

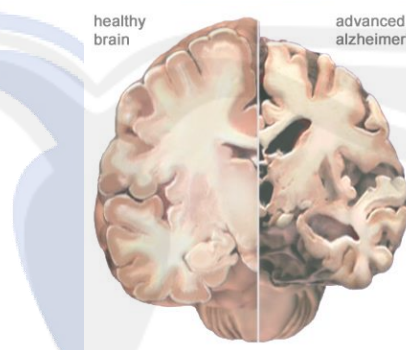
BAB II

TINJAUAN UMUM

2.1. PENGERTIAN ALZHEIMER

Demensia merupakan hilangnya ingatan yang bisa timbul bersama dengan gejala gangguan perilaku maupun psikologis pada seseorang (Ikawati, 2009). Gambaran paling awal berupa hilangnya ingatan mengenai peristiwa yang baru berlangsung. Terganggunya intelektual seseorang dengan Demensia secara signifikan mempengaruhi aktivitas normal dan hubungan. Mereka juga kehilangan kemampuan untuk mengontrol emosi dan memecahkan sebuah masalah, sehingga bukan tidak mungkin mereka mengalami perubahan kepribadian dan tingkah laku.

Penyebab pertama penderita demensia adalah penyakit alzheimer (50-60%) dan kedua oleh cerebrovaskuler (20%) (Japardi, 2002). Penyakit Alzheimer adalah penyakit degeneratif otak dan penyebab paling umum dari demensia. Hal ini ditandai dengan penurunan memori, bahasa, pemecahan masalah dan keterampilan kognitif lainnya yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Penurunan ini terjadi karena sel-sel saraf (neuron) di bagian otak yang terlibat dalam fungsi kognitif telah rusak dan tidak lagi berfungsi normal.



Gambar 2. 1 Perbandingan otak normal dan Alzheimer

Sumber: https://www.alz.org/braintour/healthy_vs_alzheimers.asp

Pada penyakit Alzheimer, kerusakan saraf akhirnya mempengaruhi bagian otak yang memungkinkan seseorang untuk melaksanakan fungsi tubuh dasar seperti berjalan dan menelan (Alzheimer's Association, 2015). Pada akhirnya penderita dapat mengalami kematian setelah beberapa tahun karena kemampuan motoriknya sudah tidak berfungsi.

2.1.1.KARAKTERISTIK ALZHEIMER

Penyakit Alzheimer merupakan sebagian besar penyebab umum demensia, menyumbang sekitar 60 persen sampai 80 persen kasus. Kesulitan mengingat percakapan terakhir, nama atau peristiwa sering kali merupakan gejala klinis awal, apatis dan depresi juga gejala sering yang terjadi di awal. Termasuk gangguan komunikasi, disorientasi, kebingungan, penilaian buruk, perubahan perilaku, pada akhirnya kesulitan berbicara, menelan dan berjalan. (Alzheimer's Association, 2015)

2.1.2.KATEGORI ALZHEIMER

Kategori Alzheimer dapat dibagi menjadi:

1. Predementia:

Pada Alzheimer tingkat ini terjadi gangguan kognitif ringan, defisit memori, serta apatis, apatis.

2. Demensia onset awal

Pada Alzheimer tingkat ini terjadi gangguan bahasa, kosakata, bahasa oral & tulisan, gangguan persepsi, gangguan gerakan, terlihat bodoh, kurang inisiatif untuk melakukan aktivitas.

3. Dementia moderat

Pada Alzheimer tingkat ini terjadi deteriorasi progresif, tidak mampu membaca & menulis, gangguan long-term memory, substitusi penggunaan kata (parafasia), misidentifikasi, labil, mudah marah, delusi, Inkontinen system urinaria.

4. Dementia tahap lanjut (*advanced*)

Pada Alzheimer tingkat ini terjadi tidak dapat mengurus diri secara mandiri, kehilangan kemampuan verbal total, agresif, apatis ekstrim, deteriorasi massa otot & mobilitas, kehilangan kemampuan untuk makan.

2.1.3.PENYEBAB ALZHEIMER

Alzheimer merupakan manifestasi penyakit seperti dementia yang berangsur-angsur dapat memburuk hingga menyebabkan kematian. Alzheimer diduga terjadi karena penumpukan protein beta-amyloid yang menyebabkan plak pada jaringan otak. Secara normal, beta-amyloid tidak akan membentuk plak yang dapat menyebabkan gangguan sistem kerja saraf pada otak. Namun, karena terjadi misfolding protein, plak dapat menstimulasi kematian sel saraf.

Para ahli percaya bahwa Alzheimer, seperti penyakit kronis umum lainnya, berkembang sebagai akibat dari beberapa faktor. Penyebab ataupun faktor yang menyebabkan seseorang menderita penyakit Alzheimer antara lain sebagai berikut:

a. Usia

Faktor risiko terbesar untuk penyakit Alzheimer adalah usia. Kebanyakan orang dengan penyakit Alzheimer didiagnosis pada usia 65 tahun atau lebih tua. Orang muda kurang dari 65 tahun juga dapat terkena penyakit ini, meskipun hal ini jauh lebih jarang. Sementara usia adalah faktor risiko terbesar.

b. Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga dengan keluarga yang memiliki orangtua, saudara atau saudari dengan Alzheimer lebih mungkin untuk mengembangkan penyakit daripada mereka yang tidak memiliki kerabat dengan Alzheimer's. Faktor keturunan (genetika), bersama faktor lingkungan dan gaya hidup, atau keduanya dapat menjadi penyebabnya.

c. Pendidikan atau Pekerjaan

Beberapa ilmuwan percaya faktor lain dapat berkontribusi atau menjelaskan peningkatan risiko demensia di antara mereka dengan pendidikan yang rendah. Hal ini cenderung memiliki pekerjaan yang kurang melatih rangsangan otak. Selain itu, pencapaian pendidikan yang lebih rendah dapat mencerminkan status sosial ekonomi rendah, yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami gizi buruk dan mengurangi kemampuan seseorang untuk membayar biaya perawatan kesehatan atau mendapatkan perawatan yang disarankan.

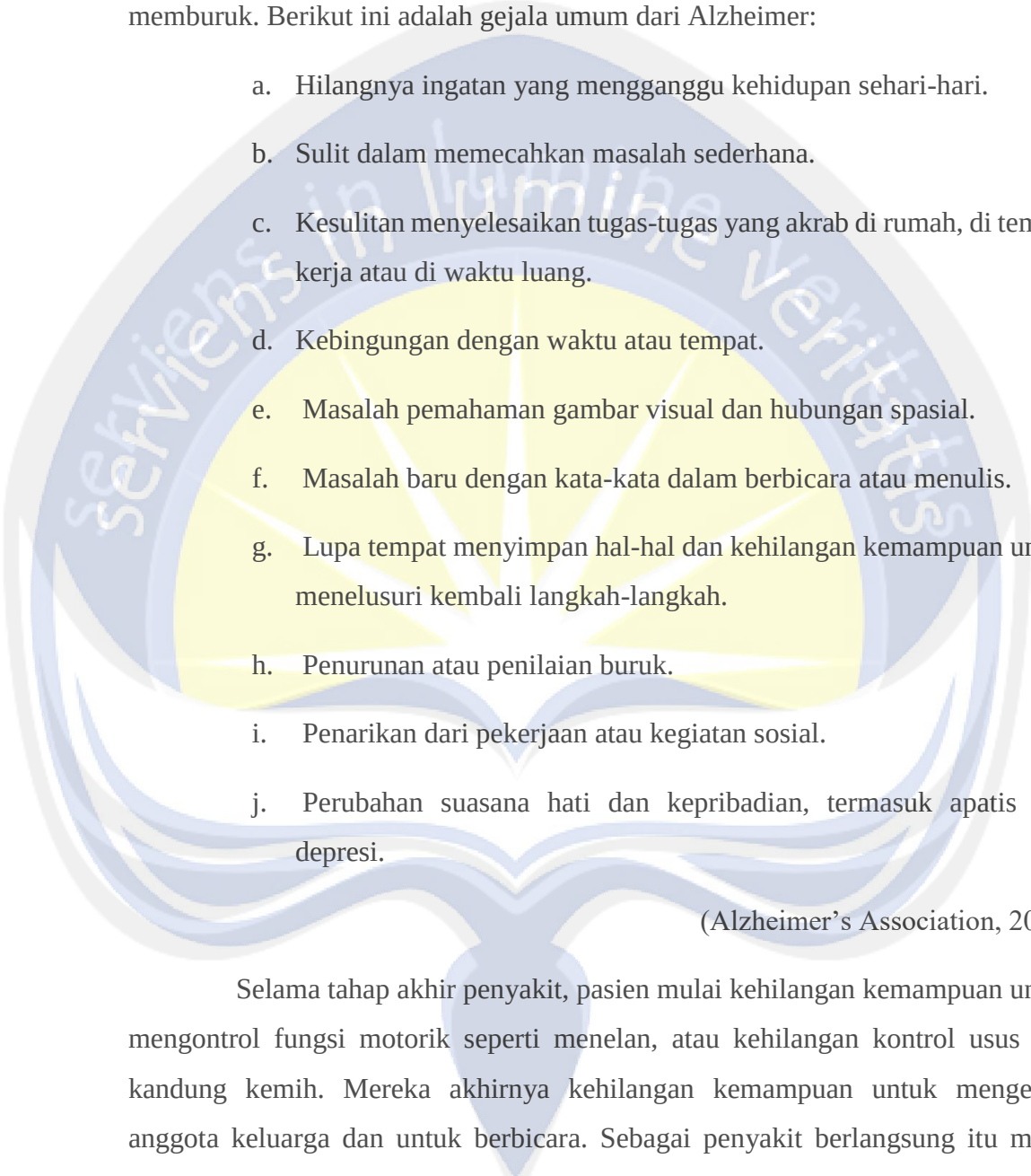
d. Traumatic Brain Injury (TBI)

Trauma Cedera Otak sedang dan berat meningkatkan risiko perkembangan penyakit Alzheimer. Trauma Cedera Otak adalah gangguan fungsi otak yang normal yang disebabkan oleh pukulan atau tersentak ke kepala atau penetrasi tengkorak oleh benda asing, juga dapat didefinisikan sebagai cedera kepala yang mengakibatkan hilangnya kesadaran. Trauma Cedera Otak dikaitkan dengan dua kali risiko mengembangkan Alzheimer dan demensia lainnya dibandingkan dengan tidak ada cedera kepala.

(Alzheimer's Association, 2015)

2.1.4.GEJALA ALZHEIMER

Gejala penyakit Alzheimer bervariasi antara individu. Gejala awal yang paling umum adalah kemampuan mengingat informasi baru secara bertahap memburuk. Berikut ini adalah gejala umum dari Alzheimer:

- 
- a. Hilangnya ingatan yang mengganggu kehidupan sehari-hari.
 - b. Sulit dalam memecahkan masalah sederhana.
 - c. Kesulitan menyelesaikan tugas-tugas yang akrab di rumah, di tempat kerja atau di waktu luang.
 - d. Kebingungan dengan waktu atau tempat.
 - e. Masalah pemahaman gambar visual dan hubungan spasial.
 - f. Masalah baru dengan kata-kata dalam berbicara atau menulis.
 - g. Lupa tempat menyimpan hal-hal dan kehilangan kemampuan untuk menelusuri kembali langkah-langkah.
 - h. Penurunan atau penilaian buruk.
 - i. Penarikan dari pekerjaan atau kegiatan sosial.
 - j. Perubahan suasana hati dan kepribadian, termasuk apatis dan depresi.

(Alzheimer's Association, 2015)

Selama tahap akhir penyakit, pasien mulai kehilangan kemampuan untuk mengontrol fungsi motorik seperti menelan, atau kehilangan kontrol usus dan kandung kemih. Mereka akhirnya kehilangan kemampuan untuk mengenali anggota keluarga dan untuk berbicara. Sebagai penyakit berlangsung itu mulai mempengaruhi emosi dan perilaku seseorang dan mereka mengembangkan gejala seperti agresi, agitasi, depresi, sulit tidur.

2.1.5.LANGKAH PEMERIKSAAN ALZHEIMER

Berikut ini merupakan langkah ataupun tahap pemeriksaan yang dilakukan bagi penderita Alzheimer, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1. Anamnesis

Anamnesis merupakan tahap awal dari rangkaian pemeriksaan pemeriksaan pasien, pemeriksaan secara langsung kepada pasien ataupun bersama dengan keluarga atau dengan relasi terdekat. Tujuan anamnesis adalah untuk mendapatkan informasi dan riwayat hidup secara menyeluruh dari dari pasien yang bersangkutan.

Hal- hal yang bersangkutan dengan anamnesis yaitu

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam rehabilitasi, nomor register dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Penurunan daya ingat, perubahan emosi menjadi sebuah keluhan utama dari pasien ataupun keluarga untuk diberikan sebuah pelayanan kesehatan

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada tahap ini, pasien mengeluhkan sering lupa dan hilang ingatan dengan hal yang baru saja terjadi. Keluarga mengeluhkan perubahan emosi dan tingkah laku pada pasien saat berada disekitarnya. Hingga pada akhirnya perlu bantuan keluarga untuk melakukan aktifitas keseharian pasien

d. Riwayat penyakit terdahulu

Pengkajian seperti riwayat kesehatan pasien. Seperti penggunaan obat-obatan, penyakit jantung, hipertensi.

e. Riwayat penyakit keluarga

Salah satu penyebab juga terdapat dari faktor genetika. Penyakit tersebut dapat diwariskan atau diturunkan pada anggota keluarga dari pasien yang mengidap Alzheimer. Pengkajian kesehatan generasi terdahulu dari keluarga diperlukan untuk melihat komplikasi penyakit dan hal yang mempercepat gerak dari penyakit tersebut.

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian untuk menilai nilai emosi, dan perubahan perilaku pasien dalam kehidupan sehari-hari dan perubahan peran pasien dikeluarga serta respon ataupun pengaruhnya didalam keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang meliputi berat badan dan tinggi badan. Selain itu pemeriksaan juga dilakukan pada: suhu, denyut nadi, tekanan darah, tingkat kesadaran.

3. Pemeriksaan Kognitif dan neuropsikiatrik

Pemeriksaan yang sering digunakan untuk evaluasi dan konfirmasi penurunan fungsi kognitif adalah the mini mental status examination (MMSE), yang dapat pula digunakan untuk memantau perjalanan penyakit.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang juga direkomendasikan adalah CT/MRI kepala, yang mana pemeriksaan tersebut dapat sebagai pendukung lebih jelasnya pemeriksaan pada pasien.

(Alzheimer's Association, 2015)

2.1.6.TERAPI ALZHEIMER

Penyakit Alzheimer hingga saat ini memang belum dapat disembuhkan, selain itu belum adanya obat-obatan yang memiliki keefektifan hasil bagi pasien Alzheimer. Obat-obatan tersebut hanya mengurangi progresifitas penyakit Alzheimer sehingga hanya memberikan rasa tenang bagi pasien, sehingga mengurangi perubahan emosi dan perilakunya dalam kehidupan sehari-hari.

Terapi yang dapat diberikan untuk pasien Alzheimer yaitu terapi farmakologis dengan penggunaan obat-obatan dan terapi non farmakologis. Terapi farmakologis pada pasien Alzheimer difokuskan pada tiga domain: mempertahankan fungsi kognitif, perilaku dan gejala kejiwaan. Sedangkan terapi non farmakologi dilakukan untuk mempertahankan fungsi kognitif yang masih ada dengan berbagai macam program kegiatan yang dapat diberikan, antara lain terapi relaksasi dan latihan fisik untuk menyehatkan kerja otak, serta senam otak.

1. Terapi non-farmakologis

Merupakan cara terapi menggunakan pendekatan selain obat-obatan. Terapi non-farmakologis sering digunakan dengan tujuan mempertahankan atau meningkatkan fungsi kognitif, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, atau kualitas hidup secara keseluruhan. Mereka juga dapat digunakan dengan tujuan mengurangi gejala perilaku seperti depresi, apatis, mengembara, gangguan tidur. Terapi non-farmakologis diperlukan untuk lebih mengevaluasi efektivitas mereka dalam kehidupan sehari-hari (Alzheimer's Association, 2015). Prinsip-prinsip dasar dalam pengobatan pasien dengan Alzheimer meliputi:

Kegiatan yang mencakup mengenai kegiatan dan lingkungan pasien rehabilitasi. Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan keluarga dan masyarakat serta lingkungan alam. Dalam konteks kegiatan pada pasien meliputi kegiatan kreatif seperti olahraga, kegiatan keseharian secara konsisten. Dalam konteks lingkungan yang mencakup keluarga dan masyarakat adalah menggunakan pendekatan halus pada pasien, berempati

pada pasien, serta dalam konteks lingkungan alam adalah memberikan lingkungan yang aman dan nyaman.

1. Terapi Farmakologis

Perawatan farmakologis merupakan sebuah cara terapi dengan menggunakan obat untuk memperlambat atau menghentikan suatu penyakit atau mengobati gejalanya. Efektivitas obat ini bervariasi dari orang ke orang. Namun, tidak ada perawatan yang tersedia saat ini untuk penyakit Alzheimer, hingga saat ini obat hanya memperlambat atau menghentikan kerusakan neuron yang menyebabkan gejala Alzheimer dan akhirnya membuat penyakit menjadi fatal.

Jenis obat-obatan yang biasanya diresepkan oleh dokter untuk penyakit Alzheimer adalah rivastigmine, galantamine, donepezil, dan memantine. Keempat obat ini mampu meredakan gejala demensia dengan cara meningkatkan kadar dan aktivitas kimia di dalam otak (Tim Alodokter, 2015).

Rivastigmine, galantamine, dan donepezil biasanya digunakan untuk menangani penyakit Alzheimer dengan tingkat gejala awal hingga menengah. Sedangkan memantine biasanya diresepkan bagi penderita Alzheimer dengan gejala tahap menengah yang tidak dapat mengonsumsi obat-obatan lainnya. Memantine juga dapat diresepkan pada penderita Alzheimer dengan gejala yang sudah memasuki tahap akhir (Tim Alodokter, 2015).

2.1.7. PENCEGAHAN ALZHEIMER

Setiap orang pastinya tidak ingin ataupun ingin jauh dari berbagai macam penyakit yang membahayakan kesehatan, Penyakit jantung sering dikaitkan dengan risiko mengidap penyakit Alzheimer. Jika seseorang memiliki risiko tinggi terkena penyakit jantung, maka dirinya pun lebih rentan terkena penyakit Alzheimer.

Karena itu lakukanlah beberapa langkah berikut ini agar jantung tetap sehat dan terhindar dari risiko terkena penyakit Alzheimer.

- a. Konsumsi makanan sehat yang kadar lemak dan kolesterolnya rendah. Tingkatkan asupan serat, seperti buah-buahan dan sayur-sayuran.
- b. Berhenti merokok dan batasi konsumsi minuman keras.
- c. Penderita stroke, diabetes, hipertensi, atau kolesterol tinggi, diharapkan teratur dalam mengonsumsi obat yang disarankan oleh dokter, serta menjalani nasihat dari dokter mengenai pola hidup sehat.
- d. Jika mengalami kelebihan berat badan atau obesitas, berusahalah untuk menurunkan berat badan secara aman.
- e. Rutin memeriksakan tekanan darah, serta kadar kolesterol dan gula secara teratur agar Anda selalu waspada.
- f. Berolahraga secara rutin sedikitnya dua setengah jam tiap minggu, seperti bersepeda atau berjalan kaki.

(Tim Alodokter, 2015)

Umumnya, orang-orang yang aktif secara sosial, fisik, dan mental tidak akan mudah terkena penyakit Alzheimer. Berdasarkan hal tersebut, melakukan kegiatan yang menyenangkan dapat menstimulasi gerak tubuh dan pikiran.

2.2.PENGERTIAN BANGUNAN REHABILITASI

Bangunan rehabilitasi merupakan bagian dari rumah sakit yang berperan menyelenggarakan program kesehatan yang mencakup usaha peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) (Kementrian Kesehatan, 2015). Rehabilitasi merupakan salah satu fasilitas pelayanan penunjang untuk mendukung pulihnya fungsi-fungsi motorik pasien setelah mengalami suatu tindakan medis di rumah sakit.

2.2.1.PERSYARATAN FUNGSI BANGUNAN REHABILITASI

Setiap bangunan ruang rehabilitasi medik merupakan pekerjaan konstruksi yang menyatu dengan tempat kedudukannya, sebagian atau seluruhnya berada di atas dan/atau di dalam tanah dan/atau air, yang berfungsi sebagai tempat untuk memulihkan fungsi-fungsi motorik seseorang pasien setelah mengalami suatu tindakan medis (Kementrian Kesehatan, 2015).

2.2.2.PERSYARATAN KEBUTUHAN RUANG REHABILITASI

1. Loker pendaftaran dan pendataan.

Ruangan tempat pasien RM melakukan pendaftaran, pendataan awal dan ulang untuk segera mendapat suatu tindakan.

2. Ruang tunggu pasien.

Ruang pasien RM dan pengantar. Pasien RM menunggu diberikannya pelayanan rehabilitasi medik.

3. Ruang pemeriksaan dan penilaian Dokter spesialis rawat medik.

Ruangan tempat Dokter spesialis Rehabilitasi Medik melakukan pemeriksaan (antara lain seperti: anamnesa, pemeriksaan dan asesmen fisik), diagnosis maupun prognosis terhadap pasiennya, maupun tempat pasien RM melakukan konsultasi medis dengan Dokter spesialis Rehabilitasi Medik.

4. Ruang Pemeriksaan Diagnostik Rehabilitasi Medik.

Pengembangan dari fungsi Rehabilitasi Medik di mana pada ruangan ini dilakukan pemeriksaan dengan alat diagnostik

5. Ruang Pemeriksaan dan penilaian psikologi.

Ruangan tempat Psikolog melakukan pemeriksaan (antara lain: anamnesa, pemeriksaan & asesmen psikologis), diagnosis maupun prognosis terhadap pasiennya.

6. Ruang Fisioterapi

Ruang Fisioterapi, terdiri dari:

a. Ruang Fisioterapi pasif

Ruangan yang cukup besar dan terdiri dari ruangan-ruangan yang lebih kecil (modular-modular ruang untuk 1 tempat tidur pasien + alat terapi + daerah kerja bagi Fisioterapis + sekat-sekat pembatas antar ruang) dan digunakan untuk memberikan pelayanan medis pada pasien seperti latihan manipulasi yang diberikan pada pasien yang bersifat individu.

b. Ruang Fisioterapi aktif

Merupakan ruangan yang besar yang memiliki fasilitas seperti ruang Senam (Gymnasium) serta Pelayanan Komunitas (Community Service) Rehabilitasi Medik. Ruangan tempat pasien melakukan kegiatan senam bagi kesembuhannya (umumnya) dengan cara perorangan maupun berkelompok dengan bimbingan Terapis Rehabilitasi Medik baik pasien-pasien yang merupakan pasien-pasien internal maupun yang berasal dari unit - unit Pelayanan Terpadu yang membutuhkan pelayanan.

7. Ruang Terapi ADL (Activity Daily Living)

Ruangan tempat Terapis Okupasi / Terapis Vokasional melakukan terapi kepada pasien (baik secara individual/personal maupun kelompok) dalam suatu model ruangan yang memiliki bentuk seperti:

- a. Ruangan - ruangan yang ada dalam suatu rumah
- b. Kantor
- c. Tempat Ibadah,
- d. Tempat perbelanjaan

8. Ruang Kerja Administrasi, Keuangan & Personalia Rehabilitasi.

Ruang kerja para Petugas Instalasi yang mengurus masalah keuangan, administrasi dan personalia di unit Pelayanan Rehabilitasi, umumnya Petugas Instalasi yang ada merupakan petugas yang ditempatkan oleh Unit Keuangan maupun Administrasi dan Personalia dari Rumah Sakit.

9. Ruang ganti dan Lemari simpan (Loker) Petugas Rumah Sakit.

Ruang ganti pakaian dan menyimpan barang-barang pribadi (yang tidak dibutuhkan saat memberikan pelayanan) untuk Petugas Ruang rehabilitasi medik.

Ruang ganti pakaian petugas Ruang rehabilitasi medik, meliputi:

- a. Ruang ganti dan lemari simpan (Loker) Petugas Instalasi Pria
- b. Ruang ganti dan lemari simpan (Loker) Petugas Instalasi Wanita

10. Ruang ganti dan Lemari simpan (Loker) Pasien

Ruangan ganti pakaian dan menyimpan barang-barang pribadi (yang tidak dibutuhkan saat menerima pelayanan) untuk pasien. Ruang ganti pakaian pasien RM, meliputi:

- a. Ruang ganti & Lemari simpan (Loker) Pasien RM Pria
- b. Ruang ganti & Lemari simpan (Loker) Pasien RM Wanita.

11. Gudang.

Gudang-gudang yang diperlukan pada bangunan ruang rehabilitasi medik, antara lain:

- a. Gudang Peralatan Medis Rehabilitasi Medik

Ruang penyimpanan peralatan Rehabilitasi Medik yang belum terpakai atau sedang tidak terpakai untuk pelayanan pasien RM.

- b. Gudang Linen dan Farmasi Rehabilitasi Medik.

Ruang penyimpanan linen bersih (misalnya: handuk, tirai & sprei) dan juga perbekalan farmasi untuk terapi (misalnya: alkohol, kapas, tissue).

c. Gudang kotor Rehabilitasi Medik.

Ruang penyimpanan alat-alat, juga perabot Rehabilitasi Medik yang sudah tidak dapat digunakan lagi tetapi belum dapat dihapuskan dengan segera (sebaiknya diberikan akses yang tidak menghadap ke arah koridor/ruang pelayanan pasien tetapi menghadap ke arah luar dari ruangan Rehabilitasi Medik).

12. Ruangan - ruangan lain.

a. Ruang Penelitian dan Uji Fungsi Motorik Pasien Rehabilitasi Medik.

Ruangan tertutup yang digunakan sebagai sarana pendidikan dan penelitian untuk mengamati perkembangan kemampuan dari pasien secara lebih mendetail yang mana ruangan (pada umumnya) berbentuk memanjang dengan dua ruangan terpisah (tempat obyek penelitian dan tempat pengamat/ observer) yang dilengkapi jendela observasi, kamera-kamera pengamat, perekam, komputer pemproses data maupun penandaan khusus pada dinding, lantai dan langit-langitnya.

b. Ruang Perawatan Ruang rehabilitasi medik.

Ruang perawatan bagi pasien-pasien rawat inap Rehabilitasi Medik, umumnya merupakan bagian yang terintegrasi dengan unit rawat inap ataupun dapat pula merupakan suatu bangunan rawat Inap yang berada dalam manajemen pengelolaan Unit Rawat Inap.

11. Kamar mandi/Toilet.

Kamar mandi/toilet perlu disediakan untuk:

- a. Petugas rumah sakit pria dan wanita secara terpisah, dekat ruang ganti.
- b. Pasien dan pengantar pasien di ruang tunggu.
- c. Pasien RM pria dan wanita secara terpisah, pada daerah terapi rehabilitasi medik.

12. Daerah Cuci Tangan

Daerah untuk cuci-tangan bagi setiap orang yang akan masuk ke dalam ruangan pelayanan Rehabilitasi Medik diperlukan antara lain pada:

- a. Ruang tunggu
- b. Daerah Terapi Rehabilitasi Medik.

13. Dapur Bersih/ Dapur Kecil (Pantry) dan Ruang makan kecil

Ruangan untuk melakukan kegiatan dapur bersih (misalnya: menghangatkan, menyeduh, dan membuat sajian) bagi (umumnya) Petugas Instalasi maupun untuk menyantap hidangan makanan dan minuman ringan dengan adanya meja-makan kecil untuk kapasitas (umumnya maksimal) 4 (empat) orang Petugas Instalasi.

14. Ruang Kebersihan Rehabilitasi Medik.

Ruangan tempat petugas kebersihan (Cleanning Service) mempersiapkan peralatan kerjanya, menyimpan bahan kebutuhan kebersihan dan membersihkan peralatannya.

15. Ruang Utilitas Ruang rehabilitasi medik.

Ruangan-ruangan utilitas bangunan Rehabilitasi Medik seperti Ruang Panel, Ruang Pompa, Ruang AHU, Ruang Mesin lainnya termasuk Saf serta daerah Lif, Ramp dan Tangga yang berfungsi menunjang kegiatan pelayanan kesehatan di Rehabilitasi Medik.

(Kementerian Kesehatan RI, 2012)

2.2.3.PERSYARATAN RUANG REHABILITASI

Sebagai bagian dari Rumah Sakit, beberapa komponen sarana yang ada di Rumah Sakit memerlukan beberapa persyaratan, antara lain:

1. Komponen penutup lantai.

Komponen penutup lantai memiliki persyaratan sebagai berikut:

- a. Tidak terbuat dari bahan yang memiliki lapisan permukaan dengan porositas yang tinggi yang dapat menyimpan debu.
- b. Mudah dibersihkan dan tahan terhadap gesekan.
- c. Penutup lantai harus berwarna cerah dan tidak menyilaukan mata.
- d. Memiliki pola lantai dengan garis alur yang menerus keseluruhan ruangan pelayanan.

2. Komponen dinding.

Komponen dinding memiliki persyaratan sebagai berikut:

- a. dinding harus mudah dibersihkan, tahan cuaca dan tidak berjamur.
- b. lapisan penutup dinding harus bersifat non porosif (tidak mengandung pori-pori) sehingga dinding tidak dapat menyimpan debu.
- c. warna dinding cerah tetapi tidak menyilaukan mata.
- d. pada daerah tertentu, dindingnya harus memiliki pegangan tangan yang menerus dengan ketinggian berkisar 80 ~ 100 cm dari permukaan lantai.

3. Komponen langit-langit.

Komponen langit-langit memiliki persyaratan sebagai berikut:

- a. harus mudah dibersihkan, tahan terhadap segala cuaca, tahan terhadap air, tidak mengandung unsur yang dapat membahayakan pasien, serta tidak berjamur.
- b. memiliki lapisan penutup yang bersifat non porosif (tidak berpori) sehingga tidak menyimpan debu.
- c. berwarna cerah, tetapi tidak menyilaukan pengguna ruangan.

4. Komponen Pintu dan Jendela langit-langit.

Komponen pintu dan jendela memiliki persyaratan sebagai berikut:

- a. Lebar bukaan pintu minimal 100 cm' untuk daun pintu tunggal atau 120 cm' untuk daun pintu ganda (ukuran lebar daun pintu 80 cm dan 40 cm).
- b. Tinggi Pembuka Pintu (Door Handle) tidak boleh lebih dari 100 cm' diukur dari muka lantai terendah.
- c. Penutup pintu mekanis (Mechanical Door Closer) sebaiknya tidak dipergunakan pada area pelayanan pasien karena dapat menyulitkan mobilitas pasien bila tidak didampingi pengantar atau petugas.
- d. Penggunaan penutup pintu otomatis elektrik (Automatic / Motorized Door Closer) boleh digunakan bila minimal salah satu dari dua pasang sensor pembuka-tutup pintu ada pada ketinggian 20 cm' dari permukaan lantai, baik dari sisi luar maupun dalam ruangan.
- e. Pintu & jendela yang terletak pada area yang berhubungan dengan air seperti Ruang Hidroterapi, KM atau Ruang Peturasan (WC) harus terbuat dari bahan yang tahan terhadap air
- f. Pintu yang terbuat dari bahan tembus-pandang (antara lain: kaca) harus memiliki kawat pengaman.

- g. Untuk pintu-pintu darurat pada ruangan-ruangan maka HandleBar untuk membuka pintu harus dapat diakses oleh pengguna kursi roda ataupun orang berjalan biasa.

5. Toilet untuk pasien RM.

Toilet untuk pasien, haruslah toilet aksesibilitas yang memenuhi pedoman dan standar teknis yang berlaku.

(Kementerian Kesehatan RI, 2012)

2.2.4. BANGUNAN REHABILITASI ALZHEIMER

Bentuk bangunan rehabilitasi Alzheimer dirancang oleh Dr. William Thomas. Bangunan rehabilitasi Alzheimer memiliki keunggulan dalam desain, bentuk bangunan, dan komunitas kecil dalam bentuk rumah yang terdiri antara 8-15 bangunan yang memiliki hubungan erat antar pasien maupun perawat atau pengelola. Bangunan rehabilitasi Alzheimer dirancang untuk dapat membentuk perawatan dengan hubungan sosial yang baik, serta bentuk perawatan seperti di dalam rumah. Bentuk perawatan rehabilitasi Alzheimer secara profesional dengan fungsi seperti perawatan di dalam rumah pasien sendiri. Bangunan dengan ruang makan, dapur, dan ruang komunal dimana pengelola ataupun perawat dengan pasien dapat bersosial seperti sebuah keluarga.

Perawat dengan tenaga profesional yang dapat melayani kegiatan rehabilitasi pasien Alzheimer seperti memasak, mencuci, dan perawatan intensif ataupun motivasi pada pasien. Tenaga ahli lain seperti perawat, dokter, terapis, dan ahli gizi juga mendukung dalam kegiatan rehabilitasi. Bangunan rehabilitasi Alzheimer dengan pendekatan hingga perawatan jangka panjang pada pasien yang mana untuk memberikan perawatan fisik maupun non fisik.

(Brawley, 2006)

Kriteria	Keterangan
Ukuran	8-15 pasien
Filosofi	Pasien Rehabilitasi diberikan sebuah kualitas hidup yang baik
Organisasi	Pemberdayaan staff perawat, perawat mengunjungi ruang rawat untuk memberikan pelayanan
Pengambilan Keputusan	Keputusan berikan kepada pasien rehabilitasi dengan pertimbangan, Pengurus merencanakan kegiatan rutinitas pasien
Akses Ruang	Pasien memiliki akses ke seluruh area sesuai area
Ruang Terbuka	Mudah untuk diakses oleh pasiendan arah pandang yang bebas, namun memungkinkan pengamatan oleh staff
Ruang Komunal	Ruang pribadi, dapur terbuka, dan ruang makan
Dapur	Pasien dan pengunjung memiliki akses dan dapat berpartisipasi dalam kegiatan memasak
Ruang Perawat	Obat dimasukkan dalam lemari di setiap kamar rawat, serta perawat mengunjungi kamar dan memberi obat
Makan	Satu meja makan komunal sebagai titik fokus untuk kenyamanan kegiatan makan
Kepegawaian	Perawat memberikan langsung perawatan, laundry, pekerjaan kamar inap, dan memasak
Pengunjung	Dapat berpartisipasi dalam kegiatan dapur dan kegiatan lainnya, dapat mempersiapkan makanan ringan di dapur

Tabel 2. 1 Kriteria Bangunan Rehabilitasi Alzheimer

Sumber: Design Innovations for Aging and Alzheimer's