletakkan melewati ruang-ruang publik sehingga mempertegas konsep sirkulasi yang terbuka sehingga memudahkan adanya interaksi antar pengguna bangunan. Sirkulasi menuju satu bangunan menuju bangunan lain melalui sirkulasi *outdoor* sebagai transisi yang mendukung terjadinya interaksi yang nyaman.

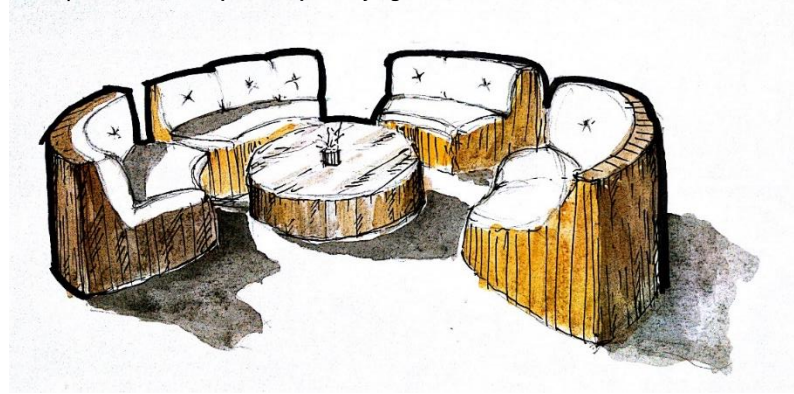


Gambar 5.1-13. Sirkulasi outdoor antar bangunan

Sumber : Analisis Penulis

### 5.1.5.4 Desain Ruang Terapi yang Nyaman

Untuk mendorong terjadinya interaksi maka diperlukan ruang terapi yang nyaman, desain ruang terapi yang nyaman berdasar pada susunan layout dan jenis furniture yang digunakan. Pada pusat rehabilitasi ini dilengkapi dengan ruang terapi berbentuk ruang kelas dengan meja melingkar untuk terapi kelompok, gazebo, dan ruang baca, ruang santai untuk terapi kelompok, serta ruang terapi individu dengan menggunakan warna yang netral dan menenangkan serta furniture yang nyaman



*Gambar 5.1-14 . Penggunaan Furniture yang nyaman dengan penataan yang sirkular*

*Sumber : Analisis Penulis*



*Gambar 5.1-15. Penataan furniture untuk terapi kelompok dengan penataan dan perabot yang sirkular*

*Sumber : Analisis Penulis*

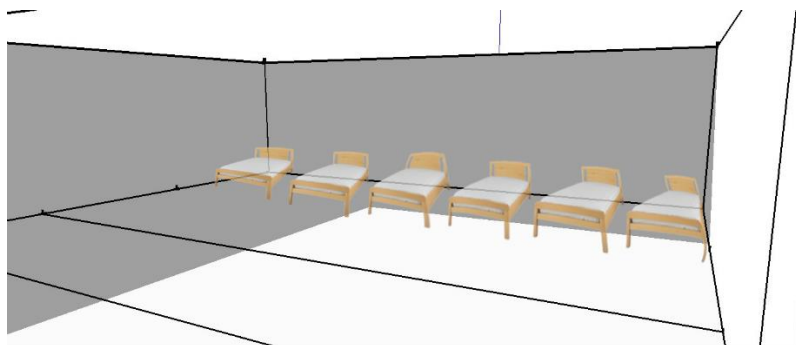


Gambar 5.1-16. Gazebo untuk melakukan terapi kelompok di taman

Sumber : Analisis Penulis

#### 5.1.5.5 Meminimalisir Ruang Pribadi dan Teritorial

Konsep meminimalisir ruang pribadi dan territorial ini untuk menghindari adanya kelompok social yang terlihat lebih unggul daripada kelompok lainnya, selain itu hal ini untuk mengatasi kecenderungan perilaku pengguna narkoba yang menyukai ruangan yang bersifat pribadi dan tertutup.

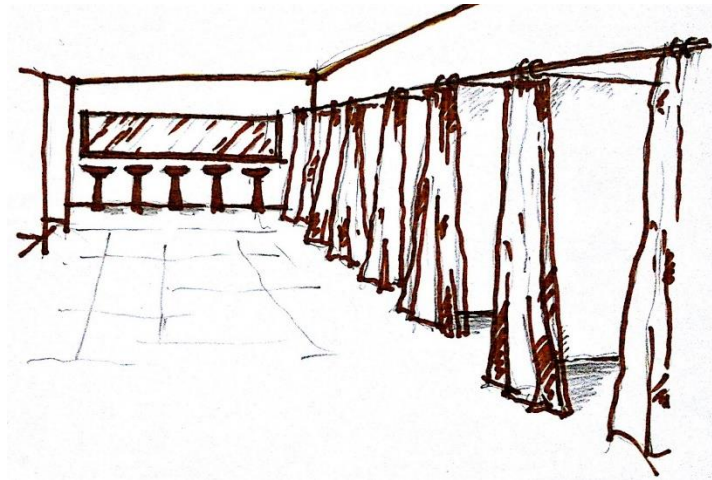


Gambar 5.1-17. Kamar Asrama

Sumber : Analisis Penulis

Ruangan-ruangan yang bersifat privat seperti ruang asrama dan kamar mandi dibuat menjadi area yang memiliki tingkat ketertutupan rendah dengan mengurangi pembatas vertical yang solid. Pada asrama, 1 kamar dihuni 15-30 santri, dan setiap beberapa periode, santri akan

dipindah kamar dengan santri lain sehingga santri saling mengenal satu sama lain. Untuk kamar mandi menggunakan pembatas vertical berupa *curtain* sehingga mempermudah pengawasan dan mengurangi resiko residen menggunakan narkoba atau menyendiri di kamar mandi. Penggunaan perabotan juga menggunakan perabot yang seragam sehingga meminimalisir terjadinya pengakuan teritori terhadap suatu wilayah atau perabotan.



Gambar 5.1-18. Kamar Mandi dengan Pembatas Vertikal Berupa Curtain

Sumber : Analisis Penulis

Desain perabotan dibuat sesederhana mungkin, memiliki sudut yang tidak tajam untuk mengurangi resiko residen melukai dirinya sendiri ketika sedang sakaw.

## 5.1.6 Konsep Pusat Rehabilitasi yang Asri dan Nyaman

Pusat rehabilitasi seharusnya menjadi lingkungan yang nyaman untuk melakukan terapi, serta jauh dari lingkungan yang penuh dengan tekanan. Konsep ini diterapkan dalam arsitektur dengan mengurangi kesan-kesan kaku pada bangunan dengan cara penggunaan material dan peletakan vegetasi.

### 5.1.6.1 Penggunaan Material

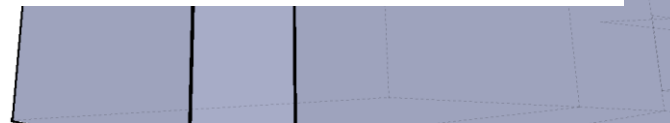
Penggunaan material alam pada bangunan dan pada *landscape* taman. Pada bangunan diminimalisir penggunaan dinding dengan



material kayu atau bata, karena memiliki kesan yang gelap. Maka penggunaan material alami seperti bata, kayu, batuan dan lain-lain digunakan pada *landscape* dan *flooring* bangunan.

Gambar 5.1-19. Material yang digunakan untuk taman

Sumber : Analisis Penulis



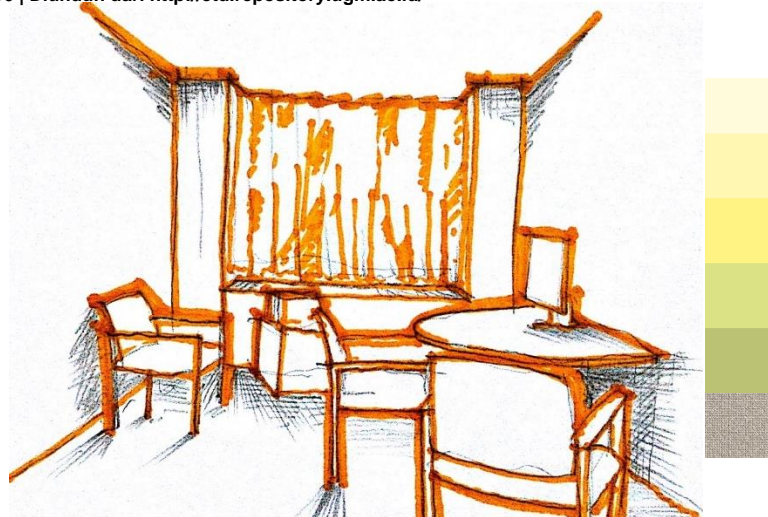
Gambar 5.1-20. Struktur Kayu Ekspose

Sumber : Analisis Penulis

Sedangkan untuk penggunaan material alam pada bangunan selain untuk lantai, juga digunakan dalam struktur seperti struktur konsol untuk menopang overhang pada bangunan.

#### 5.1.6.2 Penggunaan Warna

Penggunaan warna sangat penting kaitannya untuk menciptakan suasana. Sebisa mungkin warna yang digunakan adalah warna yang cerah sehingga tidak menimbulkan suasana yang gelap.



Gambar 5.1-21. Interior Ruang Klinik

Sumber : Analisis Penulis

Ruang klinik menggunakan warna-warna pastel yang membangkitkan suasana netral dan menenangkan. Untuk menambah kenyamanan ruang klinik / terapi individu menggunakan lantai karpet supaya santri atau residen merasa nyaman saat melakukan sesi terapi individu. Selain itu rasa nyaman dapat menimbulkan interaksi yang lebih intim antara terapis dan santri sehingga santri bisa terbuka dengan terapis.



Gambar 5.1-22. Ruang Santai di Asrama

Sumber : Analisis Penulis

Penggunaan nuansa warna biru di ruangan santai untuk perabotan menimbulkan atmosfir yang tenang, damai, dan kontemplatif. Selain itu warna biru menimbulkan kesan yang maskulin dibanding warna-warna pastel.

### ***5.1.6.3 Penggunaan batas visual dan fisik***

Penggunaan batas secara visual dan fisik berkaitan dengan kenyamanan santri. Seperti sudah dibahas diatas, penggunaan batas fisik berupa dinding hanya diletakkan dengan area yang berbatasan dengan area luar pondok pesantren, sedangkan batasan fisik dan visual untuk membatasi pusat rehabilitasi dengan pondok pesantren dengan penataan taman dan vegetasi serta penataan sirkulasi dan akses bangunan.

Tabel 5.1-1. Konsep Perancangan Pusat Rehabilitasi (CRC)

<i>KONSEP MAKRO</i>	<i>KONSEP MEZZO</i>	<i>KONSEP MIKRO</i>
PUSAT REHABILITASI DI AREA PONDOK PESANTREN	Bagaimana pusat rehab dapat membaaur dengan pesantren	Integrasi ruang luar dengan pondok pesantren  Konsep arsitektur islam dalam ruang-ruang pondok
	Bagaimana menciptakan interaksi yang cukup antara pondok-rehab	Peletakan area bangunan untuk menciptakan blocking view  Peletakan area terbuka sebagai batasan visual, atau pelebur batas antara pondok-pesantren
RUANG KOMUNAL UNTUK MENDORONG INTERAKSI	Bagaimana sebuah ruang interaksi dimaksimalkan dan mempermudah pengawasan	Konsep all-centered dalam peletakan zonasi ruang  Penggunaan material yang mempermudah pengawasan,  Peletakan ruang sirkulasi yang tepat  Desain ruang terapi komunal yang nyaman
	Bagaimana meminimalisir ruang yang bersifat pribadi dan teritorial	Konsep ruang privat massal,  Penyeragaman perabotan

PUSAT REHABILITASI YANG ASRI DAN NYAMAN	<i>Bagaimana mengurangi kesan kaku dalam bangunan</i>	<i>Konsep material yang tepat</i>
		<i>Konsep peletakan vegetasi</i>
		<i>Konsep penggunaan warna yang tepat</i>
	<i>Bagaimana mengurangi kesan bahwa santri sedang 'dikurung'</i>	<i>Konsep penggunaan batas secara visual</i>
		<i>Konsep penggunaan batas secara fisik</i>
		<i>Konsep orientasi ruang</i>

*Sumber : Analisis Penulis*

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Narkotika Nasional. 2015. *Laporan Akhir Survey Nasional Perkembangan Penyalahguna Narkoba 2014*. Jakarta: Badan Narkotika Nasional.
- Hampson, Ralph dkk. Juni 2000. *Community Rehabilitation Center : Generic Brief*. The Aged, Community and Mental Health Division Victorian Government Departement of Human Services. <http://docplayer.net/4687148-Community-rehabilitation-centres-generic-brief.html> . 27 Oktober 2015.
- Muslimah. 2014. *Terapi Mandi Terhadap Pecandu Narkotika di Pondok Pesantren Al-Qodir Cangkringan Sleman Yogyakarta*. Skripsi Sarjana Fakultas Dakwah dan Komunikasi Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta: tidak diterbitkan.
- National Institution of Drug Abuse. Juli 2014. *Drugs, Brains, And Behavior : The Science of Addiction*. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>. Diakses pada 14 Oktober 2015.
- Neufret, Ernst. 1992. *Data Arsitek Edisi Kedua Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.
- Octaviani, Ayu. 2010. *Lingkungan Fisik Rumah Rehabilitasi Pengguna Narkoba dengan Metode TC*. Skripsi Sarjana Fakultas Teknik Universitas Indonesia Jakarta: tidak diterbitkan
- Panero, Julius dan Martin Zelnik. 2003. *Dimensi Manusia dan Ruang Interior*. Jakarta: Erlangga.
- Pantjalina, Laurensia Enny, dkk. *Faktor Mempengaruhi Perilaku Pecandu Penyalahgunaan Napza pada Masa Pemulihan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada, Mahakam, Samarinda*. Samarinda: Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. 2014. *Situasi dan Analisis Penyalahgunaan Narkoba*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Shepley, Mardelle M dan Shamira Pasha. Juli 2013. *Design Research and Behavioral Health Facilities* (diunduh dari Health Design Org, 14 Oktober 2015). The Center for Health Design.
- Ulfah, Maria. 2011. *Metode Theurapeutic Community bagi Residen Narkotika di Unit Terapi dan Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional, Lido-Bogor*. Skripsi Sarjana Fakultas Ilmu Dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta: tidak diterbitkan.
- Winanti. 2008. *Theurapeutic Community (TC)*. Lapas Klas IIA Narkotika. Jakarta [https://lapasnarkotika.files.wordpress.com/2008/07/therapeutic-community-rev1\\_1doc.pdf](https://lapasnarkotika.files.wordpress.com/2008/07/therapeutic-community-rev1_1doc.pdf) diakses pada 1 Oktober 2015.

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Wawancara dengan Ust. Khumaidi Selaku Pengasuh Pondok	137
Lampiran 2. Wawancara dengan Mahasiswa KL di Pusat Rehabilitasi Grahasia, Pakem	140
Lampiran 3. Wawancara dengan Mahasiswa(2) KL di Pusat Rehabilitasi Grahasia, Pakem	141

*Lampiran 1. Wawancara dengan Ust. Khumaidi Selaku Pengasuh Pondok*

Penulis	Ust. Khumaidi
Assalamualaikum Ustad	Walaikumussalam warrahmatullahi wabarokatuh
Kebetulan saya ingin bertanya mengenai pusat rehabilitasi ustad, kabarnya di pondok pesantren ini akan dibangun pusat rehabilitasi ustad?	Iya mbak, benar sekali. Gus Luqman selaku pimpinan pondok sudah terkenal mampu menyembuhkan orang-orang yang kena narkoba itu mbak
Oh begitu ustad, itu pasiennya memang tinggal di pondok ini ustad?	Oh tidak mbak, Gus Luqman punya rumah sendiri yang beliau siapkan khusus untuk orang yang kena narkoba itu untuk menyembuhkan mereka.
Oh jadi pondok ini belum pernah menerima santri yang terkena pengaruh narkoba ya ustad?	Pernah mbak dulu, tapi hanya satu orang saja. Beliau datang langsung dari lampung untuk sembuh dari ketergantungannya. Datang kesini bareng sama keluarganya, sama istrinya. Dijalan menuju kesini dia sakaw mbak di mobil. Sampe sini langsung kami telepon Gus Luqman untuk ditangani. Alhamdulillah begitu ketemu sama beliau, orang tadi langsung tenang. Kemudian sama Gus Luqman orang itu disuruh tinggal disini selama beberapa bulan waktu itu kalau tidak salah 3 bulan dia sudah lepas dr narkoba mbak. Beberapa kesempatan yang lalu dia sempat datang kesini cerita tentang masa ketergantungannya dengan narkoba
Oh, waktu dia disini itu yang ngasih terapi siapa ustad? Gus Luqman langsung?	Iya mbak
Bentuk terapinya apa saja ya ustad?	Setau saya sih mbak dikasih air kelapa muda, sama disuruh minum air yang sudah didoakan gitu mbak. Nanti kalau misal sakaw dia dipijet supaya tenang. S
Oh selain itu sehari-harinya bagaimana ya ustad?	Ya kalo sehari-hari dia biasa mbak ngaji, beribadah, bersosialisasi, baca buku gitu mbak
Oke ustad, kalau untuk terapi di pusat rehab di belakang itu nanti sama ustad metodenya?	Iya mbak sama, Cuma nanti kita jadi terapis saja, istilahnya itu pusat rehab punya pemerintah, kita nyediain lahan sama mentor.
Jadi Peran pondok pesantren disini	Iya, selain itu memberi terapi juga mbak



sekedar memberi arahan dan asupan spiritual begitu ustad?	
Kalau terapi medis bagaimana ustad?	Oh ada mbak nanti jadi terapinya selain terapi dari kami ada juga terapi medisnya, karena itu kan punya pemerintah jadi ndak mungkin to terapinya Cuma dari kami. Lengkap mbak nanti ada klinik, ruang isolasi, terapi dan lain-lain. Nanti yang jaga disana juga nggak Cuma ustad mbak, tapi ada petugas dari dinas social juga.
Oh begitu ustad, kalau begitu fasilitas ini gratis ya, karena punya pemerintah biasanya gratis?	Oh tidak mbak, nanti ada biaya perbulannya, tapi besaran berapa biayanya belum tau mbak. Tapi nanti semua kebutuhan sehari-hari kami cukupi. Seperti makan, tidur, dan lain-lain
	Oiya nanti santri disuruh mengisi waktu dengan wirid mbak, dan itu target tiap orangnya beda. Nanti dibantu sama pengasuhnya mbak
	Saat ini yang nelson mau daftar udah banyak mbak, tapi maunya Gus Luqman kan yang masuk pusat rehab sini yang usianya masih SMP-SMA atau mentok kuliah lah usia 20.
Oh kalo dari dinas ga ada batasan usia ya ustad?	Iya nggak ada mbak. Tapi kalo misal udah semakin tua kan kami segan nanganinnya, lebih enak kalo masih SMP atau SMA mbak.
Oh begitu ustad, baik saya catat. Lalu fasilitas nanti disini ada apa aja ya ustad?	Lengkap mbak disini fasilitasnya nanti. Mau bangun <i>dome</i> juga buat olahraga mbak. Kemaren udah ngobrol sama petugas dinsos nanti pokoknya ya disini sama aja kayak pusat rehab lain, nanti ada rumah dinasnya juga untuk petugas dinsos.
Oh kalo untuk fasilitas olahraga itu sendiri nanti yang menggunakan siapa ya ustad?	Nah itu nanti belum tau mbak, apakah itu nanti khusus santri yang make atau santri rehab juga bisa make
Oh tapi kalo ruang interaksi antara santri biasa sama santri rehab nggak ada ya ustad?	Rencananya sih gitu mbak. Jadi nanti kan program santri pondok sama santri rehab kan beda mbak jadi yang rehab ya terapi yang santri biasa ya sekolah.
Bagaimana waktu masalah ibadah ustad?	Nanti di dalem pusat rehab itu juga ada masjidnya sendiri, nanti orang tua kalo mau jenguk juga parkirnya masuk



	kedalam sana mbak, pokoknya terpisah lah istilahnya sama santri pondok, karena sebenarnya itu kan otoritas milik pemerintah mbak.
Oke kalo fasilitas lain ustad?	Apa ya mbak, pokoknya lengkap, perabotan juga sudah beberapa sudah diinventaris mbak
Perabotan apa ya ustad?	Ya Kasur, lemari dll mbak
Kalo AC dan TV ustad?	Ada juga mbak AC dan TV tapi mungkin nggak di asrama ya, tapi tempatnya nanti di kantor mbak sama mungkin di ruang computer atau apalah nanti butuhnya dimana. Kan nanti disana ada kantornya juga beda sama administrasi disini mbak
Kalo lapangan yang ditengah ini berarti ga boleh dipake sama yang santri rehab disana ya ustad?	Kalo boleh sih boleh aja mbak, tapi kan disana nanti lingkungannya terpisah sama sini, nanti mereka boleh apa enggak keluar dari lingkungan sana itu mbak.
Oke, nanti tempatnya yang dibelakang itu kan ustad?	Iya mbak, nanti parkirnya juga disana kok
Oke ustad, terimakasih sekali atas informasinya	Iya sama-sama mbak.



Penulis	Mbak Eta
Selamat malam mbak Eta	Iya malam mbak
Kebetulan mau nanya-nanya tentang anak-anak disini mbak, terutama berkaitan dengan terapi narkoba	Oiya mbak
Kalo disini terapinya gimana ya mbak, ada terapi yang berkelompok gitu nggak ya mbak?	Oh kebanyakan sih terapinya terapi keterampilan gitu. Kalo mau pake terapi yang kelompok itu biasanya sih pake metode terapi komunitas ya.
Iya mbak, itu gimana ya mbak kan terapinya berkelompok gitu kan, itu waktu terapi mereka harus focus atau gimana ya mbak?	Hmm kalo misal pas terapi kelompok gitu biar mereka focus dan mau terbuka pas <i>sharing</i> sebaiknya pembicaranya mantan pengguna yang udah berhasil sembuh gitu una, biar mereka saling <i>sharing</i> , tuker pikiran, dan justru termotivasi buat ga <i>relaps</i> lagi, dan biasanya bakal lebih diperhatiin karena pasti lebih menarik. Kalo pembicaranya orang biasa atau dokter mereka malah males dengerinnya hahaha
Oh gitu mbak, jadi lebih ke faktor siapa yang kasih terapinya gitu ya? Kalo misalnya pas terapi gitu mereka butuh ruangan yang kayak apa sih, tertutup kah? Supaya lebih fokus gitu maksudnya	Ya nggak faktor utama juga sih, tapi kebanyakan emang yang kasih seminar, atau ngajaarin keterampilan emang bekas pecandu. Kalo ruangan sih kayaknya jangan tertutup juga sih ya, ga harus di tempat tertutup sih, justru malah yang nyaman aja kalo tempat terapinya.
Oh ga butuh kayak ruang kelas gitu mbak?	Biasanya kalo terapi sih jarang malah diceramahin gitu sih, biasanya malah seringnya dikasih keterampilan gitu atau ngobrol-ngobrol aja biasa. Itu intens banget bisa 12-20 kali pertemuan tiap minggu.
Oh gitu mbak, biasanya perilaku mereka gimana sih waktu awal-awal masuk? Masih sering suka kabur gitu nggak mbak?	Perilaku? Hahah biasanya sih pasien yang baru masuk pasti mereka udah ga punya percaya diri, <i>self efficacynya</i> juga rendah, apalagi ya una. Oh ya mungkin mereka bisa <i>relaps</i> lagi juga sih pas kabur, tapi sebenarnya itu tergantung gimana orangnya, sama tingkat kecanduannya juga sih



	Pokoknya dukungan social sama spiritual itu harus bangetlah buat si pecandu ini. Dan biasanya ada kan pasien yang emang pengen direhab sendiri, ga karena terpaksa.
Oke mbak eta nanti kalau yang mau saya tanyakan lagi saya hubungi lagi ya mbak	Oke una

*Lampiran 3. Wawancara dengan Mahasiswa(2) KL di Pusat Rehabilitasi Grahasia, Pakem*

Penulis	Mbak Indi
Selamat malam mbak indi, mau nanya2 sedikit boleh?	Oiya boleh
Tentang teapi kelompok nih mbak indi, sebenarnya pasien butuh ruangan yang seperti apa ya mbak?	Kalo misal terapi kelompok di ruangan nih ya butuh yang standar aja sih, meja atau kursi yang melingkar gitu yang asik buat interaksi atau ngobrol bareng-bareng. Bagus juga sebenarnya ada tempat buat lesehannya.
	Oiya trus bagus juga kalo misalnya ada kayak pojok bukunya gitu buat dibaca-baca isinya tentang referensi aja bahayanya NAPZA itu gimana sama tentang kesehatan
Oh gitu mbak, jadi ga butuh ruang kelas begitu ya mbak?	Sebenarnya kalo proses terapi kelompok itu sendiri kan dinamis ya jadi nyesuain sama karakteristik kliennya. Jadi ya dinamis aja kalo misal suatu saat pengen <i>outdoor</i> atau <i>semi outdoor</i> bisa juga pindah ruangan gitu, gausah begitu kaku.
	Yang penting kliennya nyaman aja
Oke mbak indi terimakasih atas waktunya, nanti kalau masih ada yang kurang saya hubungi lagi ya mbak	Oke, sama-sama