



Interior rumah sakit jiwa dan produksi stigma spasial: Studi kasus RSJMM Bogor berbasis *healing environment* dan psikologi lingkungan

Muhammad Irzam Fharhany*, Rachmita Maun Harahap

Desain Interior, Fakultas Desain dan Seni Kreatif, Universitas Mercu Buana
(Jl. Meruya Selatan No.1, Kec. Kembangan, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Jakarta 11650, Indonesia)

Penulis Korespondensi: irzammd@gmail.com

Received:

02/03/2026

Final Revision:

18/04/2026

Accepted:

19/04/2026



This work is
licensed under a
[CC-BY-NC](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Abstrak.

Penelitian ini mengkaji bagaimana desain interior Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi (RSJMM) Bogor berperan dalam membentuk stigma spasial serta merumuskan strategi transformasi berbasis *healing environment*. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif analitik dengan strategi studi kasus, melalui observasi lapangan, dokumentasi visual, dan wawancara mendalam terhadap lima informan kunci yang dipilih secara purposive. Analisis dilakukan menggunakan thematic coding yang diinformasikan oleh prosedur grounded theory serta divalidasi melalui prinsip evidence-based design. Hasil penelitian menemukan adanya fenomena *duality of spatial identity*, yaitu kesenjangan spasial antara area publik yang modern-humanis dan area perawatan yang masih berkarakter kustodial. Elemen interior seperti jeruji besi, minimnya privasi, serta kualitas sensorik yang belum optimal diindikasikan berkontribusi terhadap persepsi terintimidasi, kehilangan kontrol personal, dan ketidaknyamanan psikologis pengguna. Penelitian ini menghasilkan empat strategi transformasi desain, yaitu de-institusionalisasi visual, restorasi privasi dan otonomi, integrasi biofilik, serta manajemen sensorik. Studi ini menegaskan bahwa desain interior berfungsi sebagai agen aktif dalam produksi stigma sekaligus sebagai instrumen terapeutik pada fasilitas kesehatan jiwa.

Kata kunci: stigma spasial, interior psikiatri, *healing environment*, psikologi lingkungan, *evidence-based design*

Abstract.

This study examines how the interior design of Dr. H. Marzoeki Mahdi Mental Hospital (RSJMM) Bogor participates in the production of spatial stigma and formulates transformation strategies based on healing environment principles. The study employed a qualitative analytical approach with a case study strategy through field observation, visual documentation, and in-depth interviews with five purposively selected key informants. Data were analysed using thematic coding informed by grounded theory procedures and validated through evidence-based design principles. The findings reveal a duality of spatial identity, namely a spatial gap between modern-humanized public areas and care areas that still retain custodial characteristics. Interior elements such as iron bars, limited privacy, and suboptimal sensory quality are indicated to contribute to feelings of intimidation, loss of personal control, and psychological discomfort. The study produces four design transformation strategies: visual de-institutionalisation, restoration of privacy and autonomy, biophilic integration, and sensory management. These findings affirm that interior design acts both as an active agent in the production of stigma and as a therapeutic instrument within psychiatric facilities.

Keywords: *spatial stigma, psychiatric interior, healing environment, environmental psychology, evidence-based design*

Pendahuluan

Persepsi masyarakat terhadap institusi kesehatan jiwa hingga kini masih diselimuti oleh stigma yang kuat. Rumah sakit jiwa kerap dipandang sebagai tempat yang kelam, menakutkan, dan mengasingkan, bukan sebagai fasilitas pemulihan yang menenangkan. Goffman (1963) mendefinisikan stigma sebagai atribut yang sangat mendiskreditkan sehingga individu direduksi dari pribadi yang utuh menjadi identitas yang tercela di mata sosial. Dalam konteks fasilitas kesehatan jiwa, stigma tersebut tidak hanya dibentuk oleh wacana sosial, tetapi juga dapat dimediasi oleh pengalaman spasial dan pesan visual yang diproduksi lingkungan fisik. Riset mutakhir menunjukkan bahwa mayoritas pasien psikiatri (63,8%) secara tegas memilih kebijakan pintu terbuka dan memaknai lingkungan yang terkunci sebagai ancaman terhadap otonomi serta martabat mereka (Liwinski et al., 2025). Sejalan dengan itu, Liddicoat et al., (2020) menekankan bahwa desain lingkungan kesehatan mental harus mendukung pengalaman yang dapat diterima, aman, dan *recovery-oriented*, bukan sekadar menjalankan fungsi kontrol.

Persepsi negatif tersebut kerap diperkuat oleh kondisi fisik bangunan rumah sakit jiwa yang cenderung bersifat kustodial, kaku, dan minim privasi. Dalam kerangka psikologi lingkungan, elemen seperti pembatas visual agresif, tata ruang yang menekan, dan hilangnya kontrol personal dapat memengaruhi afek, rasa aman, serta evaluasi pengguna terhadap kualitas perawatan. Temuan Jovanović et al. (2022) menunjukkan bahwa fitur lingkungan fisik tertentu di rumah sakit psikiatri berkaitan dengan kepuasan pasien, sedangkan Amiri et al. (2025) menegaskan bahwa arsitektur fasilitas psikiatri perlu bergeser dari pengamanan fisik semata menuju intervensi preventif yang menjunjung martabat pasien. Dengan demikian, desain yang menyerupai penjara tidak lagi dapat dipahami sebagai persoalan estetika belaka, tetapi sebagai bagian dari mekanisme produksi stigma.

Dampak lingkungan fisik yang buruk tidak hanya dirasakan oleh masyarakat luar, tetapi juga oleh pasien dan tenaga medis di dalam institusi. Subu et al. (2018) menunjukkan bahwa stigma, rasa takut, dan kekerasan saling berkelindan dalam pengalaman ODGJ di Indonesia. Di unit perawatan intensif, Kaudsariyah et al. (2024) juga mencatat bahwa ketegangan lingkungan berkontribusi terhadap konflik dan praktik *containment*. Pada skala yang lebih luas, Rogerson et al. (2021) memperlihatkan bahwa karakter fisik bangsal kesehatan mental berkaitan dengan dinamika agresi dan persepsi keselamatan. Temuan-temuan ini memperkuat argumen bahwa stigma sosial dan kualitas lingkungan fisik tidak bekerja secara terpisah, tetapi saling menguatkan melalui pengalaman ruang sehari-hari.

Untuk memutus siklus tersebut, penelitian ini menempatkan *healing environment* sebagai kerangka konseptual utama, dengan dukungan *healing architecture*, psikologi lingkungan, dan *evidence-based design*. Ulrich (1984) menunjukkan bahwa akses visual ke elemen alam dapat mempercepat pemulihan, sementara Weber et al. (2021) menegaskan bahwa privasi, kualitas sensorik, dan karakter sosiofisik ruang merupakan dimensi penting bagi kesehatan serta *well-being* pasien rawat inap psikiatri. Studi mutakhir juga menunjukkan bahwa desain biofilik, pencahayaan alami, dan *setting* ruang yang lebih manusiawi dapat mendukung kesejahteraan pasien maupun staf (Pawlaczyk-Szymańska et al., 2025; Tendolkar et al., 2025). Dengan kerangka ini, interior dipahami bukan sebagai latar pasif, melainkan sebagai mediator antara pengalaman tubuh, persepsi stigma, dan kemungkinan pemulihan.

Meski diskursus *healing environment* pada fasilitas kesehatan terus berkembang, penerapannya pada rumah sakit jiwa di Indonesia terutama pada bangunan eksisting yang memiliki nilai historis masih terbatas. Fitriyani (2025) menunjukkan efektivitas elemen alami dan warna lembut pada RSIA Kemang Medical Care, tetapi konteks obstetri tersebut berbeda secara psikososial dari rumah sakit jiwa yang sarat stigma. Di level global, Lundin (2021) menyoroti dilema antara keamanan dan penyembuhan pada bangsal psikiatri, Molin et al. (2021) memperlihatkan bahwa perubahan desain spasial dapat meningkatkan rasa aman sekaligus menimbulkan stres baru bila tidak diiringi perubahan budaya perawatan, sementara Staniewska (2022) menegaskan potensi lanskap rumah sakit jiwa bersejarah sebagai medium terapi hijau. Studi Indonesia yang diusulkan Arbia et al. (2025) relevan karena

mengangkat arsitektur terapeutik, tetapi masih berfokus pada rancangan bangunan baru, belum pada transformasi interior bangunan eksisting.

Oleh karena itu, literatur telah menunjukkan bahwa *healing environment* dan desain terapeutik berpengaruh terhadap kualitas pengalaman pasien pada fasilitas kesehatan dan psikiatri. Namun, yang belum dikaji adalah bagaimana elemen interior eksisting pada rumah sakit jiwa bersejarah di Indonesia bekerja secara mikro sebagai produsen stigma melalui pengalaman visual, sensorik, privasi, dan kontrol personal pengguna. Kesenjangan ini menjadi penting pada RSJMM Bogor rumah sakit jiwa tertua di Indonesia yang memadukan jejak arsitektur kolonial dan fasilitas modern, serta menunjukkan kontradiksi antara mutu layanan yang positif dan persepsi spasial pengguna yang masih menilai sebagian ruang sebagai seram dan menekan.

Menanggapi kesenjangan tersebut, artikel ini menawarkan kontribusi konseptual berupa pembacaan *duality of spatial identity* untuk menjelaskan kontradiksi antara modernisasi area depan dan residu karakter kustodial pada area belakang. Konsep ini digunakan untuk menganalisis bagaimana desain interior membentuk stigma spasial sekaligus untuk merumuskan strategi transformasi berbasis *healing environment*. Berdasarkan kerangka tersebut, penelitian ini menjawab dua pertanyaan utama: (1) bagaimana elemen desain interior eksisting di RSJMM membentuk stigma spasial; dan (2) strategi desain interior apa yang dapat diterapkan untuk mentransformasikannya menjadi lingkungan penyembuhan yang lebih humanis.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif analitik dengan strategi studi kasus tunggal untuk mengeksplorasi pengalaman spasial secara mendalam di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi (RSJMM) Bogor. Prinsip *evidence-based design* (EBD) digunakan bukan sebagai metode yang berdiri sendiri, tetapi sebagai kerangka validasi yang menghubungkan temuan lapangan dengan literatur ilmiah mengenai lingkungan penyembuhan, kontrol personal, kenyamanan sensorik, dan keamanan terapeutik. Dengan demikian, observasi visual, wawancara, dan sintesis desain ditempatkan dalam satu alur analisis yang saling menguatkan.

Objek fisik penelitian difokuskan pada area interior yang merepresentasikan alur pengalaman pasien, yaitu: (1) ruang pendaftaran (*front office*), (2) koridor dan area transisi, (3) ruang konseling rawat jalan, (4) ruang rawat inap psikiatri stabil, (5) ruang tes *Minnesota Multiphasic Personality Inventory/MMPI*, (6) instalasi farmasi, dan (7) taman terbuka sebagai area komunal. Pemilihan zona ini didasarkan pada intensitas interaksi pengguna, perbedaan karakter ruang, dan signifikansinya terhadap pembentukan persepsi terhadap institusi.

Partisipan dipilih secara *purposive* untuk merepresentasikan spektrum posisi pengalaman ruang, yaitu pasien rawat jalan (P1), keluarga pendamping (K1), perawat rawat jalan (T1), perawat bangsal rawat inap (T2), dan petugas keamanan (S1). Jumlah lima informan dinilai memadai untuk studi kasus eksploratif ini karena penelitian menekankan kedalaman data, bukan generalisasi statistik, serta memanfaatkan triangulasi peran pengguna dan pengelola ruang. Setiap informan menempati posisi yang berbeda dalam struktur pengalaman ruang sehingga memungkinkan pembacaan yang lebih komprehensif terhadap stigma spasial.

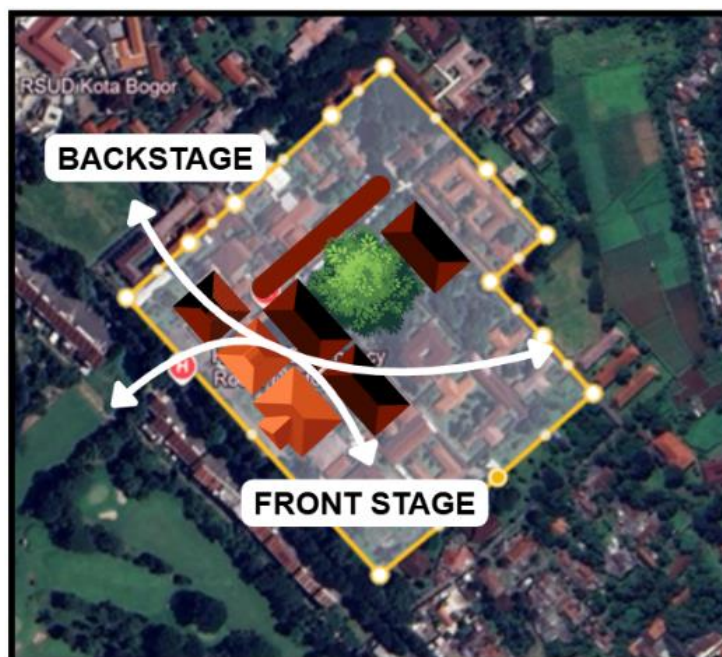
Analisis data dilakukan menggunakan *thematic coding* yang diinformasikan oleh prosedur *grounded theory*, melalui tahapan *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding*, tanpa mengklaim pembangunan teori substantif secara penuh. *Open coding* digunakan untuk menandai kata kunci dan kesan awal dari transkrip wawancara serta catatan observasi visual. *Axial coding* dipakai untuk menghubungkan kode-kode tersebut menjadi kategori seperti simbolisasi penjara, hilangnya privasi, kualitas sensorik, dan potensi *healing*. Selanjutnya, *selective coding* digunakan untuk merumuskan tema inti berupa *duality of spatial identity*. Hasil coding kemudian disandingkan secara iteratif dengan temuan observasi dan prinsip EBD untuk menghasilkan tabel sintesis, pembacaan teoretis, dan

rekomendasi transformasi desain. Seluruh proses coding dilakukan secara manual menggunakan matriks analitik untuk menjaga kedekatan interpretatif terhadap data.

Hasil dan Pembahasan

Fenomena Dualitas Identitas: Kesenjangan Citra Spasial

Analisis mendalam terhadap interior Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeqi Mahdi (RSJMM) mengungkap fenomena spasial kontradiktif yang dalam penelitian ini disebut *duality of spatial identity* (lihat Gambar 1). Fenomena ini muncul ketika zona publik menampilkan bahasa desain yang modern dan humanis, sedangkan zona perawatan mempertahankan elemen-elemen yang lebih restriktif dan berkarakter kustodial. Dengan demikian, *front stage* dan *backstage* tidak sekadar berbeda secara visual, tetapi juga menghasilkan pengalaman psikologis yang berbeda bagi pengguna.



Gambar 1. Diagram operasional *duality of spatial identity* pada RSJMM
Sumber: Analisis penulis, 2025

Dalam penelitian ini, *duality of spatial identity* didefinisikan secara operasional sebagai kesenjangan kualitas spasial antara zona publik dan zona perawatan yang dapat diidentifikasi melalui empat indikator, yaitu: (1) materialitas ruang, (2) kualitas pencahayaan, (3) tingkat privasi dan kontrol personal, serta (4) persepsi keamanan apakah protektif atau restriktif. Semakin tajam perbedaan keempat indikator tersebut, semakin kuat pula ambiguitas citra institusional yang dirasakan pengguna.

Temuan kualitatif ini membantu menjelaskan mengapa pengalaman pengguna dapat tetap terfragmentasi meskipun mutu layanan medis dipersepsikan baik. Dengan kata lain, kualitas spasial tampak menjadi mata rantai yang kurang diperhatikan dalam pengalaman perawatan yang holistik: pelayanan mungkin memadai, tetapi pesan visual dan atmosfer ruang belum sepenuhnya mendukung rasa aman, penerimaan, dan pemulihan.

Transformasi Parsial pada Area Pendaftaran

Pada area Pendaftaran (*Front Office*), manajemen RSJMM telah melakukan modernisasi yang cukup signifikan, sebagaimana terlihat pada Gambar 2. Secara fisik, dominasi material hangat, pencahayaan *warm white*, dan sistem antrean digital membentuk suasana modern-humanis. Persepsi yang dipicu adalah penerimaan, kejelasan orientasi, dan penurunan kecemasan awal, sebagaimana diungkapkan K1: “Pas masuk sini kaget, kok kayak hotel atau bank, gak serem kayak yang dibidang orang. Depan lebih terang dan modern”. Dalam kerangka *healing environment*, zona ini bekerja sebagai ruang transisi yang meningkatkan *trust* terhadap institusi. Implikasi desainnya adalah bahwa bahasa material dan pencahayaan yang humanis mampu mereduksi stigma pada tahap kontak pertama pengguna.



Gambar 2. Area pendaftaran: material hangat, pencahayaan lembut, dan citra modern-humanis
Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Dominasi Karakter Kustodial pada Area Perawatan

Kontras yang tajam muncul ketika pengguna bergerak menuju area dalam (*Backstage*), seperti yang ditunjukkan pada Gambar 3. Secara fisik, perubahan material, pencahayaan, dan dominasi jeruji besi masif menghadirkan suasana yang lebih kaku, sunyi, dan restriktif. Persepsi yang muncul bukan lagi penerimaan, melainkan kewaspadaan dan rasa terintimidasi, sebagaimana tercermin dalam pernyataan S1 bahwa pengunjung menilai lorong belakang “sunyi dan agak menakutkan”. Dalam perspektif psikologi lingkungan, elemen pembatas visual agresif semacam ini beresonansi dengan logika institusional-kustodial yang menempatkan keamanan di atas pengalaman manusiawi. Implikasi desainnya adalah perlunya humanisasi elemen pengamanan agar fungsi proteksi tidak diterjemahkan sebagai simbol hukuman.



Gambar 3. Area perawatan: jeruji besi, material dingin, dan atmosfer kustodial
 Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Memetakan Persepsi Pengguna secara Komprehensif

Untuk memahami hubungan antara konfigurasi fisik ruang dan pengalaman psikologis pengguna, penelitian ini memetakan persepsi partisipan melalui *thematic coding* yang diinformasikan oleh prosedur *grounded theory*. Sintesis ini memadukan verbatim wawancara, hasil observasi visual, dan pembacaan teoretis terhadap karakter ruang. Sebagaimana ditunjukkan Tabel 1, respons pengguna tidak berhenti pada penilaian estetika, tetapi berkembang menjadi pengalaman afektif seperti terintimidasi, kehilangan privasi, dan merasa lebih tenang saat terhubung dengan alam.

Tabel 1. Matriks Persepsi Pengguna dan Temuan Kualitatif Berdasarkan Thematic Coding

Kategori (Axial Coding)	Utama	Sub-Kategori Temuan	Kutipan Representatif (Verbatim)	Dampak Emosional & Psikologis
Citra Stigma Visual		Simbolisasi Penjara	"Banyak pasien merasa seperti dikurung, bukan dirawat. Mereka jadi agitasi karena merasa tidak dipercaya." (T2 - Perawat Bangsal)	Memicu resistensi (penolakan), agitasi, dan perasaan rendah diri karena diperlakukan sebagai tahanan, bukan pasien.
		Atmosfer Menakutkan	"Lorong belakang yang jarang dilewati... Pengunjung bilang tempatnya sunyi dan agak menakutkan." (S1 - Satpam)	Menimbulkan rasa was-was, ketakutan irasional, dan memperkuat stigma awal bahwa RSJ adalah tempat yang berbahaya.
Kualitas Spasial		Hilangnya Privasi	"Ada. Beberapa pasien merasa risih dan kurang privasi [karena tidak ada sekat]." (T2 - Perawat Bangsal)	Meningkatkan tekanan psikologis dan rasa malu akibat sensasi selalu diawasi (<i>surveillance</i>), yang menghambat relaksasi.
		Kebosanan Visual	"Awalnya mungkin tenang, tapi lama-lama pasien terlihat bosan... Tiga kata	Menyebabkan kejenuhan mental (<i>mental fatigue</i>) dan

		untuk RSJMM: Terkontrol, sunyi, dan kaku." (T2 - Perawat)	keinginan untuk menarik diri (<i>withdrawal</i>) akibat kurangnya stimulasi positif.
<i>Potensi Healing</i>	Koneksi Alam	"Kelihatan lebih segar dan tenang kalau diajak jalan pagi ke taman." (T2 - Perawat)	Secara instan menurunkan ketegangan emosional (<i>stress reduction</i>) dan memicu perubahan <i>mood</i> menjadi lebih positif dan tenang.

Sumber: Hasil Olahan Data Wawancara Penulis, 2025

Data pada Tabel 1 menunjukkan pola asosiasi interpretatif yang konsisten: elemen interior yang bersifat kustodial dipersepsikan sebagai stressor lingkungan yang meningkatkan tekanan psikologis pasien. Kutipan perawat (T2) menegaskan bahwa fitur keamanan agresif seperti jeruji besi tidak dipahami sekadar sebagai perangkat teknis, melainkan sebagai simbol ketidakpercayaan. Sebaliknya, interaksi dengan elemen alam dihubungkan dengan pengalaman yang lebih segar dan tenang. Temuan ini mengindikasikan bahwa stigma “seram” pada RSJMM bekerja melalui pengalaman ruang yang belum sepenuhnya memanusiakan penggunanya.

Analisis Mikro Elemen Interior pada Zona Kritis

Untuk menguji konsistensi fenomena *duality of spatial identity*, penelitian ini melakukan sintesis komparatif terhadap empat zona vital: Pendaftaran, Koridor, Konseling, dan Rawat Inap. Tabel 2 disusun dari penggabungan hasil observasi visual, kutipan informan, dan pembacaan teoretis terhadap kualitas spasial tiap zona. Alih-alih menunjukkan hubungan linear, sintesis ini memperlihatkan kecenderungan asosiasi interpretatif antara perubahan elemen fisik ruang dan pergeseran pengalaman psikologis pengguna, khususnya dari logika melayani menuju logika mengawasi.

Tabel 2. Sintesis Analisis Mikro: Gradasi Kualitas Ruang dan Pembacaan Interpretatif atas Potensi Pengalaman Psikologis

Zona Ruang	Elemen Interior Dominan	Karakter Visual & Suasana	Respons Psikologis Spesifik
Zona Pendaftaran (<i>Front Stage</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Material kayu (<i>wood grain</i>) Pencahayaan <i>warm white</i> Sistem antrean digital 	Modern & Humanis Membangun citra profesional dan ramah, dengan elemen-elemen yang cenderung tidak menimbulkan kesan intimidatif.	Potensi pengalaman diterima dan dihargai Ruang ini dapat dibaca mendukung pengalaman awal yang lebih positif, di mana pengguna berpotensi merasa diterima dan diperlakukan secara lebih manusiawi. Kondisi ini juga dapat berkontribusi pada munculnya rasa percaya awal terhadap institusi.
Zona Koridor (<i>Area Transisi</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Pagar jeruji besi masif Bayangan jeruji (<i>barred shadows</i>) Lorong panjang sunyi 	Bernuansa kustodial dan restriktif (Penjara). Menciptakan efek lorong (<i>tunnel effect</i>) yang terasa menekan, dengan visual yang didominasi simbol keamanan.	Potensi berkurangnya rasa otonomi dan kenyamanan psikologis. Dalam pembacaan teoretis, konfigurasi ruang ini dapat beresonansi dengan pengalaman berkurangnya agensi personal dan pergeseran posisi subjek dari tamu menuju pihak yang lebih dikendalikan. Temuan ini lebih tepat dipahami sebagai indikasi interpretatif atas suasana ruang yang terasa menekan, bukan sebagai kondisi psikologis yang dinyatakan secara definitif.
Zona Konseling Rawat Jalan (<i>Backstage</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Pencahayaan <i>cool white</i> (neon) Permukaan keras (gema) Meja penghalang (<i>barrier desk</i>) 	Klinis dan birokratis Suasana formal yang cenderung dingin dan berjarak, dengan privasi akustik dan visual yang terbatas.	Potensi ketidaknyamanan emosional dan hambatan keterbukaan. Pencahayaan, gema ruang, dan tata letak yang hierarkis dapat dibaca kurang mendukung rasa aman untuk berkomunikasi secara personal, terutama ketika pengguna membutuhkan suasana yang lebih tenang, privat, dan suportif.

Zona Rawat Inap (backstage)	<ul style="list-style-type: none"> Bangsas terbuka (<i>open ward</i>) Tanpa tirai privasi (<i>no privacy</i>) Furnitur logam dingin 	Institusional Total Ketiadaan teritorialitas pribadi. Pasien terekspos penuh ke pandangan orang lain.	Potensi berkurangnya kontrol personal dan rasa memiliki. Dalam pembacaan teoretis, kondisi ini dapat beresonansi dengan pengalaman diri yang terasa tereduksi serta munculnya kesan tidak berdaya akibat keterbatasan privasi dan paparan pengawasan yang terus hadir. Formulasi ini dimaksudkan sebagai pembacaan konseptual terhadap setting ruang, bukan sebagai klaim psikologis yang bersifat diagnostik.
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: Olahan Penulis, 2025

Sintesis pada Tabel 2 menunjukkan bahwa area Pendaftaran cenderung menghadirkan pengalaman awal yang lebih positif melalui desain yang tampak lebih ramah dan memanusiakan, sedangkan area *backstage* lebih sering diasosiasikan dengan berkurangnya rasa kontrol personal, privasi, dan kenyamanan psikologis. Zona Koridor, misalnya, menandai peralihan dari citra institusi yang menyambut menuju atmosfer yang lebih restriktif. Dalam pembacaan teoretis berbasis Goffman (1961), kondisi ini dapat dibaca beresonansi dengan logika institusi total, meskipun temuan penelitian ini tidak dimaksudkan sebagai identifikasi langsung bahwa institusi tersebut sepenuhnya beroperasi sebagai *total institution*.

Di Zona Konseling, tata letak yang cenderung birokratis dan atmosfer ruang yang klinis tampak kurang mendukung keterbukaan emosional. Sementara itu, di Zona Rawat Inap, keterbatasan privasi mengindikasikan adanya potensi pengalaman terekspos secara terus-menerus. Dengan demikian, persoalan utama tidak semata-mata terletak pada kualitas estetika ruang, melainkan pada keterbatasan ruang dalam menyediakan pilihan, perlindungan, teritorialitas personal, dan rasa memiliki yang penting bagi proses pemulihan.

Koridor dan Area Transisi: Lorong Kecemasan

Koridor di RSJMM bukan sekadar jalur sirkulasi, melainkan ruang transisi utama yang membentuk persepsi pengguna. Secara fisik, lantai keramik putih polos, dinding dengan dado tinggi, langit-langit yang menjulang, dan bayangan jeruji yang jatuh ke lantai menghadirkan atmosfer barak yang kosong dan menekan. Persepsi yang dipicu adalah rasa was-was dan keterasingan; secara teoretis, kondisi ini beresonansi dengan konsep *total institution* (Goffman, 1961), karena penghalang fisik secara terus-menerus menandai adanya pengawasan. Implikasi desainnya ialah perlunya reduksi simbol visual penahanan melalui material, ritme bukaan, dan perlakuan cahaya yang lebih ramah.

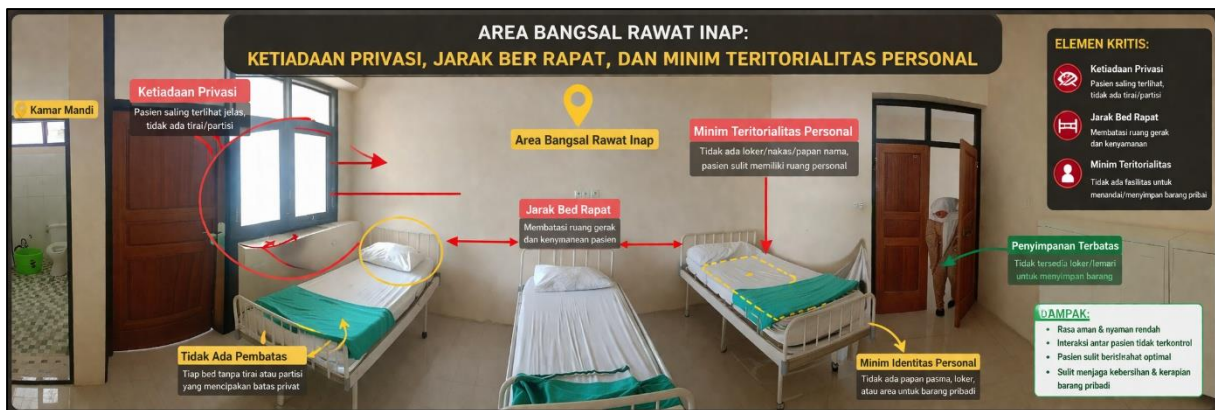
Secara fenomenologis, koridor ini dapat dibaca sebagai zona transisi yang menurunkan kenyamanan psikologis pengguna sebelum mereka memasuki ruang perawatan. Peralihan dari area depan yang modern ke lorong berjeruji menggeser status perseptual pengguna dari pengunjung yang diterima menjadi pihak yang harus berhati-hati. Temuan ini mengindikasikan bahwa desain transisi sama pentingnya dengan desain ruang tujuan, karena stigma sering kali diproduksi justru pada momen perpindahan antar-zona.



Gambar 4. Koridor transisi: bayangan jeruji, glare lantai, dan efek lorong menekan
Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Ruang Rawat Inap (Bangsal): Hilangnya Privasi

Kondisi interior bangsal rawat inap menunjukkan kualitas *healing* yang paling rendah (lihat Gambar 5). Secara fisik, bangsal terbuka tipe barak, jarak antarbed yang rapat, ketiadaan tirai privasi, dan minimnya fasilitas personal membuat pasien hampir tidak memiliki teritorialitas ruang. Persepsi yang dipicu adalah terekspos, tidak leluasa, dan sulit mengatur interaksi sosial. Dalam psikologi lingkungan, kondisi semacam ini terkait dengan *crowding stress* dan rendahnya *personal control*. Implikasi desainnya jelas: bangsal perlu dirancang ulang agar pasien memiliki pilihan untuk beristirahat, menarik diri, dan menyimpan benda personal secara aman.



Gambar 5. Bangsal rawat inap: ketiadaan privasi, jarak bed rapat, dan minim teritorialitas personal
Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Oleh karena itu, persoalan utama bangsal bukan sekadar kapasitas, melainkan hilangnya privasi visual dan akustik yang dibutuhkan untuk pemulihan. Mengacu pada (Kopec, 2024) dan (Pawlaczyk-Szymańska et al., 2025), kurangnya kontrol atas ruang pribadi dapat diasosiasikan dengan penurunan well-being dan rasa tidak berdaya. Pada konteks RSJMM, temuan ini lebih tepat dibaca sebagai indikasi pengalaman diawasi secara terus-menerus daripada diagnosis psikologis yang bersifat pasti.

Ambivalensi di Ruang Konseling: Birokrasi vs Privasi

Pada Ruang Konseling Rawat Jalan, analisis mikro memperlihatkan desain yang belum sepenuhnya mendukung rasa aman psikologis. Secara fisik, meja kerja besar berfungsi sebagai penghalang hierarkis, sementara material keras, warna putih steril, pencahayaan *cool white*, dan panel kaca intip membentuk suasana formal dan berjarak. Persepsi yang muncul adalah kehati-hatian, bukan keterbukaan. Dalam setting terapi, kondisi ini problematik karena hubungan terapeutik membutuhkan kepercayaan, privasi, dan kerentanan yang terlindungi. Implikasi desainnya adalah perlunya pengaturan ulang layout, material akustik, dan pengawasan visual agar keamanan tidak mengganggu komunikasi terapeutik.



Gambar 6. Ruang konseling rawat jalan: meja penghalang, pencahayaan dingin, dan reduksi privasi visual
Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Ketegangan di Area Penunjang: Instalasi Farmasi dan Ruang Tes *Minnesota Multiphasic Personality Inventory/MMPI*

Selain area perawatan utama, pengalaman spasial di area penunjang juga berkontribusi terhadap tekanan pengguna. Pada instalasi farmasi, antrean yang menyatu dengan jalur sirkulasi, ketiadaan batas yang tegas, serta lantai bermotif kontras tinggi menciptakan *perceptual crowding* dan *visual noise*. Persepsi yang dipicu adalah lelah kognitif dan meningkatnya ketegangan saat menunggu. Dalam perspektif psikologi lingkungan, kondisi ini menunjukkan bahwa ruang penunjang pun dapat menjadi *stressor* bila ritme visual dan alur geraknya tidak terkelola. Implikasi desainnya ialah kebutuhan akan zonasi antrean yang lebih jelas, reduksi pola kontras, dan peredaman kebisingan.



Gambar 7. Instalasi farmasi: kepadatan antrean, visual noise, dan jalur sirkulasi yang tumpang tindih
Sumber: Dokumen pribadi, 2025



Gambar 8. Ruang tes MMPI: permukaan reflektif, layout kaku, dan kenyamanan akustik yang rendah
Sumber: Dokumen pribadi, 2025

Pada Ruang Tes MMPI, masalah utamanya terletak pada kualitas akustik dan atmosfer ruang. Permukaan reflektif yang dominan membuat suara mudah teramplifikasi, sedangkan tata letak meja berderet dan warna putih steril membentuk suasana yang lebih dekat ke ruang ujian daripada ruang pemulihan. Persepsi yang dipicu adalah tegang dan kurang fokus, yang berpotensi mengganggu kenyamanan selama tes berlangsung. Implikasi desainnya adalah penggunaan material penyerap suara, pengaturan jarak duduk, dan palet visual yang lebih tenang.

Strategi Transformasi Desain Berbasis Evidence-Based Design

Temuan masalah fisik di lapangan selanjutnya divalidasi melalui prinsip *Evidence-Based Design* (EBD) untuk menilai tingkat urgensi intervensi. Tabel 3 merupakan hasil sintesis antara observasi lapangan, hasil coding wawancara, dan literatur primer tentang psikologi lingkungan serta arsitektur fasilitas psikiatri. Dengan cara ini, elemen seperti jeruji besi, keterputusan hubungan dengan alam, atau kualitas akustik yang buruk tidak dibaca sebagai masalah estetika semata, melainkan sebagai faktor yang berpotensi memengaruhi pengalaman psikologis pengguna.

Tabel 3. Validasi Kesenjangan Berbasis Bukti Ilmiah (*Evidence-Based Gap Analysis*)

Aspek Interior	Kondisi Eksisting (Temuan Lapangan)	Prinsip Teori (<i>Evidence-Based Design</i>)	Kesenjangan (Gap)
Keterhubungan Alam (<i>Biophilia</i>)	Aset taman dan pohon besar sangat potensial, namun akses visual dari ruang rawat inap terhalang oleh posisi atau jenis jendela yang kurang optimal.	Pasien dengan akses visual ke alam mengalami pemulihan lebih cepat dan membutuhkan lebih sedikit obat pereda nyeri (Ulrich, 1984).	Sedang. Potensi <i>restorative view</i> terputus oleh desain bukaan yang tidak maksimal.
Privasi & Kontrol Personal	Bangsral rawat inap tipe barak terbuka tanpa tirai penyekat antar tempat tidur. Pasien tidak memiliki kontrol atas privasi visual.	<i>Personal control</i> (kemampuan mengatur privasi) mengurangi <i>learned helplessness</i> dan stres pada populasi rentan (Kopec, 2024).	Tinggi (Kritis). Ketiadaan privasi menciptakan nuansa kustodial yang merendahkan martabat pasien.
Keamanan & Humanisasi	Penggunaan jeruji besi masif setinggi plafon di selasar koridor dan teralis kotak pada jendela ruang tes.	Desain bangsal psikiatri harus menyeimbangkan keamanan dengan aspek penyembuhan untuk mengurangi perilaku agresi (Lundin, 2021).	Tinggi. Elemen pengaman visual yang agresif memperkuat citra "penjara" dan meningkatkan kecemasan.
Kenyamanan Sensorik	Penggunaan material keras (keramik, kaca) dominan di Farmasi dan Ruang Konseling menyebabkan pantulan suara (<i>noise</i>) tinggi	Kebisingan dan <i>visual clutter</i> dapat meningkatkan level kortisol atau hormon stres (Kopec, 2024).	Sedang. Lingkungan akustik yang buruk menjadi stresor tambahan bagi pasien yang sensitif.
Estetika & Suasana	Area Pendaftaran menggunakan warna hangat dan panel kayu (modern). Area Rawat Inap menggunakan warna dinding monoton dan furnitur logam (kuno).	Kualitas lingkungan fisik, termasuk pencahayaan alami dan estetika visual, terbukti berdampak positif pada kesejahteraan psikologis dan pemulihan pasien (Huisman et al., 2012).	Dualitas Identitas. Terjadi ketimpangan kualitas visual yang tajam antara area publik (depan) dan area privat (belakang).

Sumber: Olahan Penulis, 2025

Validasi teoritis pada Tabel 3 menunjukkan bahwa defisit desain di RSJMM berada pada isu-isu yang secara konsisten diangkat dalam literatur: privasi, kontrol personal, humanisasi keamanan, koneksi dengan alam, dan kenyamanan sensorik. Dominasi jeruji besi, misalnya, tidak otomatis menyebabkan agresi, tetapi diindikasikan berlawanan dengan prinsip *non-punitive environment* karena memperkuat citra restriktif. Demikian pula, ketiadaan privasi di bangsal dapat diasosiasikan dengan rendahnya rasa otonomi. Kesimpulannya, lingkungan fisik saat ini belum sepenuhnya

mendukung tujuan terapeutik, sehingga strategi transformasi perlu diarahkan pada elemen yang paling memengaruhi pengalaman pengguna.

Mengurai Benang Kusut Stigma Melalui Desain

Berdasarkan validasi permasalahan tersebut, penelitian ini merumuskan strategi intervensi desain yang menerjemahkan kebutuhan psikologis pasien ke dalam elemen arsitektural yang konkret. Tabel 4 disusun dari pembacaan silang antara temuan lapangan, literatur *evidence-based design*, dan kemungkinan intervensi pada bangunan eksisting. Oleh karena itu, matriks ini tidak hanya berfungsi sebagai daftar solusi, tetapi sebagai peta jalan transformasi yang mengaitkan masalah fisik, logika teoritis, dan sasaran terapeutik.

Tabel 4. Analisis Kesenjangan (*Gap Analysis*) Kondisi Eksisting vs Prinsip *Healing Environment*

Aspek Utama	Desain	Kondisi Eksisting (Masalah)	Standar Ideal & Rujukan Teori	Solusi Desain Konkret
Keamanan & Humanisasi		Penggunaan jeruji besi masif di koridor dan jendela yang menciptakan citra penjara (<i>prison-like</i>).	Keamanan Non-Agresif Desain bangsal psikiatri harus menyeimbangkan fitur keamanan dengan lingkungan terapeutik (<i>non-punitive</i>) untuk menurunkan kecemasan dan mencegah eskalasi perilaku agresi. (Ulrich et al., 2018; Lundin, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> Mengganti jeruji dengan kaca laminasi (<i>laminated safety glass</i>) tahan benturan. Menggunakan mesh baja artistik sebagai pelindung yang estetis.
Privasi & Otonomi		Bangsal tipe barak terbuka tanpa penyekat antar tempat tidur. Pasien terekspos total 24 jam.	Kontrol Personal Pasien membutuhkan kendali atas privasi untuk mencegah stres dan <i>learned helplessness</i> . (Kopeck, 2024)	<ul style="list-style-type: none"> Memasang tirai privasi fleksibel (<i>privacy curtain</i>) antar bed. Menambahkan partisi setengah tinggi untuk batasan teritorial.
Koneksi (<i>Biophilia</i>)	Alam	Akses visual ke taman terhalang oleh kaca buram atau ambang jendela yang terlalu tinggi bagi pasien berbaring.	Restorative View Pandangan langsung ke elemen alam terbukti mempercepat pemulihan fisiologis. (Ulrich, 1984)	<ul style="list-style-type: none"> Merendahkan ambang jendela (<i>low sill</i>) untuk visibilitas dari tempat tidur. Menggunakan kaca bening dengan film pengaman di area rawat inap.
Kenyamanan Sensorik		Dominasi permukaan keras (keramik, gipsum) yang memantulkan gema bising dan pola lantai kontras yang memusingkan.	Reduksi Stimulus Memitigasi polusi suara yang memicu stres akustik dan gangguan (<i>annoyance</i>) pada pasien. (Abbasi et al., 2025)	<ul style="list-style-type: none"> Mengaplikasikan lantai vinyl motif kayu yang menyerap suara dan hangat. Menggunakan pencahayaan <i>dimnable</i> (bisa diatur) untuk kenyamanan mata.

Sumber: Analisis Penulis, 2025

Matriks strategi di atas merumuskan empat pilar intervensi humanisasi keamanan, restorasi privasi, integrasi biofilik, dan manajemen sensorik sebagai respons langsung terhadap temuan lapangan. Dibandingkan studi Lundin (2021) di Swedia, konteks RSJMM menunjukkan bahwa persoalan utama bukan sekadar menyeimbangkan *safety* dan *healing*, melainkan membongkar residu visual kustodial yang masih mendominasi area perawatan. Sementara itu, temuan (Fitriyani, 2025) mengenai integrasi elemen alam pada RSIA tidak dapat dipindahkan begitu saja, karena RSJMM menghadapi tantangan tambahan berupa stigma institusional dan keterbatasan bangunan bersejarah.

Fenomena *duality of spatial identity* di RSJMM menunjukkan benturan antara citra modern pada area depan dan karakter kustodial pada area belakang. Benturan ini membuat pengalaman penyembuhan menjadi terfragmentasi. Temuan ini menegaskan bahwa hambatan penyembuhan di fasilitas psikiatri tidak hanya berkaitan dengan minimnya elemen alam atau rendahnya kualitas

estetika. Hambatan tersebut juga muncul dari konfigurasi mikro interior yang menghasilkan rasa diawasi, membatasi privasi, dan menurunkan kontrol personal.

Kontribusi Temuan terhadap Diskursus Healing Environment pada Fasilitas Psikiatri

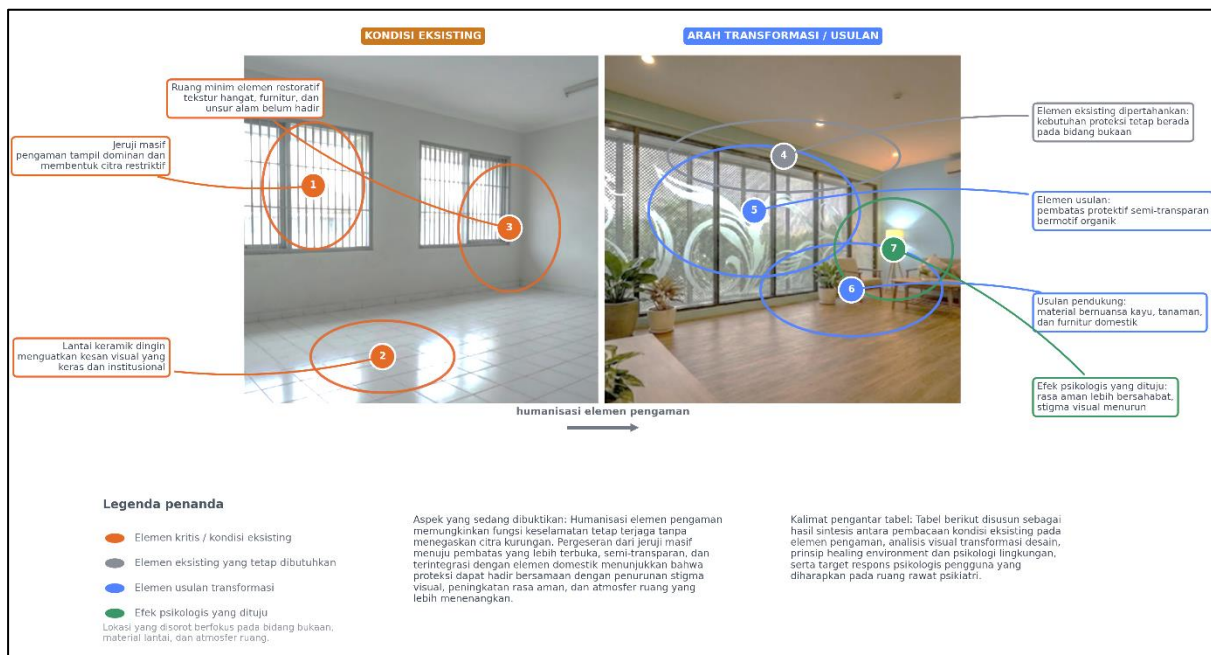
Kontribusi utama artikel ini terletak pada penggunaan konsep *duality of spatial identity* untuk menjelaskan pengalaman penyembuhan yang terfragmentasi pada rumah sakit jiwa bersejarah: area depan telah memproyeksikan citra modern dan ramah, sedangkan area belakang masih membawa bahasa desain kustodial. Konsep ini menegaskan bahwa transformasi fasilitas psikiatri perlu menyentuh kontinuitas pengalaman ruang, bukan hanya mempercantik zona publik.

Keempat strategi ini diuraikan lebih rinci dalam sub-bab berikut.

Humanisasi Elemen Pengaman (*De-institutionalizing Safety*)

Sebagai respons terhadap temuan simbolisasi penjara pada Tabel 3, Gambar 9 memperlihatkan elemen-elemen visual yang membentuk kesan restriktif pada kondisi eksisting sekaligus arah transformasinya. Mengacu pada prinsip *safety with dignity* (Lundin, 2021), elemen pengaman visual yang agresif diterjemahkan ulang menjadi perangkat yang tetap protektif, tetapi tidak dominan secara simbolik. Dalam kerangka tersebut, tujuan psikologis usulan ini adalah menggeser pesan ruang dari kesan dikurung menuju perasaan dilindungi. Pada sisi kiri, jeruji besi masif pada bukaan (1), lantai keramik dingin (2), dan minimnya elemen restoratif (3) menunjukkan bahwa bahasa visual ruang masih didominasi logika kustodial. Kombinasi elemen tersebut membuat ruang terbaca keras, institusional, dan kurang suportif bagi proses pemulihan.

Pada sisi kanan, usulan desain menunjukkan bahwa kebutuhan keamanan tetap dipertahankan (4), tetapi diekspresikan melalui pembatas protektif semi-transparan bermotif organik (5) yang lebih terbuka secara visual. Perubahan ini diperkuat oleh penggunaan material bernuansa kayu, tanaman, dan furnitur domestik (6). Secara analitis, visual ini menunjukkan bahwa pengurangan kesan *prison-like* tidak bergantung pada penghilangan proteksi, melainkan pada transformasi cara proteksi ditampilkan, sehingga ruang dapat tetap aman sekaligus terasa lebih bersahabat dan kurang menstigmatisasi (7).

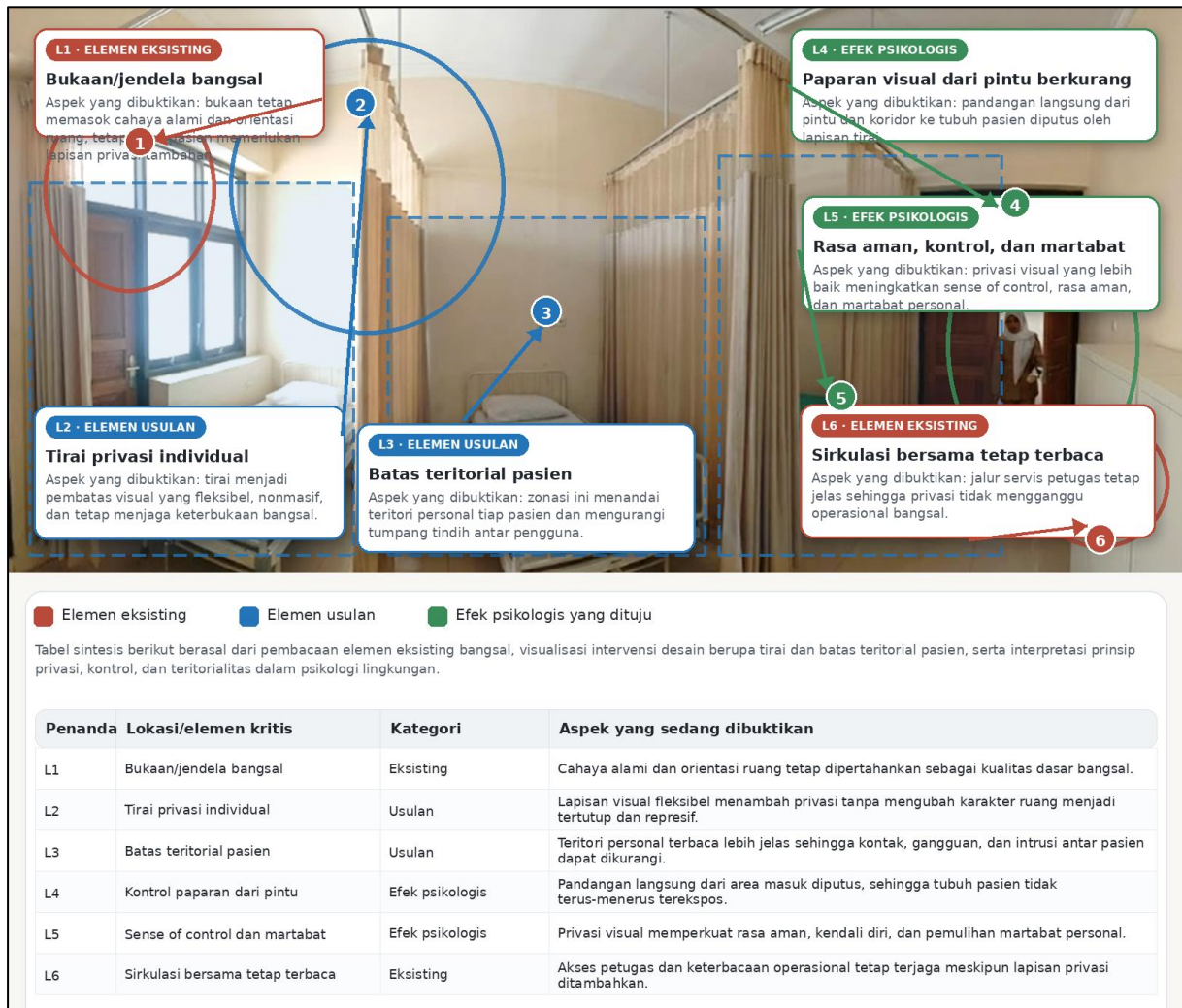


Gambar 9. Visualisasi transformasi elemen pengaman: dari kondisi eksisting yang bercitra restriktif menuju pembatas protektif yang lebih terbuka dan terintegrasi dengan suasana ruang penyembuhan

Sumber: Visualisasi penulis, 2025

Restorasi Privasi dan Otonomi

Menjawab krisis privasi pada bangsal rawat inap, Gambar 10 berfungsi sebagai *evidence visual* yang menunjukkan bagaimana intervensi spasial diarahkan untuk memulihkan kontrol personal pasien tanpa menghilangkan keterbukaan operasional bangsal. Pada gambar, elemen eksisting yang tetap dipertahankan terlihat pada bukaan/jendela bangsal (L1) dan sirkulasi bersama yang tetap terbaca (L6). Kedua elemen ini menunjukkan bahwa kualitas dasar ruang, seperti akses cahaya alami, orientasi, dan keterbacaan jalur layanan, tidak dihapus, tetapi dijadikan dasar untuk intervensi yang lebih suportif.



Gambar 10. Visualisasi usulan restorasi privasi dan otonomi pada bangsal rawat inap melalui penambahan tirai privasi individual dan batas teritorial pasien

Sumber: Visualisasi penulis, 2025

Masalah utama yang dibuktikan visual ini adalah tingginya paparan visual antar pasien dan dari area masuk menuju tubuh pasien. Dalam kondisi eksisting, keterbukaan bangsal membuat area tidur mudah terekspos, sehingga batas antara ruang personal dan ruang bersama menjadi kabur. Situasi ini memperlemah privasi visual, meningkatkan potensi intrusi sosial, dan membatasi kemampuan pasien untuk mengatur jarak interpersonalnya sendiri.

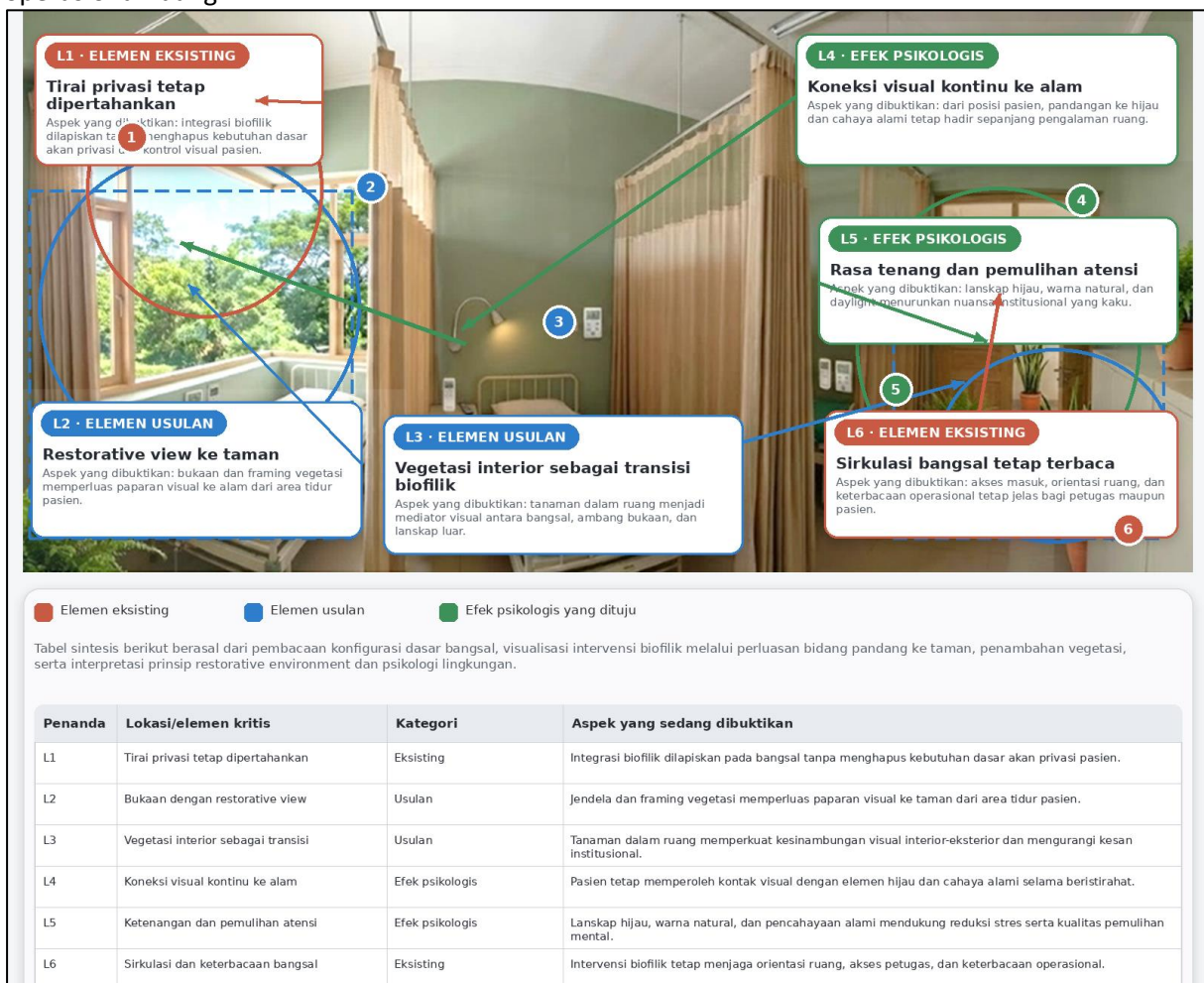
Sebagai respons, usulan desain menempatkan tirai privasi individual (L2) sebagai lapisan visual yang fleksibel dan nonmasif di sekitar tempat tidur. Intervensi ini tidak menutup bangsal secara total, tetapi menciptakan opsi *withdrawal* yang memungkinkan pasien mengatur tingkat keterbukaan dirinya sesuai kebutuhan. Selain itu, batas teritorial pasien (L3) memperjelas zona personal di sekitar

bed sehingga tumpang tindih antar pengguna dapat dikurangi. Dengan demikian, visual ini menunjukkan bahwa restorasi privasi tidak hanya dicapai melalui penambahan sekat, tetapi melalui pembentukan batas yang terbaca, adaptif, dan tetap kompatibel dengan sistem perawatan bersama.

Implikasi psikologis yang dituju juga ditunjukkan secara langsung pada gambar. Berkurangnya pandangan langsung dari pintu ke area tubuh pasien (L4) menandai penurunan paparan visual yang tidak diinginkan, sedangkan kombinasi tirai dan batas teritorial (L5) diarahkan untuk memperkuat rasa aman, kontrol personal, dan martabat. Secara analitis, Gambar 10 membuktikan bahwa pemulihan otonomi di bangsal rawat inap tidak harus dilakukan dengan membuat ruang tertutup penuh, melainkan dengan menyediakan mekanisme privasi visual yang memungkinkan pasien tetap terlindungi sambil tetap berada dalam sistem pengawasan dan pelayanan bangsal.

Integrasi Biofilik Terpadu

Meskipun RSJMM memiliki aset vegetasi yang kaya, analisis sebelumnya menunjukkan bahwa potensi restoratif tersebut belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam pengalaman interior pasien. Dalam konteks ini, Gambar 11 tidak hanya berfungsi sebagai ilustrasi usulan, tetapi sebagai evidence visual yang menunjukkan bagaimana elemen biofilik dapat dihadirkan secara lebih operasional pada bangsal rawat inap. Pada gambar, elemen eksisting yang tetap dipertahankan terlihat pada tirai privasi pasien (L1) dan sirkulasi bangsal yang tetap terbaca (L6). Kedua elemen ini menegaskan bahwa intervensi biofilik tidak dimaksudkan untuk menghilangkan kebutuhan dasar akan privasi dan keterbacaan operasional ruang.



Gambar 11. Visualisasi usulan integrasi biofilik terpadu pada bangsal rawat inap melalui perluasan *restorative view*, penambahan vegetasi interior, dan penguatan koneksi visual ke taman

Sumber: Visualisasi penulis, 2025

Masalah utama yang dibuktikan visual ini adalah belum optimalnya hubungan visual antara pasien dan lanskap luar, meskipun sumber alam sebenarnya tersedia. Pada kondisi awal, keberadaan taman lebih banyak berperan sebagai latar pasif, belum menjadi bagian aktif dari pengalaman penyembuhan pasien. Usulan desain menjawab persoalan tersebut melalui bukaan dengan *restorative view* ke taman (L2), yang memperluas paparan visual ke elemen hijau dari area tidur pasien, serta penambahan vegetasi interior sebagai transisi biofilik (L3) yang menghubungkan suasana bangsal dengan lanskap luar. Dengan cara ini, koneksi visual ke alam tidak hadir secara terpisah, tetapi dibentuk sebagai kesinambungan antara interior, ambang bukaan, dan lingkungan eksternal.

Implikasi psikologis yang dituju juga ditunjukkan secara langsung pada gambar. Koneksi visual kontinu ke alam (L4) menunjukkan bahwa pasien tetap memperoleh kontak dengan elemen hijau dan cahaya alami selama beristirahat, sedangkan kombinasi lanskap hijau, warna natural, dan vegetasi interior (L5) diarahkan untuk mendukung rasa tenang dan pemulihan atensi. Secara analitis, Gambar 11 membuktikan bahwa integrasi biofilik pada bangsal rawat inap tidak harus dilakukan melalui perubahan besar yang menghapus karakter dasar ruang, melainkan melalui penguatan kualitas pandangan, kesinambungan visual interior–eksterior, dan pelapisan elemen alam yang membuat suasana ruang terasa lebih restoratif. Dalam kerangka teoretis, usulan ini sejalan dengan konsep *restorative view* (Ulrich, 1984), yaitu bahwa kontak visual dengan alam dapat mendukung reduksi stres dan meningkatkan kualitas pengalaman pemulihan.

Manajemen Sensorik untuk Kenyamanan Psikologis

Untuk memitigasi risiko *sensory overload* pada Ruang Konseling dan Ruang MMPI, Gambar 12 diposisikan bukan sekadar sebagai ilustrasi usulan, melainkan sebagai *evidence visual* yang menunjukkan bagaimana intervensi material dan elemen interior diarahkan untuk menurunkan beban sensorik tanpa menghilangkan fungsi klinis ruang. Pada Ruang Konseling (A), elemen eksisting yang tetap dipertahankan terlihat pada konfigurasi dasar ruang, posisi pintu, dan volume ruang (L1). Namun, visual ini juga membuktikan persoalan utama yang hendak direspons, yaitu dominasi bidang keras, pantulan bunyi, dan suasana visual yang cenderung datar serta kurang suportif bagi interaksi terapeutik. Sebagai respons, usulan panel akustik dinding (L2), *ceiling absorber* (L3), dan perubahan karakter material lantai menuju permukaan yang lebih hangat dan lebih senyap diarahkan untuk mengurangi gema, menghaluskan atmosfer visual, dan meningkatkan kenyamanan pijak. Dengan demikian, target psikologis yang dituju pada ruang ini adalah berkurangnya ketegangan, meningkatnya rasa aman, dan terciptanya percakapan yang lebih fokus (L4).



Aspek yang sedang dibuktikan				
Intervensi manajemen sensorik pada lantai, dinding, dan plafon membuktikan bahwa kualitas akustik, visual, dan taktil dapat ditenangkan tanpa menjadikan ruang steril. Kombinasi material berdaya redam, panel akustik, dan ceiling absorber diarahkan untuk menurunkan sensory overload, mengurangi ketegangan, meningkatkan fokus, serta membentuk setting yang lebih suportif bagi percakapan terapeutik maupun aktivitas asesmen MMPI.				
Tabel sintesis berikut disusun dari pembacaan elemen eksisting yang dipertahankan, identifikasi elemen usulan pada visual transformasi Ruang Konseling dan Ruang MMPI, serta sintesis prinsip healing environment, manajemen sensorik, dan psikologi lingkungan.				
No	Fokus Sintesis	Temuan Visual pada Transformasi	Aspek yang Dibuktikan	Efek Psikologis Ditargetkan
1	Akustik ruang	Panel akustik dinding dan ceiling absorber diterapkan pada ruang konseling maupun MMPI untuk menurunkan pantulan bunyi dan gema.	Kualitas audifil ruang dapat dikendalikan melalui material, bukan dengan menghilangkan karakter ruang.	Pengguna lebih tenang, percakapan lebih jelas, konsentrasi meningkat.
2	Visual yang menenangkan	Palet warna lembut, ritme panel yang tertata, dan plafon yang lebih rapi menghaluskan atmosfer visual ruang.	Stimulus visual berlebih dapat direduksi tanpa membuat ruang terasa dingin atau institusional.	Ketegangan visual menurun, mata lebih nyaman, atensi lebih stabil.
3	Taktil dan kenyamanan permukaan	Usulan penggantian atau penguatan karakter material lantai diarahkan pada kenyamanan langkah, reduksi bising, dan pembeccaan ruang yang lebih halus.	Sensasi ruang tidak hanya dibentuk oleh tampilan, tetapi juga oleh kualitas pijak dan bunyi permukaan.	Rasa aman meningkat, tubuh lebih rileks, beban sensorik berkurang.
4	Setting terapeutik dan asesmen	Penataan furnitur kerja, area duduk, dan meja asesmen dibuat lebih terstruktur untuk mengurangi distraksi dan menjaga fokus interaksi.	Organisasi ruang mendukung hubungan terapeutik dan proses asesmen yang lebih terkendali.	Percakapan lebih suportif, fokus asesmen meningkat, pengguna merasa lebih aman.

Kategori warna: oranye = elemen eksisting, hijau kebiruan = elemen usulan, ungu = efek psikologis dituju.

Gambar 12. Visualisasi usulan transformasi ruang Konseling Rawat Jalan dan ruang MMPI melalui manajemen sensorik untuk menurunkan *sensory overload* dan meningkatkan kenyamanan psikologis
Sumber: Visualisasi penulis, 2025

Pada Ruang MMPI (B), elemen eksisting yang dipertahankan terlihat pada ritme bukaan besar dan volume ruang (L5), sehingga identitas spasial ruang tetap terbaca. Akan tetapi, visual ini juga menunjukkan masalah yang berbeda, yaitu potensi gema pada ruang yang lebih besar, kesan visual yang datar, dan setting asesmen yang berisiko terdistraksi. Usulan panel akustik vertikal (L6), *ceiling absorber* kontinu (L7), serta penataan elemen ruang yang lebih terstruktur menunjukkan bahwa kualitas auditori dan visual dapat ditenangkan tanpa membuat ruang terasa steril. Secara analitis, Gambar 12 membuktikan bahwa manajemen sensorik pada kedua ruang bekerja melalui pengendalian bunyi, pelunakan permukaan, dan penataan setting interaksi, sehingga efek psikologis yang dituju berupa meningkatnya fokus, keteraturan atensi, dan rasa aman selama konseling maupun asesmen (L8).

Simpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa interior Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzuki Mahdi (RSJMM) Bogor memunculkan fenomena *duality of spatial identity*, yaitu kesenjangan kualitas spasial antara area publik yang telah bertransformasi menjadi modern dan ramah dengan area perawatan yang masih didominasi karakter institusional-kustodial. Temuan ini menjawab tujuan penelitian pertama: elemen seperti jeruji besi masif, minimnya privasi, material yang terasa dingin, dan kualitas sensorik yang kurang nyaman diasosiasikan oleh partisipan dengan rasa terintimidasi, diawasi, dan tidak sepenuhnya dipulihkan.

Menjawab tujuan penelitian kedua, artikel ini merumuskan empat strategi transformasi utama, yakni de-institusionalisasi visual, restorasi privasi dan otonomi, integrasi biofilik, dan manajemen sensorik. Keempat strategi tersebut menunjukkan bahwa transformasi interior fasilitas kesehatan jiwa perlu bergerak dari paradigma keamanan tradisional menuju pendekatan yang menyeimbangkan perlindungan, martabat, dan pengalaman terapeutik pengguna.

Kontribusi ilmiah penelitian ini terletak pada perumusan *duality of spatial identity* sebagai kerangka analisis untuk membaca hubungan antara desain interior, pengalaman spasial, dan produksi stigma pada fasilitas psikiatri. Dengan demikian, artikel ini memperluas diskursus *healing environment* dari tataran prinsip umum menuju pembacaan mikro atas interior eksisting, khususnya pada konteks rumah sakit jiwa bersejarah di Indonesia.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan, yaitu jumlah partisipan yang terbatas, ketiadaan pengukuran fisiologis terhadap respons stres pengguna, belum adanya evaluasi pasca-transformasi

desain, serta belum dilakukan komparasi antar-rumah sakit jiwa. Karena itu, penelitian lanjutan disarankan mengombinasikan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, menguji dampak intervensi desain secara lebih terukur, dan memperluas studi pada konteks institusi serupa agar validitas temuan semakin kuat.

Referensi

- Abbasi, M., Sharifpour, M., Mohammadi, M., et al. (2025). The effects of hospital noise pollution and noise sensitivity on patient's acoustic comfort, noise annoyance, and intention to leave. *F1000Research*, 14, 1250. <https://doi.org/10.12688/f1000research.167974.1>
- Amiri, E., Amini Kordkandi, B., Koohi Garebag, M., Khezerlou, Z., & Azimzadeh, R. (2025). The importance of psychiatric hospital architecture in promoting mental health: The neglected preventive approach. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 15(3), 91–93. <https://doi.org/10.61882/pcnm.15.3.91>
- Arbia, N., Amal, C. A., & Latif, S. (2025). Integrasi arsitektur terapeutik dalam desain rumah sakit jiwa: Studi kasus di Makassar, Indonesia. *Journal of Green Complex Engineering*, 3(1). <https://doi.org/10.59810/greenplexresearch.v3i1.200>
- Bodryzlova, Y., Lemieux, A. J., Dufour, M., Côté, A., Lalancette, S., & Crocker, A. G. (2024). Hospital design for inpatient psychiatry: A realistic umbrella review. *Journal of Psychiatric Research*, 178, 94–106. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.045>
- Dawson, S., Hawke, A., Bulto, L., Whitelaw, P., Jeranyama, N., & Scanlan, J. N. (2025). Implementation of a sensory room in a psychiatric intensive care unit: A mixed-methods study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(4). <https://doi.org/10.1111/inm.70103>
- Davidoff, H., van Kraaij, A., & Lutin, E. (2025). Environmental triggers of specific subtypes of agitation in people with dementia: Observational study. *JMIR Formative Research*, 9(1), e60274. <https://doi.org/10.2196/60274>
- Fitriyani, D. (2025). *Perancangan desain interior pada RSIA Kemang Medical Care melalui healing environment* [Skripsi sarjana, Universitas Mercu Buana]. Repository Universitas Mercu Buana. <http://repository.mercubuana.ac.id/id/eprint/98109>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Huisman, E. R., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>
- Jovanović, N., Miglietta, E., Podlesek, A., Malekzadeh, A., Lasalvia, A., Campbell, J., & Priebe, S. (2022). Impact of the hospital built environment on treatment satisfaction of psychiatric in-patients. *Psychological Medicine*, 52(10), 1969–1980. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003815>
- Kaudsariyah, E. D., Nurfalah, F., Rochmah, S. N., & Triastuti, P. (2024). Gambaran kejadian konflik dan containment dalam penerapan safewards di unit perawatan intensif psikiatri. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 9. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v9i7>
- Kopec, D. (2024). *Environmental psychology for design* (4th ed.). Fairchild Books/Bloomsbury Publishing.
- Liddicoat, S., Badcock, P., & Killackey, E. (2020). Principles for designing the built environment of mental health services. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 915–920. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30038-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30038-9)

- Liwinski, T., Davidson, R., Sarlon, J., Gaupp, R., Imfeld, L., Brühl, A., Vogel, M., Huber, C., & Lang, U. E. (2025). Patient perspectives on open-door policies in psychiatry: Mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e73610. <https://doi.org/10.2196/73610>
- Lundin, S. (2021). Can healing architecture increase safety in the design of psychiatric wards? *Health Environments Research & Design Journal*, 14(1), 106–117. <https://doi.org/10.1177/1937586720971814>
- Molin, J., Strömbäck, M., Lundström, M., & Lindgren, B.-M. (2021). It's not just in the walls: Patient and staff experiences of a new spatial design for psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(12), 1114–1122. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1931585>
- Pawlaczyk-Szymańska, D., Gębczyńska-Janowicz, A., Zdrojewska, J., & Szarejko, W. (2025). User well-being as a paramount challenge in contemporary built environment design: The architecture of psychiatric hospitals. *Buildings*, 15(4), 558. <https://doi.org/10.3390/buildings15040558>
- Rodríguez-Labajos, L., Kinloch, J., Nicol, L., Grant, S., & O'Brien, G. (2024). Impact of the design of adult mental health inpatient facilities on healthcare staff: A mixed methods systematic review. *BMJ Open*, 14(3), e074368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074368>
- Rogerson, M., Haines-Delmont, A., McCabe, R., Brown, A., & Whittington, R. (2021). The relationship between inpatient mental health ward design and aggression. *Journal of Environmental Psychology*, 77, 101670. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101670>
- Staniewska, A. (2022). Gardens of historic mental health hospitals and their potential use for green therapy purposes. *Land*, 11(10), 1618. <https://doi.org/10.3390/land11101618>
- Subu, M. A., Waluyo, I., Nurdin, A. E., Priscilla, V., & Aprina, T. (2018). Stigma, stigmatisasi, perilaku kekerasan, dan ketakutan di antara orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Indonesia: Penelitian constructivist grounded theory. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(1), 53–60. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2018.030.01.10>
- Tendolkar, K. B., Kalia, R., Charan, G. S., Kaur, M., & Kaur, K. (2025). Impact of architectural design on mental health outcomes in psychiatric hospitals. *Journal of Gandaki Medical College-Nepal*, 18(1), 104–108. <https://doi.org/10.3126/jgmc-n.v18i1.70897>
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 53–66. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>
- Weber, C., Monero Flores, V., Wheele, T. P., Miedema, E., & White, E. V. (2021). Patients' health & well-being in inpatient mental health-care facilities: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 758039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758039>
- Yetti, H., Yuni, F., Lestari, Y., Hardisman, H., Firdawati, F., & Zulfikar, Y. (2026). Room layout and design predispose patient safety. *Journal La Medihealthico*, 7(1), 113–123. <https://doi.org/10.37899/journallamedihealthico.v7i1.3049>
- Youn, C., Kang, M., & Lee, J. (2025). Biophilic design and restorative effects: A neuropsychological study of healthy indoor workspaces in urban contexts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(10), 1571. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101571>