PERANCANGAN INTERIOR PUSAT TERAPI DAN PELATIHAN TERPADU BAGI ANAK DENGAN DISABILITAS SENSORIK DI PANTAI INDAH KAPUK

TUGAS AKHIR

"Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Desain (S.Ds) Jenjang Pendidikan Strata-1"

Diajukan Oleh:
VELLYSIA ANGELIA
NIM: 2110109013

PROGRAM STUDI DESAIN INTERIOR
UNIVERSITAS PRADITA
TANGERANG
TAHUN 2026

PRADITA University

PRU/SPMI/FR-PM-25/0122

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Dengan ini saya sebagai civitas akademik Universitas Pradita yang bertandatangan dibawah ini:

Nama	: Vellysia Angelia
NIM	: 2110109013
Program Studi	: Desain Interior
Bentuk Tugas Akhir	: ~~Skripsi/Karya Ilmiah (Publikasi) /Karya Akhir (Pameran)~~ /Proyek Akhir

untuk meningkatkan pengembangan ilmu pengetahuan, memberikan skripsi/tugas akhir kepada Universitas Pradita Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*None-exclusive Royalty Free Right)* dengan judul:

Perancangan Interior Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik di Pantai Indah Kapuk

beserta dokumen tugas akhir yang ada sesuai ketentuan yang berlaku. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*None-exclusive Royalty Free Right*) ini, maka Universitas Pradita berhak menyimpan dan mengelola dalam bentuk *database*, dan mempublikasikan tugas akhir ini dengan tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis tugas akhir ini sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Tangerang, 23 Juli 2026

Yang Menyatakan



(Vellysia Angelia)

HALAMAN PERSETUJUAN TUGAS AKHIR

Nama	: Vellysia Angelia
NIM	: 2110109013
Program Studi	: Desain Interior
Bentuk Tugas Akhir	: Proyek Akhir
Peminatan Tugas Akhir	: -
Judul Tugas Akhir	: Perancangan Interior Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik di Pantai Indah Kapuk

Tangerang, 12 Desember 2025
Menyetujui
Pembimbing Skripsi

Dwi Putranto WJP, S.T., M.T.

PRADITA University

PRU/SPMI/FR-PM-28/0122

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR

Nama : Vellysia Angelia
NIM : 2110109013
Program Studi : Desain Interior
Bentuk Tugas Akhir : Proyek Akhir
Peminatan Tugas Akhir: -
Judul Tugas Akhir : Perancangan Interior Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik di Pantai Indah Kapuk

Tealah diujikan dan pada hari Senin, tanggal 12 Januari, tahun 2026
Dengan dinyatakan lulus

TIM PENGUJI

Pembimbing

Dwi Putranto WJP, S.T., M.T.

Penguji

Oktavianus. M. Nangoy, S.Sn., M.Ds.

Ketua Sidang,

Sinta Binary Lazuardi, S.T., M.F.A.

Disahkan oleh:
Kepala Program Studi Desain Interior

Dwi Putranto WJP, S.T., M.T.

PRADITA University

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Dengan ini saya menyatakan bahwa tugas akhir yang telah saya susun ini adalah benar karya ilmiah saya sendiri dan tidak mengandur unsur plagiat dari karya ilmiah orang lain (sebagian/seluruhnya). Semua karya ilmiah orang lain atau Lembaga lain yang dikutip dalam skripsi ini telah disebutkan sumber kutipannya dan dicantumkan di dalam Daftar Pustaka.

Jika di kemudian hari terbukti ditemukan kecurangan atau penyimpangan baik dalam pelaksanaan maupun penyusunan skripsi, maka saya bersedia untuk mendapatkan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku dan dinyatakan TIDAK LULUS.

Tangerang, 23 Juli 2026



Vellysia Angelia
2110109013

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal tugas akhir dengan judul Perancangan Interior Pusat Komunitas dengan Layanan Terapi bagi Anak Disabilitas Sensorik di Pantai Indah Kapuk. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Desain Interior di Universitas Pradita. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan fasilitas komunitas dan terapi yang ramah anak, mendukung perkembangan multisensori, dan mengutamakan pendekatan desain universal untuk memenuhi kebutuhan individu anak-anak dengan disabilitas sensorik.

Dalam proses penyusunan penelitian ini, penulis mendapatkan banyak bantuan, dukungan, dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pembimbing yang telah memberikan arahan dan dukungan selama proses penelitian berlangsung, Universitas Pradita atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan, serta keluarga dan teman-teman yang selalu memberikan doa dan motivasi.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk pengembangan lebih lanjut. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, khususnya dalam perancangan pusat terapi dengan layanan terapi bagi anak disabilitas sensorik.

Hormat saya,

Vellysia Angelia

ABSTRAK

Anak dengan disabilitas sensorik menghadapi tantangan dalam mengakses ruang interaksi sosial dan layanan terapi yang sesuai dengan kebutuhan. Sebagian besar fasilitas terfokus pada pendekatan medis dan terpisah dari komunitas, sehingga membatasi perkembangan holistik anak. Penelitian ini bertujuan merancang interior ruang terapi dan komunitas yang terintegrasi dan inklusif dengan pendekatan desain universal dan prinsip multisensori. Desain universal diterapkan untuk memastikan aksesibilitas dan inklusivitas, sedangkan prinsip multisensori digunakan untuk memberikan stimulasi pada berbagai indra. Metode yang digunakan mencakup studi literatur, observasi lapangan, serta wawancara dengan praktisi dan lembaga yang menangani disabilitas sensorik. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan konsep perancangan interior yang tidak hanya memenuhi aspek fungsional dan aksesibilitas, tetapi juga memberikan pengalaman ruang yang empatik, aman, serta mendukung keterlibatan sosial dan proses terapi secara berkesinambungan.

Kata kunci: disabilitas sensorik, desain interior, desain universal, prinsip multisensori, ruang komunitas, ruang terapi

ABSTRACT

Children with sensory disabilities face challenges in accessing appropriate spaces for social interaction and therapeutic services. Most existing facilities adopt a medical approach and remain disconnected from community settings, limiting the holistic development of these children. This study aims to design an integrated and inclusive interior for therapy and community spaces using a universal design approach and multisensory principles. Universal design is applied to ensure accessibility and inclusiveness, while multisensory principles are employed to provide stimulation across various senses. The research methods include literature review, field observation, and interviews with practitioners and institutions that work with individuals with sensory disabilities. The results of this study are expected to produce an interior design concept that not only fulfills functional and accessibility aspects but also offers a spatial experience that is empathetic, safe, and supportive of social engagement and continuous therapeutic processes.

Keywords: sensory disability, interior design, universal design, multisensory principles, community space, therapy space

DAFTAR ISI

ABSTRAK....3
ABSTRACT....4
DAFTAR ISI....5
DAFTAR GAMBAR....7
DAFTAR TABEL....7
BAB I....8
PENDAHULUAN....8
1.1 Latar Belakang....8
1.2 Rumusan Masalah....5
1.3 Tujuan Perancangan....5
1.4 Manfaat Perancangan....5
1.5 Batasan dan Ruang Lingkup....6
1.5.1 Batasan....6
1.5.2 Ruang Lingkup....7
1.6 Sistematika Perancangan....8
BAB II....9
TINJAUAN PUSTAKA....9
2.1 Tinjauan Umum....9
2.1.1 Tumbuh Kembang Anak....9
2.1.2. Anak Berkebutuhan Khusus....14
2.1.3 Peran Komunitas bagi Anak dengan Disabilitas....24
2.1.4 Terapi untuk Disabilitas Sensorik....24
2.2. Tinjauan Khusus....26
2.2.1 Standar dan Regulasi Fasilitas untuk Disabilitas....26
2.2.2 Prinsip Multisensori dalam Desain Interior....26
2.2.3 Aspek Interior dalam Fasilitas Komunitas dan Terapi bagi Anak Disabilitas....28
BAB III....40
DATA DAN ANALISIS MASALAH....40
3.1 Analisis Site....40
3.2 Analisis SWOT....43
3.3 Data Observasi....44
3.3.1 SLB G Rawinala....45
3.3.2 SLB B-C Kasih Bunda....54
3.3.3 SLB B Pangudi Luhur....60
3.3.4 Klinik Yamet....69
3.3.5 Deaf Cafe....72
3.4 Data Komparasi....74

3.5 Data Wawancara..... 78
3.5.1 Pendiri National Global School Academy dan Big People Academy..... 78
3.5.2 Wakil Kepala Sekolah SLB-G Rawinala..... 80
3.5.3 Admin Operasional Klinik Yamet Pusat..... 82
3.5.4 Desainer Interior dan Terapis Okupasi..... 83
3.5.5 Kepala Sekolah dan Guru SLB B-C Kasih Bunda..... 85
3.5.6 Koordinator SD dan Guru SLB B Pangudi Luhur..... 86
DAFTAR PUSTAKA..... 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Design Method Rosemary Kilmer..... 8
Gambar 3.1 Analisis Tapak.....41
Gambar 3.2 Analisis Arah Mata Angin..... 41
Gambar 3.3 Fasad Children's House Daydream.....42
Gambar 3.4 Denah Bangunan Children's House Daydream..... 42
Gambar 3.5 Logo SLB G Rawinala.....46
Gambar 3.6 Struktur Organisasi SLB B-C Kasih Bunda.....54
Gambar 3.7 Logo SLB B-C Kasih Bunda..... 55
Gambar 3.8 Struktur Organisasi SLB B Pangudi Luhur.....61
Gambar 3.9 Logo SLB B Pangudi Luhur..... 62

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Studi Antropometri..... 36
Tabel 2.2 Standar Ukuran Fasilitas dan Furniture untuk Anak Disabilitas.....37
Tabel 3.1 Analisis SWOT..... 45
Tabel 3.2 Fasilitas Eksisting SLB G Rawinala..... 54
Tabel 3.3 Fasilitas Eksisting SLB B-C Kasih Bunda.....60
Tabel 3.4 Fasilitas Eksisting SLB B Pangudi Luhur.....69
Tabel 3.5 Fasilitas Eksisting Klinik Yamet Pusat..... 72
Tabel 3.6 Fasilitas Eksisting Deaf Cafe..... 74
Tabel 3.7 Data Komparasi SLB..... 76
Tabel 3.8 Komparasi Estetika SLB.....77

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyandang disabilitas adalah orang dengan kemampuan berbeda dari orang pada umumnya akibat keterbatasan yang memengaruhi aktivitas sehari-hari (Rukmana, 2017, 14). Undang-Undang No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas pasal 4 ayat 1 menyatakan bahwa penyandang disabilitas dapat dikategorikan menjadi empat jenis, yaitu fisik, intelektual, mental, dan sensorik. Pada ayat 2, tertulis bahwa disabilitas dapat dialami secara tunggal, ganda, atau multi. Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO), jumlah orang dengan disabilitas di seluruh dunia diperkirakan mencapai 1,3 miliar jiwa atau setara dengan 16% dari total populasi global. Orang dengan disabilitas menghadapi ketidaksetaraan, terutama dalam aksesibilitas dan layanan kesehatan. Ketidaksetaraan ini terjadi akibat stigma, diskriminasi, kemiskinan, hingga keterbatasan dalam mengakses pendidikan dan pekerjaan (World Health Organization, 2023).

Orang dengan disabilitas menjadi salah satu kelompok dalam target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang disusun oleh United Nations (UN). Dalam SDGs, terdapat komitmen global untuk memastikan kesetaraan bagi penyandang disabilitas dalam bidang pendidikan, pekerjaan, kesehatan, dan bermasyarakat. Berdasarkan dokumen *Disability Indicators for the SDGs* (2015) yang disusun oleh United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) dengan dukungan WHO, upaya untuk menghilangkan kesenjangan akses pendidikan dan pelatihan menjadi salah satu sasaran yang menunjukkan pentingnya fasilitas yang inklusif bagi penyandang disabilitas. Selain itu, terdapat target yang bertujuan untuk memberdayakan dan mempromosikan inklusi bagi semua dalam ekonomi, sosial, dan politik (UN DESA, 2015). Hal ini menekankan pentingnya lingkungan yang mendukung keterlibatan dalam masyarakat dan sejalan dengan kebutuhan akan ruang terapi dan pelatihan terpadu yang dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan orang dengan disabilitas.

Undang-Undang No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas pasal 5 ayat 1 telah mengatur hak-hak penyandang disabilitas, namun pelaksanaan di lapangan menghadapi berbagai tantangan. Dalam jurnal berjudul *Kendala Umum yang Dihadapi Penyandang Disabilitas dalam Mengakses Layanan Publik*, terdapat hambatan eksternal dan internal yang dapat dialami penyandang disabilitas. Hal yang menjadi kendala aksesibilitas secara eksternal adalah hambatan

arsitektural, serta hambatan informasi dan komunikasi. Hambatan arsitektural memengaruhi orang dengan disabilitas fisik, sensorik, dan intelektual. Setiap jenis disabilitas dapat memiliki kebutuhan berbeda dan terdapat sejumlah orang dengan disabilitas ganda. Oleh karena itu, merancang desain arsitektural yang dapat memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas juga menjadi tantangan akibat konflik kepentingan. Tidak tersedianya informasi dan panduan di layanan publik dalam format yang aksesibel bagi penyandang disabilitas juga menjadi hambatan. Selain itu, hambatan internal yang dapat dialami berupa rasa percaya diri yang rendah, kemampuan berkomunikasi yang kurang baik, hingga penguasaan pengetahuan dan keterampilan yang rendah (Tarsidi, 2011, pp. 202-204).

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2021, sebanyak 730.552 penduduk atau setara dengan 6,88% populasi DKI Jakarta merupakan penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas yang masuk ke dalam kategori miskin berjumlah 35.388 orang atau setara dengan 4,84% dari total orang dengan disabilitas di DKI Jakarta. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 95% penyandang disabilitas di DKI Jakarta berada di luar kategori miskin (Liany et al., 2023, 16). Sehingga hambatan utama bagi sebagian besar orang dengan disabilitas bukan pada aspek ekonomi, melainkan terkait aksesibilitas dan stigma dari lingkungan. Apabila lingkungan yang aksesibel tidak segera tercipta, maka dapat berdampak pada biaya tinggi dan kesulitan dalam pemenuhan hak, sehingga dikhawatirkan para penyandang disabilitas akan rentan masuk dalam kelompok miskin. Hal ini didukung dengan data Susenas 2021 tentang jumlah pekerja dengan disabilitas di DKI Jakarta dari rentang usia 16-65 tahun. 46,87% individu sudah memiliki pekerjaan, sedangkan 53,13% lainnya belum memiliki pekerjaan. Kondisi ini perlu ditangani dengan meningkatkan kualitas para individu melalui pelatihan dan bimbingan agar dapat bersaing dan melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik.

Pelayanan publik juga merupakan hak bagi penyandang disabilitas, namun masih ditemukan hambatan dalam praktiknya. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, penyandang disabilitas anak berusia 5-17 tahun di DKI Jakarta mencapai 4,8%. Anak yang lahir dengan disabilitas memerlukan habilitasi, yaitu pelayanan untuk melatih anak hidup mandiri sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan anak yang mengalami disabilitas bukan dari lahir memerlukan rehabilitasi agar dapat memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk aktivitas sehari-hari (Badan Pembentukan Peraturan Daerah DPRD Provinsi DKI Jakarta, 2021). Hambatan eksternal dan internal yang dihadapi, ditambah dengan rendahnya pemahaman

masyarakat, akan kebutuhan khusus tersebut menyebabkan kurangnya perhatian yang tepat. Hal tersebut memperkuat urgensi untuk ruang yang memenuhi kebutuhan terapi dan pelatihan yang inklusif bagi para penyandang disabilitas. Tantangan yang dihadapi orang dengan disabilitas sensorik dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar cukup kompleks. Gangguan penglihatan dan/atau pendengaran akibat faktor genetik, kecelakaan, atau usia yang dialami oleh orang dengan disabilitas sensorik menghambat akses terhadap informasi dan komunikasi (Nugroho, 2023, 11).

Kesadaran akan pentingnya layanan terapi bagi orang dengan disabilitas terus meningkat, namun sebagian besar fasilitas tersebut beroperasi secara terpisah antara fungsi terapi dan fungsi sosial. Fasilitas yang mengintegrasikan kegiatan terapi dan komunitas mengakibatkan dampak jangka panjang pada intervensi yang diberikan, terutama dalam membangun kepercayaan diri, kemandirian, dan kemampuan sosial. International Labour Organization (ILO), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), dan World Health Organization (WHO) (2004) mengembangkan pendekatan *Community-Based Rehabilitation* (CBR) yang menekankan bahwa rehabilitasi menjadi efektif dengan mengintegrasikan layanan klinis dengan partisipasi aktif individu dalam kehidupan sosial. Melalui CBR, ekosistem yang inklusif tercipta dengan layanan rehabilitasi, pendidikan, keterampilan hidup, dan dukungan sosial. Oleh karena itu, integrasi ruang terapi dan pelatihan menjadi elemen penting dalam membangun fasilitas yang berkelanjutan bagi penyandang disabilitas dari berbagai kalangan usia.

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (2020), penyandang disabilitas di Indonesia berjumlah 22,5 juta jiwa dengan 6,1 juta jiwa penyandang disabilitas kategori berat. Penyandang disabilitas kategori berat terdiri atas 3,07 juta jiwa dengan keterbatasan sensorik, 1,7 juta jiwa dengan keterbatasan intelektual, 1,2 juta jiwa dengan keterbatasan fisik, dan 149 ribu jiwa dengan keterbatasan mental (Bestianta, 2022, 1). Berdasarkan data tersebut, kelompok dengan keterbatasan sensorik kategori berat merupakan yang paling tinggi, yaitu mencapai 3,07 juta jiwa. Menurut Gibson dan Vygotsky, individu dengan disabilitas sensorik memiliki akses yang terbatas terhadap lingkungan di sekitarnya dan dapat membentuk kesan yang kurang jelas tentang lingkungan tersebut. Keterbatasan informasi sensorik dapat menghambat perkembangan kognitif anak, karena proses perkembangan terjadi ketika anak menggunakan inderanya untuk berinteraksi dengan lingkungan (Damen & Worm, 2013, 9). Oleh karena itu, anak memerlukan kegiatan yang melibatkan pengalaman multisensori melalui program kegiatan harian untuk

mencegah kebosanan dan membuka kesempatan bagi anak dalam berinteraksi dengan lingkungan secara lebih bermakna. Kegiatan dapat dilakukan secara individu maupun berkelompok. Kegiatan mencakup aktivitas sensopatik, seperti terapi dan pijat; aktivitas partisipatif, seperti memasak; aktivitas kreatif, seperti bermain musik dan bercerita; serta aktivitas motorik untuk mendukung koordinasi tubuh, seperti berjalan. Bagi sebagian anak, kegiatan yang menyerupai pekerjaan, seperti berkebun dan mengemas barang dapat memberikan manfaat terapeutik sekaligus menumbuhkan kemandirian dan rasa berdaya (Damen & Worm, 2013, 85-86).

Anak dengan tunarungu dan tunanetra bawaan berpotensi mengalami hambatan dalam integrasi sensorik. Evaluasi dengan berbagai bentuk rangsangan sensorik perlu dilakukan untuk menilai kemampuan anak dalam merespons dan memproses stimulus. Identifikasi jenis gangguan yang dialami anak merupakan langkah penting dalam penanganan dan menentukan terapi yang diterapkan agar sesuai dengan kebutuhan anak (Damen & Worm, 2013, 38-39). Individu dapat memiliki sifat hiposensitif atau hipersensitif terhadap rangsangan tertentu (Damen & Worm, 2013, 45). Hiposensitivitas adalah kondisi ketika anak lambat atau tidak menyadari sensasi yang umumnya dirasakan, seperti perubahan suhu, rasa sakit, atau suara yang keras. Sehingga, anak mencari pengalaman sensorik yang lebih intens untuk memenuhi kurangnya rangsangan yang mereka rasakan. Anak dengan hiposensitivitas cenderung menarik diri, kurang fokus, dan tidak responsif terhadap lingkungan (Mackowiak et al., 2025, 5). Anak dengan hipersensitivitas menunjukkan reaksi berlebihan terhadap rangsangan yang umumnya bersifat biasa. Ketidaknyamanan terhadap suatu rangsangan dapat menimbulkan sifat defensif, seperti menarik diri. Perasaan tidak nyaman mengakibatkan kecemasan dan kesulitan bagi anak dalam beradaptasi terhadap lingkungan (Mackowiak et al., 2025, 4). Perbedaan tingkat sensitivitas pada anak dengan disabilitas sensorik, yang bersifat hiposensitif atau hipersensitif, menuntut adanya lingkungan yang mampu menyesuaikan kebutuhan sensori anak. Dengan demikian, diperlukan pendekatan desain yang memperhatikan keseimbangan terhadap berbagai karakteristik sensorik.

Desain multisensori adalah pendekatan yang berfokus pada pengalaman ruang yang seimbang melalui rangsangan indera manusia, seperti penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pengecapan. Pendekatan desain multisensori mempertimbangkan interaksi individu dengan ruang melalui berbagai rangsangan inderawi. Ruang yang dirancang dengan memperhatikan aspek sensorik dapat meningkatkan kenyamanan dan pengalaman keseluruhan

bagi anak (Malhotra & Abrol, 2024, 808). Dengan demikian, penerapan pendekatan desain multisensori berperan dalam mendukung kenyamanan, partisipasi, dan perkembangan anak.

Perancangan pusat terapi dan pelatihan terpadu ini bertujuan untuk menghadirkan pendekatan yang inklusif dengan mengintegrasikan prinsip desain multisensori agar tercipta lingkungan yang lebih adaptif dan sesuai kebutuhan anak dengan disabilitas sensorik. Perancangan ini diharapkan dapat memberikan solusi bagi pusat terapi dan pelatihan terpadu dalam mendukung kemandirian, partisipasi sosial, dan interaksi yang aman, meningkatkan efektivitas terapi, serta membawa perubahan positif dalam kehidupan anak dan keluarga.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah untuk perancangan interior pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik adalah:

a. Bagaimana merancang interior ruang terapi dan pelatihan terpadu yang dapat mengakomodasi kebutuhan anak dengan disabilitas sensorik secara inklusif, aman, dan nyaman?
b. Bagaimana pendekatan desain multisensori dapat meningkatkan efektivitas terapi dan pelatihan bagi anak dengan kebutuhan berbeda?
c. Bagaimana mengintegrasikan fungsi ruang terapi dan ruang pelatihan dalam satu rancangan interior yang fungsional dan saling mendukung?

1.3 Tujuan Perancangan

Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan dari perancangan interior pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik adalah:

a. Merancang ruang terapi dan pelatihan terpadu yang inklusif, aman, dan nyaman terhadap kebutuhan anak disabilitas sensorik.
b. Menerapkan pendekatan multisensori dalam desain interior untuk meningkatkan stimulasi sensori yang positif dan mendukung proses terapi serta pelatihan yang lebih efektif.
c. Menyediakan rancangan zonasi dan alur ruang yang sistematis dan fungsional.

1.4 Manfaat Perancangan

Melalui perancangan ini, diharapkan dapat bermanfaat dalam memberikan solusi perancangan pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik yang inklusif dan memenuhi kebutuhan pengguna. Selain itu, perancangan ini bermanfaat sebagai panduan desain ruang yang mengintegrasikan pendekatan multisensori untuk meningkatkan keterlibatan dan konsentrasi pengguna dalam beraktivitas. Penelitian ini juga diharapkan dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya lingkungan yang memfasilitasi anak dengan disabilitas sensorik dalam beraktivitas. Kontribusi dalam pengembangan ilmu desain interior, khususnya terkait pendekatan berbasis desain multisensori, diharapkan dapat menjadi dasar untuk penelitian dan pengembangan desain interior pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik di masa depan.

1.5 Batasan dan Ruang Lingkup

1.5.1 Batasan

Batasan dari perancangan fasilitas ini meliputi 3 aspek, yaitu:

A. Aspek Demografis

Perancangan pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik ini diutamakan bagi:

- Jenis kelamin: Laki-laki dan perempuan
- Usia: 2-18 tahun
- Kelas finansial: Menengah ke atas

Sasaran pengguna dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

- Anak usia dini (2-6 tahun)
- Anak sekolah dasar (7-12 tahun)
- Remaja (13-18 tahun)

B. Aspek Geografis

Lokasi perancangan berada di Jakarta Utara, tepatnya di Pantai Indah Kapuk (PIK). Pantai Indah Kapuk sesuai dengan kebutuhan perancangan karena merupakan kawasan modern yang berada dekat dengan perumahan elit, pusat kuliner, rekreasi, dan komersial.

C. Aspek Psikografis

Pusat terapi dan pelatihan terpadu ini dirancang untuk:

- Orang tua dengan anak disabilitas sensorik yang membutuhkan informasi, edukasi, serta layanan yang sesuai oleh profesional.
- Anak-anak dengan disabilitas sensorik yang memerlukan intervensi dini.
- Anak-anak dan remaja dengan disabilitas sensorik yang memerlukan layanan terapi dan stimulasi indra.
- Anak-anak dan remaja dengan disabilitas sensorik yang memerlukan pelatihan untuk mengembangkan keterampilan.
- Anak-anak dan remaja dengan disabilitas sensorik yang memerlukan dukungan sosial melalui kegiatan komunitas.
- Masyarakat umum sebagai pengunjung kegiatan inklusif yang ingin berpartisipasi dalam komunitas.

1.5.2 Ruang Lingkup

Perancangan ini berfokus pada desain interior pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik yang meliputi 3 zona, yaitu:

A. Zona Individual

Zona individual digunakan untuk intervensi individual dan kelompok kecil. Area ini berfungsi sebagai tempat pelaksanaan terapi bagi anak maupun remaja dengan disabilitas sensorik. Selain itu, terdapat ruang konsultasi dan asesmen individu.

B. Zona Komunitas

Zona komunitas berfokus pada interaksi sosial anak maupun remaja dengan disabilitas sensorik melalui pelatihan dan kegiatan bersama. Area ini mencakup ruang pelatihan dan bermain dengan pengawasan.

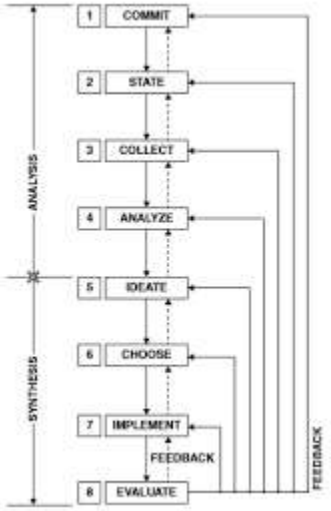
C. Zona Umum

Zona umum merupakan area komunal yang diakses oleh pengguna, pendamping, dan masyarakat umum. Area lobi, resepsionis, ruang tunggu, kafe, dan ruang komunal adalah bagian dari zona umum yang akan dirancang.

Batasan untuk ruang *service*, seperti area *staff* dan area parkir hanya dirancang besaran ruang tanpa detail *furniture* dan material.

1.6 Sistematika Perancangan

Perancangan pusat terapi dan pelatihan terpadu ini akan menerapkan metode desain oleh Rosemary Kilmer dan Otie Kilmer, sebagai berikut:



Gambar 1.1 Design Method Rosemary Kilmer

Sumber: *(Designing Interiors, Rosemary Kilmer, 1992)*

Terdapat 2 tahapan utama, yaitu *analysis* dan *synthesis* yang terdiri dari 8 langkah. Dengan menggunakan tahapan ini, perancangan dilakukan secara sistematis. Tahap *analysis* mencakup pemahaman terhadap urgensi, tujuan, pengumpulan data, dan analisis kebutuhan. Tahap *synthesis* mencakup pengembangan konsep desain berdasarkan hasil analisis, menentukan skema desain, dan menerapkan rancangan ke dalam gambar kerja, 3D, *walkthrough*, dan maket. Setelah melalui dua tahapan tersebut, hasil desain akan diberikan *feedback* oleh dosen, kemudian dilakukan revisi sesuai dengan hasil evaluasi.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum

2.1.1 Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan dan perkembangan adalah dua aspek yang berperan penting dalam setiap tahapan perkembangan anak. Pertumbuhan merupakan perubahan yang terjadi pada tubuh anak secara fisik, meliputi tinggi badan, proporsi tubuh yang berubah, dan organ tubuh yang berkembang. Sedangkan perkembangan merupakan peningkatan kemampuan anak secara kognitif, sosial, dan emosional anak (Ahzani et al., 2024, 1). Proses tumbuh kembang anak ditandai dengan berbagai karakteristik, antara lain:

- Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara bersamaan yang disertai dengan perubahan pada fungsi dan kualitas.
- Tahap awal pertumbuhan dan perkembangan anak menjadi masa krusial yang menentukan kemajuan selanjutnya.
- Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan berbeda pada setiap anak.
- Pertumbuhan dan perkembangan saling berkaitan, namun hal tersebut juga dipengaruhi oleh peran stimulasi dan faktor belajar anak.
- Pertumbuhan dan perkembangan anak berlangsung mengikuti pola yang tetap pada fungsi organ tubuh. Pertumbuhan dimulai dari tubuh bagian atas ke bawah dan perkembangan motorik dimulai dari gerakan kasar ke gerakan halus.
- Perkembangan anak terjadi secara bertahap dengan pola yang teratur.
- Kematangan dan proses belajar merupakan proses yang memengaruhi perkembangan anak. Kematangan terjadi sesuai potensi dalam diri setiap anak secara alami, sedangkan proses belajar terjadi dengan usaha, latihan, dan pengalaman yang diperoleh.
- Perkembangan fisik maupun psikologis berbeda pada masing-masing anak karena pengaruh lingkungan dan bawaan.
- Tahap pertumbuhan dan perkembangan anak dimulai dari pra-lahir, masa neonatus, bayi, kanak-kanak awal, kanak-kanak akhir, dan masa pubertas (Ahzani et al., 2024, pp. 3-4).

A. Periode Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh kembang anak terjadi secara teratur sejak konsepsi hingga dewasa. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022), periode pada tumbuh kembang anak terbagi menjadi:

1. Masa Prenatal

   Terdapat 3 periode pada masa prenatal, yaitu:

   a. Masa zigot, sejak konsepsi hingga usia kehamilan 2 minggu.
   b. Masa embrio, sejak usia kehamilan 2 minggu hingga 8-12 minggu.
   c. Masa janin atau fetus, sejak usia kehamilan 9-12 minggu hingga akhir kehamilan.

   Pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin selama kehamilan dapat disebabkan oleh ibu yang kekurangan gizi, infeksi, rokok, minuman beralkohol, obat-obatan, depresi berat, dan faktor psikologis seperti kekerasan.

2. Masa Neonatal/Bayi (0-11 bulan)

   Pada masa ini, anak mulai menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya, terjadi perubahan pada sistem peredaran darah, dan organ-organ tubuh mulai berfungsi. Terdapat 3 periode pada masa neonatal, yaitu:

   a. Masa neonatal dini (0-7 hari)
   b. Masa neonatal lanjut (8-28 hari)
   c. Masa pasca neonatal (29 hari-11 bulan)

      Pertumbuhan pesat dan pematangan berlangsung pada masa ini. Masa bayi adalah masa terjalinnya kotak yang erat antara ibu dan anak. Orang tua perlu memenuhi kebutuhan bayi akan pemeliharaan kesehatan dengan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, makanan pendamping ASI sesuai usia, imunisasi lengkap sesuai jadwal, dan pola asuh yang sesuai.

3. Anak di Bawah Lima Tahun (12-59 bulan)

   Masa balita ditandai dengan laju pertumbuhan fisik yang melambat, namun perkembangan motorik dan fungsi ekskresi yang

meningkat. Pada tiga tahun pertama, perkembangan otak anak aktif melalui pembentukan jaringan saraf yang kompleks. Hal ini memengaruhi kemampuan anak dalam berjalan, belajar, berbahasa, hingga berinteraksi dengan sekitarnya. Selain itu, moral dan kepribadian anak mulai terbentuk, sehingga hambatan atau penyimpangan kecil dapat berdampak yang tidak ditangani dengan baik dapat berdampak pada kualitas diri anak di kemudian hari.

4. Anak Prasekolah (60-72 bulan)

   Pada masa prasekolah, pertumbuhan anak berlangsung stabil serta terjadi peningkatan aktivitas fisik, keterampilan, dan kemampuan kognitif. Anak mengekspresikan keinginannya dan senang bermain di luar rumah. Anak berinteraksi dengan teman sebaya dan mulai berteman. Selain itu, anak dipersiapkan untuk memasuki dunia sekolah, sehingga fungsi panca indera, penerima rangsangan, dan daya ingat harus berkembang optimal. Orang tua berperan penting dalam memantau tumbuh kembang anak agar gangguan dapat terdeteksi dan ditangani sejak dini.

B. Faktor yang Berperan dalam Tumbuh Kembang Anak

Pola pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal. Berdasarkan *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*, faktor-faktor tersebut meliputi:

1. Faktor Internal

   Beberapa faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas tumbuh kembang anak:

   a. Latar belakang ras, etnis, dan bangsa terhadap karakteristik fisik anak, seperti warna kulit.
   b. Kondisi postur tubuh keluarga yang dapat diwariskan kepada anak.
   c. Laju pertumbuhan anak yang bekembang pesat pada masa prenatal, tahun pertama, dan masa remaja.

d. Jenis kelamin memengaruhi perkembangan fungsi reproduksi anak, anak perempuan berkembang lebih cepat sebelum masa pubertas. Setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan pada anak laki-laki lebih cepat.
e. Genetik sebagai faktor bawaan biologis dari orang tua, seperti tinggi badan dan kerentanan terhadap kondisi kesehatan tertentu.

2. Faktor Eksternal

Beberapa faktor eksternal yang berpengaruh terhadap kualitas tumbuh kembang anak:

a. Faktor pra-persalinan
   - Pemenuhan gizi ibu sejak sebelum masa kehamilan.
   - Posisi janin yang abnormal dalam kandungan.
   - Konsumsi obat-obatan tertentu.
   - Gangguan endokrin, seperti diabetes melitus pada ibu.
   - Paparan radiasi, termasuk sinar rontgen.
   - Infeksi TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalovirus, Herpes simpleks) pada trimester pertama dan kedua kehamilan.
   - Kelainan imunologi, seperti perbedaan golongan darah ibu dan janin.
   - Gangguan fungsi plasenta (anoksia embrio).
   - Kehamilan yang tidak diinginkan atau kekerasan pada ibu.

b. Faktor saat persalinan

   Komplikasi saat persalinan, seperti trauma kepala atau asfiksia, dapat merusak jaringan otak pada bayi.

c. Faktor pasca-persalinan
   - Asupan gizi makro dan mikro setelah lahir.
   - Penyakit kronis atau kelainan bawaan.
   - Lingkungan dengan sanitasi dan kondisi buruk.
   - Hubungan sosial anak dengan orang sekitarnya.
   - Gangguan hormon pada anak.

- Kemiskinan dan keterbatasan orang tua.
- Pengasuhan dan interaksi ibu-anak.
- Stimulasi perkembangan melalui kegiatan bermain dan interaksi sosial.
- Penggunaan obat-obatan tertentu.

C. Kebutuhan untuk Tumbuh Kembang Anak

Setiap anak memiliki kebutuhan dasar yang perlu dipenuhi untuk tumbuh dan berkembang dengan optimal. Pemenuhan kebutuhan dasar menjadi fondasi bagi anak, kebutuhan tersebut mencakup tiga aspek utama, antara lain:

1. Kebutuhan fisik (asuh)

   Kebutuhan fisik merupakan aspek biologis yang mencakup pemenuhan nutrisi, imunisasi, lingkungan yang bersih, layanan kesehatan, pakaian, tempat tinggal yang layak, dan waktu bermain bagi anak.

2. Kebutuhan emosi (asih)

   Kebutuhan emosi meliputi perhatian dan kasih sayang dari keluarga, terutama orang tua. Rasa aman, penghargaan, serta lingkungan keluarga yang harmonis juga merupakan bentuk dari kebutuhan emosi yang terpenuhi.

3. Kebutuhan mental (asah)

   Kebutuhan mental mencakup stimulasi berupa rangsangan agar anak dapat mengembangkan kecerdasan, kreativitas, moral, kemandirian, serta kepribadian yang diperoleh melalui pendidikan dan aktivitas sehari-hari (Ponidjan et al., 2025, 7).

D. Aspek Utama Perkembangan Anak

Menurut Buku Ajar Tumbuh Kembang Anak (2024), terdapat empat aspek yang perlu dipantau dalam perkembangan anak, antara lain:

1. Motorik kasar
2. Motorik halus
3. Bahasa

4. Kemandirian

2.1.2. Anak Berkebutuhan Khusus

A. Definisi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)

Anak yang memiliki perbedaan dalam tumbuh kembangnya dibandingkan dengan anak-anak pada usianya disebut anak berkebutuhan khusus (ABK). Anak berkebutuhan khusus memerlukan layanan khusus yang disesuaikan dengan kebutuhan anak (Astuti & Putri, 2024, 110). Menurut Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, anak berkebutuhan khusus mengalami keterbatasan dalam fisik, mental-intelektual, sosial, atau emosional yang memengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan anak.

B. Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)

Pemahaman tentang klasifikasi anak berkebutuhan khusus diperlukan untuk mengetahui kebutuhan dan penanganan yang sesuai dengan kebutuhan anak. Berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 10 Tahun 2011 tentang Kebijakan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus, ABK terdiri dari dua belas kategori, yaitu:

a. Anak Tunanetra

Anak tunanetra adalah anak dengan gangguan penglihatan. Seorang anak dinyatakan tunanetra jika diukur dengan alat ukur ketajaman penglihatan (*snellen chart*), anak menghasilkan skor di bawah 6/60 meter dan/atau lapang pandang berdiameter kurang dari 20 derajat. Berdasarkan Panduan Pelaksanaan Pendidikan Inklusif oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia, tunanetra dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

- Buta total (*totally blind*): Anak tidak dapat menerima rangsangan cahaya dengan kemampuan penglihatannya.

- Kurang penglihatan (*low vision*): Anak memiliki pandangan yang kabur dan membutuhkan bantuan kaca pembesar untuk membaca.

Menurut Rahardja (2021), anak tunanetra memiliki karakteristik sebagai berikut:

- Karakteristik kognitif: Anak memiliki keterbatasan dalam orientasi dan mobilitas dengan lingkungan sekitarnya, sehingga indra lain yang berfungsi digunakan untuk membantu anak dalam beraktivitas.
- Karakteristik akademik: Keterampilan membaca dan menulis terhambat, sehingga memerlukan penyesuaian dan latihan untuk mencapai potensi anak.
- Karakteristik sosial dan emosional: Komunikasi terbatas akibat kendala dalam bersosialisasi dan mengekspresikan perasaan.
- Karakteristik Perilaku: Tunanetra tidak menyebabkan penyimpangan perilaku, namun dapat memengaruhi perilaku anak. Anak tunanetra dapat menunjukkan perilaku yang tidak semestinya, karena ketergantungan terhadap bantuan orang lain dalam kebutuhan sehari-harinya (Darmawati et al., 2023, 25).

Gangguan penglihatan dapat terjadi sejak lahir (*congenital or herediter*), saat dewasa (*advential*), atau akibat penyakit. Selain itu, gangguan dapat memburuk (progresif) atau bersifat tetap (non-progresif). Keterbatasan anak dengan tunanetra mengakibatkan kendala dalam pengalaman, interaksi sosial, dan mobilitas (Nur et al., 2019, 603).

Anak tunanetra dapat memanfaatkan indra peraba untuk mengidentifikasi huruf *braille*, sistem tulisan sentuh yang membantu tunanetra dalam membaca, menulis, dan menghitung. Aspek penting lainnya bagi tunanetra adalah aksesibilitas, seperti

area jalan dengan bidang timbul untuk memudahkan mobilitas secara mandiri (Nisa et al., 2018, 36).

b. Anak Tunarungu

Anak tunarungu memiliki hambatan pada pendengaran yang mengakibatkan gangguan dalam berbahasa dan berbicara. Menurut Kementerian Sosial Republik Indonesia, tunarungu adalah kondisi ketika seseorang kehilangan daya pendengaran sehingga mengalami kesulitan dalam berkomunikasi secara verbal.

Gangguan ini dapat bersifat konduktif, sensorineural, atau campuran, dan dapat terjadi sejak lahir (*prelingual*) maupun setelah kemampuan berbicara terbentuk (*postlingual*). Menurut World Health Organization (WHO), Tunarungu memiliki spektrum yang luas berdasarkan tingkat keparahan:

- Ringan (26–40 dB): Masih dapat mendengar, tetapi sulit menangkap suara lemah atau dari kejauhan.
- Sedang (41–55 dB): Sulit memahami percakapan normal tanpa alat bantu.
- Sedang Berat (56–70 dB): Hanya menangkap suara keras.
- Berat (71–90 dB): Hanya mengenali suara sangat keras atau getaran.
- Sangat Berat (>90 dB): Tidak dapat mendengar, hanya merasakan getaran suara.

Terdapat karakteristik anak tunarungu yang terbagi menjadi empat aspek, yaitu fisik, bahasa, intelektual, dan sosial-emosional.

- Keseimbangan tubuh kurang baik, sehingga cara berjalan cenderung kaku dan sedikit membungkuk.
- Pernapasan pendek dan tidak teratur, terutama saat berbicara karena tidak terbiasa mengontrol suara.

- Cara melihat cenderung intens dan penuh rasa ingin tahu, karena mengandalkan penglihatan sebagai indra utama dalam berinteraksi.
- Kosakata terbatas dan sulit memahami ungkapan atau bahasa kiasan.
- Struktur kalimat tidak tertata rapi, akibat keterbatasan dalam mendengar dan berbicara.
- Kemampuan intelektual normal, tetapi perkembangan bisa lambat karena hambatan dalam komunikasi.
- Perkembangan akademik pun cenderung tertunda, terutama karena keterbatasan bahasa yang menghambat pemahaman materi.
- Cenderung curiga dan berprasangka, karena kesulitan memahami pembicaraan orang lain.
- Sering bersikap agresif, sebagai bentuk frustrasi karena hambatan komunikasi dan perasaan tidak dimengerti.

c. Anak Tunagrahita

Anak memiliki keterbatasan intelektual yang ditandai dengan kemampuan kognitif yang lebih rendah dari anak seusianya. Hal ini dapat menghambat kemampuan anak dalam belajar, berinteraksi sosial, dan berkomunikasi. Terdapat tiga jenis disabilitas intelektual, yaitu ringan, sedang, dan berat. Anak memerlukan bantuan orang lain dalam hal sederhana dan tidak dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan. Speech delay dapat terjadi pada anak dengan disabilitas intelektual, sehingga memerlukan bimbingan khusus untuk membantu anak dalam kesehariannya. Berdasarkan tingkat keparahan, tunagrahita dibagi menjadi:

- Ringan (IQ 50–70): Mampu belajar keterampilan dasar akademik dan sosial, serta dapat hidup semi-mandiri dengan dukungan.
- Sedang (IQ 35–49): Memerlukan pelatihan khusus untuk keterampilan dasar dan dukungan dalam kehidupan sehari-hari.
- Berat (IQ 20–34) dan sangat berat (<20): Sangat bergantung pada bantuan orang lain untuk aktivitas dasar.

Kemampuan berbahasa anak tunagrahita berkembang lebih lambat, baik dari segi jumlah kosakata maupun kemampuan menyusun kalimat. Dalam berinteraksi sosial, anak sering kali menunjukkan respons emosional yang belum matang, serta kesulitan memahami norma-norma sosial di sekitarnya. Selain itu, dalam aspek perilaku adaptif, anak tunagrahita memerlukan dukungan untuk menjalani aktivitas sehari-hari secara mandiri, mulai dari perawatan diri hingga keterampilan dasar lainnya, yang penting untuk menunjang kemandirian anak dalam jangka panjang (Nisa et al., 2018, 37).

d. Anak Tunadaksa

Tunadaksa adalah gangguan gerak yang diakibatkan kelainan bentuk, anggota tubuh yang tidak lengkap, dan kelumpuhan. Hal ini memengaruhi kemampuan gerak anak, sehingga memerlukan alat bantu, seperti kursi roda. Lingkungan yang mendukung mobilitas dan aksesibilitas dapat dimodifikasi atau disesuaikan dengan kebutuhan anak.

Secara umum, kecerdasan anak tunadaksa berada dalam rentang normal, namun keterbatasan fisik dapat berdampak pada perkembangan sosial dan emosional anak. Hambatan dalam bergerak atau beraktivitas sering menimbulkan perasaan rendah diri, frustrasi, atau ketergantungan terhadap orang lain.

Dalam konteks pembelajaran maupun terapi, pendekatan yang diterapkan harus mempertimbangkan kondisi fisik anak serta potensi psikososialnya. Penyesuaian fasilitas seperti penggunaan alat bantu, jalur sirkulasi yang mudah diakses kursi roda, hingga penataan ruang yang ergonomis menjadi penting untuk mendukung perkembangan dan meningkatkan kualitas hidup anak tunadaksa (Nisa et al., 2018, 37).

e. Anak Tunalaras

Anak dengan disabilitas sosial memiliki masalah pada pengendalian emosi dan berperilaku menyimpang. Terdapat beberapa ciri anak tunalaras, seperti mudah marah, melakukan tindakan agresif, suka berbohong, melanggar norma, sulit menjalin hubungan, dan merasa tidak bahagia. Dukungan psikologis dan pendidikan yang berfokus pada pengembangan sosial dan pengelolaan emosi dapat membantu anak dengan disabilitas sosial. Menurut Departemen Pendidikan Nasional (2007), anak tunalaras adalah anak yang mengalami hambatan dalam pengendalian emosi dan perilaku sosial, tetapi tidak mengalami gangguan secara intelektual.

f. Anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) atau *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD)

Anak dengan ADHD mengalami gangguan perkembangan, sehingga sulit mengendalikan diri, sulit fokus, hiperaktif, dan impulsif. Anak dapat terhambat dalam lingkungan belajar yang terstruktur dan memerlukan lingkungan belajar yang lebih fleksibel.

Menurut DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), ADHD dibagi ke dalam tiga tipe:

- Predominan Inatentif: Kesulitan fokus, pelupa, tidak memperhatikan detail.
- Predominan Hiperaktif-Impulsif: Sering gelisah, bicara berlebihan, sulit menunggu giliran.
- Gabungan (*Combined Type*): Menggabungkan gejala dari kedua kategori di atas.

Karakteristik anak dengan ADHD:

- Sering gagal memperhatikan detail atau membuat kesalahan ceroboh.
- Kesulitan mempertahankan perhatian dalam aktivitas atau tugas tertentu.
- Tampak tidak mendengarkan saat diajak berbicara langsung.
- Sering kehilangan barang yang dibutuhkan untuk tugas.
- Mudah teralihkan oleh rangsangan eksternal.
- Tidak bisa diam atau duduk tenang dalam jangka waktu lama.
- Sering memanjat, berlari, atau bergerak berlebihan, bahkan dalam situasi yang tidak sesuai.
- Banyak berbicara atau menyela pembicaraan orang lain.
- Sulit menunggu giliran.
- Sering mengganggu aktivitas orang lain tanpa disadari (Arriani et al., 2022, 19).

g. Anak dengan Gangguan Spektrum Autisme atau *Autism Spectrum Disorders* (ASD)

Gangguan spektrum autisme memengaruhi kemampuan komunikasi, sosial, dan perilaku anak. Gangguan ini membuat anak hidup dalam dunianya sendiri. Anak dapat mengalami kesulitan dalam komunikasi dua arah, lebih nyaman bermain

sendiri, lekat dengan benda tertentu, mudah mengamuk, tidak ada rasa empati, hingga berperilaku repetitif.

Karakteristik anak dengan autisme meliputi:

- Kesulitan membangun hubungan timbal balik (*reciprocal social interaction*).
- Minim atau tidak adanya kontak mata, ekspresi wajah, atau bahasa tubuh yang sesuai.
- Kesulitan dalam memahami isyarat sosial, seperti ekspresi emosi orang lain.
- Bahasa verbal dan non-verbal berkembang lambat atau tidak berkembang.
- Melakukan gerakan berulang (flapping, berputar, berayun).
- Ketertarikan kuat terhadap objek tertentu.
- Ketidaknyamanan terhadap perubahan rutinitas.
- Respons tidak biasa terhadap rangsangan sensorik (bisa sangat sensitif atau tidak sensitif terhadap suara, cahaya, sentuhan).
- Beberapa anak ASD memiliki IQ tinggi (terutama yang termasuk *high-functioning autism/Asperger*), namun sebagian lainnya mengalami keterlambatan kognitif.

Anak dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD) menghadapi berbagai tantangan yang berdampak pada kehidupan sehari-hari anak. Salah satu dampak utama adalah kesulitan dalam bersosialisasi, di mana anak sering mengalami hambatan saat bermain dengan teman sebaya atau memahami aturan sosial yang umum. Selain itu, anak juga memiliki keterbatasan dalam hal komunikasi, baik secara verbal maupun non-verbal, yang sering menghambat proses interaksi dengan lingkungan sekitar. Dalam bidang akademik, anak dengan ASD memerlukan pendekatan pembelajaran yang sesuai, karena tanpa strategi yang tepat, anak akan mengalami kesulitan dalam mengikuti proses belajar. Di sisi

lain, kemandirian juga menjadi tantangan tersendiri karena sebagian besar anak ASD membutuhkan waktu, pelatihan, dan pendampingan khusus untuk dapat mengembangkan keterampilan sehari-hari secara optimal (Arriani et al., 2022, 17).

h. Anak Tunaganda

Anak tunaganda adalah anak yang mengalami lebih dari satu jenis ketunaan secara bersamaan, seperti kombinasi antara tunarungu dengan tunagrahita, atau tunadaksa dengan autisme. Kondisi ini membuat kebutuhan pendidikan, terapi, dan perawatan menjadi lebih kompleks dibandingkan anak dengan satu jenis ketunaan saja (Arriani et al., 2022, 21).

i. Anak Lamban Belajar (*Slow Learner*)

Slow learner adalah anak yang lamban belajar, potensi intelektual di bawah rata-rata, namun belum termasuk gangguan mental. Daya tangkap terhadap pelajaran lambat dan membutuhkan waktu lama dalam menyelesaikan tugas. Anak memerlukan waktu tambahan dan metode pengajaran yang berbeda untuk memahami materi pelajaran (Arriani et al., 2022, 15).

j. Anak dengan Kesulitan Belajar Khusus (*Specific Learning Disabilities*)

Anak dengan kesulitan belajar khusus memiliki kecerdasan normal, namun mengalami kesulitan dalam keterampilan tertentu, seperti membaca, menulis, atau berhitung. Tiga jenis anak dengan kesulitan belajar khusus, yaitu disleksia, disgrafia, dan diskalkulia.

- Disleksia: Anak lambat dan sering salah dalam membaca, serta kesulitan memahami isi bacaan. Anak disleksia sulit membedakan huruf dan angka yang memiliki bentuk hampir sama.

- Disgrafia: Anak mengalami kesulitan dalam menulis, cenderung lambat dan salah menulis huruf dan angka yang memiliki bentuk hampir sama. Tulisan tangan anak dengan disgrafia sulit dibaca dan anak sulit menulis lurus pada kertas tanpa garis.
- Diskalkulia: Anak yang kesulitan belajar berhitung mengalami kesulitan dalam membedakan tanda-tanda dalam matematika. Bangun geometri sulit dibedakan dan konsep dasar matematika sulit diproses (Rahmawati et al., 2024, 21).

k. Anak dengan Gangguan Komunikasi

Anak memiliki gangguan dalam perkembangan bahasa wicara, suara, irama, dan kelancaran dari usia rata-rata. Hal ini dapat diakibatkan faktor fisik, psikologis, dan lingkungan. Perbendaharaan kosa kata minim dan sulit menyusun kalimat sederhana. Terkadang anak hanya menyebutkan suku kata akhir, sehingga sulit dimengerti saat berbicara. Anak dapat memiliki kelainan organ wicara, seperti celah pada bibir atau sumbing, dan kelainan bentuk lidah.

l. Anak dengan Potensi Kecerdasan dan/atau Bakat Istimewa

Anak dengan potensi kecerdasan istimewa memiliki skor intelegensi yang tinggi atau di atas rata-rata. Anak tidak selalu mengalami kesulitan perkembangan, tetapi anak dapat memiliki sensory overexcitability, yang berarti anak peka berlebih terhadap cahaya, suara, dan tekstur. Selain itu, anak sering mengalami overstimulation dan dapat mengalami tantangan sosial-emosional, sehingga membutuhkan area tenang dan refleksi. Area diskusi dan eksplorasi dapat membantu anak untuk eksplorasi dan

berkolaborasi, hal ini dapat membantu mencapai potensi maksimal anak (Arriani et al., 2022, 16).

2.1.3 Peran Komunitas bagi Anak dengan Disabilitas

Penyandang disabilitas sensorik dan intelektual umumnya dihadapi dengan tantangan dalam partisipasi sosial. Dalam jurnal berjudul *Spaces of Social Inclusion and Belonging for People with Intellectual Disabilities*, peneliti menunjukkan bahwa ruang dalam komunitas yang bersifat terbuka dapat berfungsi secara sosial dalam memberikan rasa aman dan keterikatan bagi penyandang disabilitas (Hall, 2010, 50).

Intervensi berupa kegiatan dan keterlibatan aktif dalam komunitas meningkatkan kualitas individu secara sosial. Individu dengan disabilitas sensorik dan intelektual memiliki hak untuk berpartisipasi dalam komunitas sebagai aspek dari hidup yang mandiri (Esteban et al., 2021, 15). Studi yang telah dilakukan menunjukkan bahwa ruang komunitas perlu menciptakan *sense of belonging* dan mendukung interaksi sosial yang aktif. Fasilitas berupa ruang komunitas menjadi ruang yang menunjang perkembangan sosial, sensorik, kognitif, dan emosi anak.

2.1.4 Terapi untuk Disabilitas Sensorik

Ruang terapi adalah fasilitas yang dirancang khusus untuk mendukung perkembangan anak, khususnya anak berkebutuhan khusus (ABK) yang berfokus pada disabilitas sensorik dan intelektual. Tujuan utama dari layanan ini adalah membantu anak mencapai potensi optimalnya dalam aspek motorik, sensorik, komunikasi, emosi, dan sosial. Layanan terapi berperan sebagai tempat intervensi dini, pemulihan, dan pendampingan bagi anak-anak yang mengalami keterlambatan perkembangan atau memiliki kebutuhan khusus. Fungsi lainnya meliputi:

A. Deteksi dini masalah tumbuh kembang anak.
B. Pemberian intervensi yang tepat dan personal.
C. Mendukung keluarga dalam memahami dan menangani kondisi anak.
D. Memberikan edukasi dan pelatihan kepada orang tua dan caregiver.

Setiap layanan dirancang sesuai kebutuhan individual anak, dengan tujuan membantu anak mencapai kemandirian dan meningkatkan kualitas hidup. Selain itu,

layanan terapi juga menyediakan program pendampingan bagi orang tua dan sesi konsultasi rutin untuk mengevaluasi perkembangan anak secara berkala. Jenis layanan terapi yang umum diberikan:

A. Terapi Okupasi (*Occupational Therapy*)

   Membantu anak mengembangkan keterampilan motorik halus, koordinasi tangan dan mata, kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, serta kemampuan sensori dan regulasi diri (Asya et al., 2020, 276).

B. Terapi Wicara (*Speech and Language Therapy*)

   Bertujuan meningkatkan kemampuan komunikasi anak, baik dalam aspek ekspresif maupun reseptif. Termasuk pelatihan artikulasi, pemahaman bahasa, dan penggunaan alat bantu komunikasi jika diperlukan.

C. Terapi Perilaku (Behavioral Therapy/ABA)

   Diterapkan untuk anak dengan gangguan perilaku atau spektrum autisme. Fokus pada penguatan perilaku positif, mengurangi perilaku yang mengganggu, dan membentuk keterampilan sosial melalui pendekatan terstruktur.

D. Terapi Fisik (*Physical Therapy/Fisioterapi*)

   Berfokus pada pengembangan kekuatan otot, keseimbangan, dan koordinasi motorik kasar. Cocok untuk anak dengan gangguan neuromuskular, tunadaksa, atau keterlambatan motorik.

E. Terapi Sensori Integrasi

   Ditujukan untuk anak yang mengalami gangguan pemrosesan sensori. Membantu anak merespons stimulus dari lingkungan secara adaptif dengan menggunakan alat bantu sensori yang terstruktur (Asya et al., 2020, 275).

F. Terapi Psikologi/Emosi

   Fokus pada regulasi emosi, penanganan trauma, peningkatan kepercayaan diri, dan penguatan keterampilan sosial dan adaptasi melalui sesi konseling dan bermain terapi.

2.2. Tinjauan Khusus

2.2.1 Standar dan Regulasi Fasilitas untuk Disabilitas

Berdasarkan Peraturan Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Republik Indonesia Nomor 14/PRT/M/2017 dalam Pasal 15, individu dengan gangguan penglihatan memerlukan jalur pemandu. Jalur pemandu dirancang sebagai sarana penghubung dan perlu memperhatikan:

A. Konektivitas antarruang/bangunan
B. Aman, nyaman, dan mudah digunakan
C. Terdapat di koridor, jalur pejalan kaki, dan ruang terbuka

Selain penghubung secara horizontal, pada Pasal 17 ditekankan bahwa terdapat sarana yang perlu dipenuhi sebagai penghubung secara vertikal, yaitu:

A. Tangga
B. Ram
C. Lift
D. Lift tangga
E. Eskalator
F. Lantai berjalan

2.2.2 Prinsip Multisensori dalam Desain Interior

Metode multisensori dalam desain ruang adalah pendekatan yang mempertimbangkan pengalaman dari berbagai indra, seperti penglihatan, pendengaran, penciuman. Pendekatan ini relevan dalam mendesain ruang, karena anak dengan disabilitas cenderung memiliki sensitivitas indra atau kesulitan dalam memproses berbagai jenis stimulus. Menurut Casey (2007), ruang multisensori mendukung kegiatan kognitif, relaksasi, perkembangan motorik, dan interaksi sosial. Pendekatan multisensori meliputi pencahayaan yang dapat disesuaikan, penggunaan warna dan aroma yang menenangkan, serta kebisingan yang terkendali.

Bentuk penerapan prinsip multisensori dalam terapi adalah ruang *snoezelen*. Kata *snoezelen* berasal dari bahasa belanda, yaitu *snoeffelen* (*to sniff)* yang berarti mencium bau dan *dozelen* (*to doze*) yang berarti nyaman (Hulsegge, 1979, sebagaimana dikutip dalam Pradana, 2013, 4). Stimulasi dalam ruang *snoezelen* terdiri dari:

A. Penglihatan

Stimulasi penglihatan mengandalkan terang-gelap, bentuk, sudut, warna, dan bayangan. Pencahayaan dan visual dikombinasikan untuk membantu terciptanya efek *warm* dan *cool*. Terdapat 2 jenis warna, yaitu:

a. *Warm color*, meliputi warna merah, jingga, dan kuning.
b. *Cool color*, meliputi warna hijau, biru, dan warna lembut.

Setiap warna memiliki dampak yang berbeda, antara lain:

a. Warna biru menurunkan detak jantung dan frekuensi pernafasan hingga 20 persen.
b. Warna hijau membawa perasaan damai dan sejuk, sehingga mampu mengurangi hormon stres dalam darah, serta dapat menurunkan tensi otot.
c. Warna merah meningkatkan aktivitas otak dan memberikan efek hangat.
d. Warna jingga memiliki dampak yang sama dengan warna merah, namun lebih ringan. Selain itu, warna jingga dapat mengurangi efek depresi.
e. Warna kuning memiliki dampak yang sama dengan warna merah dan jingga, namun lebih ringan. Warna kuning digunakan untuk meningkatkan konsentrasi.

B. Pendengaran

Musik yang memperhatikan *pitch*, *tone*, *rhythm*, dan *silence* penting untuk relaksasi. Musik yang tepat digunakan untuk setiap anak bervariasi tergantung pada kebutuhan stimulus. Stimulus pendengaran terdiri dari dua jenis, yaitu:

a. *Soft music*: memberikan rasa aman, nyaman, dan relaksasi.
b. *Cheerful music*: membangun suasana riang dan dinamis (Pradana, 2013, 5).

C. Peraba

Permukaan yang berbeda merupakan bagian dari stimulus. Tekstur kasar, lembut, basah, kering, hangat, dan dingin diperlukan. Selain itu, sentuhan dari terapis juga berpengaruh pada anak.

D. Penciuman

Bau mampu tersimpan sebagai memori yang sangat kuat. Beberapa stimulus yang digunakan adalah:

a. Mawar yang dapat mengurangi rasa takut dan meningkatkan perasaan positif.
b. *Patchouli* dapat membantu anak mengontrol diri lebih mudah.
c. Kamelia memberikan efek ketenangan.
d. Lavender mampu mempertahankan fokus dan memberikan ketenangan.
e. Melati mencegah perubahan lonjakan sensitivitas.
f. Kemangi dapat membantu dalam kepercayaan diri (Pradana, 2013, 6).

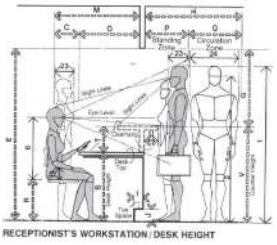
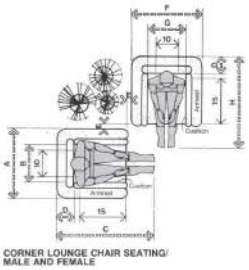
2.2.3 Aspek Interior dalam Fasilitas Komunitas dan Terapi bagi Anak Disabilitas

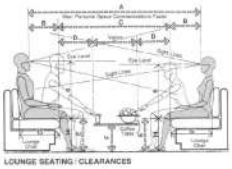
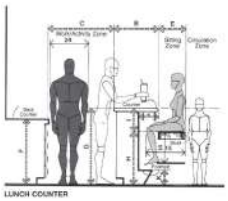
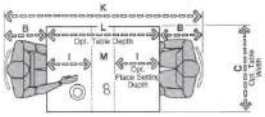
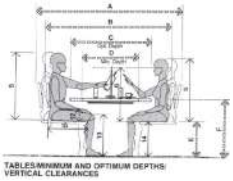
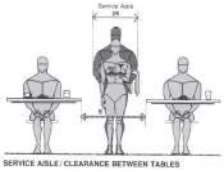
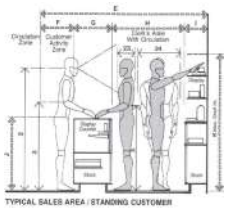
A. Ergonomi

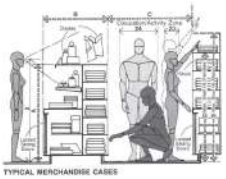
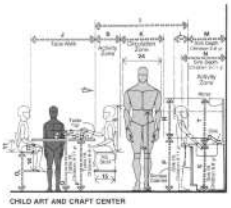
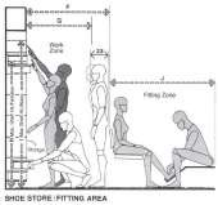
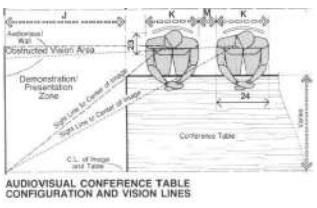
Ergonomi merupakan ilmu yang memperhatikan interaksi manusia dengan lingkungan pada sebuah sistem untuk digunakan dalam perancangan yang optimal, sehingga tercipta kondisi lingkungan yang aman, nyaman, dan efektif (IEA, 2002). Ergonomi bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang fungsional bagi pengguna dengan berfokus pada kenyamanan, keamanan, dan efisiensi. Aspek ergonomi penting dalam perancangan ruang yang ditujukan untuk anak dengan disabilitas dan kebutuhan khusus. Menurut Lueder & Rice (2008), perancangan untuk anak-anak tidak dapat disamakan dengan orang dewasa. Oleh karena itu, furnitur dan fasilitas terapi harus disesuaikan dengan ukuran tubuh anak.

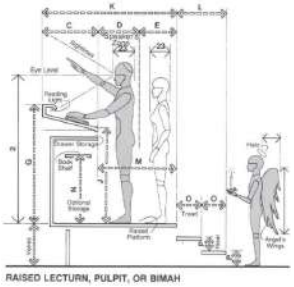
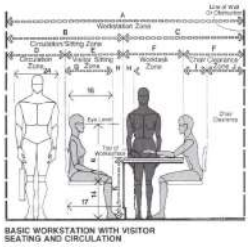
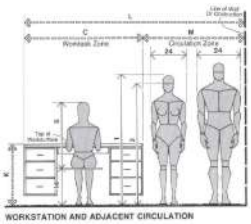
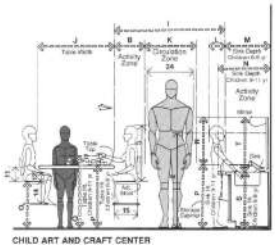
Selain itu, ruang terapi perlu dirancang dengan aman tanpa membatasi mobilitas anak. Penelitian oleh Ward & Whittingham (2018) dalam jurnal berjudul The Design of Spaces for Children with Autism, ruang terapi yang ergonomis dapat menunjang konsentrasi, mengurangi kecemasan, dan melibatkan partisipasi aktif anak.

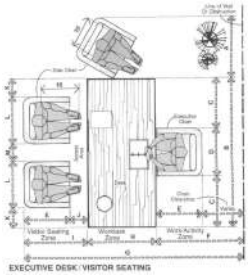
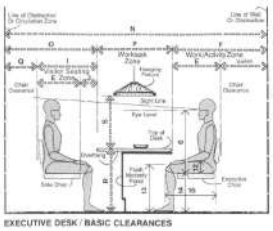
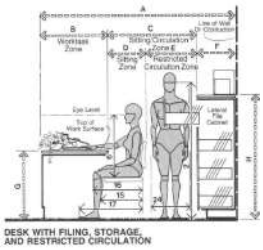
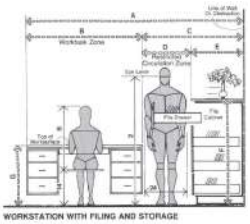
Merujuk pada data antropometri manusia dalam buku *Human Dimensions and Interior Space*, desain furnitur idealnya mempertimbangkan perbedaan ukuran tubuh manusia berdasarkan aktivitas serta posisi tubuh yang beragam (Panero, 1979).

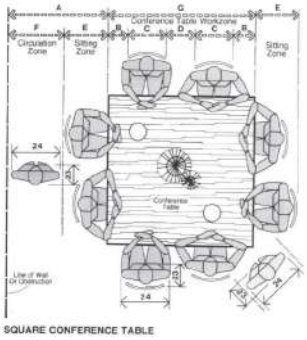
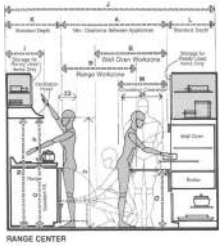
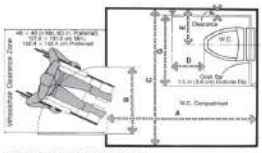
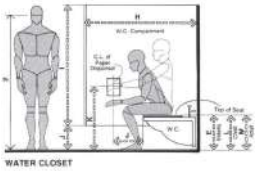
Kategori Area	**Antropometri**	**Dimensi Ergonomi**
Sosial & Komunikasi	 RECEPTIONIST'S WORKSTATION / DESK HEIGHT (p. 189)	→ *Lobby* Tinggi meja resepsionis: ● 99.1 - 106.7 cm Tinggi kursi resepsionis: ● 38.1 - 45.7 cm Zona berdiri dan sirkulasi di depan meja resepsionis: ● 137.2 cm
	 CORNER LOUNGE CHAIR SEATING/ MALE AND FEMALE (p. 135)	→ *Lounge* Lebar *lounge chair*: ● 86.4 - 101.6 cm Kedalaman *lounge chair*: ● 106.7 - 121.9 cm Tinggi *lounge chair*: ● 35.6 - 43.2 cm Tinggi *coffee table*: ● 30.5 - 40.6 cm

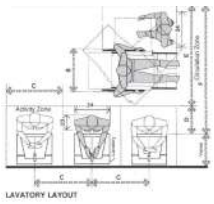
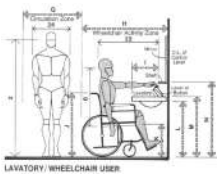
	 (p. 136)	Jarak *lounge chair* ke *coffee table*: ● 40.6 - 45.7 cm
	 (p. 220)  (p. 224)  (p. 225)  (p. 227)	→ *Cafe* Panjang meja makan: ● 76.2 cm Kedalaman meja makan: ● 101.6 cm Tinggi meja makan: ● 73.7 - 76.2 cm Tinggi kursi makan: ● 40.6 - 43.2 cm Jarak antar meja: ● 91.4 cm Kedalaman *bar counter*: ● 45.7 - 61 cm Tinggi *bar counter*: ● 106.7 cm Tinggi back counter: ● 88.9 - 91.4 cm Zona kerja *bar*: ● 91.4 cm
	 (p. 201)	→ Store Kedalaman display 2 sisi: ● 76.2 - 91.4 cm Tinggi *shelf display*: ● 121.9 - 182.9 cm

	 (p. 202)	Tinggi *display counter*: ● 88.9 - 96.5 cm Kedalaman *shelf display*: ● 45.7 - 55.9 cm Kedalaman *display counter*: ● 45.7 - 61 cm Sirkulasi antar *display*: ● 129.5 cm
Edukasi & Aktivitas	 (p. 262)	→ Activity Room Tinggi meja aktivitas: ● 73.7 cm Kedalaman meja aktivitas: ● 91.4 cm Sirkulasi tenaga pengajar: ● 76.2 cm
	 (p. 203)	→ Reading Corner Tinggi book shelf: ● 172.7 cm Jarak antar book shelf: ● 167.6 cm Sirkulasi sirkulasi: ● 76.2 cm
	 (p. 194)	→ Multipurpose Hall Jarak pembicara-pendengar: ● 182.9 cm Jarak antar kursi: ● 30.5 - 40.6 cm Tinggi anak tangga: ● 15.2 - 17.8 cm

	 RAISED LECTURN, PULPIT, OR BIMAH (p. 297)	Tinggi podium: ● 114.3 - 127 cm Kedalaman podium: ● 61 - 106.7 cm Zona sirkulasi pembicara: ● 91.4 - 121.9 cm (kedalaman) ● 121.9 - 167.6 cm (lebar)
Konsultasi & Terapi	 BASIC WORKSTATION WITH VISITOR SEATING AND CIRCULATION  WORKSTATION AND ADJACENT CIRCULATION (p. 179)	→ Ruang Konsultasi & Asesmen Tinggi meja konsultasi: ● 73.7 - 76.2 cm Kedalaman meja: ● 76.2 - 91.4 cm Sirkulasi duduk psikolog: ● 76.2 - 91.4 cm Sirkulasi duduk pendamping anak: ● 76.2 - 106.7 cm Lebar meja konsultasi: ● 152.4 - 182.9 cm
	 CHILD ART AND CRAFT CENTER (p. 262)	→ Ruang Terapi Individual Tinggi meja: ● 73.7 cm Kedalaman meja: ● 91.4 cm Sirkulasi terapis: ● 76.2 cm

Manajemen & Pendukung	  (p. 172)	→ Management Office (Private) Lebar meja kerja: ● 167.6 - 213.4 Kedalaman meja kerja: ● 76.2 - 114.3 Tinggi meja kerja: ● 73.7 - 76.2 Lebar kursi kerja: ● 61 - 71.7 Lebar kursi tamu: ● 50.8 - 66 Kedalaman kursi: ● 58.4 - 73.7
	 (p. 182)  (p. 183)	→ Management Office (General) Lebar meja kerja: ● 152.4 - 182.9 Kedalaman meja kerja: ● 76.2 - 91.4 Tinggi meja kerja: ● 73.7 - 76.2 Sirkulasi duduk: ● 121.9 - 137.2 Kedalaman kabinet: ● 45.7 - 55.9 Tinggi kabinet: ● 137.2 - 147.3

	 SQUARE CONFERENCE TABLE (p. 193)	→ Meeting Room Lebar meja rapat: ● 137.2 - 152.4 cm Lebar kursi rapat: ● 50.8 - 61 cm Jarak antar kursi rapat: ● 15.2 - 25.4 cm Zona duduk: ● 45.7 - 61 cm Zona sirkulasi: ● 76.2 - 91.4 cm
	 RANGE CENTER  RANGE CENTER (p. 162)	→ Office Kitchen Lebar zona kompor: ● 49.5 - 116.8 cm Sirkulasi zona kerja: ● 101.6 cm Kedalaman counter: ● 61 - 69.9 cm Tinggi counter: ● 88.9 - 92.1 cm
	 WATER CLOSET COMPARTMENT/ SIDE APPROACH TRANSFER  WATER CLOSET	→ Toilet Lebar area wastafel: ● 81.3 cm Kedalaman wastafel: ● 45.7 cm Kedalaman sirkulasi wastafel: ● 121.9 cm

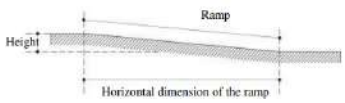
	(p. 277)   (p. 278)	Zona sirkulasi: ● 137.2 cm Kedalaman bilik toilet: ● 182.9 cm Lebar bilik toilet: ● 167.6 cm Pintu toilet: ● 81.3 cm Sirkulasi depan pintu: ● 152.4 cm Tinggi WC: ● 45.7 cm (lansia) ● 25.4 cm (anak-anak) ● 35.6 - 38.1 cm (dewasa)

Tabel 2.1 Studi Antropometri

Sumber: (Panero, 1979)

a. Furniture

Berdasarkan penelitian dengan judul *Architectural Role to Achieve Inclusion for Children with Disabilities in Nurseries*, terdapat pengukuran pada fasilitas dan furniture (Abdou & Ghanam, 2020, pp. 3-7).

Area	Fasilitas	Ukuran
Area Masuk & Koridor	*Ramp*	Tingkat kemiringan berkisar antara 1:16 hingga 1:20. 

	Handrail	*Handrail* berada di ketinggian 50-60 cm. *Handrail* tidak boleh menyentuh angka 22.86 cm agar mengurangi risiko tersandung.
	Koridor	Lebar lorong minimum adalah 180 cm.
Ruang Kelas	Meja kerja	Tinggi meja untuk anak 4 tahun dengan kursi roda adalah 67 cm, sedangkan anak tanpa kursi roda 50-52 cm. Tinggi meja untuk anak 8 tahun dengan kursi roda adalah 70 cm, sedangkan anak tanpa kursi roda 66 cm.
	Meja bermain	Untuk anak usia 3-4 tahun, tinggi minimum meja adalah 51 cm dan maksimum adalah 91.5 cm. Untuk anak usia 5-8 tahun, tinggi minimum adalah 45.5 cm dan maksimum adalah 101.5 cm.
Kamar mandi	*Sink*	Tinggi wastafel berkisar pada 60.8-60.96 cm. Kedalaman keran tidak lebih dari 35.56 cm.
	Toilet	Tinggi toilet untuk anak usia 3-4 tahun adalah 30.48 cm, sedangkan untuk anak usia 5-8 tahun adalah 30.48-38.1 cm. Toilet harus dilengkapi *handrail*.

Tabel 2.2 Standar Ukuran Fasilitas dan Furniture untuk Anak Disabilitas

Sumber: (Abdou & Ghanam, 2020)

b. Material

- Lantai

  Perbedaan tekstur dan material pada lantai dapat membantu anak dengan gangguan penglihatan untuk membedakan area. Selain itu, perbedaan bentuk dan warna juga membantu anak dengan disabilitas lain dalam orientasi ruang. Material yang digunakan pada lantai perlu menggunakan *finishing anti-slip* dalam keadaan kering atau basah. Penggunaan karpet tidak direkomendasikan karena tidak higienis dan memerlukan perawatan ekstra.

  Panduan taktil pada lantai bagi anak dengan gangguan penglihatan diperlukan. Huruf braille perlu dipasang di *handrail* dan area masuk dari tiap ruang.

- Dinding

  Material pada dinding perlu mendukung untuk pemasangan handrail yang kuat. Sudut dinding tidak memiliki sudut tajam untuk keamanan. Dinding perlu menggunakan material yang tahan benturan dan goresan untuk melindungi anak dari melukai diri sendiri.

- Furniture

  Material yang digunakan pada furniture perlu mempertimbangkan aspek keamanan. Material tidak mudah dirusak dengan tangan, tidak memiliki sudut tajam, tidak mudah kotor, dan tahan terhadap api (Abdou & Ghanam, 2020, pp. 9-10).

B. Warna

Aspek warna berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung suasana nyaman dan berdampak secara psikologis. Anak dengan autisme mendapatkan pengaruh secara fisik dan psikologis terhadap warna. Pemilihan palet warna dirancang lembut dan

menenangkan untuk menghindari overstimulasi (Barbazi & Wang, 2023, 110).

C. Pencahayaan

Terdapat dua jenis pencahayaan, yaitu pencahayaan alami dan buatan. Pencahayaan alami berasal dari alam, seperti sinar matahari. Pencahayaan buatan adalah penerangan yang berasal dari sumber buatan, seperti lampu, lilin, dan obor. Setiap anak memiliki kebutuhan berbeda, sehingga pencahayaan pada ruang perlu mempertimbangkan kebutuhan anak. Pencahayaan yang baik bagi anak yang sensitif berlebih dapat menggunakan *indirect lighting*, pemasangan gordyn, dan cahaya lampu yang dapat disesuaikan (Indina, 2014, 29).

D. Penghawaan

Kebutuhan penghawaan memerlukan dua jenis, yaitu penghawaan alami dan penghawaan buatan. Ventilasi alami dapat didapatkan melalui bukaan jendela. Ventilasi buatan, seperti AC perlu memiliki alat pengatur berupa dimmer agar anak dapat merasa nyaman sesuai suhu yang menenangkan. Penghawaan alami maupun buatan dapat dikombinasikan dan digunakan sesuai dengan kebutuhan (Son & Jang, 2021, 13).

E. Kebisingan

Kebisingan dapat bersumber dari lalu lintas jalan, sistem ventilasi, dan suara dari lingkungan sekitar. Berdasarkan panduan BB93 oleh Department for Education, UK, batas kebisingan untuk ruang belajar anak berkebutuhan khusus adalah 35 dB(A), sedangkan untuk ruang terapi adalah 30 dB(A).

Solusi yang dapat diterapkan untuk mengatasi kebisingan adalah dengan menggunakan material penyerap suara pada dinding, lantai, atau plafon. Untuk meredam suara, *white noise* dapat digunakan untuk membantu fokus dan relaksasi. Selain itu, zonasi ruang dapat dirancang dengan mempertimbangkan area dengan kebisingan tinggi dan rendah.

F. Sistem Keamanan

Keamanan adalah prioritas, karena tidak hanya menyangkut keselamatan fisik, tetapi juga rasa aman secara psikologis. Terdapat beberapa aspek pada sistem keamanan interior, berupa:

a. Navigasi

Jalur sirkulasi yang jelas dan bebas hambatan, disertai dengan fasilitas ubin taktil membantu dalam orientasi dan mobilitas bagi anak disabilitas.

b. Pengawasan

- CCTV dipasang di setiap sudut ruangan, kecuali area dengan privasi tinggi.
- Sistem deteksi asap, *fire sprinkler*, dan alat pemadam kebakaran yang tersebar di berbagai area.

c. Evakuasi Darurat

Menurut Peraturan Menteri Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Republik Indonesia Nomor 14/PRT/M/2017 mengenai Sarana Evakuasi Pasal 24, sarana evakuasi meliputi akses eksit, eksit, eksit pelepasan, dan sarana pendukung evakuasi lainnya. Area eksit perlu memperhatikan kemudahan aksesibilitas bagi semua pengguna. Sarana pendukung evakuasi lain adalah rencana evakuasi, sistem peringatan bahaya, pencahayaan eksit, tempat berlindung, titik berkumpul, dan lift kebakaran.

BAB III
DATA DAN ANALISIS MASALAH

3.1 Data Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati fasilitas dan aktivitas yang berlangsung tanpa ikut terlibat, namun mencatat observasi dengan sistematis. Hasil analisis akan diolah untuk mengidentifikasi masalah, kebutuhan, dan potensi penerapan prinsip multisensori dan desain universal secara optimal bagi perancangan interior pusat komunitas dengan layanan terapi bagi anak dengan disabilitas sensorik.

3.1.1 SLB G Rawinala

A. Latar Belakang

Yayasan Rawinala yang didirikan pada tahun 1973 di Jakarta adalah lembaga sosial dan pendidikan yang berfokus pada pelayanan bagi anak-anak tunanetra dengan kelainan ganda atau *Multiple Disabilities with Visual Impairment* (MDVI). Rawinala dalam bahasa Jawa Kuno memiliki arti cahaya hati. Rawinala menyadari bahwa disabilitas adalah masalah universal, sehingga terdapat kebutuhan akan fasilitas khusus yang mampu menangani anak tunanetra dengan disabilitas ganda yang tidak dapat ditangani oleh sekolah umum maupun sekolah luar biasa pada umumnya.

Layanan yang disediakan berupa pendidikan khusus, asrama, pelatihan, hingga rehabilitasi. Seluruh layanan di Rawinala berada di tanah dengan luas 3.267 m2. Melalui observasi di Yayasan Rawinala, penulis memahami pendekatan yang diterapkan bagi anak-anak tunanetra dengan disabilitas ganda, serta bagaimana menciptakan lingkungan yang aman dan inklusif.

B. Manajemen

Rawinala dikelola oleh yayasan non-profit dengan struktur kepengurusan dari pembina, pengawas, pengurus utama, hingga divisi-divisi khusus. Sistem pendidikan dilaksanakan dengan kurikulum fungsional yang disesuaikan secara individual untuk mengembangkan keterampilan hidup dan kemandirian.

C. Logo

Gambar 3.5 Logo SLB G Rawinala

Sumber: Rawinala

Logo Rawinala berbentuk lingkaran yang melambangkan inklusivitas dan kesatuan. Warna utama pada logo adalah biru yang umumnya dikaitkan dengan dunia pendidikan dan pelayanan sosial. Secara psikologi, warna biru membawa ketenangan, keamanan, dan stabilitas (Mulyati, 2022, 7466). Segitiga sama sisi di tengah lingkaran melambngkan keseimbangan dan merepresentasikan aspek fisik, mental, dan spiritual. Terdapat teks di setiap sisi segitiga yang menegaskan fokus pada layanan pendidikan bagi penyandang tunanetra ganda. Hati di tengah segitiga menjadi simbol kasih sebagai dasar pelayanan. Hati yang bercahaya sesuai dengan arti dari Rawinala dalam bahasa Jawa Kuno, yaitu cahaya hati.

D. Visi & Misi

Rawinala memiliki visi untuk menjadi pusat unggulan dalam pelayanan bagi tunanetra ganda di Indonesia. Misi rawinala dalam pelayanan adalah dengan menyelenggarakan pendidikan, pengasuhan, dan pengembangan yang berkualitas bagi tunanetra ganda melalui profesionalitas lembaga dan sarana.

E. Fasilitas Eksisting

Fasilitas	Deskripsi	Foto
Lorong	Lebar lorong bervariasi di antara 120 hingga 180 cm. Sisi dinding dilengkapi dengan *hand railing* dengan tinggi 82cm.	

	Hand rail terbuat dari besi dan dilapisi dengan cat. *Guiding block* terdapat di beberapa area dan sebagian besar area belum memiliki *guiding block.* Tanda jalur evakuasi dipasang di beberapa area dinding, tanda berupa foto yang dilengkapi dengan huruf *braille*. Tanda ini digunakan sebagai panduan saat pelatihan bencana alam. Di sepanjang lorong terpasang beberapa area duduk berupa *bench*. *Bench* terbuat dari besi dan memiliki sudut tumpul. Ketinggian tempat duduk adalah 46cm. *Bench* dilapisi dengan cat dan terdapat bagian yang keropos.	    
Ruang Kelas	Di depan ruang kelas dilengkapi dengan alat musik yang berbeda, hal ini digunakan untuk membantu anak mengidentifikasi ruang. Transisi dari lorong ke ruang kelas ditambal, sehingga permukaan kurang rata. Anak dapat terkejut dan tersandung, terutama karena tidak ada *guiding block* menuju ruang kelas. Pada satu ruang kelas terdapat kurang atau lebih 5 siswa dari rentang kelas yang serupa. Ruang dibagi menjadi 4 area, yaitu individual, kelompok, sudut rumah	   

	tangga, dan kalender. Setiap furniture dipastikan memiliki sudut tumpul untuk meminimalisir potensi bahaya. Area kelompok digunakan untuk kegiatan berkelompok dengan teman sekelas. Area individu menjadi tempat proses pembelajaran yang telah disesuaikan dengan masing-masing anak berlangsung. Sudut rumah tangga memiliki beberapa fasilitas yang melatih anak lebih mandiri dalam penggunaan alat rumah tangga. Kalender mengacu pada loker dan tanggung jawab atas barang pribadi anak. Beberapa jendela kelas ditutup karena terdapat anak dengan disabilitas ganda yang mengakibatkan overstimulasi mudah terjadi, sehingga lalu lalang menjadi distraksi.	   
Aula	Aula merupakan salah satu fasilitas yang baru dibangun. *Guiding block* terdapat pada area luar dan dalam aula. Guiding block dipasang pada tangga naik untuk memastikan keamanan anak. Tidak ada ram pada kenaikan di aula.	 

Kolam Renang	2 pagar dipasang di area kolam renang untuk menjaga anak dari tindakan seperti menceburkan diri sendiri. Pagar pertama untuk anak dapat memasuki area pinggir kolam tanpa mengakses kolam, sedangkan pagar kedua untuk anak dapat masuk ke dalam kolam renang. Kamar mandi di area kolam renang dilengkapi dengan *hand railing*. *Bench* di tempat mandi juga disediakan.	   
Ruang Musik	Ruang musik lengkap dengan berbagai alat musik dan dirancang dengan peredam suara.	  
Training Center	Area ini kerap digunakan untuk pelatihan bagi masyarakat. Anak-anak menggunakan ruangan ini sesekali untuk beribadah. Ruangan ini dilengkapi dengan kursi dan panggung.	 

Wastafel	Wastafel dirancang untuk anak melatih kemandirian dengan mencuci piring sendiri setelah makan.	
Tempat Sampah	Tempat sampah yang digunakan berukuran cukup tinggi dengan tutup, hal ini memudahkan anak untuk meraba tutup dan membuang sampah sesuai pada tempatnya.	
Ayunan	Ayunan menjadi fasilitas penting dan kesukaan bagi anak-anak, dari SD hingga SMA. Fasilitas ini membantu dalam stimulasi sensorik dengan memberikan rasa keseimbangan bagi anak.	 
Trampoline	Fasilitas *trampoline* sedang rusak, namun tetap menjadi elemen penting. *Trampoline* merupakan salah satu kegiatan favorit anak dan baik untuk kinestetik. Area *trampoline* harus dilengkapi dengan railing.	

Playground	Taman bermain ini dirancang untuk digunakan oleh anak TK & SD. Terdapat berbagai jenis permainan. Terdapat perbedaan level lantai yang tidak dilengkapi dengan ram, sehingga beresiko membahayakan anak tanpa pengawasan. Selain itu, tidak ada guiding block, sehingga anak-anak tidak bebas bermain sendiri dan harus didampingi oleh guru.	  
Jalur Kursi Roda	Jalur kursi roda outdoor tersedia sepanjang jalan dari parkiran hingga dalam. Kondisi jalur rusak di beberapa sisi. Jalur ini dirancang dengan kenaikan dan timbul pada pinggir jalur, hal ini berguna sebagai panduan untuk anak tunanetra. Lebar jalur adalah 60cm. Jalur kursi roda untuk mengakses lantai 2 cukup terjal. Pengguna kursi roda harus didampingi untuk menuju ke lantai melalui jalur ini.	 

Dapur Asrama	Area dapur tidak ditutup pintu dan diberikan penanda yang unik, seperti spatula. Terdapat penanda dapur asrama yang tertulis dengan huruf *braille*. Dapur dirancang seperti dapur pada umumnya dan tidak ada perbedaan yang signifikan. Terdapat jendela untuk ventilasi alami selama memasak.	  
Ruang Makan Asrama	Penanda area ruang makan dilengkapi dengan nama ruang yang ditulis dalam huruf braille, serta piring sebagai elemen taktil untuk mengenal ruang. Meja makan juga ditandai dengan elemen taktil. Hal ini digunakan sebagai penanda bagi anak agar tau posisi meja yang telah ditetapkan untuk mereka. Kemudian anak akan mengambil kursi sendiri dan kembali ke meja makan. Lemari untuk gelas dan piring terbuka di sisi dinding. Kursi berjajar di sisi dinding. Anak dilatih untuk menyiapkan keperluan sendiri.	   
Kamar Mandi & Toilet	Setiap kamar mandi & toilet dirancang dengan hand railing. Pintu kamar mandi biasa adalah 70cm, namun juga terdapat bukaan untuk pengguna kursi roda dengan lebar 100cm.	

	Dinding kamar mandi dilengkapi dengan penanda berupa gayung dan huruf braille untuk membedakan perempuan atau laki-laki.	
Kotak P3K	Tersedia kotak P3K pada lorong masuk, namun tidak lengkap.	
Ruang Kinesio Terapi	Ruang terapi ini untuk terapi fisik yang mendukung fungsi otot, sendi, dan sirkulasi darah dengan menggunakan *kinesio tape.* Kondisi ruang saat ini belum tertata.	
Duduk	Kursi menggunakan busa dan plastik. Kursi ini sering dimainkan dan dirusak karena anak mengalami keterbatasan dan hambatan dalam stimulasi sensorik dari lingkungan. Anak dapat merasakan kesenjangan waktu dan ruang, sehingga anak mencari stimulasi sendiri agar tetap terhubung dengan dunia sekitar.	 

Tabel 3.2 Fasilitas Eksisting SLB G Rawinala

Sumber: Dokumen Pribadi

3.1.2 SLB B-C Kasih Bunda

A. Latar Belakang

SLB B-C Kasih Bunda adalah lembaga pendidikan khusus yang didirikan pada 24 Mei 1987 di bawah naungan Yayasan Kasih Bunda Sejati. Sekolah ini berlokasi di Jl. Duri Selatan V Gg. L I No. 15, Duri Selatan, Kecamatan Tambora, Kota Jakarta Barat, DKI Jakarta. SLB B-C Kasih Bunda memiliki fokus untuk pendidikan, pelatihan, dan layanan bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) terutama tunarungu dan tunagrahita.

Saat ini, SLB B-C Kasih Bunda memiliki akreditasi B dan membina 81 siswa dengan fasilitas pembelajaran serta program bimbingan yang terus ditingkatkan demi kesejahteraan dan kemajuan anak berkebutuhan khusus di wilayah Jakarta Barat. Dukungan dari yayasan, masyarakat, serta tenaga pendidik yang kompeten menjadi fondasi utama bagi SLB B-C Kasih Bunda dalam menjalankan pelayanan pendidikan secara optimal dan berkelanjutan.

B. Manajemen



Gambar 3.6 Struktur Organisasi SLB B-C Kasih Bunda

Sumber: Kasih Bunda

SLB B-C Kasih Bunda dikelola oleh Yayasan Kasih Bunda Sejati sebagai lembaga pendidikan non-profit yang berfokus pada pelayanan anak berkebutuhan khusus. Struktur manajemen sekolah terdiri atas jajaran pengurus yayasan dan

kepala sekolah, yang dibantu oleh tim administrasi serta tenaga pendidik yang memiliki latar belakang dan kompetensi di bidang pendidikan khusus.

C. Logo



Gambar 3.7 Logo SLB B-C Kasih Bunda

Sumber: Kasih Bunda

Logo SLB B-C Kasih Bunda berbentuk perisai yang pada bagian atasnya terdapat bidang merah dengan tulisan putih "KASIH BUNDA". Bentuk perisai melambangkan perlindungan dan keamanan. Warna merah memberi kesan semangat, keberanian, dan kasih yang menjadi landasan pelayanan sekolah. Simbol salib berwarna kuning keemasan di tengah logo melambangkan nilai-nilai Kristiani sebagai landasan utama pendidikan dan pembentukan karakter di sekolah ini. Di belakang salib, terdapat inisial "K" dan "B" berwarna biru tua. Warna biru tua memberi makna ketenangan dan kepercayaan, sesuai dengan tujuan sekolah dalam menciptakan lingkungan belajar yang aman dan suportif.

D. Visi & Misi

SLB Kasih Bunda memiliki visi untuk memberikan pelayanan agar anak berkebutuhan khusus dapat menjadi pribadi yang mandiri, berperilaku baik, dan memiliki keterampilan, sehingga anak dapat berkontribusi di keluarga dan masyarakat. Visi tersebut diwujudkan melalui misi SLB Kasih Bunda, yaitu

dengan menanamkan karakter bangsa kepada anak, belajar dan dibimbing secara efektif dalam mengenal potensi diri agar berkembang dengan optimal, menumbuhkan kepercayaan diri supaya pengetahuan dan keterampilan dapat bermanfaat untuk kehidupan, serta meningkatkan keyakinan terhadap agama yang dianut agar anak dapat bijak dalam sikap dan tindakan.

E. Fasilitas Eksisting

Fasilitas	Deskripsi	Foto
Entrance	Area *entrance* berupa lorong dengan lebar 120 cm. Ruang kepala sekolah terlihat saat masuk ke area sekolah. Terdapat papan identitas sekolah, visi misi, sertifikat penghargaan, dan akreditasi sekolah pada dinding. Dinding berwarna kuning terang.	
Ruang Kelas	Ruang kelas memiliki *layout* meja berbeda, disesuaikan dengan kondisi anak di dalam kelas tersebut. Kelas dengan anak tuli menggunakan susunan meja berbentuk U untuk memudahkan anak melihat gerak bibir guru. Kelas yang tersusun horizontal menghadap ke depan untuk anak-anak yang mudah terdistraksi saat melihat teman. Beberapa meja guru dipojokkan ke dinding agar guru leluasa bergerak dan mudah untuk mencapai anak-anak jika dibutuhkan. Dinding ruang kelas	 

	berwarna terang, yaitu kuning dan jingga. Terdapat aksen kayu pada lemari built-in, tempat penyimpanan perlengkapan aktivitas siswa. Meja siswa berwarna biru dan material plastik, sedangkan guru menggunakan meja kayu.	
Aula	Kekurangan ruang kelas membuat aula sekolah dialihfungsikan menjadi tiga kelas untuk anak SMA. Aula digunakan sebagai tempat belajar, tempat pelatihan, upacara, dan acara lainnya. Terdapat meja penyimpanan alat keterampilan, seperti alat untuk sablon, menjahit, kriya kayu, dan aktivitas lainnya. Papan tulis digunakan sebagai sekat untuk memisahkan tiga kelas. Meja dan kursi yang digunakan berbeda dengan yang ada di ruang kelas lainnya. Meja dipakai oleh dua orang dan kursi yang digunakan adalah kursi plastik. Aula berada di lantai 3 dengan atap *high-ceiling* disertai penghawaan berupa kipas angin. Namun, tidak ada penghawaan alami, karena jendela tidak dibuka demi keselamatan siswa. Pencahayaan alami didapatkan dari banyaknya jendela, juga ditambah dengan *general lighting* di *ceiling*. Aula	  

	didominasi dengan warna biru dan kuning pada dinding.	
Tangga	Tangga dilengkapi dengan besi sebagai penahan untuk melindungi anak-anak dari risiko jatuh. Besi diberi *finishing* cat berwarna *gold*. Anak tangga diberi *sticker* tangga naik dan turun untuk melatih anak mengikuti aturan. Lebar anak tangga adalah 100 cm.	 
Lorong	Lorong dijadikan ruang kelas akibat kekurangan ruang. Papan tulis digunakan sebagai partisi antar kelas. Siswa tetap kondusif walau area terbuka dengan kelas lainnya. Dinding pada lorong berwarna kuning dan dihiasi dengan papan tulis yang berfungsi sebagai mading.	 

Ruang Administrasi	Ruang administrasi digunakan untuk menyimpan dokumen, kebutuhan mengajar, dan printer. Dinding memiliki warna sama dengan lorong, yaitu warna kuning. Tidak ada *staff* atau guru yang menetap di ruangan ini dan pintu dibiarkan terbuka.	
Dapur	Dapur terletak di depan tangga lantai 1. Dinding dapur berwarna kuning dan biru. Dapur lengkap dengan kulkas, rice cooker, sink, dan kompor gas. Selain itu, terdapat cabinet di atas area persiapan. Di seberang kulkas, terdapat lemari untuk perlengkapan kebersihan.	 
Reading Corner	Pojok khusus membaca berada di ujung lorong, terdapat rak kecil untuk buku. Dinding pada pojok baca berwarna biru dan dihias dengan poster.	

Kamar Mandi Siswa	Kamar mandi siswa berada di luar bangunan utama, yaitu di area tunggu, sehingga siswa harus keluar untuk menggunakan toilet. Tidak ada pembagian toilet perempuan dan laki-laki. Toilet dilengkapi dengan wastafel luar.	
Area Tunggu	Area tunggu berada di luar bangunan dan digunakan oleh orang tua atau pendamping yang menunggu anak selesai bersekolah. Total terdapat enam *bench* panjang untuk duduk. Warna *bench* beragam dari warna kuning, jingga, dan biru. Dinding pada area tunggu berwarna biru muda, biru tua, dan jingga.	 

Tabel 3.3 Fasilitas Eksisting SLB B-C Kasih Bunda
Sumber: Dokumen Pribadi

3.1.3 SLB B Pangudi Luhur

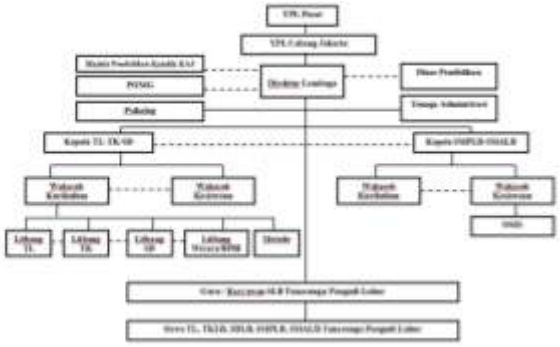
A. Latar Belakang

SLB B Pangudi Luhur merupakan lembaga pendidikan khusus yang didirikan pada tanggal 1 Agustus 1983 di Jakarta Barat, di bawah naungan Yayasan Pangudi Luhur. Tujuan utama sekolah adalah memastikan bahwa anak-anak tunarungu memperoleh hak pendidikan yang setara dengan anak-anak lainnya dan mampu berkembang secara optimal.

Selain layanan pendidikan formal, SLB Pangudi Luhur juga menyediakan layanan konsultasi dan terapi bagi anak-anak yang membutuhkan bimbingan

khusus. Atas kualitas dan perannya dalam pendidikan anak berkebutuhan khusus, sekolah ini ditunjuk oleh pemerintah sebagai “Sekolah Sumber” atau Centered School untuk pengembangan dan penyebaran metode pendidikan anak tunarungu. Komitmen yayasan, tenaga pendidik yang berdedikasi, dan peran serta aktif dari masyarakat menjadikan SLB Pangudi Luhur sebagai institusi rujukan nasional dalam layanan anak tunarungu di Indonesia.

B. Manajemen



Gambar 3.8 Struktur Organisasi SLB B Pangudi Luhur

Sumber: Pangudi Luhur

SLB Pangudi Luhur dikelola oleh Yayasan Pangudi Luhur sebagai lembaga non-profit yang memiliki struktur organisasi terintegrasi mulai dari pembina, pengawas, hingga pengurus utama yayasan. Pada tingkat sekolah, manajemen dipimpin oleh kepala sekolah yang dibantu oleh wakil kepala sekolah, koordinator, guru, staf, terapis, dan tenaga pelaksana. Jumlah pendidik dan tenaga kependidikan di SLB Pangudi Luhur mencapai sekitar 85 orang.

Proses pendidikan diatur dalam pengelolaan program pembelajaran yang adaptif, sesuai kebutuhan anak tunarungu, dengan dukungan metode Maternal Reflektif (MMR) serta program lain seperti pengembangan komunikasi, persepsi bunyi, dan pembinaan keterampilan vokasional. Sistem manajemen ini juga melibatkan peran psikolog, serta tenaga pendukung lainnya untuk mendukung tumbuh kembang siswa secara optimal.

C. Logo



Gambar 3.9 Logo SLB B Pangudi Luhur

Sumber: Rawinala

Logo berbentuk lingkaran dengan tepian berwarna ungu dan hitam yang menyerupai bentuk bunga melati. Tulisan nama sekolah “SLB B PANGUDI LUHUR JAKARTA BARAT” mengelilingi lingkaran tengah, menunjukkan identitas yang jelas. Warna kuning pada lingkaran memberi kesan semangat dan optimisme. Di bagian tengah terdapat simbol salib putih menegaskan akar pendidikan Kristiani, nilai moral, dan karakter yang dijunjung di sekolah ini.

Di atas salib, terdapat bidang biru dengan inisial "P" (merah) dan "L" (kuning) yang saling bersilangan. Biru melambangkan ketenangan dan profesionalisme, sedangkan merah pada inisial "P" menunjukkan semangat dan kepedulian dalam pelayanan. Kombinasi bentuk dan warna ini menonjolkan identitas “Pangudi Luhur”, serta nilai-nilai kekeluargaan dan kasih yang menjadi inti pendidikan di sekolah.

D. Visi & Misi

SLB B Pangudi Luhur memiliki visi untuk membentuk pribadi siswa yang mandiri, unggul, dan berkarakter kuat. Misi sekolah ini adalah mendampingi siswa melalui pendidikan bermutu yang disesuaikan dengan kebutuhan dan potensi setiap anak, sehingga anak dapat beradaptasi dan berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat.

E. Fasilitas Eksisting

Fasilitas	Deskripsi	Foto

Entrance	Area ini berfungsi sebagai lorong masuk dan keluar siswa. Terdapat pagar dalam kondisi tertutup selama jam sekolah berlangsung.	
Ruang Irama	Ruang irama digunakan untuk terapi sekaligus pembelajaran. Ruangan ini dilengkapi dengan berbagai instrumen musik, kaca pada satu sisi dinding, lemari untuk menyimpan peralatan, dan proyektor. Lantai pada ruangan menggunakan keramik, dinding berwarna putih polos, dan ceiling PVC dengan motif awan. Tidak ada elemen kedap suara pada ruang irama, sehingga suara yang dihasilkan dapat terdengar hingga luar ruangan. Kaca dilengkapi dengan railing yang digunakan sebagai pelindung cermin, sekaligus sebagai penopang kaki untuk melatih keseimbangan anak.	  

Laboratorium	Laboratorium sekolah digunakan untuk anak bereksperimen dalam membuat makanan atau minuman. Aktivitas dilakukan di area dengan meja panjang dan kursi. Selain itu, terdapat dapur dengan kompor, sink, dan kabinet penyimpanan. Area dapur memiliki jendela yang dapat digunakan untuk sirkulasi dan pencahayaan alami.	 
Ruang Kelas Intervensi Dini & TK	Ruang kelas untuk intervensi dini dan anak TK memiliki dinding warna-warni dan terang. Dinding dihiasi dengan poster dan dekorasi. Jendela dilapisi dengan *wallpaper sticker* untuk mengurangi distraksi. Layout meja dan kursi disusun berbentuk setengah lingkaran, hal ini memudahkan anak dalam memperhatikan gerak bibir guru. Selain itu, terdapat meja yang disusun berbentuk persegi panjang untuk aktivitas bersama. Setiap anak memiliki loker pribadi berupa rak terbuka. Papan tulis di kelas menggunakan material kaca, terdapat pijakan kayu untuk anak dapat menulis di papan tulis. Setiap kelas dilengkapi dengan wastafel dan proyektor.	   

Ruang Kelas SD	Dinding, *ceiling*, dan lantai pada ruang kelas berwarna netral. Lampu yang digunakan adalah lampu LED. Ruang kelas dilengkapi dengan wastafel, dispenser, dan rak penyimpanan, proyektor, dan papan tulis kaca. Setiap anak memiliki loker pribadi. Layout meja dan kursi berbentuk setengah lingkaran, serta terdapat meja yang disusun persegi panjang untuk aktivitas bersama. Terdapat *device* berupa alat bantu dengar yang terkoneksi antara meja siswa dan amplifier pada meja guru.	  
Ruang Wicara / *Speech Therapy*	Ruang wicara memiliki dua kursi untuk 1 guru dan 1 siswa. Di dalam ruang terdapat meja dan lemari kayu untuk menyimpan barang. Elemen penting dalam ruangan ini adalah cermin yang digunakan dalam kegiatan terapi wicara. *Ceiling* menggunakan *gypsum board* untuk meredam suara.	
Lorong	Lantai lorong menggunakan *tiles* persegi panjang berwarna putih dan aksen garis dengan tiles berwarna cokelat. Lorong pada area intervensi dini dan TK dihiasi dengan mural. Pada sisi lorong yang berhubungan langsung dengan lapangan, ditutup	

	dengan teralis besi. Di lantai dasar, terdapat tempat duduk berupa *bench* dengan tinggi 30 cm dari lantai.	
Perpustakaan	Dinding perpustakaan dikelilingi dengan rak buku dan jendela pada salah satu sisi dinding. Perpustakaan menggunakan *drop ceiling*, pencahayaan berupa *spot lighting* dan LED berwarna putih. Lantai perpustakaan menggunakan vinyl dengan motif kayu. Terdapat meja untuk pengurus perpustakaan, meja khusus membaca, proyektor, serta platform kenaikan level lantai.	 
Kamar Mandi	Bilik toilet untuk anak TK memiliki pintu *custom* dengan tema hewan dan warna yang berbeda. Lebar pintu berukuran 70 cm. Terdapat toilet duduk dan juga toilet jongkok. Toilet digabung untuk anak perempuan dan laki-laki, namun diberi *label* penanda bilik putra atau putri. Bilik toilet untuk anak SD hingga SMA berwarna hijau. Terdapat toilet duduk dan toilet jongkok. Lantai menggunakan keramik berwarna putih dan abi-abu.	 

Tangga	Tangga untuk area intervensi dini dan TK dilengkapi dengan teralis dan gerbang warna-warni sebagai pelindung. Warna merah digunakan untuk *tiles* pada tangga. Dinding menggunakan *tiles* dan mural, serta *railing* warna biru. Tangga untuk area SD hingga SMA menggunakan tiles berwarna putih. Sisi dinding dilengkapi dengan rel pegangan. Railing pada tangga memiliki variasi warna, yaitu hijau, kuning, dan cokelat.	 
Lapangan	Lapangan terletak di tengah gedung antara area intervensi dini dan TK dengan area SD hingga SMA. Lapangan terlihat langsung dari *entrance*. Lapangan digunakan untuk upacara dan kegiatan olahraga.	
Aula	Aula terbuka pada satu sisi dan berhadapan langsung dengan lapangan. Aula dapat dialihfungsikan menjadi arena badminton. Lantai aula menggunakan keramik putih, dinding putih dengan tiles putih dan cokelat, serta ceiling dengan *acoustic panel* dan aksen papan kayu.	

Kantin	Kantin terhubung dari lorong kelas intervensi dini dan TK. Terdapat dua kantin di sekolah. Layout kantin pertama berbentuk persegi dan kursi pada empat sisi. Sedangkan pada kantin kedua, meja disusun memanjang dan kursi berhadapan. Kantin pertama terletak berdampingan dengan aula, sedangkan kantin kedua terhubung dengan area parkiran. *Tenant* makanan berjualan di kantin kedua.	 

Tabel 3.4 Fasilitas Eksisting SLB B Pangudi Luhur

Sumber: Dokumen Pribadi

3.1.4 Klinik Yamet

A. Latar Belakang

Klinik Yamet adalah pusat terapi tumbuh kembang anak yang didirikan pada tanggal 1 Februari 2000, dengan visi membantu anak-anak Indonesia agar memiliki tumbuh kembang yang optimal. Klinik ini beroperasi di bawah naungan PT Yamet Indonesia dengan izin resmi dari pemerintah. Klinik ini memberikan berbagai layanan terapi bagi anak-anak berkebutuhan khusus dari usia 0 hingga 17 tahun.

B. Lokasi

Klinik Yamet Pusat terletak di Jl. RS. Fatmawati Raya No 37G Cilandak Barat, Cilandak, Jaksel 12430.

C. Jam Operasional

Klinik buka pada hari senin hingga sabtu dari jam 08.00 - 18.00.

D. Fasilitas Eksisting

Fasilitas	Deskripsi	Foto
Resepsionis & Ruang Tunggu	Resepsionis dan ruang tunggu berada tepat setelah pintu masuk. Meja resepsionis berwarna jingga dan hijau terang dengan *top table* berwarna putih. Dinding dan *ceiling* pada area ini berwarna putih polos. Pada salah satu sisi dinding, terdapat papan nama klinik. Area duduk berupa sofa dengan penyimpanan pada dudukan.	

	Cushion berbahan kulit dengan warna hijau. Lantai pada ruangan ini menggunakan SPC motif kayu.	
Ruang Sensori Integrasi	Ruang sensori integrasi digunakan untuk kegiatan terapi sensori integrasi, neurosensori, fisioterapi, dan brain gym. Lantai pada ruangan ini menggunakan karpet matras *tiles* berwarna hijau dan biru. Seluruh dinding dilapisi matras biru muda dengan tinggi sekitar 100-120 cm. *Ceiling* putih dengan titik lampu pada sudut ruang dan LED di tengah ruang. Fasilitas dalam ruang sensori integrasi berupa alat alat yang mendukung kegiatan terapi, alat-alat tersebut berupa monkey bar, bak bola, ban bekas, tunnel, rock climbing, trampoline, perosotan, hingga flying fox. Peralatan yang digunakan memiliki warna yang bervariasi, dari merah, biru, kuning, dan hijau.	    

	Salah satu dinding memiliki cermin yang berguna untuk beberapa kegiatan terapi. Di bawah tangga, terdapat lemari built-in untuk penyimpanan. Selain itu, terdapat rak terbuka berwarna putih digunakan untuk menyimpan peralatan terapi.	  
Ruang Terapi Individual	Ruang terapi individual digunakan oleh satu anak dan satu terapis. Meja berwarna kuning dan kursi berwarna hijau. Di belakang kursi anak, dinding dialasi dengan matras berwarna jingga untuk menghindari benturan. Rak peralatan terapi berada di sisi meja dan dirancang built-in menyatu dengan dinding. Di samping area meja, terdapat cermin untuk kegiatan terapi lainnya. Lantai menggunakan parket cokelat tua, sedangkan dinding dan plafon berwarna putih polos.	 
Tangga	Tangga di lantai dua diberi pengaman berupa pagar yang dilapisi dengan matras biru. Sisi tangga ditutup dengan partisi rangka besi hijau.	 

	Material yang digunakan di tangga adalah parket cokelat tua.	
Lorong	Lantai menggunakan parket cokelat tua. Pintu pada setiap ruang terapi individual diberi warna berbeda, mulai dari merah, kuning, hijau, jingga, dan biru. Dinding pada lorong dilapisi dengan *wallpaper*.	

Tabel 3.5 Fasilitas Eksisting Klinik Yamet Pusat

Sumber: Dokumen Pribadi

3.1.5 Deaf Cafe

A. Latar Belakang

Deaf Cafe adalah kafe yang mempekerjakan barista tuli. Kafe ini didirikan sebagai harapan bagi para penyandang disabilitas tunarungu untuk memiliki pekerjaan dan berkontribusi secara positif di masyarakat.

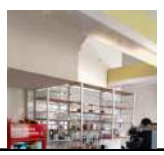
B. Lokasi

Deaf Cafe terletak di Jl. Scientia Boulevard, Ruko, Jl. Aristoteles Utara No.37, Medang, Kec. Pagedangan, Kabupaten Tangerang, Banten 15334.

C. Jam Operasional

Kafe buka setiap hari dari jam 10.00 - 21.00 setiap hari minggu hingga kamis dan jam 10.00 - 22.00 setiap hari jumat hingga sabtu.

D. Fasilitas Eksisting

Fasilitas	Deskripsi	Foto
Pemesanan &	*Counter* dirancang rendah sehingga pekerja dan pemesan dapat berbicara	 

Kasir	secara *eye-to-eye*. Material yang digunakan berupa HPL berwarna putih dan WPC. Area penyimpanan peralatan berada di rak terbuka.	
Tangga	Tangga menggunakan *spc flooring* yang sama dengan lantai utama. Beberapa bagian dari *nosing* tangga rusak.	
Wastafel	Wastafel terletak di luar kamar mandi dan dirancang dengan material dan warna yang senada.	
Papan Dukungan Pengunjung	Terdapat papan yang berisi dukungan dari pengunjung yang datang.	
Dining Area	Area makan menggunakan meja untuk 6 orang dan 4 orang. Semua kursi yang digunakan pada area indoor sama, khas dengan warna biru. Terdapat kursi pada area luar kafe, area ini bisa dipakai oleh pengunjung sebagai *smoking area*. Pada satu sisi dinding terdapat cermin besar yang dilengkapi dengan *lighting*. Lantai menggunakan *spc flooring* motif kayu, sehingga memberikan tampilan yang hangat.	 

	Pencahayaan alami didapatkan melalui jendela dengan *double door* yang mengarah ke balkon. Pada *ceiling*, terdapat lampu dan *speaker*. *Speaker* dinyalakan agar pengunjung dapat mendengar musik.	
Toilet	Pintu toilet dilengkapi dengan sensor pada bagian plat kunci pintu dan disambungkan ke bagian atas pintu yang diberi tanda *occupied* atau *vacant*.	  
Kartu Panduan Bahasa Isyarat	Tiap meja memiliki fasilitas tambahan berupa kartu panduan bahasa isyarat yang digunakan untuk membantu pelanggan berkomunikasi dengan pelayan tuli.	

Tabel 3.6 Fasilitas Eksisting Deaf Cafe

Sumber: Dokumen Pribadi

3.2 Data Komparasi

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan oleh penulis, selanjutnya akan dilakukan komparasi terhadap fasilitas dan elemen pembentuk ruang. Hasil dari komparasi akan dianalisis untuk mengidentifikasi permasalahan, kemudian data akan diolah menjadi kesimpulan yang akan diterapkan dalam proyek pada mata kuliah tugas akhir.

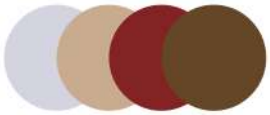
Komparasi	Rawinala	Kasih Bunda	Pangudi Luhur

Logo			
Tipe SLB	SLB G (Tunaganda netra)	SLB B-C (Tunarungu-tunagrahita)	SLB B (Tunarungu)
Status Sekolah	Swasta	Swasta	Swasta
Akreditasi	A	B	A
Layanan	-Pendidikan -Asrama pendidikan -Asrama perawatan -*Sheltered workshop* -Rehabilitasi bersumber daya masyarakat -*Training center*	-Pendidikan -Terapi -Pengembangan keterampilan	-Pendidikan -Terapi -Pengembangan keterampilan
Jenjang Pendidikan	-Pelayanan dini -Pendidikan dasar -Pendidikan lanjutan	-SD -SMP -SMA	-Intervensi Dini -TK -SD -SMP -SMA
Fasilitas	-Ruang kelas -Aula -Kantin -Kolam renang -Studio musik -Training center	-Ruang kelas -Aula -Ruang administrasi -Dapur -Perpustakaan -Kamar mandi	-Ruang kelas -Aula -Kantin -Ruang irama -Ruang wicara -Laboratorium

	-Playground -Asrama -Ruang kinesio terapi -Bengkel kerja -Perpustakaan -Kamar mandi		-Lapangan -Ruang komputer -Ruang keterampilan -Perpustakaan -Kamar mandi

Tabel 3.7 Data Komparasi SLB

Sumber: Dokumen Pribadi

Komparasi	Rawinala	Kasih Bunda	Pangudi Luhur
Konsep	Multisensori dan netral, fokus pada area terbuka dan pencahayaan alami.	Lingkungan terasa seperti rumah dan *playful*.	Fungsional dan *modern*, mengutamakan kenyamanan belajar.
Palet Warna			
Material	Besi, kayu, keramik HT, *acoustic wall panel, cat putih, cat kuning*. *Finishing* cat merah, cat biru, HPL kayu cokelat muda.	Kayu, plastik, besi, keramik, cat kuning, biru, jingga. *Finishing* cat *gold*.	Keramik, *acoustic ceiling panel*, PVC, besi, kayu, *vinyl flooring* kayu, cat *cream*, putih, kuning, hijau, biru. *Finishing* cat biru, hijau, merah, kuning.
Pencahayaan	Pencahayaan alami: *open space* di luar	Pencahayaan alami minim karena jendela	Pencahayaan alami: *open space* di luar

	kelas, jendela ditutup sebagian, mengandalkan *general lighting* putih.	ditutup. Pencahayaan utama mengandalkan *general lighting* putih.	kelas, jendela ditutup. Pencahayaan dalam ruang menggunakan *general lighting* putih.
Penghawaan	*Penghawaan alami: open space di luar kelas, jendela ditutup. Penghawaan dalam ruang menggunakan AC dan kipas angin.*	Penghawaan utama mengandalkan AC dan kipas angin.	Penghawaan alami: *open space* di luar kelas, jendela ditutup. Penghawaan dalam ruang menggunakan AC.
Ergonomi	Ergonomi memperhatikan mobilitas anak tunanetra ganda, tersedia *railing* di sepanjang dinding. Beberapa area lantai memiliki tactile paving dan sebagian belum. Elemen taktil di pintu untuk memudahkan anak megenal ruang.	*Layout* meja dan kursi anak dapat disesuaikan dengan kebutuhan anak, namun karena kekurangan ruang kelas, ruang komunal dijadikan ruang kelas. Area lorong dan lalu lalang siswa cukup.	Sirkulasi ruang sangat lebar dan memudahkan aksesibilitas siswa. *Furniture* dirancang sesuai dengan usia siswa. Ruang kelas umumnya sudah ergonomis, namun terdapat satu ruang yang perlu kedap suara dan tidak memiliki *acoustic panel.*
Estetika	Warna netral dan unsur alam.	*Homey* dan ceria.	Gaya arsitektur peninggalan belanda, sentuhan mural.

Tabel 3.8 Komparasi Estetika SLB

Sumber: Dokumen Pribadi

3.3 Data Wawancara

3.3.1 Pendiri National Global School Academy dan Big People Academy

Penulis melakukan wawancara dengan Bapak Lukito Sutanto, pendiri National Global School Academy dan Big People Academy, sekaligus pendidik yang berpengalaman dengan individu berkebutuhan khusus. Wawancara ini dilakukan pada tanggal 16 Mei 2025 secara *online* melalui Zoom. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan Bapak Lukito.

Bapak Lukito tergerak untuk melayani, karena beliau percaya bahwa manusia adalah jiwa milik Tuhan yang perlu dihormati secara fisik dan mental. Di National Global School Academy, terdapat beberapa anak dengan kemampuan intelektual di bawah rata-rata dan memerlukan bantuan, sehingga ruang dan komunitas yang inklusif sangat penting. Menurut Bapak Lukito, Tantangan utama bagi penyandang disabilitas adalah *mindset*, karena orang dengan kebutuhan khusus di Indonesia biasanya dipandang cukup rendah dan tidak terlalu menjadi prioritas. Melalui pengalaman beliau dalam pelatihan dan *internship* di beberapa negara maju, penyandang disabilitas diperlakukan dengan sangat baik. Di Indonesia, banyak orang tua menganggap bahwa memiliki anak dengan kebutuhan khusus adalah beban atau kekurangan. Selain itu, butuh dana yang lebih besar untuk mengakses pendidikan bagi anak dengan kebutuhan khusus. Tantangan lainnya terdapat pada sumber daya manusia yang ahli dan berdedikasi untuk melayani penyandang disabilitas.

Bapak Lukito mendirikan National Global School (NGS) Academy yang berbeda dengan sekolah reguler, karena kurikulum telah dirancang untuk ramah pada anak berkebutuhan khusus. Program pembelajaran mengikuti kecepatan dan kemampuan personal anak. Sehingga, bukan anak yang mengikuti kurikulum, tetapi kurikulum yang mengikuti anak. Selain itu, pendekatan lain yang dilakukan berupa *workshop* bagi anak dan orangtua sebagai ladang eksplorasi untuk masa depan.

Siswa diberikan kesempatan untuk bekerja melalui *working attachment program*. Kantin tidak fokus untuk mencari keuntungan bagi sekolah, tetapi sebagai fasilitas untuk anak belajar mengelola dan bekerja. Siswa juga dapat belajar menjadi tutor bagi teman-temannya, administrasi, manajemen, hingga membantu guru di cabang National Global School lainnya.

Lingkungan yang inklusif penting agar kebutuhan tiap individu dapat diperhatikan dan dipenuhi dengan tepat sasaran, serta memberikan wawasan kepada orang tua dan kepercayaan kepada anak. Untuk membangun komunitas yang inklusif, Bapak Lukito tidak membedakan antara siswa reguler di National Global School dengan siswa berkebutuhan khusus di National Global School Academy agar mereka dapat berbaur.

Bapak Lukito menyatakan bahwa *play therapy* efektif dilakukan kepada anak, remaja, hingga dewasa dengan penyesuaian sesuai kebutuhan individu. Di dalam ruangan *play therapy*, biasanya terdapat benda berupa dekorasi yang dapat dimainkan. Fungsi dari benda tersebut bukan hanya sebagai dekorasi dan mainan, tapi sebagai bagian dari terapi. Terkadang benda dapat menjadi pemicu yang merujuk pada masa lalu, trauma, atau hal yang terjadi dalam kehidupan individu. Individu yang sedang *play therapy* di ruangan khusus tidak boleh melakukan terapi lain di ruangan tersebut, karena dapat mengganggu proses terapi sebelumnya. Dibutuhkan ruangan netral untuk membantu efektivitas berbagai jenis terapi. Peran orang tua juga penting dalam proses terapi, beberapa orang tua menitipkan pesan kepada anak untuk bersifat baik saat terapi, tetapi hal tersebut justru membuat sisi asli anak tidak ditunjukkan saat terapi. Oleh karena itu, penting untuk melakukan sosialisasi dan memberikan edukasi bagi orang tua sebagai pendamping anak.

Komunikasi dengan klien sangat penting agar kegiatan terapi dapat berjalan baik. Terkadang klien memilih untuk tidak melakukan sesi terapi sambil duduk dan ingin berjalan, hal ini dikenal dengan *walk therapy*. Kegiatan terapi dapat dilakukan di berbagai tempat dengan persetujuan klien, apabila dapat meningkatkan kualitas terapi dan tetap sesuai dengan kode etik.

Beberapa elemen penting dari sisi desain interior yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Penghawaan yang sejuk dan nyaman.
2. Dinding tidak boleh terlalu *eye-catching* dan menyita perhatian.
3. Pencahayaan yang dapat disesuaikan, sebagian orang lebih suka ruangan terang, namun beberapa orang lebih suka ruangan redup.
4. Konseling biasanya tidak menggunakan kursi dan meja tinggi, namun hanya menggunakan bangku santai. Posisi orang tidak berhadapan tetapi agak menyamping.
5. Tisu dan minuman harus berada di atas *coffee table* atau *side table*.

6. Jangan terlalu banyak distraksi berupa pernak pernik.

3.3.2 Wakil Kepala Sekolah SLB-G Rawinala

Penulis melakukan wawancara dengan Ibu Vera, selaku wakil kepala sekolah dan guru di SLB-G Rawinala. Beliau telah bekerja di Yayasan Rawinala selama 21 tahun. Wawancara ini dilakukan secara langsung pada tanggal 27 Mei 2025 pukul 8 pagi di Jl. Inerbang Raya No.38 10, RT.10/RW.3, Batu Ampar, Kec. Kramat jati, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13520. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan Ibu Vera.

Batasan minimum dan maksimum anak yang menempuh pendidikan di Rawinala adalah 2-20 tahun. Kegiatan belajar dikelompokan sesuai dengan usia, umumnya terdapat kurang lebih 5 anak di setiap kelas, namun untuk anak TK dilakukan *one-on-one* pada proses pembelajaran. Asesmen anak dilakukan 1x tiap tahun, namun idealnya adalah 2x. Durasi yang dibutuhkan untuk asesmen tiap anak dapat memakan waktu 2 bulan. Aspek yang menjadi fokus dalam asesmen adalah aspek sosial-emosional, komunikasi, kognitif, motorik, dan bina diri rumah tangga yang dikhususkan untuk SMP dan SMA.

Rawinala menerapkan kurikulum fungsional, yaitu kurikulum yang dirancang untuk menyesuaikan dengan kebutuhan hidup sehari-hari anak agar dapat mandiri. Ibu Vera menyatakan bahwa aksesibilitas merupakan kunci utama dalam merancang ruang dan inti dari aksesibilitas bagi tunanetra adalah orientasi mobilitas. Tiap anak memiliki kemampuan berbeda dalam mengingat ruang dan jalan di Rawinala, umumnya anak membutuhkan 2 hingga 3 bulan, namun sebagian anak yang memiliki keterbatasan intelektual mungkin membutuhkan waktu lebih lama hingga 1 tahun.

Pada awalnya, Rawinala menyediakan terapi dengan mendatangkan terapis dan melakukan terapi sesuai dengan kebutuhan anak. Saat ini, Rawinala tidak menyediakan terapi, selain terapi kinesio. Hal ini terjadi bukan karena tidak ada kebutuhan, tetapi akibat terkendala secara finansial. Ibu Vera menyebutkan bahwa terapi yang umumnya dibutuhkan adalah terapi okupasi, wicara, fisik, bina persepsi & irama, musik, olahraga, dll.

Ruang kelas anak dibagi menjadi empat area, yaitu sudut rumah tangga, kelompok, individual, dan kalender sekaligus loker. Sudut rumah tangga berupa area anak

dapat belajar menggunakan peralatan rumah tangga, seperti *rice cooker*, blender, dan alat lainnya. Anak belajar mandiri dengan mencuci piring sendiri setelah makan. Area kelompok dirancang untuk kegiatan bersama teman sekelas, seperti bermain permainan papan. Area individual adalah meja dan kursi di mana anak melakukan kegiatan belajar bersama dengan guru yang disesuaikan dengan hasil asesmen dan program yang telah dirancang khusus. Tiap anak memiliki loker masing-masing dan dilengkapi dengan kalender anak, juga terdapat papan baca yang diperuntukkan untuk anak low vision.

Ibu Vera menyatakan bahwa untuk merancang fasilitas yang inklusif perlu memperhatikan 2 hal penting, yaitu aksesibilitas yang mencakup efisiensi, efektivitas, dan keamanan. Kemudian, penyesuaian atau *customized* program dan fasilitas juga merupakan hal yang pasti dibutuhkan. Mengacu pada keamanan, Rawinala melakukan kerjasama dengan Wahana Visi Indonesia untuk pelatihan bencana alam. Terdapat jalur evakuasi yang diletakkan di dinding dan dilengkapi dengan huruf *braille*. Ibu Vera mengatakan bahwa terdapat aspek interior yang belum memenuhi standar keamanan bencana alam. Ruang kelas dikelilingi kaca dan jendela, hal ini dinilai kurang aman apabila terjadi gempa, karena kaca beresiko pecah dan melukai anak, sedangkan anak cenderung mengandalkan dinding untuk orientasi. Ruang kelas akan lebih ideal jika dikelilingi oleh dinding dan kaca hanya terdapat di pintu saja. Selain aspek keamanan, kaca di sekeliling ruang juga menjadi distraksi bagi anak dengan ADHD atau gangguan lainnya yang mudah mengalami overstimulasi. Sehingga pihak sekolah menutup jendela dengan berbagai hal, seperti kain, kardus, dan kertas.

Di Rawinala terdapat berbagai anak tunanetra ganda, namun jenis disabilitas yang paling banyak adalah disabilitas sensorik dan intelektual, seperti anak tunanetra yang juga tunarungu dan tunagrahita. Selain kegiatan belajar, anak-anak juga membutuhkan kegiatan yang mendukung interaksi sosial mereka. Kegiatan seperti *hangout* di cafe, bermain catur tunanetra, permainan papan monopoli untuk *low vision*, dan membaca buku. Anak dengan disabilitas ganda dapat digabung dan berinteraksi, namun tetap dengan pengawasan oleh pendamping.

Setiap anak, remaja, hingga dewasa memiliki kebutuhan sensori yang perlu dipenuhi. Ibu Vera mengatakan bahwa taman sensorik dapat menjadi fasilitas tambahan yang ideal dan saat ini belum ada di Rawinala. Taman sensorik adalah area yang

dirancang untuk merangsang satu hingga lima indra manusia, mulai dari penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan, dan sentuhan. Taman ini dapat bermanfaat sebagai bagian dari asesmen untuk mengidentifikasi dan memahami kebutuhan sensori anak, orang dengan kebutuhan khusus, hingga orang tanpa kebutuhan khusus sekalipun.

Anak yang telah lulus sekolah difasilitasi dengan bengkel *workshop* sebagai bentuk dukungan nyata yang bermanfaat. Fasilitas ini membantu remaja dan dewasa untuk membekali diri dengan keterampilan, seperti memasak, membuat telur asin, membuat kue, hingga meronce. Melalui berbagai pelatihan untuk mengembangkan keterampilan, remaja dan dewasa dengan hambatan penglihatan dan/atau hambatan lainnya dapat memiliki kepercayaan diri, kemandirian, dan peluang menghasilkan uang sendiri di masa depan.

3.3.3 Admin Operasional Klinik Yamet Pusat

Penulis melakukan wawancara dengan Kak Malika, selaku admin operasional di Klinik Yamet Pusat. Wawancara ini dilakukan secara langsung pada tanggal 10 September 2025 pukul 1 siang di Jl. RS. Fatmawati Raya No 37G Cilandak Barat, Cilandak, Jaksel 12430. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan Kak Malika.

Ruang tunggu di klinik memiliki fasilitas CCTV, supaya pendamping dapat memantau anak saat kegiatan terapi berlangsung. Area duduk perlu dirancang senyaman mungkin, karena anak senang berbaring dan bermain saat menunggu sesi terapi dimulai. Anak dan pendamping yang memiliki sesi terapi di jam yang sama saling mengenal dan bersosialisasi, umumnya pendamping akan menunggu hingga sesi terapi selesai.

Alur layanan di Klinik Yamet dimulai dari observasi, klien akan mengisi formulir mengenai fisik dan psikis anak, kemudian anak akan melewati tes motorik halus dan motorik kasar. Selanjutnya, dilakukan asesmen dengan konsultan yang akan menjelaskan hasil observasi, diagnosa, dan merekomendasikan program terapi yang tepat untuk anak. Klinik Yamet membagi terapi menjadi dua kategori, yaitu kelas (motorik halus) dan fisik (motorik kasar). Terapi kelas dilakukan di ruang terapi individu yang mencakup terapi perilaku, okupasi, wicara, dan remedial. Terapi fisik dilakukan di ruang sensori integrasi yang mencakup terapi sensori integrasi, *brain gym*, fisioterapi, dan neurosensori.

Anak dijadwalkan 2 jam terapi dalam satu hari dan tiga hari dalam satu minggu. Sesi pertama berlangsung 45 menit, kemudian anak akan istirahat selama 15 menit dan terapis akan menyampaikan hasilnya kepada pendamping. Lalu, anak akan melakukan terapi yang berbeda untuk sesi kedua. Anak yang mudah tantrum dan hiperaktif diatur untuk melakukan kegiatan motorik kasar terlebih dahulu sebelum motorik halus. Hal ini dilakukan untuk meredakan energi yang berlebihan, sehingga anak lebih tenang saat terapi di dalam kelas. Satu terapis akan fokus hanya kepada satu anak.

Menurut Kak Malika, terdapat beberapa fasilitas yang dibutuhkan namun belum ada di Klinik Yamet Pusat, antara lain: ruang management, training center, ruang tunggu untuk terapis, playground di ruang tunggu, dan ruang khusus tamu. Layout Klinik Yamet Pusat saat ini dinilai kurang tepat dalam urutan ruang. Kondisi saat ini, ruang sensori integrasi berada tepat di balik pintu setelah ruang tunggu, dan ruang kelas berada di lantai dua. Ruang sensori integrasi seharusnya berada di lantai dua, hal ini dikarenakan ruang tersebut bersifat terbuka, sedangkan ruang kelas bersifat tertutup. Anak yang perlu menuju ruang kelas harus melewati ruang sensori integrasi, hal ini dapat menjadi distraksi bagi anak yang sedang melakukan terapi di ruangan tersebut.

Catatan penting untuk perancangan ruang adalah menghindari benda dan sudut tajam. *Furniture* yang digunakan dirancang khusus agar aman untuk anak-anak. Terdapat beberapa elemen penting di dalam ruang kelas, yaitu *full body mirror*, CCTV, matras dinding, dan peredam suara. Ruang sensori integrasi dapat digunakan oleh 3 anak secara bersamaan, dengan syarat anak sudah dikelompokkan sesuai hasil observasi untuk menghindari bentrokan. Pintu pada setiap ruang perlu memiliki kaca kecil dengan tinggi yang cukup untuk terapis dapat melihat ke dalam ruang. Jendela merupakan hal yang tidak diperlukan di dalam ruang terapi, karena dapat menjadi distraksi bagi anak.

3.3.4 Desainer Interior dan Terapis Okupasi

Penulis melakukan wawancara dengan Bapak Adhi, beliau adalah terapis okupasi sekaligus desainer interior khusus peralatan yang menunjang kebutuhan terapi. Wawancara ini dilakukan secara daring pada tanggal 12 September 2025 pukul 7 malam melalui Google Meet. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan Bapak Adhi.

Menurut beliau, kompleksitas desain ruang untuk anak buta lebih sederhana. Penaruhan alat terapi merupakan hal yang penting untuk diatur, selain itu tidak ada perbedaan yang signifikan dengan kebutuhan ABK lainnya. Penataan alat disusun dengan kelompok, misalnya tiga ayunan diletakkan dalam satu baris. Idealnya, matras dinding dipasang tinggi. Klinik banyak menerima anak dengan masalah pada perilaku, semakin sederhana ruang kelas semakin baik, sedangkan untuk ruang sensori integrasi, semakin luas semakin baik untuk stimulasi motorik anak. Ukuran ruang sensori integrasi berkisar antara 28-48 m^2, sedangkan untuk ruang kelas yang ideal adalah 2x2 m.

Anak yang hipersensitif terhadap suara mudah terganggu dengan suara yang masuk dari luar ruangan, maka peredam suara dibutuhkan agar tidak ada suara masuk atau keluar. Dari segi pencahayaan, posisi lampu tidak berada di tengah, karena akan menimbulkan bayangan jatuh ke meja. Lampu sebaiknya menyorot dari samping meja. Loker alat dan mainan untuk terapi tidak boleh berada tepat di depan pandangan anak untuk menghindari distraksi. Loker bersifat terbuka untuk menstimulasi anak yang hiposensitif, supaya anak dapat melihat, memilih, dan menunjuk benda yang ada di loker. Selain itu, loker yang terbuka dapat memudahkan terapi dalam pergantian metode terapi. Apabila anak hipersensitif dan mudah terdistraksi dengan melihat loker tersebut, maka posisi kursi anak dapat diputar membelakangi loker.

Material pada lantai dan dinding menggunakan matras untuk melindungi anak. Dalam ruang sensori integrasi, desainer berusaha untuk menutupi peralatan dengan busa, namun tetap akan ada material yang terekspos seperti besi, karena anak tetap membutuhkan stimulasi dari material tersebut. Ketika anak memasuki ruangan terapi, anak sudah menjadi tanggung jawab terapis. Di dalam ruang kelas, dinding perlu dilapisi dengan busa, karena anak yang tantrum cenderung memukul dan membenturkan dirinya ke dinding. Pada terapi sensori integrasi, anak akan bergerak aktif, sedangkan saat melakukan metode neurosensori, anak harus pasif. Idealnya, ruangan untuk neurosensori dibuat terpisah dari ruangan sensori integrasi, kecuali jika anak tidak sensitif terhadap suara dan aktivitas anak lain. Tinggi anak tangga tidak boleh lebih dari 20 cm untuk anak dengan kebutuhan khusus. Terdapat ruang *Activities of Daily Living* (ADL) yang dirancang untuk melatih kemandirian anak dalam kehidupan sehari hari.

Peralatan dalam ruangan sensori integrasi umumnya didesain khusus. Dudukan pada ayunan yang dirancang oleh Pak Adhi untuk Klinik Yamet memiliki ukuran 80x60 cm. Ketika anak duduk sendiri, anak tidak cukup kuat untuk melompat dan bergerak ke kanan atau ke kiri. Saat anak takut dan perlu pendampingan, dudukan cukup untuk terapis dapat duduk menemani anak. Tinggi anak tangga yang tepat adalah 20 cm, ketika tangga dirancang lebih tinggi dari 20 cm, anak usia 2-3 tahun kesulitan untuk menaiki tangga, tetap jika tangga dirancang lebih rendah dari 20 cm, anak yang sudah mampu menaiki anak tangga, akan melewati satu anak tangga. Hal tersebut tidak baik dalam proses terapi, karena dalam terapi anak perlu mengikuti instruksi yang ada. Ukuran trampoline untuk terapi sebaiknya memiliki diameter 1 meter, ukuran yang tidak terlalu besar agar anak dapat terkontrol, tetapi tidak terlalu kecil apabila anak butuh pendampingan terapis.

Material yang digunakan untuk merancang peralatan custom untuk terapi adalah rangka kayu dan rangka besi, disesuaikan dengan pemakaian dan kebutuhan. *Finishing* yang digunakan adalah busa dan kulit imitasi. Pemilihan warna juga menjadi stimulasi bagi perkembangan anak. Terdapat beberapa klinik yang hanya menggunakan satu warna untuk ruang sensori integrasi, hal tersebut tidak masalah karena klinik menyediakan alat penunjang lainnya yang berwarna. Klinik yang menggunakan banyak warna untuk ruang terapi juga dapat menjadikan hal tersebut bagian dari stimulasi warna, terapis dapat meminta anak untuk naik ke atas anak tangga dengan instruksi warna yang berbeda atau meminta anak untuk masuk ke ruang terapi dengan pintu warna tertentu. Ruang terapi individual menggunakan warna netral, karena peralatan sudah memiliki warna yang beragam. Ukuran dirancang dengan rata-rata usia anak yang mengikuti terapi, yaitu antara 4-7 tahun. Pelayanan di klinik lebih efektif untuk anak di bawah 14 tahun, jika di usia remaja anak masih kesulitan, maka layanan sensori integrasi di klinik sudah tidak efektif dan disarankan ke RSJ, karena fasilitas dan pelayanan lebih sesuai untuk usia remaja.

3.3.5 Kepala Sekolah dan Guru SLB B-C Kasih Bunda

Penulis melakukan wawancara dengan Ibu Michelle, selaku kepala sekolah, Ibu Pita dan Bapak Markus, selaku guru di SLB B-C Kasih Bunda. Wawancara ini dilakukan secara langsung pada tanggal 15 September 2025 pukul 11 siang di Gang.LI No.15

Tambora, Jl. Duri Selatan V, RT.14/RW.1, Duri Sel., Kec. Tambora, DKI Jakarta, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11270. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan kepala sekolah dan guru.

Mayoritas dari siswa di sekolah ini adalah anak dengan autisme dan IQ rendah, namun terdapat beberapa siswa tuli. Ruang kelas memiliki layout yang beragam, terdapat meja yang disusun berkelompok, meja berbentuk huruf U, dan meja berbaris menghadap ke depan. Meja yang ideal untuk anak tuli adalah meja berbentuk U atau setengah lingkaran, karena anak dapat memperhatikan gerak mulut guru dengan jelas. Namun, untuk anak dengan autisme dan mudah tantrum, anak dapat terdistraksi dan terprovokasi saat melihat teman di depannya. Ruang kelas sebaiknya tertutup dan kedap suara, lampu tidak tepat di atas kepala siswa agar tidak ada bayangan kepala di atas meja. Kegiatan yang dilakukan di sekolah di luar dari pembelajaran adalah berjualan. Anak juga dilatih untuk mandiri dengan belanja ke pasar, minimarket, hingga naik kendaraan umum. Setiap minggu, sekolah memfasilitasi pelatihan keterampilan, seperti menjahit, membatik, kreasi barang bekas, kriya kayu, dan sebagainya. Menurut Ibu Michelle, anak dengan IQ rendah mungkin memiliki kemampuan akademik yang rendah, tetapi keterampilan anak dapat diasah.

3.3.6 Koordinator SD dan Guru SLB B Pangudi Luhur

Penulis melakukan wawancara dengan Ibu Tati, selaku koordinator jenjang SD, dan Ibu Atik, selaku guru irama di SLB B Pangudi Luhur. Wawancara ini dilakukan secara langsung pada tanggal 19 September 2025 pukul 1 siang di Jalan Kencana Murni No.125, RT.2/RW.6, Kembangan Selatan, RT.2/RW.7, Kembangan Sel., Kec. Kembangan, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11610. Berikut merupakan hasil wawancara penulis dengan Ibu Tati dan Ibu Atik.

Jumlah siswa per kelas di SLB Pangudi Luhur adalah 6-14 siswa. Umumnya, anak tuli membutuhkan Pengembangan Komunikasi Persepsi Bunyi & Irama (PKPBI). PKPBI dibagi menjadi dua fokus, yaitu wicara dan irama. Setiap anak mengikuti pelatihan wicara dengan metode maternal reflective secara individual selama 20 menit dan dua kali dalam seminggu. Sedangkan, pelatihan irama dilakukan bersama-sama dengan teman sekelas. Ruang irama dilengkapi dengan berbagai jenis alat musik. Kelas

irama berfungsi untuk melatih anak dalam respon terhadap suara, tinggi-rendah nada, dan motorik halus.

SLB B Pangudi Luhur memiliki teknisi khusus untuk alat bantu klasikal di dalam kelas. Setiap kelas memiliki alat bantu klasikal pada meja yang terhubung dengan amplifier di meja guru. Selama di dalam kelas, anak wajib menggunakan alat tersebut. Saat berada di luar kelas, anak menggunakan alat bantu dengar pribadi. Tata letak meja dan kursi di dalam kelas berbentuk setengah lingkaran untuk memusatkan perhatian anak pada gerak bibir guru.

Menurut Ibu Tati, anak tunarungu menyukai visual, simbol, warna, dan gambar. Anak tunarungu memiliki kecenderungan emosi yang kurang stabil, kurang sabar, kurang peka, dan kasar dalam bertindak atau berbicara. Hilangnya kemampuan dalam mendengar memengaruhi kemampuan indera lainnya. Anak tuli banyak mengandalkan mata, sehingga banyak anak tuli yang akhirnya juga memiliki masalah pada mata.

Sekolah memiliki bel istirahat dan pulang, idealnya bel harus memiliki lampu untuk memudahkan anak mengerti bahwa bel telah berbunyi. Siswa dianjurkan untuk memakai jam tangan dan alat bantu dengar selama proses pembelajaran, kecuali saat anak olahraga dan berkeringat, alat bantu dengar harus dilepas. Sekolah memiliki fasilitas ruang psikologi, ruang tata busana, ruang tata boga, ruang multimedia, dan ruang batik. Sekolah juga memiliki berbagai kegiatan ekstrakurikuler, seperti olahraga, tata rias, catur, menari, dan hantaran.

BAB IV
HASIL PERANCANGAN

4.1 Analisis Site

Perancangan interior pusat komunitas dengan layanan terapi bagi anak dengan disabilitas sensorik akan dirancang di kota Jakarta Utara, tepatnya di kawasan Pantai Indah Kapuk, kecamatan Penjaringan. Menurut data Badan Pusat Statistik (BPK) tahun 2022, Jakarta Utara dihuni oleh 1.793.550 jiwa. Pantai Indah Kapuk merupakan kawasan elit yang dirancang dengan berbagai fasilitas, seperti perumahan, perkantoran, pusat perbelanjaan, rumah sakit, lapangan golf, pariwisata, dan pendidikan.



Gambar 4.1 Analisis Tapak

Sumber: Google Earth



Gambar 4.2 Analisis Arah Mata Angin

Sumber: Google Earth

Lahan yang dipilih untuk perancangan adalah sebuah lahan kosong di Jl. Mandara Permai VII dengan luas 5,131.17 m². Akses jalan menuju lahan cukup strategis karena terdapat berbagai tempat komersial di sekitar, seperti Burger King, Taco Bell, Angke Restaurant, Starbucks, hingga pusat perbelanjaan The Centro - Metro Broadway PIK. Selain itu, organisasi ASEAN Youth

berada di dekat lahan dan Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk berjarak 1 km dari lahan. Terdapat tiga akses jalan tol menuju PIK yang sudah beroperasi.



Gambar 4.3 Fasad Children's House Daydream

Sumber: Archdaily

Denah bangunan yang dipilih adalah Children's House Dyrehaven, Skanderborg, Denmark. Bangunan ini merupakan pusat komunitas untuk anak-anak dan dirancang dengan inklusif, karena terdapat anak dengan kebutuhan khusus. Bangunan memiliki 1 lantai dan dibagi menjadi unit-unit yang lebih kecil agar memberikan akses masuk yang terpisah untuk setiap kelompok anak. Perbedaan tinggi bangunan dirancang untuk ditanami tanaman dan dilengkapi dengan panel surya. Tampilan luar bangunan menggunakan kayu karena terinspirasi dari hutan.



Gambar 4.4 Denah Bangunan Children's House Daydream

Sumber: Archdaily

Orientasi bangunan menghadap ke arah timur, sehingga fasad depan bangunan akan mendapatkan cahaya matahari di pagi hari. Pada siang hari, matahari akan bersinar paling terang dari arah selatan bangunan. Dengan bukaan dari setiap arah, ventilasi silang dapat dimaksimalkan agar udara dapat mengalir secara efektif dan memberikan sirkulasi alami yang baik. Terdapat banyak jendela besar dan kecil agar pengguna dapat melihat pemandangan di luar, sementar jendela tinggi memungkinkan pandangan ke arah langit. Selain itu, jendela atap memberikan cahaya alami tambahan. Lorong-lorong dirancang menjadi area aktif dengan sudut-sudut interaktif yang mengundang anak-anak untuk bermain dan berinteraksi. Ruang komunitas bersama berada di tengah dengan menawarkan pengalaman seperti melihat proses memasak, meningkatkan kepercayaan diri dengan tampil di panggung, dan berinteraksi dengan anak-anak lainnya.

Alasan denah ini dipilih untuk perancangan pusat komunitas disabilitas sensorik dan intelektual adalah pendekatan desain yang inklusif dan selaras dengan kebutuhan pengguna. Bangunan hanya memiliki 1 lantai, sehingga memudahkan aksesibilitas dan mobilitas bagi difabel. Pembagian bangunan ke dalam unit yang lebih kecil dengan akses masuk terpisah dapat dimanfaatkan untuk penanganan terhadap kelompok pengguna berbeda. Terdapat area transisi yang berada di tengah bangunan untuk menghubungkan tiap unit dan memungkinkan terjadi interaksi sosial yang lebih terkendali. Namun, sistem akses masuk terpisah dapat menjadi tantangan dari segi keamanan, sehingga memerlukan pengawasan yang lebih ketat.

4.2 Analisis SWOT

Berikut adalah tabel analisis *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threat* terhadap perancangan interior pusat komunitas dengan layanan terapi bagi penyandang disabilitas sensorik dan intelektual di Pantai Indah Kapuk.

Strengths	Fasilitas & Konsep	Segmentasi yang spesifik berfokus pada disabilitas sensorik, serta belum banyak tersedia di Jakarta Utara.
		Pendekatan holistik yang menyediakan ruang interaksi dan ruang terapi.

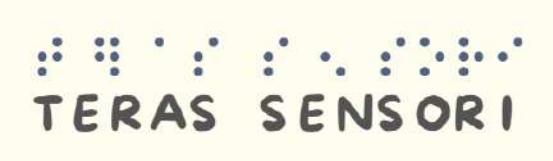
		Desain mengacu pada literatur akademik, standar kebutuhan khusus, dan observasi langsung ke SLB dan klinik terapi.
	Lokasi	Aksesibilitas tinggi dan infrastruktur yang baik.
		Dekat dengan perumahan, sekolah, dan rumah sakit, dan pusat retail.
Weaknesses	Fasilitas & Konsep	Luas lahan terbatas pada 2000 m², sehingga tidak dapat menjangkau semua jenis disabilitas.
		Fasilitas tidak mengikat seperti sekolah. Tanpa strategi pengelolaan yang baik, interaksi komunitas tidak dapat berlangsung dengan stabil.
	Lokasi	Berada di kawasan elit menciptakan kesan eksklusif, sehingga akses bagi keluarga berpenghasilan menengah ke bawah terbatas.
		Harga tanah dan operasional yang tergolong tinggi.
Opportunities	Fasilitas & Konsep	Minimnya pusat komunitas sekaligus terapi bagi penyandang disabilitas sensorik yang inklusif menjadi peluang.
		Ruang komunitas dapat mengadakan kegiatan yang melibatkan masyarakat dan mengedukasi soal disabilitas.
	Lokasi	Potensi target pasar menengah ke atas yang memiliki kesadaran terhadap intervensi dan layanan terapi.
		Banyak perusahaan atau retail di PIK yang diharapkan tertarik untuk mendukung melalui kerjasama dan memperluas peluang pembiayaan.

Threats	Fasilitas & Konsep	Terdapat stigma dan kurangnya pengetahuan mengenai kebutuhan penyandang disabilitas sensorik.
		Kompetisi pada layanan terapi dengan klinik individual yang sudah ada.
		Membutuhkan investasi besar dan biaya operasional akibat standar keamanan dan fasilitas khusus.
	Lokasi	Potensi salah pandangan antara kawasan retail dan *lifestyle* dengan tempat terapi yang membutuhkan ketenangan.

Tabel 3.1 Analisis SWOT

Sumber: Dokumen Pribadi

4.3 Identitas Brand



TERAS SENSORI merupakan pusat terapi dan pelatihan terpadu yang dirancang sebagai ruang inklusif bagi anak-anak penyandang disabilitas sensorik. Brand ini mengusung citra sebagai "ruang untuk semua indra", di mana setiap elemen ruang, aktivitas, dan fasilitas dirancang untuk mendukung stimulasi, regulasi, serta perkembangan sensorik anak secara optimal. TERAS SENSORI tidak hanya berfungsi sebagai tempat terapi, tetapi juga sebagai lingkungan belajar dan berinteraksi sosial yang aman, nyaman, serta mendukung pertumbuhan holistik anak.

Pemilihan kata teras merepresentasikan ruang transisi yang bersifat terbuka, hangat, dan menerima. Secara konseptual, teras dipahami sebagai area pertemuan antara luar dan dalam, yang menjadi titik awal penerimaan bagi pengguna sebelum memasuki ruang-ruang utama. Makna ini diterjemahkan ke dalam perancangan sebagai area yang mendorong rasa aman, kebersamaan, dan keterbukaan, baik bagi anak, orang tua, maupun terapis. Teras juga mencerminkan fungsi ruang sebagai tempat berkumpul dan berinteraksi, sehingga mampu

mengurangi kesan institusional yang kaku dan menggantikannya dengan suasana yang lebih ramah dan humanis. Sementara itu, kata sensori menegaskan fokus utama perancangan pada pengalaman inderawi. Setiap ruang dalam TERAS SENSORI dirancang dengan perhatian khusus terhadap rangsangan visual, auditori, taktil, proprioseptif, dan vestibular yang disesuaikan dengan kebutuhan anak penyandang disabilitas sensorik. Melalui pengolahan elemen interior seperti warna, material, tekstur, pencahayaan, akustik, dan tata ruang, lingkungan dibentuk agar mudah diakses, tidak berlebihan secara sensorik, serta mendukung proses terapi dan pelatihan. Dengan demikian, identitas brand TERAS SENSORI tercermin tidak hanya melalui nama dan citra visual, tetapi juga melalui pengalaman ruang yang menyeluruh dan bermakna bagi seluruh pengguna.

4.3.1 Fasilitas Teras Sensori

- Lobby: Area penerima tamu dengan informasi utama dan sambutan awal bagi pengunjung.
- Lounge: Ruang tunggu yang nyaman untuk orang tua, pengunjung, dan anak sebelum program dimulai.
- Cafe: Area dengan pantry dan display untuk menjual makanan dan minuman bagi pengunjung.
- Playground: Area bermain dengan alat yang mendukung stimulasi motorik dan sosial anak.
- Sensory Garden: Taman interaktif dengan elemen tekstur, visual, aroma, dan suara untuk stimulasi multisensori.
- Multipurpose Hall: Ruang serbaguna untuk seminar, workshop, pertunjukan, dan berbagai acara komunitas.
- Konsultasi & Asesmen: Ruang privat untuk sesi konseling, asesmen terapi, dan diskusi bersama orang tua/ahli.
- Ruang Terapi Individual: Ruang khusus terapi individu sesuai kebutuhan anak.
- Ruang Sensori Integrasi: Ruang khusus terapi sensori integrasi, latihan fisioterapi, brain gym, dan neurosensori.
- Ruang Snoezelen: Ruang relaksasi dengan pengaturan cahaya, suara, dan tekstur untuk stimulasi dan ketenangan anak.
- Music Studio: Studio latihan musik untuk terapi dan pengembangan kreativitas anak.
- Activity Room: Kelas edukasi, pembelajaran inklusif, area kegiatan keterampilan, dan pelatihan kreatif komunitas.
- Management Office: Kantor manajemen untuk administrasi, rapat staf, dan koordinasi operasional.
- Ruang Terapis: Ruang kerja dan koordinasi untuk tim terapis.

- Meeting Room: Ruang rapat dan diskusi staff.
- Toilet: Toilet ramah anak dan disabilitas.

4.4 Konsep Perancangan

4.4.1 Konsep Tema

Konsep tema yang diterapkan dalam perancangan Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik adalah Modern Playful. Tema ini menggabungkan pendekatan desain modern yang bersih dan fungsional dengan karakter playful yang mampu menghadirkan energi positif, keceriaan, serta rasa aman bagi anak-anak. Penerapan konsep ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan terapi yang tidak kaku dan institusional, melainkan ruang yang mendorong eksplorasi, interaksi, dan kenyamanan emosional bagi pengguna.

Aspek modern diwujudkan melalui penggunaan bentuk-bentuk sederhana, kontemporer, dan tertata, dengan penekanan pada fungsi, efisiensi ruang, serta kenyamanan pengguna. Tata ruang dirancang secara jelas dan mudah dipahami, sehingga membantu anak dalam mengenali orientasi ruang serta mendukung aktivitas terapi dan pelatihan secara optimal. Pendekatan ini juga memastikan bahwa setiap elemen interior memiliki peran yang jelas dan tidak menimbulkan distraksi berlebihan bagi anak dengan sensitivitas sensorik tertentu.

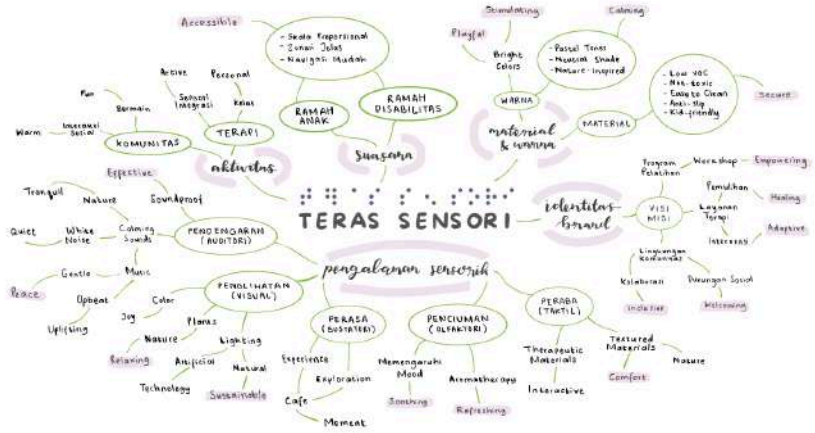
Sementara itu, karakter playful diterapkan untuk menghadirkan suasana yang ceria dan penuh semangat melalui penggunaan warna-warna cerah yang dikombinasikan dengan aksen dinamis. Warna dipilih dan diolah secara terkontrol agar tetap memberikan stimulasi positif tanpa menimbulkan kelelahan sensorik. Selain warna, sentuhan playful juga diwujudkan melalui penggunaan bentuk geometris sederhana seperti segitiga, lingkaran, serta bentuk organik pada elemen interior dan furnitur, sehingga menciptakan pengalaman ruang yang menarik, ramah anak, dan tidak monoton.

Pemilihan material dan tekstur menjadi elemen penting dalam mendukung konsep Modern Playful. Perpaduan berbagai material dengan karakter yang aman, lembut, dan nyaman secara taktil diterapkan untuk memenuhi kebutuhan sensorik anak. Variasi tekstur digunakan sebagai media stimulasi sensorik yang terarah, sekaligus memperkaya kualitas estetika ruang tanpa mengganggu fungsi utama sebagai ruang terapi.

Furniture dirancang dengan prinsip ergonomis dan fleksibel, menyesuaikan dengan skala tubuh anak serta kebutuhan aktivitas yang beragam. Penggunaan furniture modular memungkinkan ruang untuk beradaptasi dengan berbagai jenis terapi, permainan, maupun kegiatan edukatif. Hal ini memberikan fleksibilitas dalam pengaturan ruang sekaligus mendukung kemandirian dan kenyamanan anak saat beraktivitas.

Pencahayaan dalam konsep Modern Playful dirancang bersifat hangat dan adaptif. Sistem pencahayaan memungkinkan pengaturan intensitas dan warna cahaya sesuai dengan kebutuhan ruang dan kondisi pengguna, sehingga dapat mendukung aktivitas terapi yang memerlukan suasana tenang maupun aktivitas bermain yang lebih aktif. Selain itu, keberadaan ruang terbuka dan area interaktif menjadi bagian penting dari konsep ini, dengan menyediakan ruang yang mendorong eksplorasi, interaksi sosial, serta pengembangan kemampuan motorik dan sensorik anak melalui aktivitas bermain, terapi, dan edukasi yang terintegrasi.

4.4.2 Mindmap



Berdasarkan hasil mindmap perancangan, diperoleh tiga kata kunci utama yang menjadi landasan konseptual dalam perancangan Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik, yaitu secure, empowering, dan adaptive. Ketiga kata kunci ini saling berkaitan dan menjadi acuan dalam pengambilan keputusan desain, baik pada skala tata ruang, elemen interior, maupun pengalaman pengguna secara keseluruhan.

Kata kunci secure merepresentasikan upaya menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi setiap anak. Aspek keamanan tidak hanya diwujudkan melalui pemenuhan standar keselamatan fisik, seperti pemilihan material yang aman, sudut furnitur yang tumpul, lantai yang tidak licin, serta sistem sirkulasi yang jelas, tetapi juga melalui keamanan psikologis. Suasana ruang dirancang agar tidak menimbulkan rasa terintimidasi atau overstimulasi sensorik, sehingga anak dapat merasa tenang, terlindungi, dan lebih mudah beradaptasi dengan lingkungan terapi.

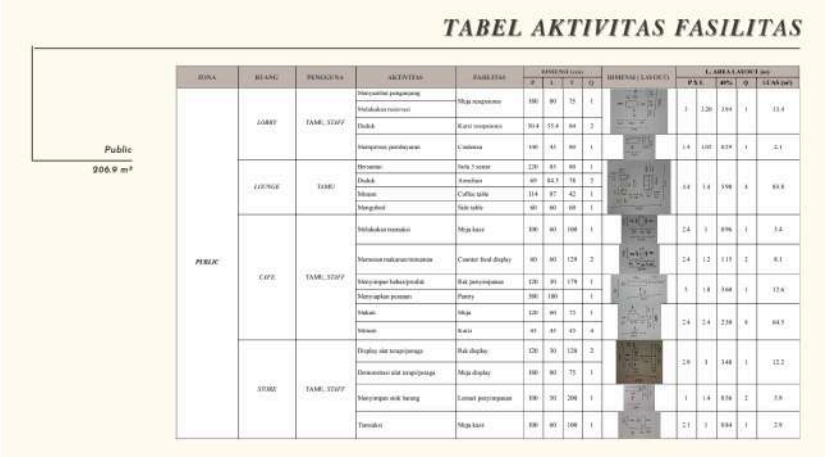
Kata kunci empowering berfokus pada peran ruang dalam mendukung kemandirian, kepercayaan diri, serta pengembangan keterampilan anak. Desain interior diarahkan untuk memberikan kesempatan bagi anak untuk bereksplorasi, memilih aktivitas, dan berinteraksi secara mandiri sesuai dengan kemampuan masing-masing. Penerapan skala ruang dan furnitur yang sesuai dengan ukuran tubuh anak, penataan ruang yang mudah dipahami, serta penyediaan area aktivitas yang mendorong partisipasi aktif menjadi strategi desain untuk memperkuat rasa percaya diri dan kemampuan anak dalam menggunakan ruang.

Sementara itu, kata kunci adaptive menekankan pentingnya fleksibilitas ruang dalam mengakomodasi beragam kebutuhan sensori anak. Setiap anak memiliki tingkat sensitivitas sensorik yang berbeda, sehingga ruang dirancang agar dapat menyesuaikan berbagai kondisi dan aktivitas terapi. Fleksibilitas ini diwujudkan melalui penggunaan furnitur modular, pembagian ruang yang dapat diubah, serta sistem pencahayaan dan akustik yang dapat dikontrol. Dengan pendekatan adaptif, ruang mampu mendukung berbagai jenis terapi dan aktivitas, mulai dari stimulasi sensorik aktif hingga kegiatan yang membutuhkan suasana lebih tenang dan terkendali.

Secara keseluruhan, ketiga kata kunci tersebut menjadi kerangka konseptual yang memastikan bahwa perancangan tidak hanya berorientasi pada aspek estetika, tetapi juga pada kebutuhan fungsional, psikologis, dan sensorik anak. Pendekatan ini memperkuat peran desain interior sebagai medium yang mendukung proses terapi, pembelajaran, dan perkembangan anak secara holistik.

4.4.3 Program Besaran Ruang

- Tabel Aktivitas & Fasilitas



TABEL AKTIVITAS FASILITAS

Public
906.9 m²

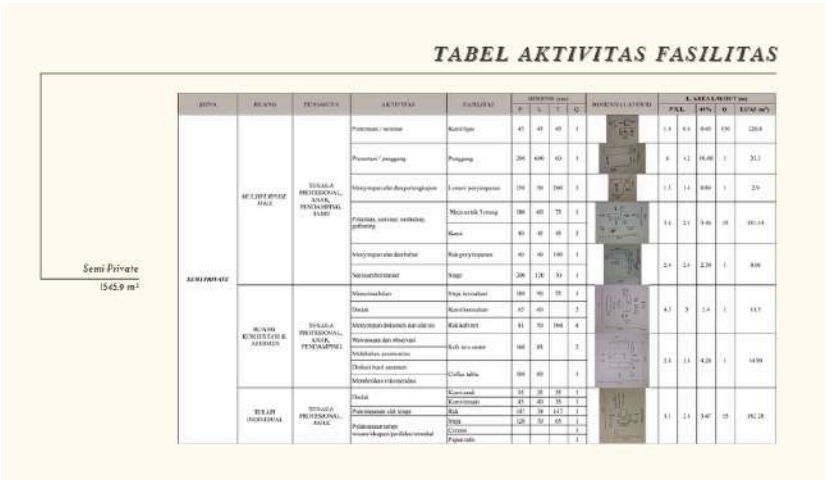
ZONA	RUANG	PENGGUNA	AKTIVITAS	FASILITAS	DIMENSI (cm)				DIMENSI / LAYOUT	L. AREA LAYOUT (m²)			
					P	L	T	Q		P.S.L	40%	Q	LUAS (m²)
PUBLIC	LOBBY	TAMU, STAFF	Menyambut pengunjung										
			Melakukan reservasi	Meja resepsionis	180	80	75	1		3	2.20	3.64	1	13.4
			Duduk	Kursi resepsionis	50.4	53.4	84	2					
			Menaruhkan perlengkapan	Cadangan	140	45	80	1		1.4	1.05	0.35	1	2.1
	LOUNGE	TAMU	Beristirahat	Sofa 3 seater	220	85	80	1		1.6	1.4	3.98	4	10.8
			Duduk	Armchair	69	84.5	74	2					
			Minum	Coffee table	114	87	42	1					
			Mengobrol	Side table	60	60	60	1					
	CAFE	TAMU, STAFF	Melakukan transaksi	Meja kasir	100	60	100	1		2.4	1	8.96	1	3.4
			Memesan makanan/minuman	Counter food display	60	60	125	2		2.4	1.2	3.15	2	8.1
			Menyimpan bahan/peralatan	Rak penyimpanan	120	91	179	1		3	1.8	3.68	1	12.6
			Menyiapkan pesanan	Pantry	300	180		1					
			Makan	Meja	120	90	75	1		2.4	2.4	2.28	8	44.5
			Minum	Kursi	45	45	45	8					
	STORE	TAMU, STAFF	Display alat tenun/jarang	Rak display	120	30	120	2		2.8	3	3.48	1	12.2
			Demonstrasi alat tenun/jarang	Meja display	160	80	75	1					
			Menyimpan stok barang	Lemari penyimpanan	100	50	200	1		1	1.4	0.56	2	3.9
			Tawaran	Meja kasir	100	60	100	1		2.1	1	9.84	1	2.9



TABEL AKTIVITAS FASILITAS

Semi-Public
360 m²

ZONA	RUANG	PENGGUNA	AKTIVITAS	FASILITAS	DIMENSI (cm)				DIMENSI / LAYOUT	L. AREA LAYOUT (m²)			
					P	L	T	Q		P.S.L	40%	Q	LUAS (m²)
SEMI PUBLIC	REMDOG CORNER	ANAK, STAFF	Penyimpanan koleksi buku	Rak buku	90	40	180	1		1.6	0.8	0.38	6	12.1
			Membaca mandiri	Meja baca	60	60	75	1		0.6	1.8	0.43	6	9.17
				Kursi	45	45	45	1						
			Membaca berkelompok	Meja baca	120	120	75	1		2.4	3.6	1.86	3	30.29
				Kursi	45	45	45	4						
			Layanan & konsultasi	Meja staff	120	60	75	1		3	1.8	2.16	1	7.56
				Kursi staff	45	45	45	1						
	PLAYGROUND	ANAK, PENDAMPING	Bermain	Area ayunan	130	150	200	1		6.9	5.2	12.31	9	106.37
				Area perosotan	220	150	110	1						
				Area jungkat-jungkit	200	80	110	1						
				Area panjat	150	100	150	1						
	TAMAN SENSORIK	ANAK, PENDAMPING	Merasakan tekstur	Kolam setrifit	300	200		1		8	3.3	8.40	4	117.60
			Merasakan pencernaan	Tanaman aromatik	150	150		1						
			Merasakan visual	Tanaman berwarna dan berbau	200	250		1						
			Merasakan pendengaran	Elemen air dan lonceng	150	150		1						
			Bermain memutik balon	Jalur paving tersusun	300	100		1						
			Relaksasi dan bermain	Bangku taman dan area rumput	150	100		1						



TABEL AKTIVITAS FASILITAS

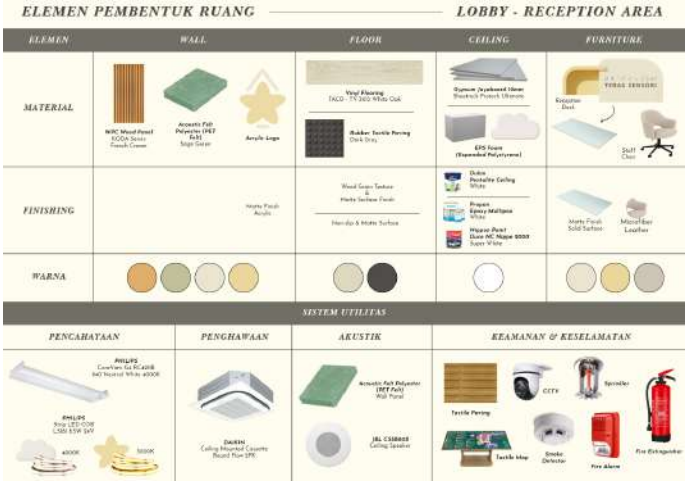
Semi Private
1545.9 m²

ZONA	RUANG	PENGGUNA	AKTIVITAS	FASILITAS	DIMENSI (cm)				DIMENSI / LAYOUT	L. AREA LAYOUT (m²)			
					P	L	T	Q		P.S.L	40%	Q	LUAS (m²)
SEMI PRIVATE	MULTIPURPOSE HALL	TENAGA PROFESIONAL, ANAK, PENDAMPING, TAMU	Pertemuan / seminar	Kursi lipat	45	45	45	1		1.8	0.6	0.40	150	220.8
			Presentasi / panggung	Panggung	200	600	60	1		8	4.2	16.08	1	33.1
			Menyimpan alat dan perlengkapan	Lemari penyimpanan	150	50	200	1		1.5	1.6	0.84	1	2.9
			Pelatihan, seminar, workshop, gathering	Meja untuk 3 orang	180	60	75	1		5.6	2.1	3.46	18	181.44
				Kursi	45	45	45	3						
			Menyimpan alat darurat	Rak penyimpanan	60	40	180	1		2.4	2.4	2.28	1	8.06
			Sirkulasi/termasuk	Tangga	200	120	30	1						
	RUANG KONSULTASI & ASESMEN	TENAGA PROFESIONAL, ANAK, PENDAMPING	Menemui/duduk	Meja konsultasi	180	90	75	1		4.2	3	1.4	1	13.7
			Duduk	Kursi konsultasi	45	45		2						
			Menyimpan dokumen dan alat tes	Rak arsip	81	50	164	4		5.4	1.5	8.28	1	14.94
			Pemasangan alat ukur/tes	Kursi tes cerdas	160	85		2						
			Melakukan asesmen/tes											
			Diskusi hasil asesmen	Coffee table	100	60		1						
			Memberikan rekomendasi											
	TERAPI INDIVIDUAL	TENAGA PROFESIONAL, ANAK	Duduk	Kursi anak	35	35	35	1		3.1	2.1	3.97	15	192.28
				Kursi tamu	45	45	35	1						
			Penyimpanan alat terapi	Rak	187	39	167	3						
			Pelaksanaan terapi sesuai dengan jenis/kebutuhan	Meja	120	52	65	1						
				Cermin				1						
				Papan tulis				1						

4.4.4 Moodboard & Elemen Pembentuk Ruang

- Lobby





- Cafe





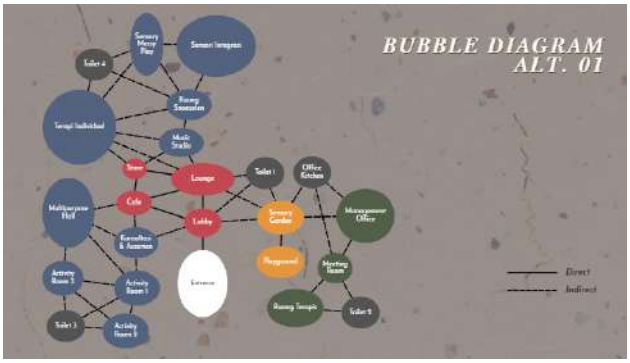
- Lounge

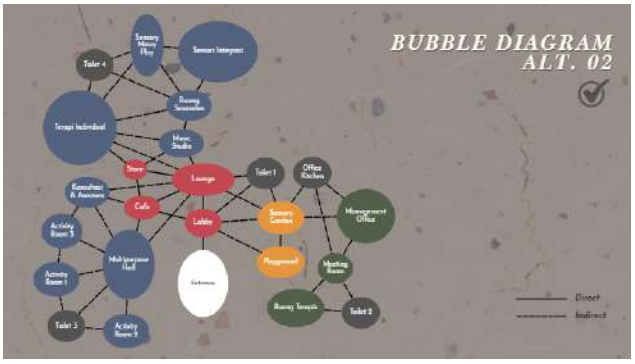


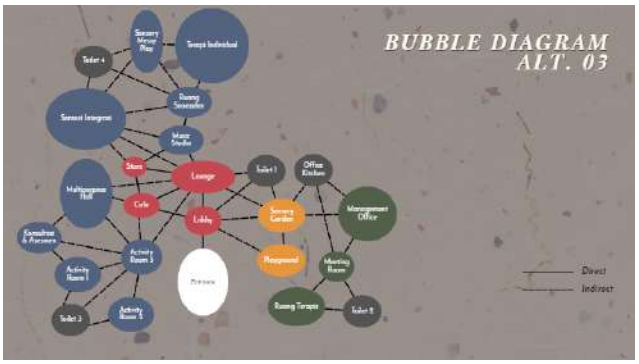


4.4.5 Program Besaran Ruang

Program besaran ruang disusun berdasarkan kebutuhan fungsi pusat terapi dan pelatihan terpadu bagi anak dengan disabilitas sensorik, dengan mempertimbangkan hubungan antar ruang, tingkat privasi, serta alur aktivitas pengguna. Penyusunan alternatif bubble diagram bertujuan untuk menggambarkan keterkaitan fungsi ruang secara konseptual sebelum diterjemahkan ke dalam tata letak denah. Diagram ini menjadi dasar dalam menentukan zoning, sirkulasi, serta proporsi ruang agar mendukung prinsip secure, empowering, dan adaptive dalam perancangan.

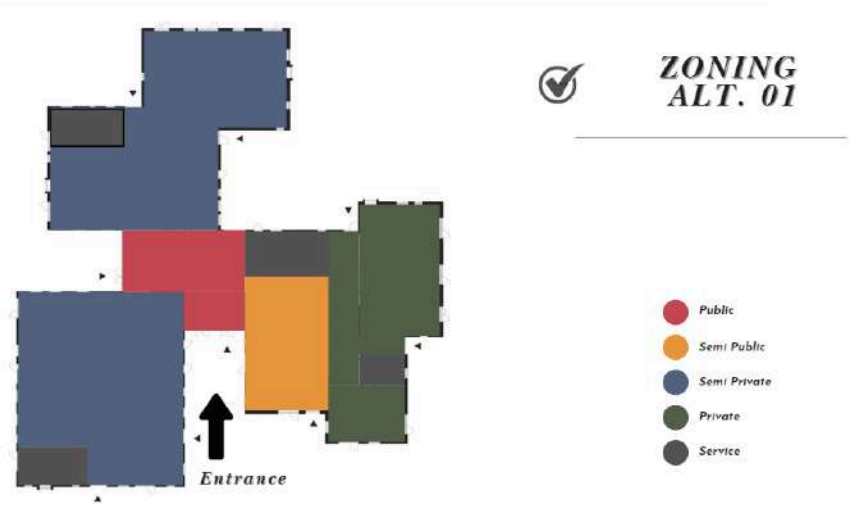






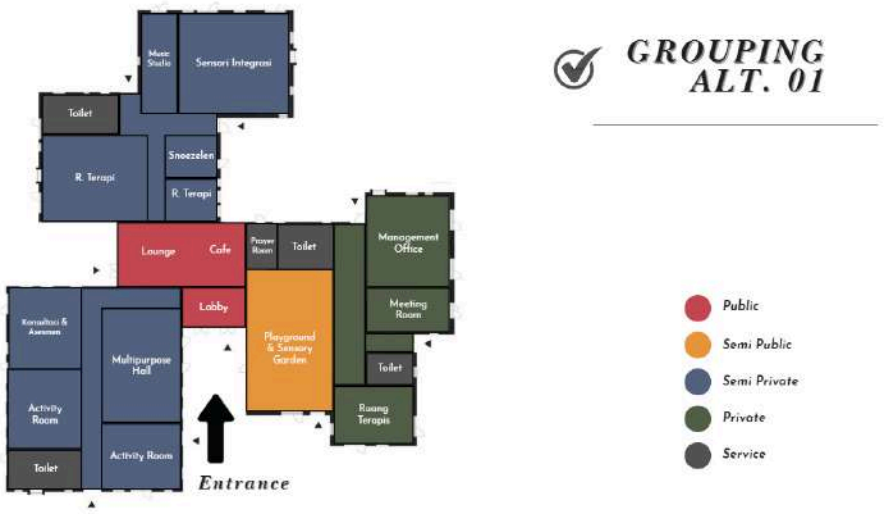
Zoning ruang pada Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik disusun untuk mengatur tingkat aksesibilitas, privasi, dan karakter aktivitas dalam bangunan. Pembagian zona bertujuan menciptakan lingkungan yang aman, terstruktur, dan mudah dipahami oleh anak, sekaligus mendukung alur kegiatan terapi, pelatihan, dan pendampingan secara efektif. Zoning ini juga menjadi strategi untuk mengontrol rangsangan sensorik agar tidak saling mengganggu antar aktivitas.

Secara umum, zona dibagi menjadi area publik, semi publik, dan privat. Zona publik berfungsi sebagai area penerima dan transisi, zona semi publik menampung aktivitas terapi dan edukasi yang terkontrol, sedangkan zona privat diperuntukkan bagi aktivitas dengan tingkat konsentrasi dan privasi yang lebih tinggi. Pembagian ini memungkinkan pengaturan sirkulasi yang jelas serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi seluruh pengguna.



Grouping ruang dilakukan berdasarkan kesamaan fungsi, karakter aktivitas, dan kebutuhan sensorik, sehingga setiap kelompok ruang dapat saling mendukung secara optimal. Ruang-ruang dengan aktivitas aktif dan interaktif dikelompokkan terpisah dari ruang yang membutuhkan suasana tenang, guna meminimalkan gangguan sensorik seperti kebisingan dan overstimulasi. Pengelompokan ini juga mempertimbangkan hubungan antara ruang anak, ruang pendamping/orang tua, serta ruang staf dan terapis. Dengan pengaturan grouping yang tepat, alur pergerakan pengguna menjadi lebih efisien, pengawasan terhadap anak lebih mudah dilakukan, dan fleksibilitas penggunaan ruang

dapat tercapai. Strategi ini mendukung penerapan konsep secure, empowering, dan adaptive secara konsisten dalam keseluruhan perancangan.



4.4.6 Implementasi Desain













BAB V
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Perancangan Pusat Terapi dan Pelatihan Terpadu bagi Anak dengan Disabilitas Sensorik bertujuan untuk menghadirkan lingkungan terapi yang tidak hanya berfungsi secara teknis, tetapi juga mampu mendukung kebutuhan sensorik, psikologis, dan sosial anak secara holistik. Melalui pendekatan desain interior, ruang dirancang sebagai medium yang berperan aktif dalam proses terapi, pembelajaran, dan pengembangan kemandirian anak dengan disabilitas sensorik.

Penerapan konsep tema Modern Playful menjadi strategi untuk menghilangkan kesan ruang terapi yang kaku dan institusional. Pengolahan bentuk, warna, material, pencahayaan, serta furnitur diarahkan untuk menciptakan suasana yang ceria, aman, dan nyaman, sekaligus tetap fungsional dan mudah diakses. Konsep ini memungkinkan ruang menjadi lebih ramah anak serta mendukung keterlibatan aktif pengguna dalam berbagai aktivitas terapi dan pelatihan.

Hasil mindmap perancangan yang dirumuskan ke dalam tiga kata kunci utama, yaitu secure, empowering, dan adaptive, menjadi landasan dalam pengambilan keputusan desain. Aspek secure diwujudkan melalui pengaturan ruang yang aman secara fisik dan psikologis, empowering diterapkan dengan menyediakan ruang yang mendorong kemandirian dan kepercayaan diri anak, sementara adaptive diwujudkan melalui fleksibilitas ruang yang mampu mengakomodasi beragam kebutuhan sensorik dan jenis terapi. Ketiga prinsip tersebut diterapkan secara konsisten mulai dari perencanaan zoning, grouping ruang, hingga pemilihan elemen interior. Dengan demikian, perancangan ini menunjukkan bahwa desain interior memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan terapi yang inklusif dan berkelanjutan. Ruang tidak hanya menjadi wadah aktivitas, tetapi juga berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pengalaman, kenyamanan, serta efektivitas proses terapi dan pelatihan bagi anak dengan disabilitas sensorik.

DAFTAR PUSTAKA

Abdou, D. H. M. A., & Ghanam, D. R. A. L. A. (2020). Architectural Role to Achieve Inclusion for Children with Disabilities in Nurseries. *Journal of Engineering Assiut University*.

Ahzani, Y., Erika, K. A., Arbianingsih, Rokhayah, Y., Gantini, D., & Sari, P. P. (2024). *BUKU AJAR TUMBUH KEMBANG ANAK*. PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta. https://repository.nuansafajarcemerlang.com/publications/586330/buku-ajar-tumbuh-kembang-anak

Amadea, & Leonardo, V. A. (2023). *PENDEKATAN MULTISENSORI PADA PERANCANGAN INTERIOR SPA DI JAKARTA (STUDI KASUS: ORIENTAL SPA CHATSWOOD)*, *6*. file:///C:/Users/Velly/Downloads/yudha_pratama,+55-66_738-Article+Text-4575-1-6-20230310.pdf

Amelia, V. (2023). *Optimalisasi tumbuh kembang anak berkebutuhan khusus: Terapi bermain di Yayasan Matahari Banyuwangi Jawa Timur*, *1*(1), 36.

Andriani, O., Rinjani, A. D., Mutiya, & Aprilia, P. (n.d.). *PENINGKATAN KESADARAN MASYARAKAT : MEMAHAMI KEHIDUPAN DAN TANTANGAN ANAK-ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS*, *1*(3), 482.

Arriani, F., Agustiyawati, Rizki, A., Widiyanti, R., Wibowo, S., Tulalessy, C., Herawati, F., & Maryanti, T. (2022). *Panduan Pelaksanaan Pendidikan Inklusif*. BADAN STANDAR, KURIKULUM, DAN ASESMEN PENDIDIKAN KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI REPUBLIK INDONESIA. https://kurikulum.kemdikbud.go.id/wp-content/uploads/2022/08/Panduan-Pelaksanaan-Pendidikan-Inklusif.pdf

Astuti, R. F., & Putri, K. A. (2024). *Peran Pendidikan Inklusif: Strategi dan Tantangan dalam Penghapusan Diskriminasi terhadap Anak-Anak Berkebutuhan Khusus*, *8*(2), 110. https://jpkk.ppj.unp.ac.id/index.php/jpkk/article/view/926/166

Asya, U. A., Amal, A. A., & Arbianingsih. (2020, April). Occupational Therapy in Children with Special Needs: Systematic Review. *Journal Of Nursing Practice*, *3*(2). https://thejnp.org/index.php/jnp/article/view/95/84

Barbazi, N., & Wang, C. X. (2023). Perceiving Through Colors: Visual Supports for Children With Autism. *Human Factors in Aging and Special Needs*, *88*.

Bestianta, O. R. (2022, June). Menilik Perlindungan Sosial bagi Penyandang Disabilitas. *Kesejahteraan Rakyat Budget Issue Brief*, *2*(10). https://berkas.dpr.go.id/pa3kn/analisis-tematik-apbn/public-file/bib-public-126.pdf?utm_source=chatgpt.com

Darmawati, T. L., Hastijanti, R.A. R., & Murti, F. (2023). *STRATEGI DESAIN FASILITAS PENDIDIKAN BAGI TUNANETRA DAN TUNAGRAHITA*, *17*(2).

Esteban, L., Navas, P., Verdugo, M. Á., & Arias, V. B. (2021). Community Living, Intellectual Disability and Extensive Support Needs: A Rights-Based Approach to Assessment and Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*. https://www.mdpi.com/journal/ijerph

Habsy, B. A., Malora, P. I., Widyastutik, D. R., & Anggraeny, T. A. (2024). *TEORI JEAN PIAGET VS LEV VYGOTSKY DALAM PERKEMBANGAN ANAK DI KEHIDUPAN BERMASYARAKAT*, *4*(2), 584. file:///C:/Users/Velly/Downloads/2325-Article%20Text-4659-1-10-20231216.pdf

Hall, E. (2010). Spaces of Social Inclusion and Belonging for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*(s1). https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x

Indina, G. (2014). Interior Ruang Terapi Dasar Pusat Rehabilitasi Anak Autis Di Malang Dengan Pendekatan Visual. https://www.academia.edu/108523703/Interior_Ruang_Terapi_Dasar_Pusat_Rehabilitasi_Anak_Autis_Di_Malang_Dengan_Pendekatan_Visual?utm_source=chatgpt.com

Kesherim, R. (2025, March 5). *Hypersensitivity and Hyposensitivity: Understanding Sensory Sensitivities*. Total Care ABA Therapy. https://www.totalcareaba.com/autism/hypersensitivity-and-hyposensitivity

Liany, L., Bakry, M. R., Erza, E. K., Inshani, A. D., & Komara, e. S. (2023). Penyuluhan Pemenuhan Hak Disabilitas di Panti Sosial Bina Netra dan Rungu Wicara Cahaya Batin DKI Jakarta. *JURNAL INFO ABDI CENDEKIA*, *6*(1). https://academicjournal.yarsi.ac.id/iac/index.php/iac/article/view/93/64

Maftuhin, A. (2016). Mengikat Makna Diskriminasi: Penyandang Cacat, Difabel, dan Penyandang Disabilitas. *INKLUSI: Journal of Disability Studies*, *3*(2). https://ejournal.uin-suka.ac.id/pusat/inklusi/article/view/030201/pdf

Marinda, L. (2020, April). *TEORI PERKEMBANGAN KOGNITIF JEAN PIAGET DAN PROBLEMATIKANYA PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR*, *13*(1), 121. https://media.neliti.com/media/publications/340203-teori-perkembangan-kognitif-jean-piaget-00d2756c.pdf

Mastermind Behavior. (2025, January 15). *Addressing sensory-seeking behaviors in therapy*. Mastermind Behavior. https://www.mastermindbehavior.com/post/addressing-sensory-seeking-behaviors-in-therapy?

Mulyati, M. I. (2022). Studi Pemilihan Warna terhadap Interior Kamar Praktek Dokter dan Ruang Tunggunya Anak Berkaitan terhadap Tingkat Stres Pasien. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, *4*(6). file:///C:/Users/Velly/Downloads/putrihana99,+7464-7468.pdf

Ngadimin, A. (n.d.). PEMBELAJARAN ORIENTASI DAN MOBILITAS UNTUK SISWA TUNANETRA KELAS PERSIAPAN. *Jurnal Universitas Negeri Jakarta*.

Nisa, K., Mambela, S., & Badiah, L. I. (2018). *KARAKTERISTIK DAN KEBUTUHAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS*, *2*(1).

Nugroho, F. W. (2023). *Edukasi Pengasuhan Anak dengan Disabilitas*. Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Provinsi Jawa Tengah. https://ppid.dp3akb.jatengprov.go.id/uploads/media/Media20230325934Compress%20PDF.pdf

Nur, F., R., R. T., M., S., & I., S. (2019). *Modalitas Estetis Penyandang Tunanetra dalam Distingsi SosialBudaya di Era Industri*.

Pitaloka, A. A. P., Fakhiratunnisa, S. A., & Ningrum, T. K. (2022, Jan). *KONSEP DASAR ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS*, *2*(1), 29. file:///C:/Users/Velly/Downloads/83-Article%20Text-164-1-10-20211202.pdf

Ponidjan, T. S., Batmomolin, A., Yuliani, F. C., Amanupunnyo, N. A., Ritawati, Handayani, G. L., Subriah, Revinel, Rusherina, Adam, Y., Miniharianti, Tiara, A., Kusmiyati, Sine, J. G. L., Damayanti, D. S., Montolalu, A., Rahman, M. A., Tumurang, M. N., Wabula, W. M., & Kristiani, A. (2025). *TUMBUH KEMBANG ANAK*. PT MEDIA PUSTAKA INDO. https://media.neliti.com/media/publications/618096-tumbuh-kembang-anak-34e7b91f.pdf

Pradana, A. (2013). EFEK SNOEZELEN (MULTI SENSORY ENVIRONMENT) TERHADAP PENURUNAN TINGKAT SPASTISITAS PADA ANAK CEREBRAL PALSY SPASTIK DIPLEGI. https://eprints.ums.ac.id/26227/16/SKRIPSI_NASKAH_PUBLIKASI.pdf

Rahmawati, I. D., Ayu, M., Salmiah, J., & Andriani, O. (2024). KARAKTERISTIK DAN KLASIFIKASI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS SECARA AKADEMIK. *JURNAL PENDIDIKAN VOKASI DAN SENI*, *2*(2). file:///C:/Users/Velly/Downloads/Isra+Dwi+Rahmawati,+Mustika+Ayu,+Juni+Salmiah,+Opi+Andriani+16-26.pdf

Rukmana, M. I. (2017). Hubungan Antara Kepercayaan Diri dengan Aktualisasi Diri Pada Penyandang Disabilitas di Kota Surabaya. https://repository.um-surabaya.ac.id/2415/

Son, S., & Jang, C. M. (2021). Air Ventilation Performance of School Classrooms with Respect to the Installation Positions of Return Duct. *Sustainability*, *13*. https://www.mdpi.com/2071-1050/13/11/6188?utm_source=chatgpt.com

Tarsidi, D. (2011). Kendala Umum yang Dihadapi Penyandang Disabilitas dalam Mengakses Layanan Publik. *Jurnal Asesmen Dan Intervensi Anak Berkebutuhan Khusus*, *10*(2). file:///C:/Users/Velly/Downloads/3991-7593-1-SM.pdf

Werkman, M. F., Landsman, J. A., Fokkens, A. S., Dijkxhoorn, Y. M., van Berckelaer-Onnes, I. A., Begeer, S., & Reijneveld, S. A. (2022). The Impact of the Presence of Intellectual Disabilities on Sensory Processing and Behavioral Outcomes Among Individuals with Autism Spectrum Disorders: a Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, *10*. https://link.springer.com/article/10.1007/s40489-022-00301-1

World Health Organization. (2023, March 7). *Disability*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health