

LANDASAN KONSEPTUAL PERENCANAAN DAN PERANCANGAN ARSITEKTUR

***ASSISTED LIVING RESIDENCE* DI KABUPATEN
SLEMAN, D.I. YOGYAKARTA DENGAN
PENDEKATAN *THERAPEUTIC ENVIRONMENT***



**DISUSUN OLEH:
MARIA PUTRI GEMILANG
150116219**

**PROGRAM STUDI ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK
UNIVERSITAS ATMA JAYA YOGYAKARTA
2019**

LEMBAR PENGABSAHAN

LANDASAN KONSEPTUAL PERENCANAAN DAN PERANCANGAN ARSITEKTUR

ASSISTED LIVING RESIDENCE DI KABUPATEN SLEMAN, D.I. YOGYAKARTA DENGAN PENDEKATAN *THERAPEUTIC ENVIRONMENT*

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

**MARIA PUTRI GEMILANG
NPM: 150116219**

Telah diperiksa dan dievaluasi dan dinyatakan lulus dalam penyusunan
Landasan Konseptual Perencanaan dan Perancangan Arsitektur
pada Program Studi Arsitektur
Fakultas Teknik – Universitas Atma Jaya Yogyakarta

Yogyakarta, 31 Juli 2019

Dosen Pembimbing



Ir. Y.P. Suhodo Tjahyono, M.T.

Ketua Program Studi Arsitektur



Dr. Ir. Anna Pudianti, M.Sc.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda-tangan di bawah ini, saya:

Nama : Maria Putri Gemilang

NPM : 150116219

Dengan sungguh-sungguhnya dan atas kesadaran sendiri,

Menyatakan bahwa:

Hasil karya Landasan Konseptual Perencanaan dan Perancangan Arsitektur —yang berjudul:

ASSISTED LIVING RESIDENCE DI KABUPATEN SLEMAN, D.I. YOGYAKARTA DENGAN
PENDEKATAN *THERAPEUTIC ENVIRONMENT*

benar-benar hasil karya saya sendiri.

Pernyataan, gagasan, maupun kutipan—baik langsung maupun tidak langsung—yang bersumber dari tulisan atau gagasan orang lain yang digunakan di dalam Landasan Konseptual Perencanaan dan Perancangan Arsitektur ini telah saya pertanggungjawabkan melalui catatan perut atau pun catatan kaki dan daftar pustaka, sesuai norma dan etika penulisan yang berlaku.

Apabila kelak di kemudian hari terdapat bukti yang memberatkan bahwa saya melakukan plagiasi sebagian atau seluruh hasil karya saya yang mencakup Landasan Konseptual Perencanaan dan Perancangan Arsitektur ini maka saya bersedia untuk menerima sanksi sesuai peraturan yang berlaku di kalangan Program Studi Arsitektur – Fakultas Teknik – Universitas Atma Jaya Yogyakarta; gelar dan ijazah yang telah saya peroleh akan dinyatakan batal dan akan saya kembalikan kepada Universitas Atma Jaya Yogyakarta.

Demikian, Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan sungguh-sungguhnya, dan dengan segenap kesadaran maupun kesediaan saya untuk menerima segala konsekuensinya.

Yogyakarta, 31 Juli 2019

Yang Menyatakan,



Maria Putri Gemilang

ABSTRAK

Pesatnya pertumbuhan lanjut usia dan angka harapan hidup lansia tak lepas dari keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan. Pada tahun 2012 hingga 2016, Indonesia terus mengalami peningkatan angka harapan hidup di usia 60 tahun (*life expectancy at age 60 years old*) dan angka harapan hidup sehat di usia 60 tahun (*health life expectancy at age 60 years old* atau HALE). DIY memiliki komposisi lansia muda mendekati rata-rata di Indonesia (63,39%) yaitu 56,49%, serta lansia madya dan lansia tua lebih tinggi dari rata-rata di Indonesia (27,92% dan 8,69%), yaitu 31,75% dan 11,76%. Meningkatnya jumlah lansia dan ketergantungan pada penduduk usia produktif tidak terlepas dari kemampuan lansia untuk hidup sehat, aktif, dan produktif sesuai dengan visi dan misi kesejahteraan lanjut usia yang tercantum dalam UU Nomor 13 Tahun 1998. Dengan pedoman tersebut, memungkinkan lansia potensial untuk berkarya dan membantu sesamanya sehingga tercipta suatu komunitas yang aktif, produktif, serta mandiri. Lingkungan tempat tinggal dan beraktivitas untuk lansia dalam konteks *therapeutic environment* merupakan tempat yang mendukung kesejahteraan dan pemulihan tubuh dan pikiran. Unsur terapi dalam hal ini menjadi fasilitator yang mendukung kebugaran tubuh, stimulasi mental, dan menimbulkan kesempatan untuk berinteraksi sosial. Penulisan ini bertujuan untuk mewujudkan landasan konseptual perancangan dan perencanaan *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman, DIY melalui wujud ruang dalam interaktif dan ruang luar dengan pendekatan *therapeutic environment*.

Kata kunci: lansia mandiri, *Assisted Living*, therapeutic, interaktif

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan atas selesainya tugas akhir berupa Landasan Konseptual Perencanaan dan Perancangan yang berjudul “*Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta dengan Pendekatan *Therapeutic Environment*” yang merupakan syarat untuk mengambil mata kuliah tugas akhir pada semester selanjutnya. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ir. Y.P. Suhodo Tjahyono, M.T. selaku dosen pembimbing mata kuliah LKPPA
2. Yustina Banon Wismarani, S.T., M.Sc. selaku koordinator mata kuliah LKPPA
3. Dr. Ir. Anna Pudianti M.Sc. selaku Ketua Program Studi Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Atma Jaya Yogyakarta
4. Orangtua dan keluarga, serta teman-teman kelas LKPPA
5. Pihak-pihak yang berperan secara langsung maupun tidak langsung turut membantu didalam doa dan proses penulisan ini.

Penulis menyadari hasil penyusunan tulisan ini jauh dari kesempurnaan. Kekurangan, dan kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja penulis mohon maaf sebesar-besarnya. Penulis berharap semoga segala informasi dan isi di dalam penulisan ini berguna dan bermanfaat.

Yogyakarta, 31 Juli 2019

Penulis,

Maria Putri Gemilang

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGABSAHAN SKRIPSI	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
INTISARI	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Pengadaan Proyek.....	1
1.2 Latar Belakang Masalah.....	10
1.3 Rumusan Permasalahan.....	13
1.4 Tujuan dan Sasaran.....	13
1.4.1 Tujuan.....	13
1.4.2 Sasaran.....	13
1.5 Lingkup Studi.....	14
1.5.1 Lingkup Spasial.....	14
1.5.2 Lingkup Substansial.....	14
1.5.3 Lingkup Temporal.....	14
1.6 Metode Studi.....	15
1.6.1 Metode Penumpukan Data.....	15
1.6.2 Metode Analisis.....	15
1.6.3 Metode Penarikan Kesimpulan.....	15
1.7 Tata Langkah.....	16
1.8 Sistematika Penulisan.....	17
BAB II	18
TINJAUAN HAKIKAT OBYEK STUDI	18
2.1 Tinjauan Umum Lansia.....	18
2.1.1 Pengertian Penuaan dan Lansia.....	18
2.1.2 Klasifikasi Golongan Lansia.....	19
2.1.3 Perubahan pada Kaum Lansia.....	21
2.1.4 Penuaan Biologi.....	21
2.1.5 Nilai Sosial.....	24
2.1.6 Kebutuhan Hidup Lansia.....	25
2.1.7 Hak dan Kewajiban Lansia.....	26

2.1.8 Fasilitas Pelayanan untuk Lansia.....	27
2.2 Tinjauan Assisted Living Residence.....	30
2.2.1 Pengertian Komunitas.....	30
2.2.2 Pengertian Assisted Living Residence.....	31
2.2.3 Peran Assisted Living Residence dalam Komunitas.....	32
2.2.4 Peran Keluarga terhadap Lansia.....	33
2.2.5 Prinsip Perancangan Assisted Living Residence.....	34
2.3 Standar Perancangan Assisted Living Residence.....	37
2.3.1 Perancangan Tapak / Parkir / Lanskap.....	37
1. Ukuran Tapak.....	37
2. Tata Guna Lahan di Sekitar Tapak.....	37
3. Sirkulasi Kendaraan.....	38
4. Parkir.....	38
5. Desain Lanskap.....	41
2.3.2 Sistem Proteksi Kebakaran.....	43
2.3.3 Energi dan Lingkungan.....	47
2.3.4 Sistem Struktur.....	47
2.3.5 Sistem Elektrikal dan Komunikasi.....	48
2.3.6 Peralatan dan Teknologi.....	48
2.3.7 Material.....	48
2.3.8 Akustika.....	48
1. Area Makan.....	48
2. Ruang Serbaguna dan Auditorium.....	49
3. Area Mandi dan Permukaan Keras.....	49
4. Sistem Mekanikal Elektrikal dan Ruang Mekanikal.....	50
2.3.9 Pencahayaan.....	50
5. Ruang Komunal.....	50
6. Koridor / Ruang Sirkulasi.....	51
7. Ruang Hunian.....	51
8. Area Servis.....	52
2.3.10 Wayfinding.....	52
2.3.11 Ukuran dan Tata Ruang.....	52
1. Akomodasi Penghuni (Peter H. F. Stiles, 1976).....	52
2. Akomodasi Pelayanan dan Administratif (Peter H. F. Stiles, 1976).....	53
3. Kebutuhan Ruang untuk Kelompok (Peter H. F. Stiles, 1976).....	55
2.4 Tinjauan Objek Studi.....	55
2.4.1 Housing For Elderly People in Huningue, Perancis.....	55
2.4.2 Jan Van Der Ploeg, Rotterdam, Netherlands.....	57
2.4.3 Woodside Place, Oakmont, Pennsylvania.....	59

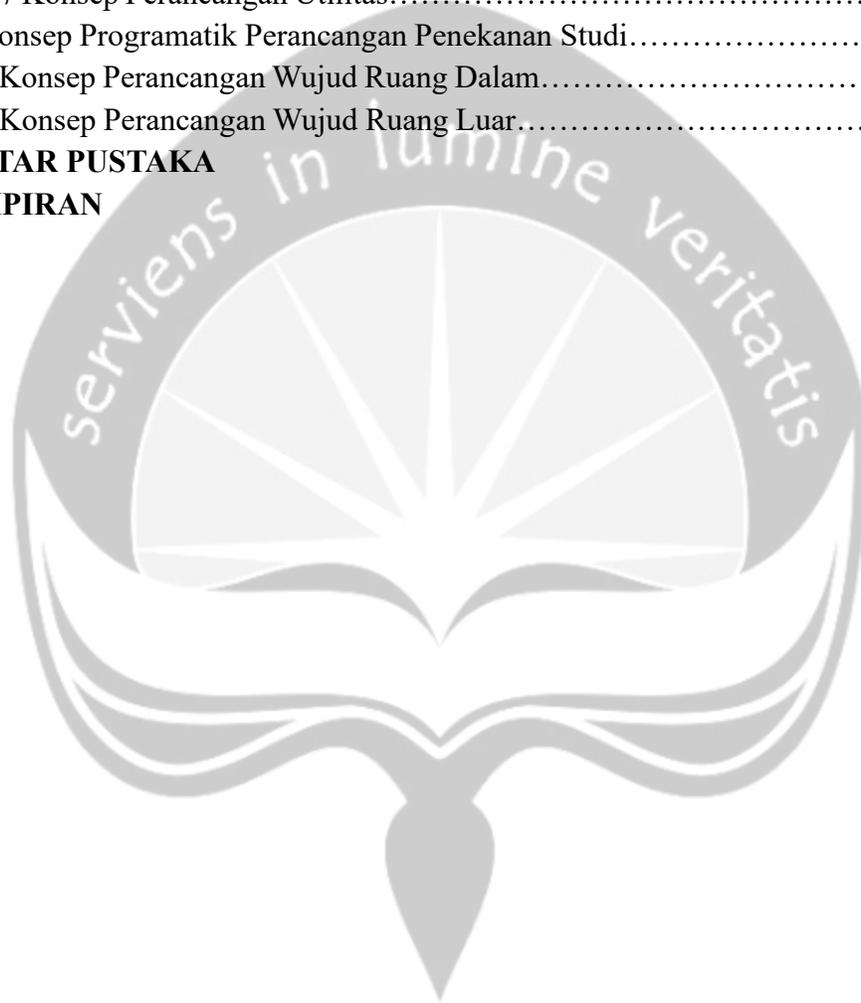
BAB III.....	62
TINJAUAN LOKASI.....	62
3.1 Tinjauan Kabupaten Sleman.....	62
3.1.1 Kedudukan Administratif.....	62
3.1.2 Kondisi Geografis.....	62
3.1.3 Topografi.....	63
3.1.4 Kondisi Klimatologis.....	64
3.1.5 Kondisi Sosial.....	65
1. Kependudukan.....	65
2. Pendidikan.....	65
3. Keagamaan.....	66
4. Perekonomian.....	66
3.2 Tinjauan Tata Ruang Wilayah Kabupaten Sleman.....	67
3.2.1 Fasilitas Sarana dan Prasarana.....	68
3.3 Tinjauan Lokasi Assisted Living Residence di Kabupaten Sleman.....	69
3.3.1 Kriteria Pemilihan Tapak.....	69
3.3.2 Alternatif Lokasi Tapak.....	69
1. Tapak I.....	69
2. Tapak II.....	70
3. Tapak III.....	71
3.3.3 Bobot Penilaian Alternatif Lokasi Tapak.....	71
3.3.4 Kondisi Tapak Terpilih.....	72
BAB IV.....	74
TINJAUAN PUSTAKA LANDASAN TEORITIKAL.....	74
4.1 Tinjauan Teori Lingkungan Therapeutic.....	74
4.1.1 Pengertian Lingkungan Therapeutic.....	74
4.1.2 Peran Lingkungan Therapeutic.....	75
4.1.3 Model-Model Lingkungan Therapeutic.....	75
4.1.6 Lingkungan Therapeutic untuk Lansia.....	78
4.2 Tinjauan Suprasegmen Arsitektural.....	80
4.2.1 Bentuk.....	80
4.2.2 Proporsi dan Skala.....	81
4.2.3 Warna.....	81
4.2.4 Tekstur.....	82
4.3 Tinjauan Teori Ruang Dalam dan Ruang Luar.....	83
4.3.1 Ruang Dalam.....	83
4.3.2 Ruang Luar.....	84
4.4 Tinjauan Teori Ruang Interaktif.....	84
4.4.1 Tinjauan Suasana Interaktif.....	84

BAB V.....	86
ANALISIS PERENCANAAN DAN PERANCANGAN.....	86
5.1 Analisis Sistem Lingkungan.....	87
5.1.1 Analisis Kultural.....	87
5.1.2 Analisis Fisikal.....	88
5.2 Analisis Sistem Manusia.....	99
5.2.1 Analisis Sasaran Pemakai.....	90
5.2.2 Analisis Pelaku Kegiatan.....	90
5.2.3 Alur Kegiatan Pelaku.....	93
5.2.4 Identifikasi Kebutuhan Ruang.....	99
5.2.5 Analisis Besaran Ruang.....	101
5.2.6 Analisis Hubungan Ruang.....	105
5.2.7 Analisis Organisasi Ruang.....	107
5.3 Analisis Penekanan Studi.....	110
5.4 Analisis Perancangan.....	112
5.4.1 Analisis Tapak.....	112
5.4.2 Analisis Struktur dan Konstruksi.....	122
5.4.3 Analisis Utilitas.....	124
BAB VI.....	128
KONSEP PERENCANAAN DAN PERANCANGAN.....	128
6.1. Konsep Perencanaan Sistem Lingkungan.....	128
6.1.1.1 Konsep Kultural.....	128
6.1.1.2 Konsep Fisikal.....	128
6.2. Konsep Perencanaan Sistem Manusia.....	129
6.2.1 Konsep Sasaran Pemakai.....	129
6.2.2 Konsep Pelaku Kegiatan.....	129
6.2.3 Konsep Kebutuhan Ruang.....	133
6.2.4 Konsep Kebutuhan Lokasional.....	137
6.3 Konsep Perencanaan Penekanan Studi.....	139
6.3.1 Konsep Aspek Therapeutic Environment.....	139
6.3.1.1 Konsep Zonasi dan Keterhubungan.....	141
6.3.1.2 Konsep Komunal dan Berbantuan.....	141
6.3.1.3 Konsep Ruang Adaptif.....	142
6.3.1.4 Konsep Privasi dan Personalisasi.....	142
6.4 Konsep Programatik Perancangan.....	143
6.4.1 Konsep Perancangan Fungsional.....	143
6.4.1.1 Konsep Organisasi Ruang.....	143
6.4.2 Konsep Perancangan Tapak.....	145
6.4.3 Konsep Perancangan Tata Bangunan dan Ruang.....	146

6.4.4 Konsep Perancangan Aklimatisasi Ruang.....	147
6.4.4.1 Konsep Perancangan Penghawaan Alami.....	147
6.4.4.2 Konsep Perancangan Penghawaan Buatan.....	148
6.4.4.3 Konsep Perancangan Pencahayaan Alami.....	148
6.4.4.4 Konsep Peancangan Pencahayaan Buatan.....	148
6.4.4.5 Konsep Perancangan Akustika.....	149
6.4.4.6 Konsep Perancangan Struktur dan Konstruksi.....	150
6.4.4.7 Konsep Perancangan Utilitas.....	151
6.5 Konsep Programatik Perancangan Penekanan Studi.....	157
6.5.1 Konsep Perancangan Wujud Ruang Dalam.....	157
6.5.2 Konsep Perancangan Wujud Ruang Luar.....	160

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 . Persentase Penduduk Lansia.....	2
Tabel 1.2. Jumlah Penduduk Lansia di DI Yogyakarta menurut Jenis Kesulitannya.....	4
Tabel 1.3. Daftar Fasilitas Kediaman untuk Lansia di DIY.....	5
Tabel 1.4. Persentase Penduduk Lansia di DI Yogyakarta menurut Tipe Daerah, Jenis Kelamin, dan Hubungan dengan KRT.....	6
Tabel 1.5. Jumlah Penduduk Lansia berdasarkan Kelompok Usia dari Masing-masing Kabupaten di DIY, 2018.....	7
Tabel 1.6. Jumlah Penduduk Lansia Terlantar di DIY, 2010.....	8
Tabel 1.7. Jenis Layanan Fasilitas Kesehatan Lansia di DIY.....	8
Tabel 2.1. Tipikal Ukuran Tapak Menurut Tipe Fasilitas.....	37
Tabel 2.2. Ukuran Kebutuhan Ruang Parkir.....	39
Tabel 2.3. Lebar Buka-an Pintu Kendaraan.....	39
Tabel 2.4. Ukuran Satuan Ruang Parkir.....	40
Tabel 2.5. Ukuran Pintu dan Jalur Sirkulasi.....	41
Tabel 2.6. Jarak Antar Bangunan Gedung.....	43
Tabel 2.7. Karakteristik Sistem Struktur.....	47
Tabel 3.1. Luas Daerah menurut Ketinggian dari Permukaan Laut di Kabupaten Sleman.....	64
Tabel 3.2. Kepadatan Penduduk Kabupaten Sleman Tahun 2016-2018.....	65
Tabel 3.3. Komposisi Penduduk menurut Agama Tahun 2016-2018.....	66
Tabel 3.4. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Sleman.....	69
Tabel 3.5. Scoring Pemilihan Tapak.....	71
Tabel 5.1. Intensitas Pemanfaatan Lahan Perumahan Kepadatan Rendah.....	88
Tabel 5.2. Identifikasi Penghuni Assisted Living Residence.....	89
Tabel 5.3. Identifikasi Sasaran Pengunjung Assisted Living Residence.....	90
Tabel 5.4. Identifikasi Pengelola Assisted Living Residence.....	91
Tabel 5.5. Alur Kegiatan Pelaku Assisted Living Residence.....	93
Tabel 5.6. Identifikasi Kebutuhan Ruang pada Assisted Living Residence.....	99
Tabel 5.7. Analisis Besaran Ruang pada Assisted Living Residence.....	101
Tabel 5.8. Analisis Lingkungan dan Tata guna lahan.....	114
Tabel 5.9. Analisis Sirkulasi Kendaraan.....	115
Tabel 5.10. Analisis Sirkulasi Pejalan Kaki.....	116
Tabel 5.10. Analisis Sirkulasi Pejalan Kaki.....	117
Tabel 5.11. Analisis Kebisingan.....	118
Tabel 5.12. Analisis Vegetasi.....	119
Tabel 5.13. Analisis View to Site.....	120
Tabel 5.14. Analisis View from Site.....	121

Tabel 6.1. Identifikasi Penghuni dan Karakteristik Unit.....130
Tabel 6.2. Identifikasi Penghuni dan Karakteristik Ruang Aktivitas.....130
Tabel 6.3. Identifikasi Sasaran Pengunjung *Assisted Living Residence*.....131
Tabel 6.4. Identifikasi Pengelola *Assisted Living Residence*.....132
Tabel 6.5. Identifikasi Kebutuhan Ruang pada *Assisted Living Residence*.....134

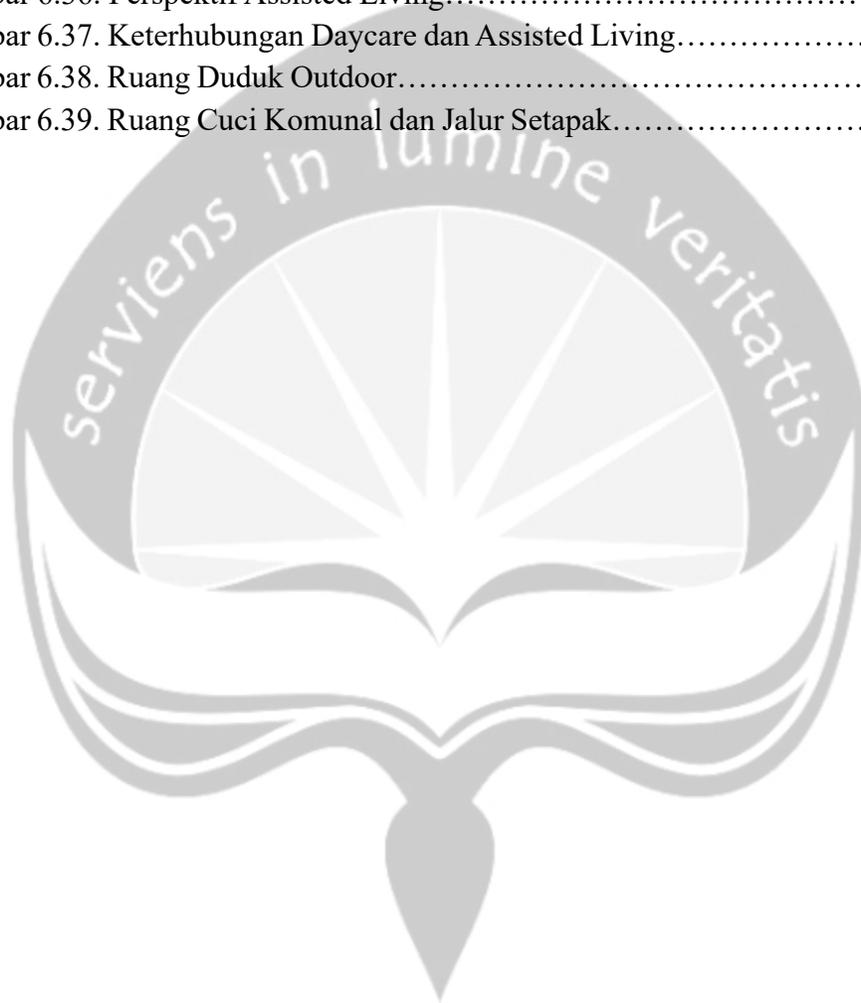


DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Yoga Ketawa di Balai PSTW DIY.....	7
Gambar 1.2. Peta Administrasi Kabupaten Sleman 2011-2031.....	8
Gambar 1.3. Kerangka Pikir.....	16
Gambar 2.1. Pola Satu Jalur dan Dua Jalur.....	41
Gambar 2.2. Posisi Perkerasan pada Rumah Hunian.....	44
Gambar 2.3. Perkerasan Sirkulasi Mobil Pemadam Kebakaran.....	44
Gambar 2.4. Posisi Akses Bebas Mobil Pemadam terhadap Hidran Kota.....	45
Gambar 2.5. Letak Hidran Halaman terhadap Jalur Akses Pemadam Kebakaran.....	45
Gambar 2.6. Persyaratan Saf Terlindung Pemadam Kebakaran.....	46
Gambar 2.7. Entrance dan fasilitas di sekitar bangunan.....	55
Gambar 2.8. Denah lantai dasar dan unit rumah tinggal.....	56
Gambar 2.9. Fasad dan ruang komunal.....	57
Gambar 2.10. Site plan dan atrium Jan Van Der Ploeg.....	57
Gambar 2.11. Denah Lantai Dasar dan Unit Tipikal.....	58
Gambar 2.12. Denah Lantai Dasar.....	59
Gambar 2.13. Denah dan Konsep Ruang.....	61
Gambar 3.1. Peta Administrasi Kabupaten Sleman 2011-2031.....	62
Gambar 3.2. Peta Penggunaan Lahan Kabupaten Sleman.....	67
Gambar 3.3. Lokasi Tapak I (Gg. Jragem, Ngaglik).....	70
Gambar 3.4. Lokasi Tapak II (Jl. Padma, Ngaglik).....	70
Gambar 3.5. Lokasi Tapak III (Jl. KRT Pringgodiningrat, Sleman).....	71
Gambar 3.6. Kondisi Sekitar Tapak Terpilih.....	73
Gambar 4.1. Elemen-elemen Bentuk.....	80
Gambar 4.2. Proporsi dan Skala terhadap Suasana Ruang.....	80
Gambar 4.3. Contoh Penerapan Warna pada Fasilitas Kesehatan.....	81
Gambar 4.4. Pengaruh Tekstur pada Permukaan.....	82
Gambar 4.5. Elemen Pembentuk Ruang Dalam dan Ruang Luar.....	82
Gambar 4.6. Empat Bidang dan Aliran Ruang pada Bidang Atas.....	83
Gambar 5.1. Struktur Organisasi Assisted Living Residence.....	91
Gambar 5.2. Hubungan Kedekatan Ruang Penerimaan.....	106
Gambar 5.3. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Hunian.....	106
Gambar 5.4. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Komunal.....	107
Gambar 5.5. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Pengelola.....	107
Gambar 5.6. Hubungan Kedekatan Ruang Makro.....	108
Gambar 5.7. Organisasi Ruang Penerimaan.....	108
Gambar 5.8. Organisasi Ruang Hunian.....	109
Gambar 5.9. Organisasi Ruang Komunal.....	109

Gambar 5.10. Organisasi Ruang Pengelola.....	110
Gambar 5.11. Organisasi Ruang Makro.....	110
Gambar 5.12. Permasalahan Lingkungan Hunian untuk Lansia.....	111
Gambar 5.13. Capaian Lingkungan Therapeutic dan Ruang Interaktif.....	112
Gambar 5.14. Kondisi Eksisting Tapak.....	113
Gambar 5.15. Zoning Horizontal.....	122
Gambar 5.16. Zoning Vertikal.....	123
Gambar 5.17. Sistem AC Split.....	125
Gambar 5.18. Kipas Angin Ornamental.....	125
Gambar 5.19. Exhaust Fan.....	126
Gambar 6.1. Struktur Organisasi Assisted Living Residence.....	132
Gambar 6.2. Hubungan Kedekatan Ruang Penerimaan.....	137
Gambar 6.3. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Hunian.....	137
Gambar 6.4. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Komunal.....	138
Gambar 6.5. Hubungan Kedekatan Ruang Zona Pengelola.....	138
Gambar 6.6. Hubungan Kedekatan Ruang Makro.....	139
Gambar 6.7. Permasalahan pada Lansia.....	140
Gambar 6.8. Konsep Lingkungan <i>Therapeutic</i>	140
Gambar 6.9. Konsep Zonasi dan Keterhubungan.....	141
Gambar 6.10. Konsep Komunal dan Berbantuan.....	141
Gambar 6.11. Konsep Ruang Adaptif.....	142
Gambar 6.12. Konsep Privasi dan Personalisasi.....	142
Gambar 6.13. Organisasi Ruang Penerimaan.....	143
Gambar 6.14. Organisasi Ruang Hunian.....	143
Gambar 6.15. Organisasi Ruang Komunal.....	144
Gambar 6.16. Organisasi Ruang Pengelola.....	144
Gambar 6.17. Organisasi Ruang Makro.....	145
Gambar 6.18. Konsep Perancangan Tapak.....	145
Gambar 6.19. Konsep Tata Bangunan Merespon Analisa Tapak.....	146
Gambar 6.20. Bukaan Horisontal.....	147
Gambar 6.21. Bukaan Vertikal.....	147
Gambar 6.22. Sistem AC Split.....	148
Gambar 6.22. Konsep Pencahayaan Alami.....	148
Gambar 6.23. Konsep Struktur.....	151
Gambar 6.24. Sistem AC Split.....	152
Gambar 6.25. Kipas Angin Ornamental.....	153
Gambar 6.26. Exhaust Fan.....	153
Gambar 6.27. Konsep Tanggap Bencana.....	154
Gambar 6.28. Sistem Penanggulangan Kebakaran.....	154

Gambar 6.29. Jaringan dan Titik Detektor.....	155
Gambar 6.30. Konsep Jaringan Distribusi Air Bersih dan Kotor.....	156
Gambar 6.31. Lobby Hunian Lansia.....	157
Gambar 6.32. Selasar dan Ruang Duduk.....	158
Gambar 6.33. Hubungan Selasar dengan Ruang Dalam.....	158
Gambar 6.34. Ruang Hobi dan Aktivitas.....	159
Gambar 6.35. Lobby Hunian Lansia.....	159
Gambar 6.36. Perspektif Assisted Living.....	160
Gambar 6.37. Keterhubungan Daycare dan Assisted Living.....	161
Gambar 6.38. Ruang Duduk Outdoor.....	161
Gambar 6.39. Ruang Cuci Komunal dan Jalur Setapak.....	162



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Pengadaan Proyek

Kelahiran dan kematian merupakan suatu titik penting yang terjadi dalam kehidupan manusia, tumbuh dan berkembang menjadi tahapan yang tak lepas dari proses penuaan. Menua merupakan proses perubahan yang terjadi seiring berjalannya waktu yang umumnya dibatasi oleh perubahan (seringkali dipersepsikan sebagai hal negatif) yang terjadi setelah masa pubertas, yakni perkembangan dari masa anak-anak hingga dewasa muda (Stuart-Hamilton, 2000). Tahap penuaan disertai dengan kemampuan jangkauan yang berbeda, sehingga diperlukan tanggapan khusus sesuai karakter kelompok berdasarkan usia. Menurut UU RI Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Usia Lanjut dan Peraturan Pemerintah RI No. 43 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia, bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Secara global, populasi lansia cenderung tumbuh lebih cepat dibandingkan usia lebih muda.

Dalam laporan *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Healthy* (Organization, 2017) memperkirakan pada tahun 2050, satu dari lima orang akan berumur lebih dari 60 tahun atau akan ada 2 milyar lansia di seluruh dunia. Data survey harapan hidup dari WHO menunjukkan pada tahun 2012 hingga 2016, Indonesia terus mengalami peningkatan angka harapan hidup di usia 60 tahun (*life expectancy at age 60 years old*) dan angka harapan hidup sehat di usia 60 tahun (*health life expectancy at age 60 years old* atau HALE). Pesatnya pertumbuhan lanjut usia dan angka harapan hidup lansia tak lepas dari keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan.

Persentase pertumbuhan penduduk lansia yang cenderung meningkat, berbanding terbalik dengan pertumbuhan balita yang semakin menurun setiap tahunnya. BPS (Badan Pusat Statistik) memproyeksikan pada tahun 2045, lansia di Indonesia akan meningkat sebesar 2,5 kali lipat atau 63,41 juta lansia dibandingkan di tahun 2018. Data Susenas Maret 2018 menunjukkan dari

seluruh Indonesia, 5 provinsi dengan jumlah lansia tertinggi yaitu, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Utara, dan Bali. Persentase penduduk lansia menurut provinsi dan kelompok umur pada tahun 2018 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1 . Persentase Penduduk Lansia, 2018

Provinsi	Kelompok Umur (Tahun)			
	Lansia Muda (60-69)	Lansia Madya (70-79)	Lansia Tua (80+)	Lansia (60+)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aceh	65,09	26,57	8,34	6,77
Sumatera Utara	68,06	24,31	7,64	7,58
Sumatera Barat	64,92	26,01	9,0-7	9,48
Riau	69,28	24,61	6,11	5,48
Jambi	68,28	23,94	7,78	7,29
Sumatera Selatan	66,57	25,04	8,39	7,70
Bengkulu	65,61	24,53	9,87	7,16
Lampung	63,95	26,10	9,95	8,54
Kep. Bangka Belitung	69,22	24,48	6,31	7,51
Kepulauan Riau	70,58	23,82	5,60	4,57
DKI Jakarta	70,36	24,36	5,28	7,51
Jawa Barat	63,53	28,66	7,82	8,91
Jawa Tengah	59,08	30,44	10,49	12,92
DI Yogyakarta	56,49	31,75	11,76	13,97
Jawa Timur	61,95	28,62	9,43	12,54
Banten	69,25	24,74	6,02	6,03
Bali	60,76	29,63	9,60	10,96
Nusa Tenggara Barat	63,83	27,58	8,59	8,19
Nusa Tenggara Timur	62,10	29,16	8,74	7,79
Kalimantan Barat	66,06	27,39	6,56	7,53
Kalimantan Tengah	69,36	24,18	6,46	5,78
Kalimantan Selatan	67,32	26,30	6,38	7,18
Kalimantan Timur	70,41	22,63	6,95	6,03
Kalimantan Utara	72,07	23,04	4,89	6,22
Sulawesi Utara	65,64	26,21	8,15	10,73
Sulawesi Tengah	66,90	25,39	7,71	7,85
Sulawesi Selatan	60,38	29,99	9,63	9,32
Sulawesi Tenggara	63,07	28,32	8,60	6,82
Gorontalo	67,65	27,35	5,00	7,71
Sulawesi Barat	63,20	27,11	9,70	6,51
Maluku	65,52	26,64	7,84	7,01
Maluku Utara	70,25	23,29	6,46	6,19
Papua Barat	75,00	21,27	3,72	4,55
Papua	76,95	19,60	3,45	3,34
Indonesia	63,39	27,92	8,69	9,27

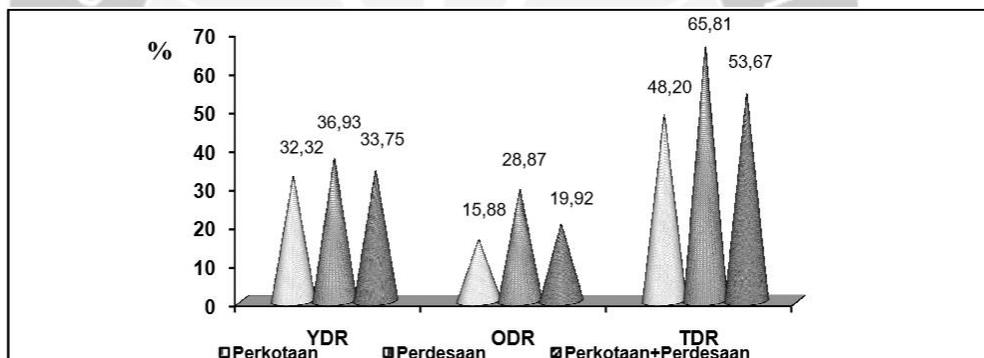
Sumber: BPS Indonesia, h 127, 2018

Dari data tersebut diketahui bahwa kelompok lansia muda di Indonesia

mendominasi jumlah lansia secara keseluruhan. DIY memiliki komposisi lansia muda mendekati rata-rata di Indonesia (63,39%) yaitu 56,49%, serta lansia madya dan lansia tua lebih tinggi dari rata-rata di Indonesia (27,92% dan 8,69%), yaitu 31,75% dan 11,76%. Melalui data tersebut diketahui bahwa DIY memiliki jumlah lansia tertinggi di Indonesia, yaitu 13,97%.

Komposisi lansia berdasarkan kelompok umur berimplikasi pada rasio ketergantungan pada penduduk usia produktif. Lansia yang telah mempersiapkan hari tuanya dengan baik dapat berkontribusi dengan baik, namun lansia yang belum siap menyambut hari tuanya akan menjadi tanggungan penduduk usia produktif. Persentase ketergantungan penduduk lansia (*Old Dependency Ratio/ ODR*) di DIY dapat dilihat pada Grafik 1.1 sebagai berikut.

Grafik 1.1. Rasio Ketergantungan Penduduk di DI Yogyakarta menurut Tipe Daerah, 2010



Sumber: Statistik Penduduk Lanjut Usia di DIY, h 22, 2010

Grafik di atas menunjukkan bahwa jumlah ketergantungan penduduk lansia sebesar 19,92 yang menunjukkan bahwa setiap 100 penduduk (Demografi, 2018) usia produktif (15-59 tahun) harus menanggung sekitar 19-20 orang lansia. Angka tersebut akan terus meningkat sejalan dengan pertumbuhan penduduk yang semakin menurun. Tingkat ketergantungan lansia berkaitan dengan tingkat kesulitan secara fungsional, dimana rasio ketergantungan yang hanya mencerminkan tanggungan beban dalam aspek ekonomi, belum sepenuhnya menggambarkan kebutuhan fungsional dari lansia. Tabel 1.2 menunjukkan jumlah lansia dan jenis kesulitannya sebagai

berikut.

Tabel 1.2. Jumlah Penduduk Lansia di DI Yogyakarta menurut Jenis Kesulitannya, 2010

Jenis Kesulitan	Tidak Ada Kesulitan	Mengalami Kesulitan		Jumlah	Persentase Kesulitan
		Sedikit	Parah		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Melihat	402.258	40.004	5.809	448.071	10,22
Mendengar	393.778	46.791	7.502	448.071	12,12
Berjalan/Naik Tangga	397.484	39.722	10.865	448.071	11,29
Mengingat/ Berkonsentrasi/ Berkomunikasi	411.110	30.896	6.065	448.071	8,25
Mengurus Diri Sendiri	419.625	20.567	7.879	448.071	6,35

Sumber: Statistik Penduduk Lanjut Usia di DIY, h 50, 2010

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2010, sebesar 419.625 orang lansia bisa mengurus diri sendiri atau hanya 6,35% lansia yang kesulitan mengurus diri sendiri. Di samping itu, lansia memerlukan pendampingan karena kesulitan melihat, mendengar, berjalan, mengingat dan berkomunikasi. Kesulitan fungsional tersebut membatasi lansia untuk bersosialisasi dan berkontribusi dalam masyarakat, sehingga membutuhkan fasilitas yang dapat menunjang kehidupannya sehari-hari. Kebutuhan tersebut meliputi akses, tempat tinggal, dan sarana bersosialisasi dengan sesama lansia maupun masyarakat secara produktif.

Meningkatnya jumlah lansia dan ketergantungan pada penduduk usia produktif tidak terlepas dari kemampuan lansia untuk hidup sehat, aktif, dan produktif sesuai dengan visi dan misi kesejahteraan lanjut usia yang tercantum dalam UU Nomor 13 Tahun 1998. Dengan pedoman tersebut, memungkinkan lansia potensial untuk berkarya dan membantu sesamanya sehingga tercipta suatu komunitas yang aktif, produktif, serta mandiri. Lingkungan yang kondusif memungkinkan lansia menjalani masa tuanya dengan nyaman dan mandiri, sehingga dapat berkontribusi, berkreasi dan membagikan pengalaman atau ilmunya untuk generasi selanjutnya. Seperti makna “*wreda*”, lansia dapat

menjadi komunitas senior yang berpengalaman, dihormati dan dihargai atas kontribusinya. Adapun daftar fasilitas kediaman untuk lansia di DIY dapat dilihat pada tabel 1.3 sebagai berikut.

Tabel 1.3. Daftar Fasilitas Kediaman untuk Lansia di DIY

No.	Nama	Alamat	Kepemilikan	Daya Tampung (jiwa)
1.	Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW)	JL. Kaliurang, Km. 17, 5, Pakem, Sleman	Pemerintah Daerah	126
2.	Panti Jompo Budhi Dharma	JL. Ponggalan, UH VII/203, Giwangan, Yogyakarta	Pemerintah Daerah	60
3.	Panti Wredha Hanna	MG.II/267, Jl. Surokarsan, Yogyakarta	Swasta	40
4.	Panti Wredha Perandan Pedudar	Klitren Lor GKIII/451, Gondokusuman	Swasta	14
5.	PSTW Budhi Luhur	Jl. Kasongan No.88, Kasihan, Bantul	Pemerintah Daerah	88
6.	Panti Wredha Santa Monika	Depok, Banjarasri, Kalibawang, Kulon Progo	Swasta	32
7.	Panti Wredha Mulya	Jl. Sendowo Blok G RT.13, RW.56, Mlati, Sleman	Swasta	

Sumber: Analisis Penulis, 2019

Tabel di atas memaparkan bahwa panti wreda milik pemerintah daerah hanya mampu menampung 274 orang lansia yang didominasi oleh lansia terlantar karena tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar atau terlantar secara psikis maupun sosial. Dengan demikian terdapat ketimpangan daya tampung yang ada dengan jumlah lansia yang membutuhkan karena kemampuan ekonomi maupun psikis dan sosial. Hal ini dapat dilihat dari tabel 1.4 terkait hubungan lansia dalam suatu rumah tangga di DIY tahun 2010, dimana tidak semua lansia yang memiliki tempat tinggal dapat hidup dengan nyaman dan produktif.

Tabel 1.4. Persentase Penduduk Lansia di DI Yogyakarta menurut Tipe Daerah, Jenis Kelamin, dan Hubungan dengan KRT, 2010

Tipe Daerah/ Jenis Kelamin	KRT	Istri/ Suami	Orang Tua/ Mertua	Famili Lain	Pembantu	Lainnya	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Perkotaan							
Laki-laki (L)	89,52	0,32	8,35	1,54	0,05	0,23	100,00
Perempuan (P)	35,21	37,49	22,46	3,92	0,43	0,50	100,00
L+P	59,36	20,96	16,18	2,86	0,26	0,38	100,00
Perdesaan							
Laki-laki (L)	87,15	0,19	11,16	1,40	0,01	0,09	100,00
Perempuan (P)	26,66	40,18	29,05	3,84	0,03	0,24	100,00
L+P	53,29	22,58	21,18	2,77	0,02	0,17	100,00
Perkotaan+Perdesaan							
Laki-laki (L)	88,46	0,26	9,61	1,48	0,03	0,17	100,00
Perempuan (P)	31,34	38,71	25,45	3,88	0,25	0,38	100,00
L+P	56,62	21,69	18,44	2,82	0,15	0,28	100,00

Sumber: Statistik Penduduk Lanjut Usia di DIY, h 25, 2010

Melalui data di atas diketahui bahwa jumlah lansia sebagai kepala rumah tangga (KRT) di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan, di samping itu masih ada lansia sebagai kerabat jauh (famili lain) dan lansia yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Bukan hanya tekanan sosial, namun juga kondisi lingkungan tempat tinggal dapat memicu depresi pada lansia yang berakibat menurunnya sistem kekebalan tubuh, meredam emosi dan semangat spiritual, sehingga menghambat pemulihan dan penyembuhan (Smith & Watkins, 2016). Jenis kesulitan, hubungan dengan kepala rumah tangga (KRT) dan jumlah lansia di masing-masing kabupaten menunjukkan bahwa penurunan produktivitas dari aspek fungsional dan lingkungan yang tidak mendukung menyebabkan peningkatan lansia terlantar di suatu wilayah. Dengan demikian, lansia membutuhkan suatu lingkungan yang kondusif untuk memenuhi hak kesejahteraan hidupnya dalam suatu komunitas dan kediaman lansia di DIY.



Gambar 1.1. Yoga Ketawa di Balai PSTW DIY, 2019

Sumber: dinsos.jogjaprov.go.id/ diakses pada 25 Februari 2019

DIY terdiri dari 1 kotamadya dan 4 kabupaten, yaitu Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman, Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Kulon Progo. Data jumlah penduduk lansia berdasarkan kelompok usia dari masing-masing kotamadya dan kabupaten dipaparkan pada tabel berikut ini.

Tabel 1.5. Jumlah Penduduk Lansia berdasarkan Kelompok Usia dari Masing-masing Kabupaten di DIY, 2018

No.	Kabupaten	Lansia Muda (60-69) (Jiwa)	Lansia Madya (70-79) (Jiwa)	Lansia Tua (80+) (Jiwa)	Total (Jiwa)
1.	Kota Yogyakarta	33.927	13.613	5.772	53.312
2.	Sleman	85.653	46.214	23.450	155.317
3.	Gunungkidul	76.117	47.882	24.415	148.414
4.	Bantul	76.411	40.463	21.229	138.103
5.	Kulon Progo	40.374	25.932	14.019	80.325

Sumber: <http://kependudukan.jogjaprov.go.id/> diakses pada 18 Februari 2019 dan Analisis Penulis, 2019

Tabel 1.6. Jumlah Penduduk Lansia Terlantar di DIY, 2010

No.	Kabupaten	Jumlah Lansia Terlantar (Jiwa)	Jumlah Lansia Terlantar (%)
1.	Kota Yogyakarta	1.945	6,54
2.	Sleman	5.647	18,99
3.	Gunungkidul	11.565	38,88
4.	Bantul	5.486	18,45
5.	Kulon Progo	5.099	17,14
	Total	29.742	100

Sumber: <http://dinsos.jogjapro.go.id/?p=127> diakses pada 18 Februari 2019 dan Analisis Penulis, 2019

Kedua tabel di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2018 jumlah lansia tertinggi berada di Kabupaten Sleman. Sedangkan pada tahun 2010 terdapat 5.647 (18,99%) orang lansia terlantar atau kedua tertinggi setelah Kabupaten Gunungkidul yaitu 11.565 (38,88%) orang. Jumlah ini akan terus meningkat setiap tahunnya berbanding lurus dengan kenaikan jumlah penduduk di perkotaan. Hal ini juga diikuti dengan berbagai permasalahan kesehatan meliputi kemunduran fungsi biosel, jaringan, organ, bersifat progresif, perubahan secara bertahap, akumulatif dan intrinsik (Soejono, Trisna, & Puspita, 2006) yang dipelajari dalam bidang geriatri. Adapun fasilitas kesehatan di DIY dengan spesialisasi geriatri dapat dilihat pada tabel 1.7 sebagai berikut.

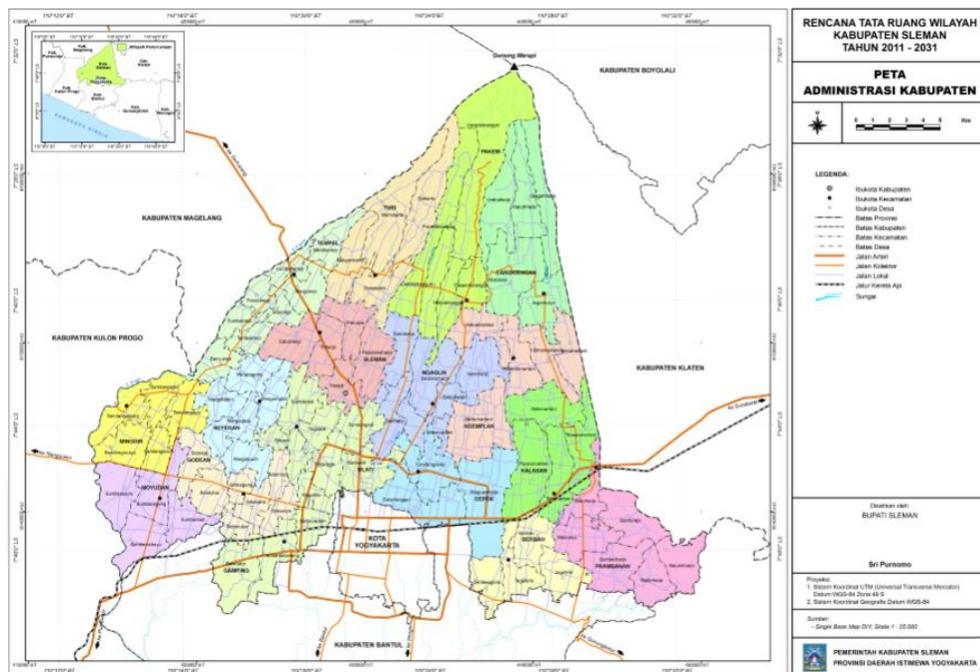
Tabel 1.7. Jenis Layanan Fasilitas Kesehatan Lansia di DIY

No.	Nama Faskes	Alamat	Level Faskes
1.	RSUP Dr. Sardjito	JL. Kesehatan No.1 Sekip	Rumah Sakit
2.	RS JIH	JL. Ring Road Utara No. 160, Condongcatur, Depok	Rumah Sakit
3.	dr. Wasilah Rochmah, Sp.PD (K)Ger	JL. Sultan Agung No. 62, Gunungketur, Pakualaman , Yogyakarta	Puskesmas/ Klinik/ Praktek Pribadi

Sumber: <http://103.255.15.70:8087/spgdt/> diakses pada 18 Februari 2019

Daftar di atas menunjukkan bahwa hanya ada 2 rumah sakit dan 1 praktek pribadi yang menangani kesehatan lansia. RSUP Dr. Sardjito termasuk

dalam Kabupaten Sleman yang menjadi salah satu potensi penunjang kesejahteraan lansia. Berdasarkan kepadatan penduduk, ketinggian lokasi, potensi terdampak bencana dan jarak tempuh dari rumah sakit terdekat, beberapa lokasi yang memiliki potensi untuk didirikannya kediaman sekaligus pusat kegiatan lansia yang dapat dilihat pada Gambar 1.2 berikut ini.



Gambar 1.2. Peta Administrasi Kabupaten Sleman 2011-2031

Sumber: (Bappeda.slemankab.go.id, 2019)

Berdasarkan data yang telah dipaparkan, dengan mempertimbangkan kepadatan penduduk dan jumlah lansia, fasilitas kesehatan, serta jarak jangkauan dari pusat daerah, Kabupaten Sleman memiliki potensi menjadi pusat komunitas dan kediaman lansia. Adapun alternatif lokasi pilihan adalah Kecamatan Ngaglik, Kecamatan Ngemplak, dan Kecamatan Sleman dengan zona pelayanan dalam 1 kecamatan dari salah satu lokasi terpilih. Hal ini didukung oleh pernyataan pemerintah daerah Kabupaten Sleman dalam Expo dan Senior Festival 2018 dengan Asosiasi Senior Living Indonesia (ASLI), bahwa siap menjadi kota ramah lansia yang berfokus pada pembangunan fasilitas ramah lansia (Irawan, 2018). Maka dari itu, rancangan pusat komunitas dan kediaman lansia dalam bentuk *Assisted Living Residence*

dengan pendekatan *Therapeutic Environment* diperlukan untuk memberikan rasa aman, nyaman dan terkontrol dengan merancang lingkungan buatan maupun alami yang memberikan rangsangan positif dan mengurangi tekanan pada lansia di Kabupaten Sleman, DIY.

1.2 Latar Belakang Masalah

Ada 8 (delapan) jenis bangunan pelayanan untuk lansia (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004) dengan beragam karakteristik lingkungan dan standar fasilitas sebagai berikut:

1. *Geriatric Medicine* atau pengobatan geriatrik merupakan pelayanan medis yang memberikan perawatan kesehatan untuk lansia dengan penurunan kemampuan kognitif, emosional, dan fisik dengan penanganan ahli dalam bidang psikologi, internal, psikiatri, neurologi, terapi, dan sosial.
2. *Adult Day Care* merupakan penitipan untuk lansia yang beroperasi selama kurang dari 24 jam per hari sebagai alternatif dari *assisted living* dan perawatan jangka panjang, dimana lansia masih tinggal dengan keluarganya.
3. *Long-term Care* merupakan program untuk lansia yang rentan dan sakit dengan perawatan 24 jam, *hospice* untuk penghuni yang menjalani tahap akhir dari masa hidupnya, perawatan khusus untuk penyandang Alzheimer/Demensia, rehabilitasi jangka pendek dari rumah sakit untuk kembali ke rumah, perawatan temporer untuk lansia muda, dan perawatan lansia muda yang mengalami trauma otak.
4. *Assisted Living Residence* ditujukan kepada lansia yang sudah tidak bisa hidup sendiri, tetapi tidak membutuhkan perawatan kesehatan khusus dari rumah perawatan (*nursing home*). Fasilitas ini menyediakan asistensi atau bantuan untuk medis, aktivitas sehari-hari, makanan, dan perawatan rumah.
5. *Residences for Persons with Alzheimer's and Dementia* merupakan hunian untuk penyandang Alzheimer dan Demensia yang menghindari simbol-simbol, obyek, dan konfigurasi ruang dari fasilitas perawatan konvensional, seperti perawat pengawas dan kesan ruang institusi.
6. *Congregate Living (CL)* ditujukan untuk komunitas lansia yang mandiri

dan masih bisa merawat diri sendiri dalam sebuah tempat tinggal (umumnya apartemen) yang akan ditata sesuai kebutuhannya sendiri.

7. *Continuing Care Retirement Communities (CCRCs)* merupakan komunitas yang menawarkan rumah dan pelayanan kesehatan seumur hidup sesuai dengan pilihan gaya hidup tertentu.
8. *Active Adult Communities (AACs)* merupakan komunitas lansia tanpa tanggungan keluarga/ anak dan pensiunan yang ingin tinggal di rumah baru karena kesulitan merawat rumah sendiri, serta kesepian tanpa tetangga dan teman dekat.

Berdasarkan paparan penjelasan tersebut, *Assisted Living Residence* merupakan kombinasi dari beberapa jenis bangunan pelayanan untuk lansia agar menjalani masa tuanya dengan semangat kemandirian untuk berkontribusi aktif dalam masyarakat. Perhatian perancangan untuk generasi senior ini merujuk pada individu yang masih memiliki potensi, namun membutuhkan pendampingan dalam suatu komunitas yang sehat, mandiri dan berkontribusi.

Perancangan pada bangunan institusi atau panti, umumnya diwujudkan dalam bentuk arsitektural maupun fungsi pelayanan dasar yang mengacu pada standar-standar minimal, sehingga kurang menarik, menjenuhkan, bahkan memberikan persepsi negatif. Institusi atau panti yang seharusnya menjadi tempat kediaman untuk menitipkan lansia yang nyaman, aman, dan produktif, menjadi tempat “menyingkirkan/ membuang” lansia. Isu ini diperkuat dengan budaya Indonesia untuk merawat orang tua atau lansia dalam keluarga inti. Di sisi lain, lansia potensial dalam suatu rumah tangga inti, belum tentu dapat memenuhi kebutuhan emosional dan spiritualnya, sedangkan lansia yang sudah tidak produktif dipandang sebagai anggota keluarga tambahan. Begitu pula pandangan dari keluarga atau wali untuk memberikan kepercayaan dan menerima jaminan dari panti atau komunitas, jika anggota keluarganya akan mendapatkan hak kesejahteraan hidup yang layak.

Kondisi lingkungan dan perubahan yang terjadi karena penuaan menjadi pendorong timbulnya depresi pada lansia. Berdasarkan penelitian, prevalensi depresi pada lansia berkisar 12-36% pada lansia yang menjalani

rawat jalan, 30-50% pada lansia yang menderita penyakit kronis dengan perawatan dalam waktu lama, 27,1% pada lansia yang berada di institusi, serta 9,3% pada lansia yang tinggal di rumah sendiri. Sebanyak 10-15% gejala depresi terjadi pada orang dengan usia 65 tahun ke atas dan meningkat drastis sebanyak 50-70% pada lansia yang berada di institusi. DIY sebagai wilayah dengan penduduk lansia tertinggi, menunjukkan angka depresi yang tinggi sebanyak 46,1% dari setiap 128 lansia (Juliantika, Probowo, & Amigo, 2015). Adapun gejala depresi yang muncul, seperti perasaan sedih yang berkepanjangan, merasa bersalah, putus asa, dan perasaan tidak berharga dan tidak berguna.

Arsitektur memiliki 2 peran dalam kontribusi kesejahteraan hidup lansia (Regnier, 1994). Peran pertama ialah untuk melibatkan dampak dari perancangan dalam tujuan dan fungsi yang terukur, seperti seberapa jauh efektivitas peralatan, tata ruang dalam dan tata ruang luar, material, aksesibilitas, dan manipulasi lingkungan terhadap penghuni. Peran kedua adalah sebagai penerima yang terpengaruh oleh simbol-simbol dan asosiasi dari komunitas yang ada dalam suatu lingkungan. Oleh sebab itu, rancangan harus mewujudkan bentuk dan fungsi dengan pertimbangan bagaimana penghuni dipandang sebagai individu yang tinggal di dalamnya, pengunjung, dan perawat yang dapat bekerja tanpa terhalang oleh lingkungan.

Lingkungan tempat tinggal dan beraktivitas untuk lansia dalam konteks *therapeutic environment* merupakan tempat yang mendukung kesejahteraan dan pemulihan tubuh dan pikiran. Unsur terapi dalam hal ini menjadi fasilitator yang mendukung kebugaran tubuh, stimulasi mental, dan menimbulkan kesempatan untuk berinteraksi sosial (Smith & Watkins, 2016). Hal ini dapat dicapai dengan memperhatikan faktor kunci, seperti mengurangi tekanan dari lingkungan, memberikan stimulasi positif, memberikan dukungan sosial, dan rasa untuk mengendalikan lingkungannya. Pulihnya kesehatan tubuh dan pikiran akan mendorong kepercayaan diri dan kemandirian lansia untuk mampu menerima kehidupan masa tuanya dengan baik. Dengan demikian, aspek perancangan *Assisted Living Residence* sebagai tempat kediaman dan komunitas dalam lingkungan yang bersifat terapi diharapkan mampu

memulihkan peran lansia dalam masyarakat, sehingga menjadi individu yang sehat, produktif, dan mandiri.

1.3 Rumusan Permasalahan

Bagaimana wujud *Assisted Living Residence* sebagai wadah komunitas dan kediaman lansia di Kabupaten Sleman, DIY melalui perancangan ruang dalam dan ruang luar yang dapat memenuhi kebutuhan lansia, terutama mengurangi tekanan agar lansia dapat tinggal dan beraktivitas dengan sehat, produktif dan mandiri melalui pendekatan *therapeutic environment*.

1.4 Tujuan dan Sasaran

1.4.1 Tujuan

Mewujudkan *Assisted Living Residence* sebagai wadah komunitas dan kediaman lansia di Kabupaten Sleman, DIY melalui perancangan ruang dalam dan ruang luar yang dapat memenuhi kebutuhan lansia, terutama mengurangi tekanan agar lansia dapat tinggal dan beraktivitas dengan sehat, produktif dan mandiri melalui pendekatan *therapeutic environment*.

1.4.2 Sasaran

Untuk mencapai tujuan tersebut ada beberapa hal yang menjadi sasaran dalam merancang *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi mengenai penuaan, karakteristik, perubahan, kebutuhan hidup, dan peran lansia, serta tata letak, konfigurasi ruang privat dan komunal, dan aspek utilitas agar dapat memwadhahi dan mendukung kesehatan, serta potensi pada lansia.
2. Mengidentifikasi *therapeutic environment*, batasan ruang dalam dan ruang luar dalam konteks arsitektur.
3. Mengidentifikasi suasana terapis dan aspek-aspek stimulasi positif untuk pemulihan kesehatan dan kenyamanan lansia.
4. Mengidentifikasi dan menganalisis wilayah terkait dari aspek administratif, geografis, topografi, iklim, kependudukan, serta sarana dan prasarana.

5. Analisis pelaku, kegiatan, dan besaran ruang terkait bangunan perawatan dan rumah untuk lansia.
6. Analisis penekanan studi dengan menerapkan pendekatan *therapeutic environment* dalam aspek arsitektur yang memberikan stimulasi positif untuk mendukung pemulihan, kemandirian dan produktifitas.
7. Menentukan konsep *Assisted Living Residence* yang mendukung pemulihan, kemandirian dan produktifitas dengan pendekatan *therapeutic environment*.

1.5 Lingkup Studi

1.5.1 Lingkup Spasial

Lokasi tapak terletak di Kabupaten Sleman yang merupakan area permukiman penduduk dengan kepadatan rendah hingga sedang dan masih terdapat area persawahan di sekitarnya.

Lokasi ini dipilih dengan mempertimbangkan lingkungan yang tenang, lingkungan sosial yang memicu interaksi baik dengan lansia, tingkat polusi udara, kemudahan akses kendaraan mobil dan motor, serta jarak dengan fasilitas kesehatan terdekat untuk mengantisipasi kondisi darurat yang dapat terjadi pada lansia.

1.5.2 Lingkup Substansial

Landasan konseptual ini membahas perancangan tata ruang dalam dan ruang luar yang dapat memenuhi kebutuhan lansia, terutama mengurangi tekanan agar lansia dapat tinggal dan beraktivitas dengan sehat, produktif dan mandiri melalui pendekatan *therapeutic environment*. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan hidup lansia dalam aspek individual dan bermasyarakat.

1.5.3 Lingkup Temporal

Assisted Living Residence sebagai wadah komunitas dan kediaman lansia di Kabupaten Sleman, DIY dalam landasan konseptual ini diproyeksikan untuk bertahan hingga tahun 2050 yang akan dirancang dalam 1 semester masa studi.

1.6 Metode Studi

1.6.1 Metode Penumpukan Data

Dalam menulis landasan konseptual, dilakukan pengumpulan data sebagai berikut.

- a. Data primer berupa wawancara dengan pengelola panti, wawancara dengan lansia penghuni panti sebagai data primer, serta pengambilan gambar, pengamatan dan pengukuran kondisi awal tapak
- b. Data sekunder diambil dari beberapa literatur mengenai lansia, standar penataan panti wreda dari instansional terkait, dan 3 preseden kediaman lansia untuk dilakukan studi komparasi

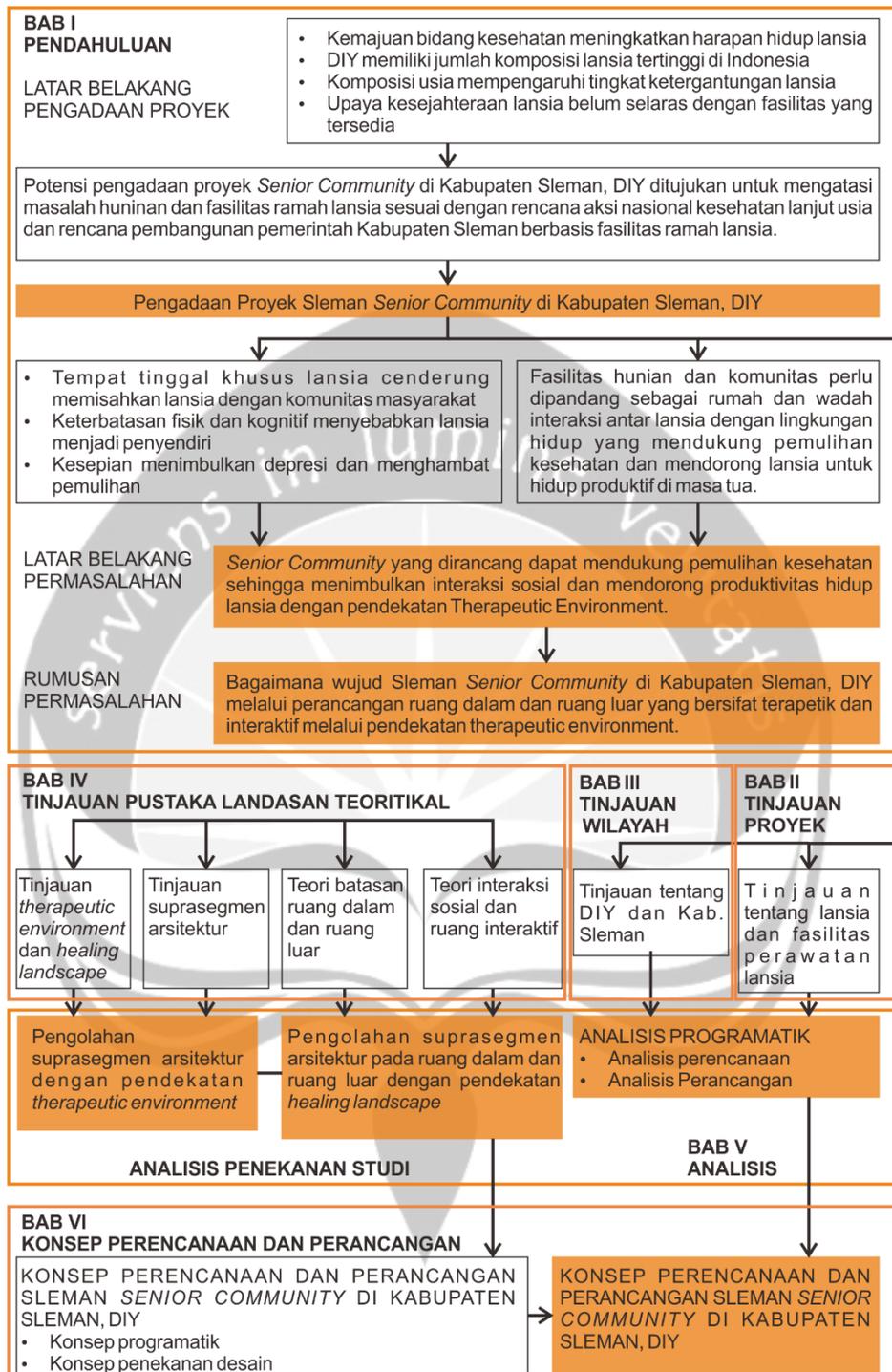
1.6.2 Metode Analisis

Metode deskriptif yaitu menjelaskan berbagai data dan permasalahan yang ada untuk mendapatkan solusi dalam proses pemecahan masalah (*problem solving*) melalui pengumpulan, kompilasi data, menganalisis dan menginterpretasi data.

1.6.3 Metode Penarikan Kesimpulan

Metode deskriptif induktif, yakni membahas atau menjelaskan dari permasalahan khusus dengan pembuktian dan fakta hingga menemukan kesimpulan berupa pernyataan umum.

1.7 Tata Langkah



Gambar 1.3. Kerangka Pikir

Sumber: Dokumen Penulis (2019)

1.8 Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Berisi tentang: latar belakang pengadaan proyek, latar belakang permasalahan, rumusan permasalahan, tujuan dan sasaran, lingkup studi, metode studi, tata langkah dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PROYEK

Tinjauan ini merupakan tinjauan teori mengenai pengertian dan karakteristik lansia, pengertian dan standar-standar umum perancangan *assisted senior living*, serta metode pendekatan *therapeutic environment*.

BAB III TINJAUAN WILAYAH KABUPATEN SLEMAN

Wilayah objek studi ditinjau dari lingkup makro hingga lingkup mikro diawali dengan tinjauan DIY, kemudian tinjauan Kabupaten Sleman sebagai wilayah terpilih, serta tinjauan mengenai lokasi tapak terpilih.

BAB IV TINJAUAN PUSTAKA

Teori pendukung perwujudan ruang dalam dan ruang luar yang mengacu pada perancangan *assisted senior living* dengan pendekatan *therapeutic environment* agar lansia dapat tinggal dan beraktivitas dengan nyaman.

BAB V ANALISIS PERENCANAAN DAN PERANCANGAN

Analisis mengenai data-data acuan bagi perencanaan dan perancangan untuk mendesain kediaman lansia, antara lain pelaku dan kegiatan, besaran ruang, kriteria, kebutuhan ruang, dan sebagainya. Hal ini bertujuan agar ruang luar dan dalam yang dirancang dapat digunakan sebagaimana mestinya.

BAB VI KONSEP PERENCANAAN DAN PERANCANGAN

Konsep usulan desain bangunan “*Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman” yang dapat memenuhi kebutuhan lansia, terutama mengurangi tekanan agar lansia dapat tinggal dan beraktivitas dengan sehat, produktif dan mandiri melalui pendekatan *therapeutic environment*.

DAFTAR PUSTAKA

Berisi lis literatur seperti buku, artikel, majalah jurnal dan sumber bacaan lainnya yang sesuai dengan proyek *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman.

BAB II

TINJAUAN HAKIKAT OBYEK STUDI

2.1 Tinjauan Umum Lansia

2.1.1 Pengertian Penuaan dan Lansia

Menua atau menjadi tua merupakan proses perubahan yang terjadi seiring berjalannya waktu yang akan dilalui makhluk hidup. Peristiwa ini memiliki beberapa pengertian sesuai dengan yang istilah atau batasan bagaimana proses penuaan mempengaruhi perkembangan seseorang (Stuart-Hamilton, 2000). Hal-hal berupa kejadian atau peristiwa yang berkaitan dari masa lampau yang mempengaruhi perkembangan seseorang disebut efek penuaan distal atau *distal ageing effects*, sedangkan kejadian atau peristiwa yang baru saja terjadi sehingga mempengaruhi perkembangan seseorang disebut efek penuaan proksimal atau *proximal ageing effects*. Adapun teori penuaan sebagai berikut.

a. *Programmed Theory of Ageing*

Daur hidup sel, yaitu kematian dan regenerasi sel telah diatur dalam suatu urutan yang dibuktikan dengan batas berapa kali sel bisa tergantikan sebelum kemudian mati (*Hayflick phenomenon*).

b. *Somatic Mutation Theory of Ageing*

Sel hasil regenerasi yang menggantikan sel sebelumnya bukan tiruan yang persis sama sekali, tetapi mengandung kesalahan yang diperburuk oleh faktor polutan dari lingkungan dan pola makan yang tidak sesuai.

c. *Autoimmune Theory of Ageing*

Penuaan merupakan kesalahan sistem imunitas tubuh karena daya tahan melemah untuk melawan infeksi dan kesalahan dalam mengidentifikasi sel tubuh sebagai perantara infeksi, sehingga justru menghancurkan diri sendiri.

Melalui teori-teori tersebut, disimpulkan bahwa salah satu

penyebab penuaan, yakni daur hidup sel yang mati dan beregenerasi, disamping itu dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, sel mengalami degradasi dan mutasi sehingga terjadi penuaan. Dengan demikian penuaan dapat dipandang dalam lingkup mikro yaitu berkaitan dengan aspek biologi saja dan lingkup makro dengan melibatkan aspek sosial dan aspek umur. Adapun batasan untuk mengelompokkan seseorang sebagai lansia meliputi lingkup makro sebagai berikut.

a. Aspek Biologi

Penurunan pada struktur, fungsi sel, jaringan, serta sistem organ seiring bertambahnya usia seseorang menyebabkan penurunan daya tahan fisik terhadap serangan penyakit yang bisa mengakibatkan kematian.

b. Aspek Sosial

Strata sosial dipengaruhi oleh suatu wilayah tertentu, begitu pula dengan lansia yang memiliki kedudukan yang berbeda dalam suatu masyarakat sesuai dengan karakteristik tempat dan budaya yang berkembang di dalamnya.

c. Aspek Umur

Sesuai dengan umur kronologisnya, seseorang akan digolongkan dalam kelompok lanjut usia sesuai dengan batasan sebagaimana tercantum dalam UU RI No. 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dan Peraturan Pemerintah RI No. 43 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia yang menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun ke atas.

2.1.2 Klasifikasi Golongan Lansia

Pertambahan usia berkaitan erat dengan aspek psikologi yang dapat dikelompokkan berdasarkan perilaku sosial dan kelompok umur kronologis seseorang. Umur sosial merujuk pada ekspektasi lingkungan sekitar terhadap bagaimana seseorang seharusnya bersikap sesuai dengan usia kronologisnya. Hal ini berkaitan dengan sensitivitas istilah

penyebutan untuk lansia, sehingga beberapa peneliti gerontologi (studi tentang penuaan) memunculkan istilah usia ambang batas (*threshold age*), yaitu pengelompokan berdasarkan usia fisik dan psikologi. Umumnya, peneliti mengelompokkannya dalam *young elderly* dan *old elderly* (*young old* atau *old old*).

Menurut Burnside, Ebersole dan Monea (1979), kelompok *young old* adalah usia 60-69 tahun, *middle age old* adalah usia 70-79 tahun, *old old* adalah usia 80-89 tahun, dan *very old old* adalah usia lebih dari 90 tahun (Stuart-Hamilton, 2000). Selain itu, metode pengelompokan umur dengan istilah *third age* merujuk pada gaya hidup yang aktif dan mandiri pada lansia dan *fourth age* adalah periode akhir dari ketergantungan dengan lingkungan sekitarnya. Perbedaan istilah tersebut merupakan hasil dari ketidakpastian bagaimana hal yang tampak pada lansia mungkin belum tentu sesuai dengan aspek sosial, fisik dan psikologinya.

Secara global, *World Health Organization* (WHO) mengelompokkan lanjut usia menjadi Usia Pertengahan yakni kelompok usia 40-50 tahun, Usia Lanjut (*Elderly*) yakni kelompok usia 60-74 tahun, Usia Lanjut Tua (*Old*) yakni kelompok usia 75-90 tahun, dan Usia Sangat Tua (*Very Old*) yakni kelompok usia di atas 90 tahun.

Di Indonesia, Departemen Kesehatan RI mengelompokkan lanjut usia sebagai berikut:

- a. Kelompok Pertengahan Umur: kelompok usia dalam masa fertilitas, yaitu masa persiapan usia lanjut yang menunjukkan kepekaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).
- b. Kelompok Usia Lanjut Dini: kelompok dalam masa pensiun, yaitu yang mulai memasuki usia lanjut (55-64 tahun).
- c. Kelompok Usia Lanjut: kelompok dalam masa senium (65 tahun ke atas).
- d. Kelompok Usia Lanjut dengan Resiko Tinggi: kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri terpencil, menderita penyakit berat dan cacat.

Menurut UU RI Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, kalsifikasi berdasarkan kemampuan lansia dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Lansia Usia Potensial, yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau aktivitas yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa (usia 60-70 tahun).
- b. Lansia Usia Tidak Potensial, yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (usia diatas 70 tahun).

2.1.3 Perubahan pada Kaum Lansia

Pertumbuhan dan perkembangan pada lansia terkait dengan daya jangkau dan batas-batas fisik maupun sosial yang berdampak pada bagaimana merancang lingkungan yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Penuaan dapat dibahas dalam dua sudut pandang, yakni melalui ilmu yang mempelajari proses biologis (*geriatrics*) dan ilmu yang mempelajari nilai sosial (*gerontology*).

2.1.4 Penuaan Biologi

Penuaan biologi merujuk pada kondisi dimana tubuh tidak mampu mempertahankan keseimbangan interaksi dari organ, otot, tulang, dan sistem kelenjar endokrin (Perkins, Hogle, King, & Cohen, 2004). Melalui peristiwa tersebut, seorang lansia akan meragukan kemampuan dan mengetahui batasannya, sehingga perlu beradaptasi dengan tubuhnya. Beberapa contoh batasan usia pada tubuh sebagai berikut (Stuart-Hamilton, 2000).

- a. Usia Anatomi (*Anatomical Age*), yaitu keseluruhan kondisi dari struktur tulang, jenis tubuh dan lain-lain.
- b. Usia Karpal (*Carpal Age*), yaitu kondisi dari tiap-tiap pergelangan (*carpal*).
- c. Usia Fisiologi (*Physiological Age*), yaitu kondisi dari proses fisiologi, seperti tingkat metabolisme tubuh.

Perubahan fisik berimplikasi pada lingkungan, sehingga

mempengaruhi rancangan yang sesuai untuk lansia. Selain memberikan kemudahan, kesempatan untuk berolahraga atau menggerakkan tubuh sesuai kemampuannya perlu dipertimbangkan berdasarkan aspek-aspek berikut (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004).

1. **Sistem Komunikasi.** Perubahan sistem kelenjar endokrin yang mengatur hormon dapat merubah suhu tubuh atau menurunkan kemampuan tubuh untuk merespon dan bereaksi sesuai rangsangan yang diterima, karena menurunnya kemampuan sistem saraf untuk mengkoordinasi gerakan dimana refleks menjadi lebih lambat untuk lansia. Implikasi pada desain:
 - a. Memperpanjang waktu operasional pada fasilitas atau sistem otomatis (pintu elevator dan pintu otomatis) untuk memberikan lansia cukup waktu ketika menggunakannya.
 - b. Membedakan ruang-ruang dengan kesan berulang dan simetris dengan penanda dan memperbanyak arti penting dari informasi yang akan dituju (*wayfinding*).
 - c. Menghindari penggunaan akses-akses yang bisa terkunci otomatis.
 - d. Memberikan lampu pada peralatan elektronik yang akan menyala ketika digunakan.
 - e. Merancang sistem mekanis dengan pengaturan yang fleksibel.
2. **Sistem Gerak.** Kemampuan gerak yang terbatas pada lansia karena penurunan fungsi otot mempengaruhi postur tubuh, ketahanan, dan posisi persendian. Selain itu, menurunnya elastisitas rangka mempengaruhi daya tekuk, putar dan angkat sehingga lebih rentan terhadap kecelakaan. Implikasi pada desain:
 - a. Menghindari peralatan yang dioperasikan dengan rumit seperti putar dan jepit.
 - b. Menyediakan banyak tempat duduk untuk beristirahat di area sirkulasi (lorong) dan di dekat elevator.
 - c. Menyediakan kursi berlengan dengan sandaran tegak dan ketinggian yang disesuaikan dengan tubuh lansia.

- d. Menyesuaikan standar kebutuhan khusus untuk lansia yang berbeda dengan standar kebutuhan anak hingga dewasa muda.
 - e. Menghindari karpet yang longgar, perubahan ketinggian pada ambang pintu, dan permukaan-permukaan licin yang mempengaruhi keseimbangan dan cara berjalan.
 - f. Memberikan kesempatan untuk mempertahankan kebugaran tubuh.
3. **Sistem Pengaturan.** Lansia mengalami masalah pengaturan pada fungsi tubuh seperti menahan buang air, kesulitan mengunyah makanan, dan malnutrisi. Permasalahan pada sistem pernapasan dan peredaran darah, serta kelainan yang dipengaruhi oleh faktor keturunan menyebabkan menurunnya asupan oksigen ke otak, pusing, hilang kesadaran dan kaburnya penglihatan. Implikasi pada desain:
- a. Menyediakan banyak kamar mandi yang mudah diakses.
 - b. Menyediakan dapur sekaligus area makannya, disertai jendela untuk mendorong pola makan yang baik.
 - c. Meminimalisir jarak perjalanan.
 - d. Menyediakan ruang makan yang meningkatkan nafsu makan dan kesempatan untuk berinteraksi sosial.
4. **Panca Indera.** Penglihatan dan pendengaran merupakan panca indera yang paling sering digunakan dari kelima panca indera yang ada. Kemampuan mengecap rasa, penciuman, dan sentuhan menurun seiring bertambahnya usia. Akibat penurunan fungsi panca indera, misalnya 90% dari rasa tergantung dari aroma, sehingga lansia sering tidak bisa menikmati rasa makanan, mata membutuhkan waktu lebih lama untuk menyesuaikan fokus, dan perubahan persepsi pada kedalaman. Beberapa perubahan dapat ditangani dengan operasi, di sisi lain ada yang tidak bisa disembuhkan. Implikasi pada desain:
- a. Memberikan informasi yang bisa ditangkap beberapa panca indera, seperti mata dan telinga.

- b. Mengatur ruang makan sedemikian rupa sehingga meningkatkan fungsi penglihatan dan penciuman aroma makanan.
- c. Menghindari permukaan yang akan memantulkan sumber cahaya dan menyebabkan silau.
- d. Meningkatkan tingkat pencahayaan yang diperlukan untuk aktivitas umum dan aktivitas khusus.
- e. Mengurangi kebisingan latar yang dapat menurunkan penyerapan informasi.
- f. Menggunakan informasi yang berkaitan dengan sentuhan untuk orientasi, seperti pegangan tangan, lantai, tekstur dinding, dan kehangatan cahaya matahari.

2.1.5 Nilai Sosial

Pandangan terhadap lansia dan sebagai seorang individu yang mengalami penuaan dapat dimengerti dengan teori berikut (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004).

1. **Teori Pemisahan.** Ketika seseorang menua, ia akan melepaskan atau memisahkan dirinya dari peran dan tanggungjawab tertentu dari struktur masyarakat. Pemisahan diri akan berjalan dengan baik ketika lansia dan lingkungan atau masyarakat di sekitarnya setuju dengan keputusan ini. Sebaliknya, rancangan lingkungan dapat memaksa seseorang memisahkan diri dari peran dan tanggungjawabnya. Implikasi pada desain: memberikan kesempatan pada lansia yang masih ingin berkontribusi dengan peran dan tanggungjawab yang mampu ia laksanakan, dilengkapi dengan kemudahan akses untuk memanfaatkan fasilitas di masyarakat.
2. **Teori Aktifitas.** Daripada memisahkan diri, beberapa lansia justru berusaha untuk menggantikan posisinya dari peran yang dulu dimiliki. Implikasi pada desain: memberikan kesempatan untuk mengambil peran dan kesempatan yang baru dalam bidang yang diminati.

3. **Teori Kontinuitas.** Lansia cenderung mengelilingi dirinya dengan obyek dan rutinitas yang membentuk citra dirinya, sehingga ketika lansia harus beradaptasi dengan tubuh, situasi, dan pengalaman hidup yang baru, terjadi dorongan untuk mempertahankan kontinuitas dari masa lalu dan kehidupan barunya. Implikasi pada desain: Penghuni diperbolehkan membawa furniturnya, sehingga ruang harus dirancang seluas dan sefleksibel mungkin untuk memudahkan penataan ruang dalam.
4. **Tekanan Lingkungan dan Kompetensi.** Kemampuan lansia untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya berjalan dengan baik ketika mampu secara fisik, mental, dan emosional untuk memenuhi kebutuhannya. Sebaliknya, lingkungan yang justru menuntut sesuatu yang melebihi kemampuan lansia akan berdampak buruk. Implikasi pada desain: ruang harus dirancang untuk beradaptasi dengan kebutuhan penghuni, yakni ruang yang bersifat fleksibel dan memberikan pilihan agar lansia bisa memenuhi kebutuhannya.

2.1.6 Kebutuhan Hidup Lansia

Menurut Maslow (Johnson, Johnson, & Sarafan, 2011) seluruh kebutuhan hidup manusia harus terpenuhi untuk mencapai kesejahteraan sepenuhnya, begitu pula lansia. Adapun kebutuhan hidup yang harus terpenuhi sebagai berikut.

1. **Kebutuhan Fisiologis.** Kebutuhan dasar berwujud fisik, seperti makanan, minuman, tempat bernaung atau tempat tinggal, tidur, perawatan ketika sakit, dan sebagainya.
2. **Kebutuhan akan Rasa Aman.** Ketika kelangsungan fisik terpenuhi, kesadaran dan perasaan untuk mempertahankan lingkungan sekitar agar tetap kondusif, aman, dan tentram akan muncul. Seseorang yang tiba-tiba mengalami sakit parah atau terluka akan sulit menyakinkan dirinya akan keamanan dan kepercayaan dari lingkungan di sekitarnya.
3. **Kebutuhan Sosial.** Pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial

dan tidak nyaman jika terisolasi dari kelompok dan lingkungan. Lansia akan merasa dunianya semakin sempit ketika tidak mengalami interaksi sosial. Adapun kendala untuk bersosialisasi, yaitu pasangan dan teman sudah meninggal lebih dulu, teman lama merasa tidak nyaman jika berkunjung, dan kesulitan berkomunikasi karena keterbatasan pendengaran.

4. **Kebutuhan akan Penghargaan Diri.** Setiap orang memiliki kemampuan yang menonjol dalam dirinya, dimana ia akan berusaha untuk mencapai pengakuan bahwa keberadaan dirinya bernilai untuk lingkungan di sekitarnya. Lansia, karena keterbatasannya seringkali merasa rendah diri dan semakin memburuk jika lingkungan tidak mendukung dan menghargai keberadaan dan kemampuannya.
5. **Kebutuhan akan Aktualisasi Diri.** Setelah kebutuhan dasar sebelumnya telah terpenuhi, seseorang perlu tahu sampai dimana ia saat ini. Adapun beberapa cara untuk mencapai aktualisasi diri, yaitu fokus pada realita daripada berangan-angan, beradaptasi untuk mencari solusi memecahkan masalah yang dihadapi daripada mengeluh, memahami pentingnya proses kehidupan sebagai pembelajaran untuk mencapai suatu tujuan hidup.

2.1.7 Hak dan Kewajiban Lansia

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional berdasarkan Pancasila dan UUD 1945 untuk meningkatkan kesejahteraan hidup lansia, dipaparkanlah hak dan kewajiban lansia dengan mempertimbangkan dan mendukung peran lansia dalam pembangunan dengan perhatian pemerintah dan masyarakat. Mengacu pada UU Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, bahwa lansia memiliki hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Adapun macam hak tersebut dibedakan berdasarkan kelompok Lanjut Usia Potensial dan Lanjut Usia Tidak Potensial sebagai berikut:

- a. pelayanan keagamaan dan mental spiritual;
- b. pelayanan kesehatan;
- c. pelayanan kesempatan kerja;
- d. pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- e. kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum;
- f. kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum;
- g. perlindungan sosial;
- h. bantuan sosial.

Dari rincian hak tersebut, Lanjut Usia Tidak Potensial mendapatkan kemudahan sebagaimana yang tercantum, kecuali huruf “c”, huruf “d”, dan huruf “h”. Sedangkan Lanjut Usia Potensial mendapatkan kemudahan tersebut, kecuali huruf “g”. Sesuai peran dan fungsinya, lansia juga berkewajiban untuk:

- a. membimbing dan memberi nasihat secara arif dan bijaksana berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya, terutama di lingkungan keluarganya dalam rangka menjaga martabat dan meningkatkan kesejahteraannya;
- b. mengamalkan dan mentransformasikan ilmu pengetahuan, keahlian, keterampilan, kemampuan, dan pengalaman yang dimilikinya kepada generasi penerus;
- c. memberikan keteladanan dalam segala aspek kepada generasi penerus.

2.1.8 Fasilitas Pelayanan untuk Lansia

Ada 8 (delapan) jenis bangunan pelayanan untuk lansia (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004) dengan beragam standar kebutuhan ruang, yaitu:

1. *Geriatric Medicine*

Pelayanan medis yang memberikan perawatan kesehatan untuk lansia dengan penurunan kemampuan kognitif, emosional, dan fisik dengan penanganan ahli dalam bidang psikologi, internal, psikiatri,

neurologi, terapi, dan sosial. Umumnya fasilitas berwujud rumah sakit, klinik, unit perawatan ahli, dan panti jompo. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yakni kerentanan dan keterbatasan gerak dari lansia, dampak perawatan dari keluarga, akses ke toilet, gangguan dari keluarga dalam jumlah besar di ruang konsultasi, *wayfinding*, kerahasiaan dan privasi, pergantian pasien di ruang pemeriksaan, serta kenyamanan lingkungan.

2. *Adult Day Care*

Penitipan untuk lansia merupakan alternatif dari *assisted living* dan perawatan jangka panjang, dimana lansia masih tinggal dengan keluarganya. Fasilitas ini menawarkan program perawatan kesehatan dan sosial dengan keterbatasan waktu untuk lansia renta diatas 65 tahun yang mengalami penurunan fungsi kognitif. Umumnya penitipan untuk lansia hanya beroperasi selama kurang dari 24 jam per hari. Umumnya fasilitas didirikan oleh komunitas dinas yang berkaitan dengan bidang sosial dan kesehatan untuk lansia. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yaitu layanan pendukung (transportasi, makanan, medis, dan rehabilitasi) dan layanan tambahan yang berkaitan dengan kesejahteraan (medis, kebugaran, dan pendidikan).

3. *Long-term Care*

Long-term Care memiliki program untuk lansia yang rentan dan sakit dengan perawatan 24 jam, *hospice* untuk penghuni yang menjalani tahap akhir dari masa hidupnya, perawatan khusus untuk penyandang Alzheimer/Demensia, rehabilitasi jangka pendek dari rumah sakit untuk kembali ke rumah, perawatan temporer untuk lansia muda, dan perawatan lansia muda yang mengalami trauma otak. Pemilik dari fasilitas ini bisa berupa yayasan nonprofit, yayasan profit, dan publik. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yakni unit hunian, unit perawat, fasilitas umum, area-area pendukung.

4. *Assisted Living Residence*

Ditujukan kepada lansia yang sudah tidak bisa hidup sendiri, tetapi tidak membutuhkan perawatan kesehatan khusus dari rumah perawatan (*nursing home*). Fasilitas ini menyediakan asistensi atau bantuan untuk medis, aktivitas sehari-hari, makanan, dan perawatan rumah. Selain itu, kebutuhan hidup dari penghuni beragam, dimana 40% dari seluruh penghuni mengalami penurunan kemampuan kognitif, sehingga mengalami kebingungan. Pemilik dari fasilitas ini bisa berupa yayasan nonprofit, yayasan profit, dan publik. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yakni unit hunian, fasilitas umum yang melayani tiap kelompok lantai, fasilitas umum yang bisa melayani seluruh penghuni, dan ruang-ruang pendukung.

5. *Residences for Persons with Alzheimer's and Dementia*

Hunian untuk penyandang Alzheimer dan Demensia yang menghindari simbol-simbol, obyek, dan konfigurasi ruang dari fasilitas perawatan konvensional, seperti perawat pengawas dan kesan ruang institusi. Jenis hunian ini terdiri dari model *freestanding* (penghuni yang tidak banyak terlibat dalam aktivitas komunal), *special neighborhood* (area komunal terpisah khusus penyandang Alzheimer dan Demensia), *integrated model* (bangunan untuk penyandang Alzheimer dan Demensia yang terintegrasi dengan komunitas yang lebih luas). Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yaitu rumah, lingkungan sekitar, taman, layanan/ fasilitas pendukung.

6. *Congregate Living (CL)*

Komunitas lansia yang mandiri dan masih bisa merawat diri sendiri dalam sebuah tempat tinggal (umumnya apartemen) yang akan ditata sesuai kebutuhannya sendiri. CL bisa dinaungi yayasan nonprofit, profit, perusahaan properti, individu, ataupun asosiasi penghuni yang menawarkan model *freestanding* (apartemen konvensional), *blended service/ living option* (unit apartemen yang bisa terhubung dengan dengan lantai lain seperti rumah perawatan), *retirement community* (beberapa lantai hunian dengan perawatan

jangka panjang). Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yaitu kamar tidur, kamar mandi, ruang keluarga/ ruang tamu multifungsi, dapur, binatu, ruang komunal, fasilitas pembelajaran, fasilitas kebugaran, dan area pendukung.

7. *Continuing Care Retirement Communities (CCRCs)*

Komunitas tempat tinggal yang menawarkan rumah dan pelayanan kesehatan seumur hidup dibawah yayasan nonprofit yang berkomitmen memberikan layanan berkelanjutan, bantuan perawatan, dan perawatan jangka panjang. Di sisi lain, ada yayasan profit yang mengembangkan fasilitas sosial dan pendukung untuk lingkungan tempat tinggal yang mandiri dengan pelayanan kesehatan terbatas. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yaitu akses yang terkoordinasi pada fasilitas sosial, layanan makan, layanan kebersihan rumah, transportasi yang terjadwal, pengawasan layanan darurat, perawatan kesehatan ketika dibutuhkan, dan lingkungan yang mudah diakses dan beradaptasi.

8. *Active Adult Communities (AACs)*

Komunitas lansia tanpa tanggungan keluarga/ anak dan pensiunan yang ingin tinggal di rumah baru karena kesulitan merawat rumah sendiri, serta kesepian tanpa tetangga dan teman dekat. AACs bersifat profit, tersedia dalam komunitas kecil hingga besar yaitu 300 sampai 1500 unit rumah tinggal dengan menawarkan gaya hidup yang diinginkan penghuni. Adapun elemen desain yang perlu diperhatikan, yaitu lingkungan alami, pintu masuk yang mudah dikenali, berkesan telah tiba di suatu tempat rekreasi, batas yang jelas antar komunitas, hirarki ruang (privat-publik) dan sirkulasi (kendaraan dan pejalan kaki).

2.2 Tinjauan *Assisted Living Residence*

2.2.1 Pengertian Komunitas

Komunitas merupakan sekelompok orang yang hidup bersama-sama dan berkomitmen dalam kelompok untuk mencapai

tujuan yang sama. Lingkungan merupakan tatanan yang mawadahi kehidupan kelompok yang dibentuk untuk mendukung kelompok dan mencapai tujuannya. Lingkungan menjadi simbol dan refleksi dari identitas dan kepribadian kelompok, dimana seringkali dirancang dengan batas-batas tertentu (Community Group Homes, 1985).

2.2.2 Pengertian *Assisted Living Residence*

Pengertian *Assisted Living Residence* sebagai tempat tinggal dan tempat untuk melaksanakan aktivitas komunitas mengacu pada konsep *assisted living housing* yakni menyediakan pelayanan secara profesional berdasarkan kebutuhan personal dan menyediakan layanan kesehatan untuk lansia yang rentan, bukan dalam suatu lingkungan institusi atau panti, melainkan dalam tempat yang menjadi rumah tinggal. Dengan demikian ide *assisted living housing* merupakan kombinasi dari kualitas-kualitas tempat tinggal dan rumah perawatan personal dengan profesionalitas dan pengalaman sejenisnya dalam perawatan personal untuk penghuni yang mungkin dulu tinggal dalam fasilitas lingkungan perawatan yang berpengalaman. Berikut definisi-definisi kualitas dan karakter dari *assisted living housing* yang dijelaskan dalam *Assisted Living Housing For The Elderly* (Victor Regnier, 1994):

1. *Appear Residential in Character*: bentuk dan karakter dari rumah perawatan berasal dari rumah tinggal dan bukan dari rumah sakit.
2. *Perceived as Small in Size*: fasilitas harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak mengorbankan biaya bulanan dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan selama dua puluh empat jam penuh.
3. *Provide Residential Privacy and Completeness*: unit perumahan yang lengkap, dilengkapi dengan kamar mandi dan dapur.
4. *Recognize the Uniqueness of Each Resident*: rencana bantuan dan perawatan disesuaikan dengan kemampuan, ketidakmampuan dan ketertarikan penghuni.
5. *Foster Independence, Interdependence, and Individuality*: fokus dari perawatan untuk menjaga diri sendiri dengan bantuan. Penghuni

harus bisa membantu dirinya sendiri dan orang lain.

6. *Focus on Health Maintenance, Physical Movement, and Mental Stimulation*: pelayanan ditujukan untuk menstabilkan penurunan, meningkatkan kompetensi, dan daya serap kapasitas bangunan.
7. *Support Family Involvement*: suatu hubungan kemitraan pengasuhan antara fasilitas dan keluarga harus ditempa dengan komitmen berbagi tanggungjawab atas kesejahteraan penghuni.
8. *Maintain Connections with the Surrounding Community*: lingkungan fasilitas diatur terintegrasi atas sumberdaya dan hubungan dengan komunitas.
9. *Serve the Frail*: penghuni yang dituju ialah lansia yang kebutuhannya akan perawatan dan dukungan terancam dalam kelembagaan.

2.2.3 Peran Assisted Living Residence dalam Komunitas

Institusi perlu menghubungkan dan mengintegrasikan aktifitas komunitas lansia dengan dengan hal-hal yang berlangsung dalam komunitas di sekitarnya. Dengan demikian, institusi yang melebur dengan lingkungan sekitarnya memberikan kesempatan penghuni dan komunitas saling berkontribusi melalui aspek sebagai berikut (Regnier, 1994).

1. **Pemisahan Fungsi Lahan.** Fungsi lahan yang tumpang tindih, menyebabkan variasi penghuni dan aktivitas yang berlangsung dalam suatu lahan, sehingga meningkatkan interaksi lansia dengan pelayanan sosial dan kesehatan di sekitarnya.
2. **Pemberian Pelayanan dari Masyarakat.** Komunitas yang menyediakan layanan untuk rumah perawatan, seperti layanan pengantaran catering ke rumah perawatan bisa diterapkan. Mekanisme jaringan dari rumah perawatan ke penyedia layanan di lingkungan sekitar difasilitasi dengan tombol panggilan yang terhubung dengan jaringan telepon.
3. **Tapak Tunggal Serbaguna.** Sebuah tapak dapat mawadahi

beberapa fungsi sekaligus yang dihasilkan melalui perancangan lingkungan dan bangunan. Beberapa fungsi yang dapat berkolaborasi bersama, yakni rumah perawatan untuk membantuk kehidupan lansia, tempat penitipan anak, dan restoran yang terbuka untuk semua usia sehingga memperkaya makna dari tapak, bukan hanya tempat untuk lansia yang sakit dan membutuhkan bantuan.

2.2.4 Peran Keluarga terhadap Lansia

Salah satu masalah utama di fasilitas perawatan untuk lansia adalah sikap untuk memberikan kesan menerima pada anggota keluarga yang berkunjung. Dengan demikian ruang perlu dirancang untuk mendukung interaksi sosial, sehingga hubungan yang positif antara fasilitas dan keluarga perlu dikembangkan. Beberapa cara untuk yang bisa dilakukan melalui perancangan sehingga terjadi komunikasi antara penghuni dan anggota keluarga dengan baik (Maryam, Ekasari, Jubaedi, & Batubara, 2008):

1. makan bersama
2. mencuci pakaian bersama
3. membaca buku
4. melakukan aktivitas kelompok secara sukarela
5. mendengarkan musik
6. makan siang dalam tamasya

Beberapa peran anggota keluarga terhadap lansia sebagai berikut:

1. melakukan pembicaraan terarah
2. mempertahankan kehangatan keluarga
3. membantu melakukan persiapan makanan bagi lansia
4. memberi dorongan untuk tetap mengikuti aktivitas-aktivitas di luar rumah termasuk mengembangkan hobi
5. memberi dorongan untuk tetap hidup bersih dan sehat
6. pemeliharaan kesehatan lansia adalah tanggung jawab bersama

2.2.5 Prinsip Perancangan *Assisted Living Residence*

Prinsip perancangan *Assisted Living Residence* mengacu pada prinsip perancangan *Assisted Living Housing* yang mampu memenuhi kebutuhan tempat tinggal dan aktivitas untuk komunitas lansia. Regnier dan Pynoos memaparkan 12 (duabelas) prinsip perancangan yang bisa diterapkan untuk rumah perawatan sebagai berikut (Regnier, 1994).

1. **Privasi.** Memberikan kesempatan pada ruang-ruang tertentu yang bebas dari pengawasan, dimana seseorang bisa melakukan kegiatan dengan leluasa tanpa gangguan dari pihak yang tidak berwenang. Hal ini perlu disediakan untuk mempertahankan privasi diri sendiri dan keterpisahan dengan orang lain untuk menenangkan diri. Privasi yang berhubungan dengan visual dan pendengaran termasuk dalam subkomponen dari privasi secara fisik. Rumah perawatan dengan hunian ganda memiliki keterbatasan untuk mencapai privasi.
2. **Interaksi Sosial.** Memberikan kesempatan terjadinya suatu pertukaran dan interaksi sosial. Hal yang paling penting untuk menciptakan fasilitas perawatan yang dikelompokkan berdasarkan usia adalah untuk mendorong terjadinya pertukaran sosial, kegiatan rekreatif, kelompok diskusi, dan mengembangkan pertemanan antar lansia. Interaksi sosial membantu sesama lansia menghadapi permasalahan melalui saling menceritakan permasalahan, pengalaman hidup, dan kehidupan sehari-hari.
3. **Kemandirian.** Menawarkan kesempatan pada penghuni untuk membuat pilihan-pilihan, melakukan kendali atas apa yang akan mempengaruhi dari tindakan yang dipilih. Hal ini perlu dipertimbangkan, sebab lansia lebih sering mengasingkan diri, tidak puas, dan bergantung untuk hal-hal yang terbatas dan teratur. Dengan memberikan kesempatan untuk mampu menguasai dan mengendalikan pilihan-pilihan akan mempengaruhi tingkat kepuasan. Kemandirian dalam hal ini dipahami dengan kemampuan untuk membuat pilihan, kendali, dan bisa mendukung diri sendiri.
4. **Orientasi/ *Wayfinding*.** Menumbuhkan kesan orientasi dalam suatu

lingkungan sehingga menurangi kebingungan dan memberikan petunjuk arahan. Kehilangan arah dan tersasar dalam suatu bangunan memberikan perasaan yang menakutkan dan menggelisahkan yang dapat menurunkan rasa percaya dan harga diri. Lansia yang mulai kehilangan ingatan lebih mudah kehilangan arah dalam lingkungan kompleks simetris tanpa petunjuk arah. Disisi lain, tanda hanya memberikan seseorang beberapa penyelesaian, namun belum tentu mengembalikan rasa percaya diri untuk tahu dimana seseorang berada dalam konteks lingkungan yang lebih luas.

5. **Keselamatan/ Keamanan.** Membentuk lingkungan yang memberikan rasa aman, tidak akan terluka, atau resiko yang tidak semestinya. Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi aspek fisiologi dan sensorik, seperti penurunnya penglihatan, pengendalian keseimbangan, kekuatan tubuh untuk menumpu diri sendiri yang menyebabkannya lebih rentan untuk jatuh dan terluka. Hal ini menyebabkan lansia seringkali mengalami kecelakaan di rumah.
6. **Aksesibilitas.** Mempertimbangkan manipulasi dan aksesibilitas sebagai dasar ketentuan untuk setiap fungsi lingkungan. Lansia lebih sulit menyesuaikan lingkungan sekitarnya, seperti kesulitan memutar tuas jendela, pintu, dan peralatan kamar mandi. Lebih lagi, lansia dengan kursi roda dan tongkat bantu berjalan membutuhkan lingkungan yang dapat mawadahi peralatan ini. Kemampuan jangkauan dan keterbatasan kekuatan perlu dipertimbangkan hingga pengaturan peralatan dalam kehidupan sehari-hari.
7. **Dorongan/ Tantangan.** Memberikan dorongan yang aman tetapi menantang. Hal ini penting sebab mendorong lansia untuk tetap waspada dan memperhatikan lingkungannya. Dorongan dapat dipengaruhi oleh warna, variasi ruang, pola visual, dan kontras yang dicapai melalui susunan kegiatan, terapi hewan, dan program musik. Pertimbangan dorongan dan tantangan perlu disesuaikan dengan kemampuan dan minat yang berbeda dari setiap individu, sehingga pengalaman yang optimum dapat tercapai.

8. **Aspek Panca Indera.** Perubahan penglihatan dan pendengaran perlu dipertimbangkan dalam pembentukan lingkungan. Hal-hal untuk mendorong kepekaan panca indera dapat melibatkan bau-bauan dari dapur atau taman, warna dan pola dari perabotan, suara dari tawa dari obrolan, dan tekstur dari material tertentu.
9. **Keakraban.** Lingkungan yang mengacu pada sejarah dan penyesuaian dari tradisi lokal memperkaya kontinuitas. Pindah ke rumah yang asing merupakan pengalaman yang membingungkan untuk lansia, sehingga membentuk ruang dengan kontinuitas masa lampau dan masa kini agar memberikan kesan nostalgia akan lebih mudah dimengerti.
10. **Estetika/ Penampilan.** Merancang desain lingkungan yang menarik, merangsang, dan non-institusional. Wujud keseluruhan dari suatu lingkungan menyampaikan pesan yang kuat pada pengunjung, teman, dan kerabat akan lansia yang tinggal di dalamnya. Rumah yang muncul dengan kelembagaan menyampaikan kompetensi, kesejahteraan, dan kemandirian yang mempengaruhi penghuni dan kemampuan dari pekerja.
11. **Personalisasi.** Memberikan kesempatan membentuk lingkungan secara pribadi dan menandaikannya sebagai properti milik seseorang. Hal ini memberikan lansia rasa pengenalan diri dan individualitas, sehingga benda-benda pribadi untuk dekorasi begitu penting untuk lansia. Benda-benda koleksi mendorong ingatan dan ikatan emosional akan keluarga dan teman. Benda-benda tersebut dapat menghidupkan ruang dengan mengundang kenangan pada lansia.
12. **Kemampuan Beradaptasi.** Lingkungan yang mudah untuk beradaptasi dan fleksibel bisa menyesuaikan dengan perubahan personal sesuai dengan karakteristik penghuni. Penuaan pada lansia terjadi dengan beragam, ada yang mengalami penurunan mental hingga kehilangan penglihatan. Lingkungan harus memiliki kapasitas untuk mampu menyikapi perubahan tersebut.

2.3 Standar Perancangan *Assisted Living Residence*

2.3.1 Perancangan Tapak / Parkir / Lanskap

1. Ukuran Tapak

Perbedaan ketentuan zonasi untuk area *buffer* atau sempadan, batas ketinggian, parkir, ketentuan tata guna lahan, desain bangunan, campuran dan kepadatan unit hunian, program ruang luar, dan parkir dapat mempengaruhi ukuran tapak.

Tabel 2.1. Tipikal Ukuran Tapak Menurut Tipe Fasilitas

TYPICAL SITE SIZES BY FACILITY TYPE			
	Small	Medium	Large
Long-Term Care	120-160 beds 4-10 acres	161-250 beds 6-12 acres	251-400 beds 10-20 acres
Assisted Living	Under 60 units 3-5 acres	61-100 units 4-8 acres	101-200 units 6-20 acres
Active Adult Communities	Under 300 units Median size: 181 units Median land: 43 acres	301-1500 units Median size: 566 units Median land: 282 acres	1501+ units Median size: 2999 units Median land: 1600 acres
CCRCs	100-200 units 15-20 acres	201-400 units 20-50 acres	401+ units 50+ acres

Sumber: Perkins, B., Hogle, J. D., King, D., & Cohen, E. (2004). *Building Type Basics for Senior Living*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

2. Tata Guna Lahan di Sekitar Tapak

Umumnya, lansia senang tinggal di tempat yang dekat dan mudah untuk mengakses taman, balkon, ruang duduk untuk bersantai dan menikmati cuaca di luar ruangan (Peter H. F. Stiles, 1976). Beberapa ahli menyatakan bahwa lokasi ideal untuk tempat tinggal lansia terletak di pusat suatu komunitas yang dekat dengan transportasi publik, pertokoan, penyedia jasa perawatan kesehatan, dan keluarganya. Di sisi lain, sebagian studi kasus (Perkins, Hogle, King, & Cohen, 2004) menunjukkan bahwa fasilitas untuk lansia dirancang dalam lingkungan yang tenang dengan dampak

minimal dari pengaruh arus kendaraan. Dengan demikian, pertimbangan dalam memilih tapak adalah dampak kebisingan dari lingkungan, akses yang memadai dengan zona pertokoan dan jarak jangkauan dengan fasilitas kesehatan terdekat.

3. Sirkulasi Kendaraan

Umumnya fasilitas *senior housing* memiliki sistem pekerja 24 jam sedangkan fasilitas *assisted living* dengan sedikit pekerja (20-30 orang di pagi hari). Sirkulasi kendaraan dalam tapak didominasi oleh kendaraan menuju zona servis (*loading dock*, keamanan, pengawasan, dan pergantian *shift* staf perawat) yang terletak di area yang tertutup atau terpisah dari area publik dan komunal. Pintu masuk untuk penghuni dan pengunjung melalui pintu masuk utama fasilitas dengan *drop off* beratap untuk melindungi penghuni dari dampak cuaca di luar ruangan.

4. Parkir

Penyediaan ruang parkir dipengaruhi oleh kebutuhan menurut jenis fasilitas, yaitu rumah jompo dan rumah mandiri, rumah perawatan, dan fasilitas perawatan lanjutan. Berdasarkan survey (*Institute of Transportation Engineers*), setiap unit CCRC dan rumah mandiri membutuhkan 0,3-0,5 ruang parkir. Penyediaan ruang parkir ditentukan berdasarkan jenis peruntukan aktivitas dan dihitung menurut satuan ruang parkir (SRP) (Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 1996). Kebutuhan parkir pada *Assisted Living Residence* termasuk dalam peruntukan aktivitas parkir tetap yang mengacu pada tempat penginapan dan rumah sakit dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Jumlah Kendaraan Berdasarkan Hasil Studi

a. Tempat Penginapan

Jumlah Tempat Tidur (buah)	50	75	100	150	300	400	500
Kebutuhan SRP	97	100	104	111	132	146	160

b. Rumah Sakit

Jumlah Tempat Tidur (buah)	50	75	100	150	300	400	500
Kebutuhan SRP	97	100	104	111	132	146	160

2. Ukuran Kebutuhan Ruang Parkir

Tabel 2.2. Ukuran Kebutuhan Ruang Parkir

Peruntukan	Satuan (SRP untuk mobil penumpang)	Kebutuhan Ruang Parkir
Pusat Perdagangan		
a. Pertokoan	SRP/ 100 m ² luas lantai efektif	3,5-7,5
b. Pasar Swalayan	SRP/ 100 m ² luas lantai efektif	3,5-7,5
c. Pasar	SRP/ 100 m ² luas lantai efektif	
Pusat Perkantoran		
a. Pelayanan bukan umum	SRP/ 100 m ² luas lantai	1,5-3,5
b. Pelayanan umum	SRP/ 100 m ² luas lantai	
Sekolah	SRP/ Mahasiswa	0,7-1,0
Tempat penginapan	SRP/ Kamar	0,2-1,0
Rumah sakit	SRP/ Tempat Tidur	0,2-1,3
Bioskop	SRP/ Tempat Duduk	0,1-0,4

Sumber: Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).

3. Penentuan Satuan Ruang Parkir

Ruang bebas kendaraan parkir diberikan agar tidak terjadi benturan antara pintu dan kendaraan yang yang parkir di sampingnya saat penumpang turun yang dihitung pada arah lateral (5 cm) dan longitudinal (30 cm) kendaraan.

Tabel 2.3. Lebar Bukaannya Pintu Kendaraan

Jenis Bukaannya Pintu	Pengguna dan/ Peruntukan Fasilitas Parkir	Gol.
Pintu depan/ belakang terbuka tahap awal 55 cm	a. Karyawan pekerja kantor b. Tamu/ pengunjung pusat perkantoran, perdagangan, pemerintahan dan universitas	I
Pintu depan/ belakang terbuka tahap awal 75 cm	Pengunjung tempat olahraga, pusat hiburan/rekreasi, hotel, pusat perdagangan, rumah sakit, bioskop	II

Pintu depan terbuka penuh dan ditambah untuk pergerakan kursi roda	Orang cacat	III
--	-------------	-----

Sumber: Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).

Tabel 2.4. Ukuran Satuan Ruang Parkir

Jenis Kendaraan	Satuan Ruang Parkir (m ²)
1. Mobil penumpang Golongan I	2,3 x 5
2. Mobil penumpang Golongan II	2,5 x 5
3. Mobil penumpang Golongan III	3 x 5
4. Bus/ truk	3,4 x 12,5
5. Sepeda motor	0,75 x 2

Sumber: Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).

4. Larangan Parkir

- a. Sepanjang 6 meter sebelum dan sesudah tempat penyeberangan pejalan kaki atau tempat penyeberangan sepeda yang telah ditentukan.
- b. Sepanjang 25 meter sebelum dan sesudah tikungan tajam dengan radius kurang dari 500 meter.
- c. Sepanjang 50 meter sebelum dan sesudah jembatan.
- d. Sepanjang 100 meter sebelum dan sesudah perlintasan sebidang.
- e. Sepanjang 25 meter sebelum dan sesudah persimpangan.
- f. Sepanjang 6 meter sebelum dan sesudah akses bangunan gedung.
- g. Sepanjang 6 meter sebelum dan sesudah keran pemadam kebakaran atau sumber air sejenis.

5. Jalur Sirkulasi, Gang dan Modul

- a. Jalur gang adalah sirkulasi yang dimaksudkan untuk melayani lebih dari 50 kendaraan dengan panjang kurang dari 100 meter.
- b. Lebar minimum jalur sirkulasi:

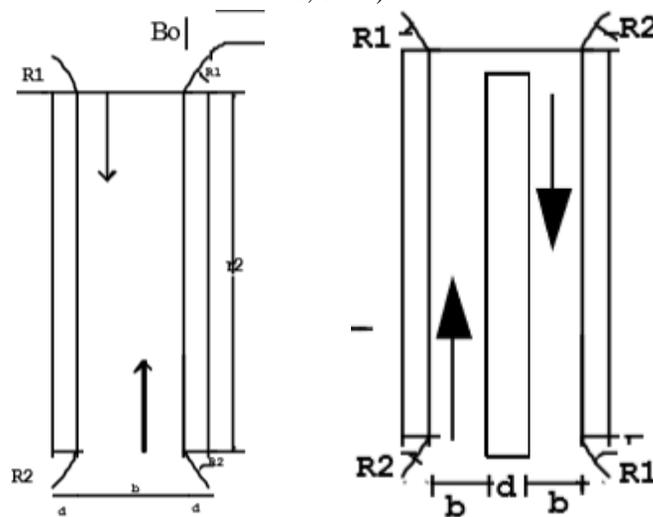
- 1) Jalan satu arah = 3,5 meter
 - 2) Jalan dua arah = 6,5 meter
6. Jalan Masuk dan Keluar

Pintu masuk dan keluar menuju tempat parkir berupa satu atau dua jalur yang diikuti dengan jalur keluar masuk minimal sepanjang 15 meter (tiga kali panjang mobil dan jarak antar mobil).

Tabel 2.5. Ukuran Pintu dan Jalur Sirkulasi

	Satu Jalur (m)	Dua Jalur (m)
b (lebar jalur)	3,00-3,50	6,00
d (pemisah jalur)	0,80-1,00	0,80-1,00
R₁	6,00-6,50	3,50-5,00
R₂	3,50-4,00	1,00-2,50

Sumber: Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).



Gambar 2.1. Pola Satu Jalur dan Dua Jalur, 2019

Sumber: Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).

5. Desain Lanskap

Desain lanskap dalam komunitas meningkatkan keterarikan dan mendukung ingatan, sehingga diperlukan tatanan yang menstimulasi panca indera pada ruang dalam maupun ruang luar. Ruang luar perlu menampilkan karakteristik

dari ruang dalam, merespon lingkungan, budaya dan aktivitas dengan hirarki ruang sebagai berikut (Perkins, Hoggland, King, & Cohen, 2004):

- a. *Indoor-outdoor blend*: ruang-ruang dalam bangunan yang memiliki perpaduan karakteristik ruang dalam-luar atau serambi beratap yang memanjang dari dalam bangunan ke luar yang memberikan pemandangan, tempat berteduh dan pengalaman meruang untuk penghuni yang hanya bisa beraktivitas di dalam ruang, khususnya penyandang demensia.
- b. *Paved program area*: area yang cukup luas untuk mewadahi aktivitas-aktivitas komunitas.
- c. *Meaningful walk*: jalan setapak yang menarik kegemaran penghuni, seperti area dengan beragam jenis kupu-kupu, area untuk memberi makan burung, tempat duduk, dan air mancur.
- d. *Landmark/ destination*: area terbangun, seperti gazebo yang mewadahi aktivitas kelompok-kelompok kecil, berfungsi sebagai daya tarik dan patokan untuk penghuni yang selesai berkeliling.
- e. *A nature walk*: area jalan setapak alami yang memberikan pengalaman jelajah alam dan olahraga.
- f. *Children's play area*: area bermain untuk anak-anak ketika keluarga mengunjungi para lansia.
- g. *Outdoor exercise/therapy*: area atau lahan dan perlengkapan untuk berolahraga dan terapi fisik.

Berikut adalah pertimbangan yang perlu diterapkan dalam lanskap apabila penghuni memiliki kelemahan kognitif dan rentan:

- a. Meningkatkan sensitivitas akan siklus kehidupan dan kegemaran melalui tumbuhan berbunga, semak dan tumbuhan kecil yang hidup mengikuti perubahan musim

untuk menarik satwa dan serangga, seperti burung dan kupu-kupu.

- b. Menghambat kemerosotan fungsi tubuh dan penyakit karena dementia melalui area ruang luar yang aksesibel untuk penyandang Alzheimer, sehingga bisa berjalan-jalan dengan bebas.
- c. Melibatkan ruang luar sebagai bagian dari aktivitas lansung, seperti berkebun untuk memperkuat daya ingat dan terapi fisik.
- d. Menyediakan beragam tempat yang teduh dengan kanopi dan tumbuhan untuk menghindari kerusakan kulit dan masalah penglihatan karena cahaya matahari.
- e. Menyediakan tempat duduk dengan sandaran dan lengan dekat area pintu masuk untuk menimbulkan sosialisasi.
- f. Pintu masuk dan jalan menuju taman harus cukup lebar untuk diakses dua orang atau lebih secara bersamaan.

2.3.2 Sistem Proteksi Kebakaran

Lingkungan harus direncanakan sehingga tersedia sumber air (hidran halaman, sumur atau reservoir) yang dapat dijangkau oleh unit pemadam kebakaran untuk melakukan proteksi dari meluasnya api pada bangunan dan lingkungan yang diatur dengan jarak sebagai berikut.

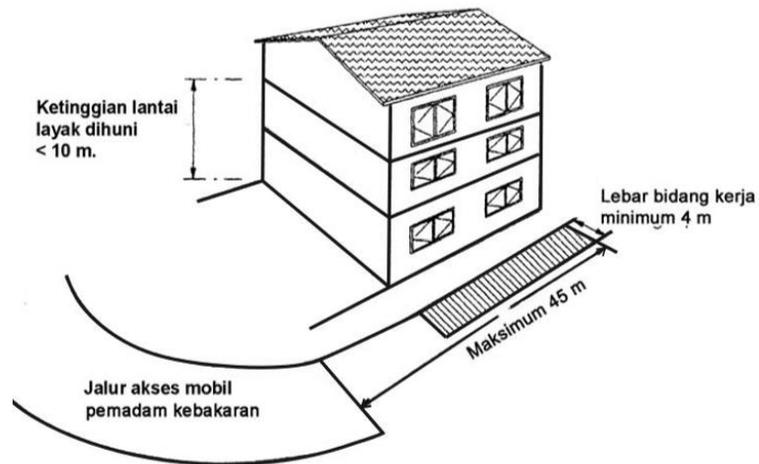
Tabel 2.6. Jarak Antar Bangunan Gedung

No.	Tinggi Bangunan Gedung (m)	Jarak Minimum Antar Bangunan Gedung (m)
1.	s.d 8	3
2.	> 8 s.d. 14	> 3 s.d. 6
3.	14 s.d. 40	> 6 s.d. 8
4.	> 40	> 8

Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan, 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).

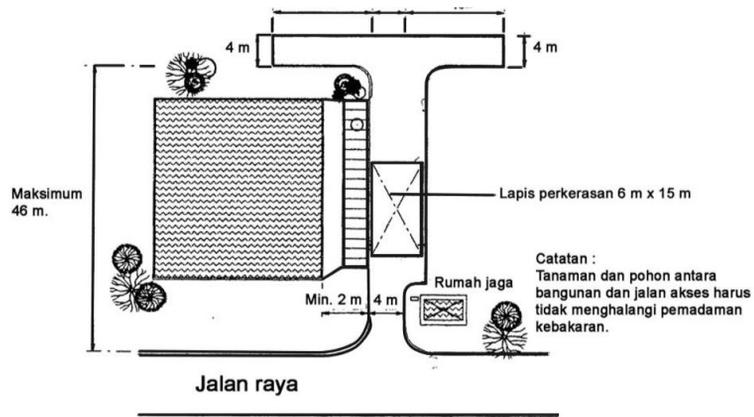
Bangunan gedung dengan ketinggian lantai hunian tertinggi lebih dari 10 meter dari rata-rata tanah harus menyediakan lapis perkerasan dengan lebar 4 meter sepanjang sisi bangunan, dimana

terdapat akses bukaan dari ruang operasional yang dapat dicapai dari jarak 45 meter dari jalur masuk mobil pemadam kebakaran.



Gambar 2.2. Posisi Perkerasan pada Rumah Hunian, 2019

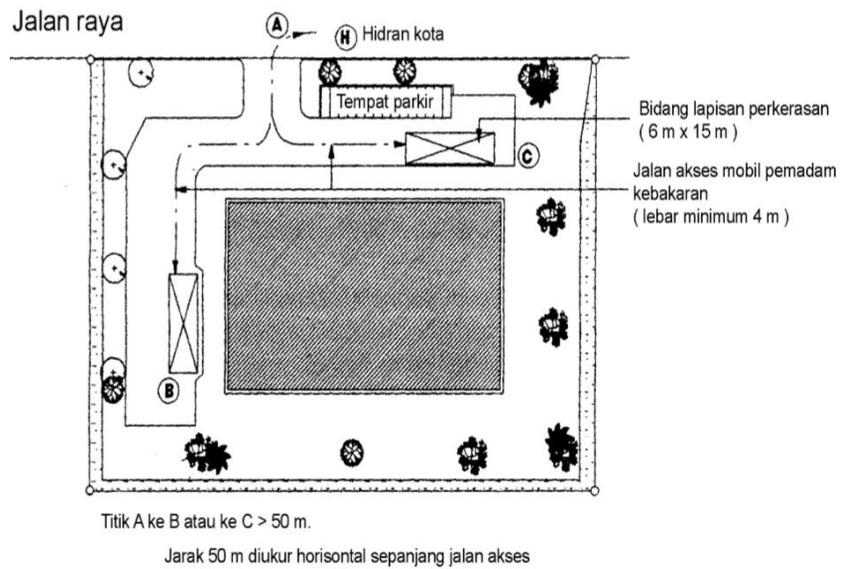
Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan , 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).



Gambar 2.3. Perkerasan Sirkulasi Mobil Pemadam Kebakaran, 2019

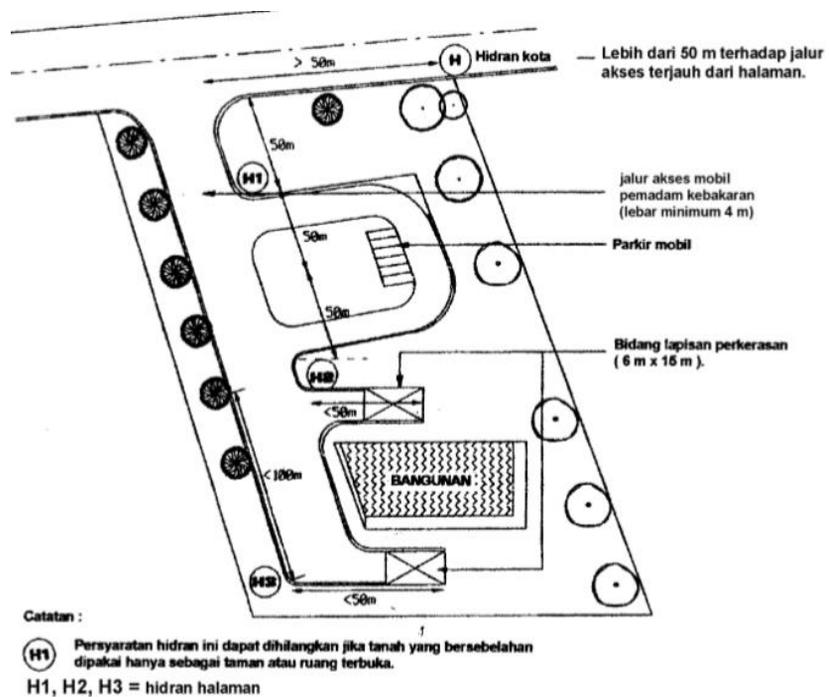
Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan , 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).

Pasokan air untuk hidran halaman paling sedikit 38 liter/ detik pada tekanan 3,5 bar dan mampu mengalirkan air minimal selama 30 menit. Berikut letak hidran pada lingkungan tapak bangunan.



Gambar 2.4. Posisi Akses Bebas Mobil Pemadam terhadap Hidran Kota, 2019

Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan , 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).

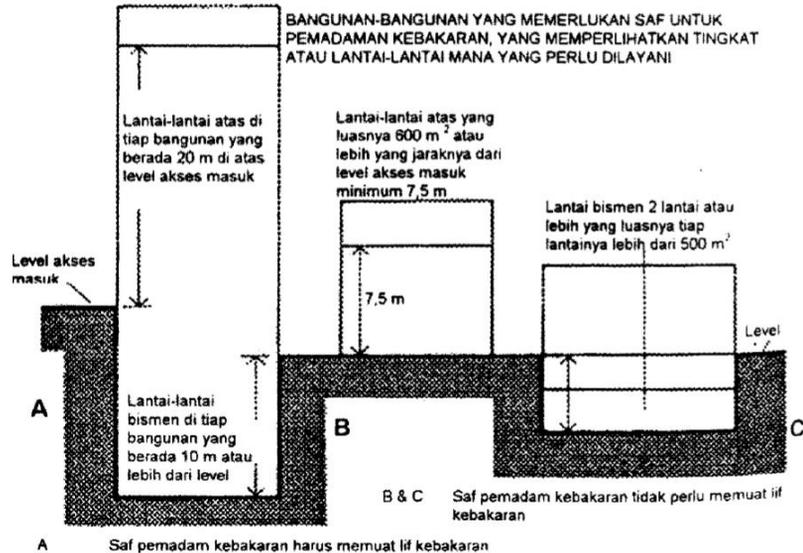


Gambar 2.5. Letak Hidran Halaman terhadap Jalur Akses Pemadam Kebakaran, 2019

Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan , 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).

Akses petugas pemadam kebakaran ke dalam bangunan harus bisa dibuka dari dalam dan luar, dibuat melalui dinding luar tanpa hambatan dan terbuat dari material yang mudah dipecahkan untuk operasi pemadaman dan penyelamatan. Berikut ketentuan persyaratan saf terlindung untuk pemadam kebakaran pada bangunan gedung.

1. Bangunan dengan ketinggian lantai lebih dari 20 meter dari permukaan tanah atau akses masuk atau memiliki besmen lebih dari 10 meter harus memiliki saf dengan lift.
2. Bangunan bukan tempat parkir sisi terbuka dengan luas 600 m^2 atau lebih dengan ketinggian minimum 7,5 meter dari akses masuk dan bangunan dengan dua atau lebih lantai besmen seluas lebih dari 900 m^2 cukup dilengkapi saf dengan tangga.
3. Saf terlindung yang melayani lantai besmen tidak perlu melayani lantai-lantai di atasnya, kecuali bila lantai-lantai atasnya bisa dicakup berdasarkan ketinggian atau ukuran bangunan.



Gambar 2.6. Persyaratan Saf Terlindung Pemadam Kebakaran, 2019

Sumber: Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan, 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).

Berikut adalah persyaratan sistem proteksi kebakaran aktif:

1. Pemasangan sistem pipa tegak pada bangunan dengan kondisi, yaitu

lebih dari tiga tingkat diatas tanah, lebih dari 15 meter diatas tanah atau terdapat balkon, lebih dari satu tingkat di bawah tanah, dan lebih dari 6 m di bawah tanah.

2. Sistem springkler otomatis harus dipasang dan sepenuhnya siap beroperasi.
3. Perletakan APAR (alat pemadam api ringan) di tempat yang mencolok, mudah dilihat, mudah dijangkau, siap dipakai dan selalu tersedia.
4. Tersedia sistem deteksi dan alarm kebakaran, dan sistem komunikasi.

2.3.3 Energi dan Lingkungan

- a. Konservasi Energi
- b. Perlindungan Lingkungan
- c. Desain Berkelanjutan

2.3.4 Sistem Struktur

Pemilihan sistem struktur pada fasilitas perawatan dan hunian untuk lansia dipengaruhi oleh faktor berikut, kondisi tanah, konsep dan program ruang, regulasi, fleksibilitas, dampak pada langit-langit dan ketinggian bangunan, material, langgam konstruksi, hingga potensi tampilan dan keindahan yang ditampilkan pada ruang dalam maupun ruang luar. Adapun karakteristik dari sistem struktur sebagai berikut (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004):

Tabel 2.7. Karakteristik Sistem Struktur

CHARACTERISTIC OF STRUCTURAL SYSTEMS											
	Spans appropriate for residents unit	Spans appropriate for large space	Flexibility	First cost	Impact on other system cost	Appearance	Material delivery and construction timing	Impact on interior space and building height	Responds to current and future codes	Familiar to local construction industry	Impact by soil conditions
Wood frame	○	⊕	○	○	○	○	○	○	⊕	○	○
Structural stud	○	⊕	○	○	○	○	○	○	○	⊕	○

Bearing wal and concrete plank	0	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0
Steel and concrete plank	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0
Steel and poured concrete deck	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0
Precasst concrete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
“beam & slab” poured in place concrete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
“flat plate” poured in place concrete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prestressed/ post-tensioned concrete	0	0	0	X	0	0	0	0	0	X	0

Sumber: Perkins, B., Hogleund, J. D., King, D., & Cohen, E. (2004). *Building Type Basics for Senior Living*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

2.3.5 Sistem Elektrikal dan Komunikasi

2.3.6 Peralatan dan Teknologi

2.3.7 Material

Pertimbangan untuk memilih material pada ruang dalam maupun ruang luar diantaranya adalah ketahanan dan kesesuaian terhadap fungsi tertentu, perawatan, biaya dan kesesuaian material dengan kenyamanan menurut populasi lansia.

1. Pelingkup Bangunan
2. Penutup Lantai
3. Penutup Dinding
4. Jendela

2.3.8 Akustika

Kesulitan hingga kehilangan pendengaran merupakan salah satu permasalahan yang dihadapi lansia, sehingga penanganan aspek akustika pada ruang dapat diselesaikan dengan pertimbangan berikut, mengurangi level kebisingan, perpindahan kebisingan dari satu ruang ke ruang lainnya, privasi pada ruang-ruang individu, dan sejauh mana percakapan terdengar terhadap kebisingan latar. Berikut acuan desain untuk ruang-ruang dengan fungsi khusus:

1. Area Makan

Area makan merupakan salah satu ruang terbesar yang menghasilkan kebisingan tertinggi diantara ruang-ruang lainnya, kebisingan berdampak pada kenyamanan penghuni ketika berbicara dan mendengarkan. Berikut cara untuk mengurangi kebisingan pada ruang makan:

- a. Membagi area makan menjadi ruang-ruang yang lebih kecil yang terpisah dengan kebisingan latar, tanpa kesan mengisolasi pengguna di dalamnya.
- b. Memilih material penyerap kebisingan untuk dinding, lantai, langit-langit, dan furnitur.
- c. Minimum NRC jika menggunakan lantai kayu (*hardwood*) atau tile adalah 0,8.
- d. Area makan harus terpisah dari dapur dan ruang penyajian, jika harus berdekatan, maka dibutuhkan material atau konstruksi penyerap kebisingan.

2. Ruang Serbaguna dan Auditorium

Permasalahan pada ruang serbaguna, auditorium, maupun ruang ibadah adalah pantulan suara ketika berbicara dan suara musik yang terjadi bersamaan. Berikut cara mengurangi kebisingan dan menyeleraskan bunyi pada ruang serbaguna:

- a. Waktu dengung (*reverberation time*) dipengaruhi berbagai faktor, salah satunya volume ruang. Ruang serbaguna harus memiliki waktu dengung optimal antara rentang percakapan dan musik.
- b. Memilih material akustik membutuhkan waktu dengung yang sesuai untuk percakapan dan musik sekaligus memberikan permukaan reflektor dan permukaan penyerap untuk menghindari pemantulan bunyi yang berlebihan.
- c. Mengatur penempatan sistem pengelola bunyi seperti, mikrofon dan penguat bunyi.

3. Area Mandi dan Permukaan Keras

Area mandi secara alami memantulkan suara pancuran dan

aliran air.

- a. Mengurangi penggunaan dinding dan lantai keramik, serta memilih material lantai yang meredam bunyi.
 - b. Membatasi waktu dengung dengan mengurangi penggunaan material langit-langit yang tahan kelembaban.
 - c. Menghindari penggunaan pipa PVC dan material yang menimbulkan kebisingan ketika terjadi aliran air.
4. Sistem Mekanikal Elektrikal dan Ruang Mekanikal
- a. Memberikan jarak untuk ruang mekanikal dengan ruang-ruang aktivitas dan ruang hunian.
 - b. Ruang mekanikal yang berdekatan dengan ruang yang peka terhadap kebisingan membutuhkan kepadatan lantai struktural minimum yang berlaku sebagai pembatas kebisingan melalui udara.

2.3.9 Pencahayaan

Desain pencahayaan pada fasilitas dan hunian untuk lansia dengan memperhatikan konservasi energi dan kenyamanan penghuni dapat dikelompokkan menurut jenis ruang sebagai berikut (Perkins, Hoglund, King, & Cohen, 2004):

5. Ruang Komunal
- a. Mengintegrasikan pencahayaan alami dan buatan sehingga memenuhi kenyamanan penglihatan.
 - b. Merencanakan variasi level pencahayaan dari berbagai sumber cahaya yang bersifat fleksibel (pencahayaan dekoratif, *downlighting*) dan mudah diatur.
 - c. Menentukan titik pencahayaan pada sisi-sisi arsitektural, seperti langit-langit, balok dan kuda-kuda
 - d. Melengkapi ruang makan dengan pencahayaan setara 50 fc sehingga penghuni dapat melihat warna makanan, lebih baik dengan sumber cahaya tidak langsung untuk mengurangi silau dan bayangan.

- e. Mengutamakan pencahayaan utama setara dengan 35 fc pada area *lounge* dengan tambahan pencahayaan dekoratif.
 - f. Ruang aktivitas: menggunakan pencahayaan tidak langsung yang baik untuk distribusi cahaya tanpa efek silau atau bayangan.
 - g. Perpustakaan: jika terdapat ruang sirkulasi antara rak dan ruang duduk, *stack lighting* dengan pencahayaan setara 30 fc diarahkan langsung pada meja maupun lantai.
 - h. Salon / Fasilitas kecantikan dan area terapi okupansi/ terapi fisik: menggunakan pencahayaan tidak langsung dan kombinasi dari cahaya dekoratif untuk menghindari silau ketika menatap langit-langit dan pantulan cahaya langsung pada wajah.
6. Koridor / Ruang Sirkulasi
- a. Variasi pencahayaan dibutuhkan untuk memperpendek jarak pandang dan menekankan pada simbol-simbol penunjuk arah dengan menata *downlighting* setara 26 watt di tengah langit-langit dengan ketinggian sekitar 6 kaki.
 - b. Pencahayaan dekoratif pada pintu masuk unit berfungsi menerangi penghuni ketika mencari kunci, membaca nomor unit, dan membuka pintu.

7. Ruang Hunian

Ruang hunian pada rumah mandiri dan rumah perawatan memiliki prinsip pencahayaan ruang hunian yang sama, yaitu:

- a. Dapur: cahaya utama dapat menyebabkan bayangan ketika mencuci piring atau terhalang rak dinding, sehingga diperlukan lampu dibawah rak dinding untuk menerangi tempat cuci piring.
- b. Ruang keluarga: ruang keluarga mendapatkan cahaya dari area pintu masuk, sehingga penghuni mudah menemukan lampu meja.
- c. Kamar tidur: saklar lampu tidur sebaiknya diletakan si sisi tempat tidur sehingga penghuni lebih mudah mengatur pencahayaan.

- d. Kamar mandi: pencahayaan harus tersebar ke seluruh ruang, dimana sering terjadi kecelakaan
8. Area Servis

2.3.10 Wayfinding

Penghuni lansia membutuhkan waktu untuk beradaptasi dan mengenali lingkungan tempat tinggalnya, sehingga penanda atau penuntun arah (*wayfinding*) perlu diterapkan pada seluruh elemen ruang sebagai berikut:

1. *Wayfinding* merupakan penuntun spasial yang memberikan rasa aman dan jaminan untuk mengetahui arah yang akan dituju, sehingga mendorong penghuni untuk bergerak aktif.
2. *Wayfinding* dapat diterapkan pada interior, pencahayaan, karya seni dan dekorasi, penutup lantai, dan objek atau furnitur beraksen.
3. *Wayfinding* dimulai dari tatanan antar ruang yang mudah dimengerti dan mendukung konfigurasi fungsi, program dan sirkulasi.
4. Petunjuk visual merupakan elemen penting, seperti interior jendela, partisi, lemari dan karya seni yang di letakan di persimpangan sirkulasi akan membantu orientasi.
5. Skema warna pada lantai antar ruang yang memberikan karakteristik atau aksent berbeda bisa menjadi penuntun arah.
6. Desain pencahayaan dan penutup dinding dengan karakteristik dekorasi berbeda bisa memberikan tanda bahwa penghuni sudah memasuki ruang yang berbeda.
7. Lansia, terutama penyandang Alzheimer sering kesulitan memahami informasi baru, tetapi lebih mudah mengingat hal-hal yang berkaitan dengan kegemarannya.

2.3.11 Ukuran dan Tata Ruang

1. Akomodasi Penghuni (Peter H. F. Stiles, 1976)

- a. *Bed-sitting room (Single)*: 10 m²

Area ini merupakan ruang tinggal dengan luas minimum yang meliputi furnitur seperti tempat tidur, lemari pakaian,

perlengkapan riasan, kursi santai, meja kecil dan kursi, dan TV. Area ini bisa terhubung dengan dapur atau pantry individual.

b. *Bed-sitting room (Double)*: 15,5 m²

Area *double* meliputi fungsi dan furnitur sejenis dengan ruang tinggal *single*, namun perlu dipertimbangkan tambahan luas untuk sirkulasi dua orang lansia dan ruang tamu.

c. *General Purpose Room*: 20 m²

Ruang utilitas yang memberikan penghuni yang masih bisa beraktivitas secara mandiri, seperti mencuci dan menyetrika pakaian. Dibutuhkan 1 ruang utilitas untuk setiap 15 penghuni lansia.

d. Kamar Mandi: 7,50 m²

Setiap 1 kamar mandi disediakan untuk 15 penghuni lansia, tambahan ruang seluas 1,90 m² diperlukan jika kamar mandi juga menyediakan WC dan wastafel. Kamar mandi harus bisa dimasuki dua orang perawat yang membantu memandikan lansia, pintu kamar mandi harus bisa dibuka ke arah luar untuk keadaan darurat.

e. WC: 2,80 m²

Setiap ruang WC harus disertai pintu yang membuka ke arah luar, di beberapa rumah mandiri untuk lansia aktif, pintu bisa dibuka ke dua arah. Ukuran WC harus cukup untuk kursi roda dan perawat yang membantu.

f. Area Makan/ Duduk: 3,70 m²

Ukuran tersebut merupakan luas minimal yang perlu disesuaikan dengan kebutuhan penghuni lansia di ruang duduk, ruang makan, ruang tenang dan ruang TV.

g. *Entrance Hall*: 20 m²

Area ini harus cukup untuk ruang duduk yang mewadahi 10 penghuni lansia, sehingga bisa melihat aktivitas di luar ruang tanpa mengganggu sirkulasi.

2. Akomodasi Pelayanan dan Administratif (Peter H. F. Stiles, 1976)

a. Kantor: 10 m²

Luas ruang kantor minimal untuk kepala hingga staf administrasi harus bisa mewadahi lemari arsip dan rekam medis hingga lemari obat-obatan untuk fasilitas tanpa ruang medis.

b. Ruang Medis: 10 m²

Funitur dan perlengkapan ruang medis meliputi tempat tidur untuk pemeriksaan, dua kursi, wastafel, meja kerja dan lemari obat-obatan.

c. *Chiropody/ hairdressing room*: 10-11 m²

Layanan tata rias dan potong rambut diperlukan dalam fasilitas dan rumah untuk lansia yang meliputi perlengkapan seperti kursi untuk pasien, kursi untuk perawat, gudang, dan wastafel.

d. Area Dapur dan Gudang

Luas area dapur dan gudang bahan makanan bervariasi, contohnya untuk rumah berisi 40 penghuni lansia, diperlukan ruang sebagai berikut:

1) *Laundry*: 12 m²

2) *Sluice room*: 9,50 m²

3) *Central linen store*: 4,60 m² - 6,50 m²

4) *Sewing room*: 6,50 m²

e. Gudang Umum: minimal 0,50 m² setiap penghuni

Gudang umum diperlukan untuk menyimpan barang-barang pribadi penghuni jika sewaktu-waktu diperlukan, seperti kursi roda (0,8-1,2 m²).

f. Ruang Kebersihan: 4,60 m²

Ruang kebersihan berfungsi sebagai ruang penyimpanan peralatan kebersihan dan peralatan mekanik.

g. Akomodasi Staf

Ruang tidur untuk staf yang tinggal perlu disediakan yang dilengkapi dengan kamar mandi.

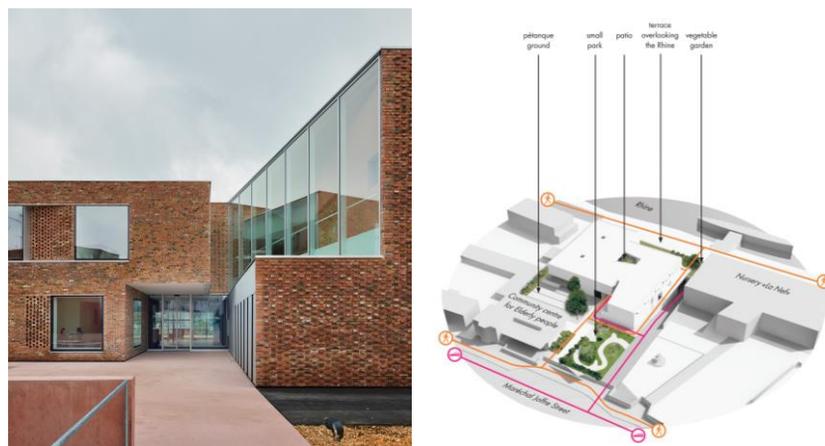
h. Area Makan/ Duduk untuk Non-residen Staf

Untuk setiap 6 orang staf diperlukan ruang seluas 14 m² yang dilengkapi dengan ruang ganti dan loker seluas 10 m² dan minimal 2 WC. Penambahan seluas 1 m² untuk setiap 1 staf tambahan.

3. Kebutuhan Ruang untuk Kelompok (Peter H. F. Stiles, 1976)
 - a. *Entrance hall*: dilengkapi *lobby* atau *drop off*
 - b. Ruang duduk
 - c. Ruang tenang
 - d. Perpustakaan
 - e. Ruang untuk berjemur
 - f. Ruang rekreasi
 - g. Ruang hobi
 - h. Kapel atau ruang ibadah
 - i. Ruang TV
 - j. Toilet pengunjung
 - k. Lift dan sirkulasi vertikal
 - l. Fasilitas parkir
 - m. Taman
 - n. Gudang perlengkapan taman

2.4 Tinjauan Objek Studi

2.4.1 Housing For Elderly People in Huningue, Perancis



Gambar 2.7. Entrance dan fasilitas di sekitar bangunan, 2018

Sumber: <https://www.archdaily.com/> diakses pada 28 Maret 2019

Rumah untuk lansia yang terletak di tepi Sungai Rhine, Perancis dirancang oleh Dominique Coulon & associés merupakan program ruang yang terdiri dari unit-unit rumah seluas 25 m², sebuah restoran, ruang komputer, workshop hobi, taman sayuran, dan lapangan Petanque (Boule). Tataan ruang bertujuan untuk membina hubungan antar penghuni lansia, sehingga elemen-elemen ruang yang mendorong pertukaran dan interaksi sosial diperlukan, seperti ruang hidup kolektif dengan limpahan cahaya alami. Tangga yang terletak di tengah bangunan dan ruang-ruang luas untuk beraktivitas menjadi kombinasi yang mengundang mobilitas. Ruang dengan interior warna putih terkesan dipadatkan dan menciptakan kesan volume yang lebih luas.



Gambar 2.8. Denah lantai dasar dan unit rumah tinggal, 2018

Sumber: <https://www.archdaily.com/> diakses pada 28 Maret 2019

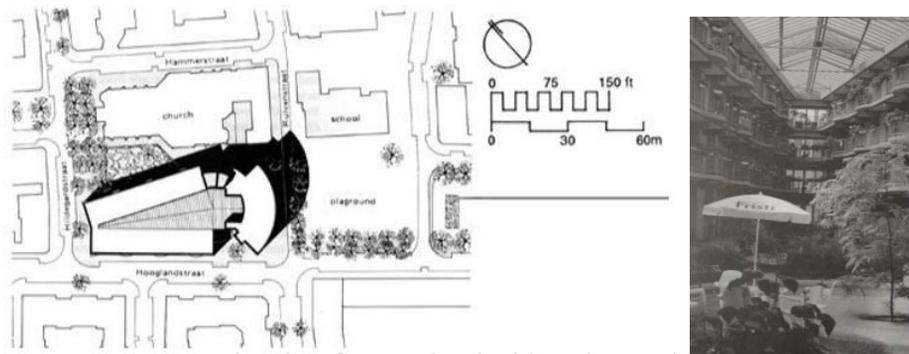
Perpaduan beton dengan warna merah bata, terracotta, dan kayu menciptakan atmosfer yang luhur. Dari luar, bangunan dilingkupi oleh fasade bata merah dengan ukuran yang acak. Cahaya alami yang masuk ke dalam ruangan menciptakan suasana pelabuhan di pedesaan yang sesuai dengan sejarah Sungai Rhine.



Gambar 2.9. Fasad dan ruang komunal, 2018

Sumber: <https://www.archdaily.com/> diakses pada 28 Maret 2019

2.4.2 Jan Van Der Ploeg, Rotterdam, Netherlands



Gambar 2.10. Site plan dan atrium Jan Van Der Ploeg, 1988

Sumber: (Regnier, 1994)

1. Arsitek: EGM Architecten bv Dordrecht, Netherlands
2. Karakteristik Bangunan:
 - a. Jumlah unit: 79
 - b. Jumlah tingkat: 4 dan 7
 - c. Konteks: urban
 - d. Tipologi: *steunpunt project*
 - e. Bentuk bangunan: atrium
 - f. Jenis unit: 67 unit 1-bdr, 12 unit 2-bdr
 - g. Ukuran ruang komunal: 425 sqft / 39,5 sqm
 - h. Fasilitas komunitas: program makan (restoran aksesibel)
3. Karakteristik Penghuni:

Penghuni dari fasilitas rata-rata berusia 77 tahun yang terdiri dari 5 pasangan, 10 laki-laki, dan 64 perempuan. Adapun 18% dari seluruh penghuni membutuhkan bantuan mandi, 2% berkursi roda, dan 2%

mengalami gangguan kognitif.

4. Keistimewaan Proyek:

- 1) Atrium: terdapat taman atrium setinggi 4 lantai yang memberikan akses cahaya alami ke tengah bangunan dengan lantai yang diperkeras dengan paving blok, sehingga bisa diakses kursi roda. Denah atrium berbentuk tetesan air hujan dengan taman di sisi berbentuk segitiga dan di sisi berbentuk semilingkaran. Unit hunian terletak di sisi-sisi atrium dengan balkon selebar 1,2 m dengan tambahan tepi melengkung selebar 0,4 m di setiap area pintu masuk unit yang mengakomodasi sebuah meja kecil dan dua buah kursi. Pada musim panas, 12 panel di tengah atap atrium berfungsi sebagai ventilasi.
- 2) Proyek Pendukung: Fasilitas Jan Van Der Ploeg melayani penghuni dan lansia di lingkungan sekitarnya (*home nursing*, podiatri, terapi bicara dan okupansi). Lantai 1 menyediakan ruang serbaguna dan dapur kering yang melayani penghuni dan lansia di lingkungan sekitar. Penghuni memiliki kebebasan untuk mendukung dirinya sendiri.
- 3) Tapak: fasilitas terletak di distrik pembaruan dengan peruntukan *mixed-use* yang dekat dengan pertokoan, sekolah, taman lingkungan, dan gereja.
- 4) Keistimewaan Unit: setiap unit hunian bisa mendapatkan cahaya alami dari dua sisi, yaitu atrium dan lingkungan luar.



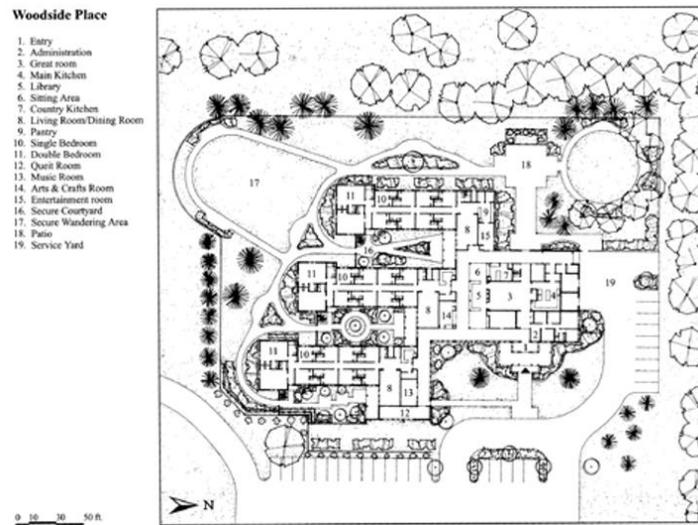
Gambar 2.11. Denah Lantai Dasar dan Unit Tipikal, 1988

Sumber: (Regnier, 1994)

- 5) Saling Ketergantungan: atrium terbuka dan kegiatan sukarela

mendorong kebiasaan saling membantu. Adapun 30% dari seluruh penghuni tidak menggunakan layanan bantuan dan 15% penghuni merupakan lansia rentan yang membutuhkan bantuan perawatan pribadi.

2.4.3 Woodside Place, Oakmont, Pennsylvania



Gambar 2.12. Denah Lantai Dasar, 1991

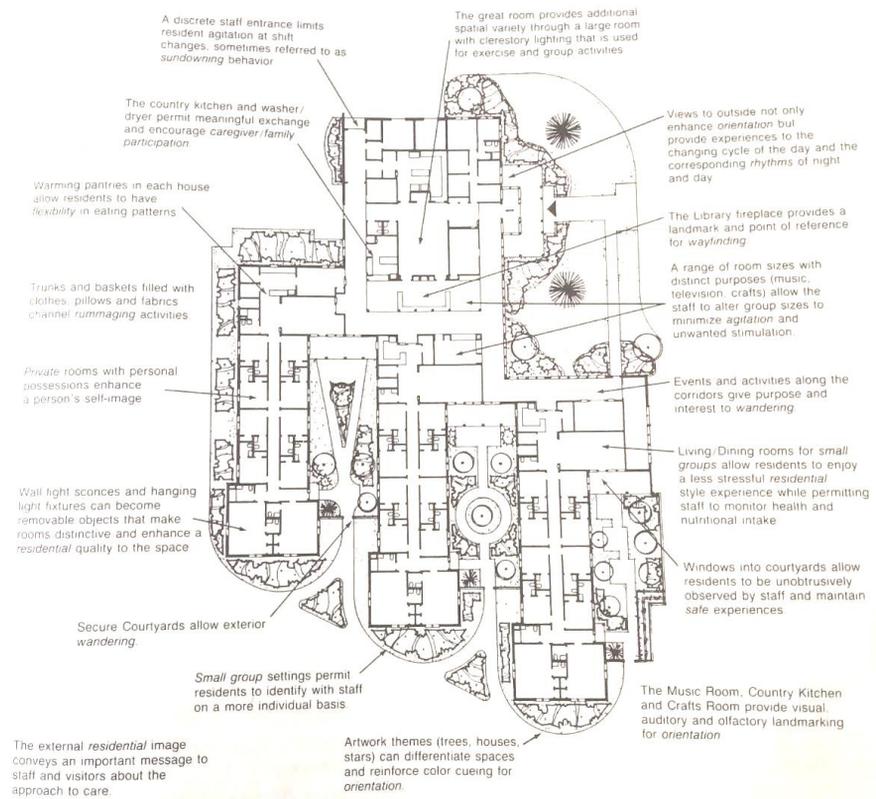
Sumber: (Regnier, 1994)

1. Arsitek: Perkins, Eastman and Partners, New York
2. Karakteristik Bangunan:
 - i. Jumlah unit: 30
 - j. Jumlah tingkat: 1
 - k. Konteks: suburban
 - l. Tipologi: *gorup home*
 - m. Bentuk bangunan: halaman
 - n. Jenis unit: 6 unit double, 24 unit single
 - o. Ukuran ruang komunal: 180 sqft / 16,7 sqm
3. Karakteristik Penghuni:

Penghuni dari fasilitas rata-rata berusia 80,8 tahun yang terdiri dari 10 laki-laki, dan 26 perempuan. Adapun 92% dari seluruh penghuni membutuhkan bantuan mandi, 69% bantuan toilet, 28% bantuan urinasi, dan 100% mengalami gangguan kognitif.

4. Keistimewaan Proyek:

- 1) Karakter Perumahan dan Penampilan: tampilan dari bangunan dan desain interior memiliki karakteristik yang familiar terhadap penghuni, yaitu citra rumah tradisional pada eksterior maupun interior bangunan.
- 2) Setiap Bungalo Menampung 12 Penghuni: setiap bungalo terdiri dari dapur penyajian, area binatu, ruang makan/ruang tamu, teras, dan halaman yang didampingi seorang staf profesional. Bungalo yang tampil dalam skala kecil memberikan kesan tinggal di rumah pribadi, tanda atau *landmark* yang berbeda-beda pada setiap rumah menjadi mudah dikenali. Halaman diantara bangunan membentuk kesan bahwa bangunan berdiri sendiri.
- 3) Jalur Berkeliling: umumnya lansia mengalami gejala demensia yang diikuti dengan kecenderungan berjalan tanpa tujuan. Jalur berkeliling di Woodside dirancang dengan bentuk simpul besar yang mengarahkan pada masing-masing rumah tinggal dan 6 ruang dengan fungsi khusus. Setiap penghuni memiliki kartu identitas dengan *microchip* yang akan membuka pintu rumah secara otomatis ketika penghuni mencapai rumah. Jendela transparan antara jalur berkeliling dan ruang khusus memudahkan penghuni untuk memahami aktivitas yang sedang terjadi.
- 4) Ruang-ruang Aktivitas: ruang komunal di sepanjang jalur berkeliling dengan jendela transparan menstimulasi kebiasaan dari penghuni dan keluarga yang berkunjung untuk menggunakan ruang-ruang dengan fungsi bisa dipakami sendiri, seperti dapur dengan gaya pedesaan yang menimbulkan kegiatan makan bersama seolah di ruang makan rumah pribadi.



Gambar 2.13. Denah dan Konsep Ruang, 1991

Sumber: (Regnier, 1994)

- 5) Pemandangan Keluar dan Penataan Lanskap: penghuni bisa mengakses halaman untuk merasakan lingkungan alami dan variasi pada lanskap memberikan rasa kebebasan pada penghuni.

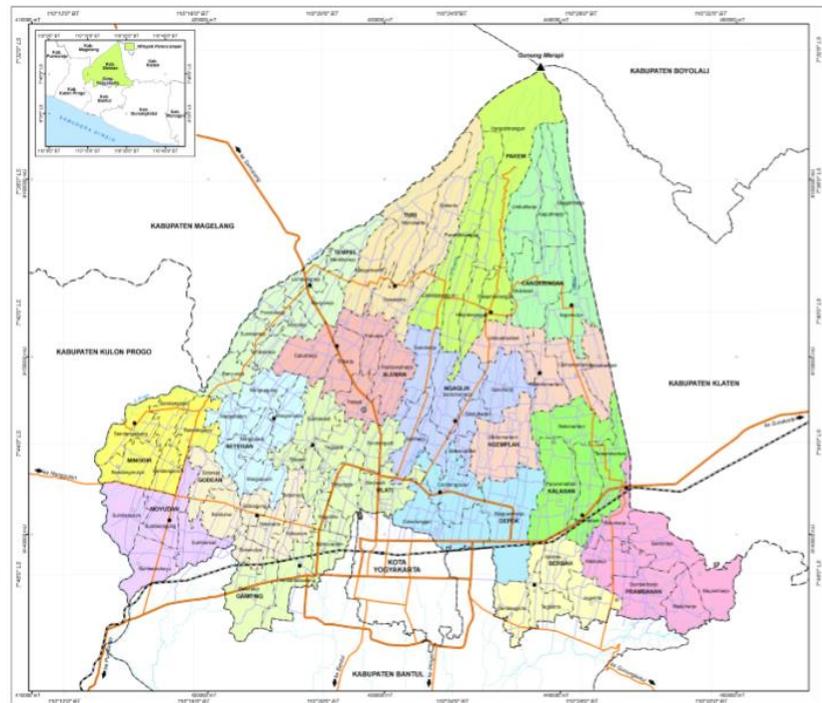
BAB III

TINJAUAN LOKASI

3.1 Tinjauan Kabupaten Sleman

3.1.1 Kedudukan Administratif

Wilayah administratif Kabupaten Sleman dibagi menjadi 17 kecamatan yaitu Moyudan, Minggir, Seyegan, Godean, Gamping, Mlati, Depok, Berbah, Prambanan, Kalasan, Ngemplak, Ngaglik, Sleman, Tempel, Turi, Pakem, Cangkringan dan 86 desa (Sleman, 2017).



Gambar 3.1. Peta Administrasi Kabupaten Sleman 2011-2031

Sumber: <https://bappeda.slemankab.go.id/peta-tata-guna-lahan> diakses pada 20 Maret 2019

3.1.2 Kondisi Geografis

Wilayah Kabupaten Sleman terbentang mulai $110^{\circ} 13' 00''$ sampai dengan $110^{\circ} 33' 00''$ Bujur Timur, dan mulai $7^{\circ} 34' 51''$ sampai dengan $7^{\circ} 47' 03''$ Lintang Selatan, dengan ketinggian antara 100 – 2.500 meter di atas permukaan air laut. Jarak terjauh Utara – Selatan

gambarkira-kira 32 km, Timur – Barat kira-kira 35 km, terdiri dari 17 kecamatan, 86 desa, dan 1.212 padukuhan. Bagian utara berbatasan dengan Kabupaten Boyolali Provinsi Jawa Tengah, bagian Timur berbatasan dengan Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah, bagian selatan berbatasan dengan Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta, Provinsi D.I. Yogyakarta dan bagian barat berbatasan dengan Kabupaten Kulonprogo, Provinsi D.I. Yogyakarta dan Kabupaten Magelang, Provinsi Jawa Tengah.

Wilayah di bagian selatan merupakan dataran rendah yang subur, sedang bagian utara sebagian besar merupakan tanah kering yang berupa ladang dan pekarangan, serta memiliki permukaan yang agak miring ke selatan dengan batas paling utara adalah Gunung Merapi. Di lereng selatan Gunung Merapi terdapat dua buah bukit, yaitu Bukit Turgo dan Bukit Plawangan yang merupakan bagian dari Kawasan Wisata Kaliurang. Beberapa sungai yang mengalir melalui Kabupaten Sleman menuju Pantai Selatan antara lain Sungai Progo, Krasak, Sempor, Kuning, Boyong, Winongo, Gendol dan Opak.

3.1.3 Topografi

Luas daerah di Kabupaten Sleman menurut ketinggiannya dihitung dari tinggi permukaan laut (mdpl atau meter di atas permukaan laut) dikelompokkan menjadi 4 daerah, yaitu kurang dari 100 mdpl, 100-499 mdpl, 500-999 mdpl, dan di atas 1.000 mdpl yang dapat dilihat pada tabel 3.1 sebagai berikut.

Tabel 3.1. Luas Daerah menurut Ketinggian dari Permukaan Laut di Kabupaten Sleman, 2016

Kecamatan <i>District</i>	Ketinggian / <i>Altitude</i> (m)				Jumlah <i>Total</i>
	< 100	100 – 499	500 - 999	> 1.000	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Moyudan	24,07	3,55	-	-	27,62
2. Minggir	3,57	23,70	-	-	27,27
3. Seyegan	-	26,63	-	-	26,63
4. Godean	2,09	24,75	-	-	26,84
5. Gamping	13,48	15,77	-	-	29,25
6. Mlati	-	28,52	-	-	28,52
7. Depok	-	35,55	-	-	35,55
8. Berbah	14,47	8,52	-	-	22,99
9. Prambanan	4,35	37,00	-	-	41,35
10. Kalasan	-	35,84	-	-	35,84
11. Ngemplak	-	35,71	-	-	35,71
12. Ngaglik	-	38,52	-	-	38,52
13. Sleman	-	31,32	-	-	31,32
14. Tempel	-	31,72	0,77	-	32,49
15. Turi	-	20,76	21,55	0,78	43,09
16. Pakem	-	16,64	14,98	12,22	43,84
17. Cangkringan	-	17,96	28,08	1,95	47,99
JUMLAH / Total	62,03	432,46	65,38	14,95	574,82

Sumber: Badan Pusat Statistik. (2017). Kabupaten Sleman dalam Angka 2017 (p. 9). Sleman.

Berdasarkan tabel di atas, ketinggian permukaan tanah di Kabupaten Sleman semakin tinggi di sebelah utara menuju daerah Gunung Merapi, yaitu Kecamatan Pakem, Cangkringan, dan Turi yaitu di atas 1.000 mdpl.

3.1.4 Kondisi Klimatologis

Berdasarkan pantauan Badan Meteorologi Klimatologi dan Geofisika (BMKG) Yogyakarta, hari hujan terbanyak dalam satu bulan selama tahun 2016 adalah 26 hari. Rata-rata curah hujan tertinggi 135

mm. Kecepatan angin maksimum 20 m/s, sementara rata-rata kelembaban nisbi udara tertinggi 95 % dan terendah 70 %. Temperatur udara, tertinggi 29,4 °C dan terendah 24,0 °C.

3.1.5 Kondisi Sosial

1. Kependudukan

Tabel 3.2. Kepadatan Penduduk Kabupaten Sleman Tahun 2016-2018

Variabel Kependudukan	2016	2017	2018
Jumlah Penduduk			
Laki-laki	542.510	521.483	527.116
Perempuan	536.700	525.139	536.822
Total	1.079.210	1.046.622	1.063.938
Kepadatan (Jiwa/Km²)	1.877	1.820	1.851
Komposisi Umur			
0-14	232.294	227.587	227.295
15-64	740.521	716.246	732.433
64+	106.395	102.789	104.210

Sumber: <https://kependudukan.jogjapro.go.id/index.php> diakses pada 20 Maret 2019 dan Analisis Penulis, 2019

Jumlah penduduk di Kabupaten Sleman pada tahun 2018 (Kemendagri, 2019) periode kedua sebesar 1.063.938 jiwa yang terdiri dari 527.116 laki-laki dan 536.822 perempuan. Dibandingkan dengan jumlah penduduk sejak tahun 2016 periode kedua (Kemendagri, 2019), jumlah penduduk mengalami penurunan sebesar 15.272 jiwa atau 0,7 persen. Dengan luas wilayah 574,82 km², maka kepadatan penduduk pada tahun 2018 adalah 1.851 jiwa per km². Beberapa kecamatan dengan jumlah penduduk tertinggi pada tahun 2018 yaitu, Depok (120.375 jiwa), Ngaglik (95.663 jiwa), Gamping (92.662 jiwa), Mlati (90.783 jiwa) dan Kalasan (81.325 jiwa). Adapun pada hingga tahun 2018, jumlah penduduk berusia di atas 64 tahun paling banyak berada di Kecamatan Depok (10.051 jiwa) dan paling sedikit berada di Kecamatan Cangkringan (3.363 jiwa).

2. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu aspek penting dalam pengembangan masyarakat. Faktor utama yang mendukung penyelenggaraan pendidikan adalah ketersediaan sekolah yang memadai dengan sarana prasarannya, pengajar, keterlibatan anak didik, dan komite sekolah. Kabupaten Sleman pada tahun 2016/2017 memiliki 377 SD negeri dan 127 SD swasta, 55 SMP negeri dan 56 SMP swasta, 17 SMA negeri dan 26 SMA swasta, serta 8 SMK negeri dan 49 SMK swasta.

3. Keagamaan

Komposisi penduduk menurut agama yang dipeluk di Kabupaten Sleman hingga tahun 2018 terhitung sebanyak 90,36% penduduk beragama Islam, 6,52% beragama Katolik, 2,93% beragama Kristen, dan dibawah 1% beragama Hindu, Budha, Konghuchu dan aliran kepercayaan. Perbandingan komposisi dari jumlah dan keragaman agama yang di peluk mempengaruhi ketersediaan sarana dan prasarana peribadatan di suatu wilayah. Adapun sarana yang telah tersedia hingga tahun 2015 (Sleman, 2017), yaitu 2.008 masjid, 91 dan 18 Gereja Kristen dan Katolik, 4 pura, dan 3 wihara.

Tabel 3.3. Komposisi Penduduk menurut Agama Tahun 2016-2018

Agama	Tahun		
	2016	2017	2018
Islam	972.249	945.063	961.383
Katolik	72.028	69.039	69.404
Kristen	32.254	30.686	31.250
Hindu	1.156	1.080	1.115
Budha	741	666	698
Konghuchu	758	70	65
Aliran Kepercayaan	24	18	23
Total	1.079.210	1.046.622	1.063.938

Sumber: <https://kependudukan.jogjaprovo.go.id/index.php> diakses pada 20 Maret 2019 dan Analisis Penulis, 2019

Bangunan *Assisted Living* merupakan bangunan dengan kategori panti jompo yang dapat diizinkan pada lahan dengan intensitas pemanfaatan ruang berupa perumahan (R-1, R-2, R-3, R-4, R-5) dan sarana pelayanan umum kesehatan (SPU-3). Bangunan ditujukan sebagai tempat tinggal dan bersosialisasi, sehingga memerlukan lahan dengan pemanfaatan ruang berupa perumahan, terutama dengan kepadatan rendah hingga sedang (Sleman P. D., 2019). Adapun strategi dalam rangka pengembangan kawasan permukiman yang nyaman dan berwawasan lingkungan meliputi:

- a. Mengembangkan kawasan permukiman di luar kawasan bencana alam;
- b. Mengembangkan ruang terbuka hijau perkotaan;
- c. Mengembangkan prasarana dan sarana dasar permukiman berwawasan lingkungan

Wilayah peruntukan permukiman diatur dengan ketentuan umum sebagai berikut:

- a. Diwajibkan pengembangan prasarana dan sarana permukiman berwawasan lingkungan;
- b. Diperbolehkan pengembangan perdagangan dan jasa di kawasan permukiman perkotaan;
- c. Diperbolehkan pengembangan permukiman di kawasan perkotaan dengan rasio lahan terbangun sedang hingga tinggi;
- d. Diperbolehkan pengembangan permukiman di kawasan pedesaan dengan rasio lahan terbangun rendah;
- e. Diperbolehkan dengan syarat mengembangkan perdagangan dan jasa di kawasan pedesaan;
- f. Diperbolehkan dengan syarat pengembangan fasilitas umum dan fasilitas sosial sesuai dengan skalanya;
- g. Diperbolehkan pengembangan kegiatan industri skala kecil dan mikro pada kawasan permukiman dengan syarat tidak menimbulkan polusi;
- h. Tidak diperbolehkan pengembangan permukiman eksklusif berdasarkan suku dan agama.

3.2.1 Fasilitas Sarana dan Prasarana

Terdapat 1.738 fasilitas kesehatan, sebanyak 3.608 orang terdiri dari 78 dokter dan 2.585 perawat, 488 bidan dan 457 farmasi.

Tabel 3.4. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Sleman

No.	Fasilitas Kesehatan	2015	2016
1.	Rumah sakit	27	28
2.	Rumah Bersalin	3	0
3.	Puskesmas	25	25
4.	Posyandu	1.528	1.528
5.	Balai pengobatan	59	0
6.	Poskesdes	86	86
7.	Klinik utama dan pratama	59	71

Sumber: Badan Pusat Statistik. (2017). *Kabupaten Sleman dalam Angka 2017* (p. 147). Sleman.

3.3 Tinjauan Lokasi *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman

3.3.1 Kriteria Pemilihan Tapak

Kriteria pemilihan tapak untuk *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman, DIY harus memperhatikan aspek sebagai berikut:

- a. Tata guna lahan berupa kawasan residensial yang strategis dengan zona pendidikan, keagamaan, dan komersial karena fasilitas mewadahi lansia dengan berbagai aktivitas yang memadai untuk dapat berinteraksi dengan lingkungannya.
- b. Aksesibilitas baik, meliputi pencapaian, kondisi akses dan lebar jalan yang baik untuk kendaraan maupun pejalan kaki.
- c. Kedekatan dengan fasilitas kesehatan setidaknya dalam jarak tempuh 10 – 15 menit.
- d. Ketersediaan jaringan utilitas yang baik.
- e. Memiliki kualitas visual ke luar maupun ke dalam tapak yang nyaman untuk beraktivitas di luar maupun dalam ruang.
- f. Memiliki tingkat kebisingan dan polusi udara yang rendah.

3.3.2 Alternatif Lokasi Tapak

Berdasarkan peningkatan jumlah penduduk lansia dan

kebutuhan fasilitas untuk mewadahi aktivitas dan mendukung kesejahteraan lansia, Kabupaten Sleman memenuhi kriteria sebagai kawasan untuk menjalani masa tua yang produktif. Berikut adalah gambaran lokasi alternatif untuk *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman, DIY.

1. Tapak I



Gambar 3.3. Lokasi Tapak I (Gg. Jragem, Ngaglik)

Sumber: <https://www.google.co.id/maps> diakses pada 20 Maret 2019

Berikut adalah batas-batas lahan tapak:

- a. Utara: LSM Kunci Yogyakarta
- b. Timur: SMP Karitas Ngaglik
- c. Selatan: Dalem Kasutetan
- d. Barat: Gg. Nuri

2. Tapak II



Gambar 3.4. Lokasi Tapak II (Jl. Padma, Ngaglik)

Sumber: <https://www.google.co.id/maps> diakses pada 18 April 2019

Berikut adalah batas-batas lahan tapak:

- a. Utara: Kharma Villas Yogyakarta
- b. Timur: Jl. Padma
- c. Selatan: dntrans Wisata dan Perumahan
- d. Barat: Sungai Bedog

3. Tapak III



Gambar 3.5. Lokasi Tapak III (Jl. KRT Pringgodingrat, Sleman)

Sumber: <https://www.google.co.id/maps> diakses pada 24 April 2019

Berikut adalah batas-batas lahan tapak:

- a. Utara: Jl. Radjiman dan JL. Purbaya
- b. Timur: Perumahan Sleman Permai I
- c. Selatan: SDN Tridadi
- d. Barat: Jl. KRT Pringgodingrat

3.3.3 Bobot Penilaian Alternatif Lokasi Tapak

Berdasarkan tiga tapak yang telah dipilih sebagai alternatif, maka perlu dilakukan *scoring* tapak berdasarkan kriteria pemilihan tapak untuk menentukan tapak terpilih *Assisted Living Residence* di Kabupaten Sleman, DIY. Berikut adalah tabel *scoring* untuk menentukan tapak terpilih:

Tabel 3.5. *Scoring* Pemilihan Tapak

No.	Kriteria Tapak	Bobot	Tapak I	Tapak II	Tapak III
			Nilai	Nilai	Nilai
1.	Lokasi strategis dengan zona pendidikan,	5	5	4	5

	komersial, dan keagamaan				
2.	Aksesibilitas	5	3	4	5
3.	Kedekatan dengan fasilitas kesehatan	5	4	3	5
4.	Ketersediaan jaringan utilitas	5	5	5	5
5.	Kualitas visual ke dalam maupun keluar tapak	5	3	5	4
6.	Tingkat kebisingan dan polusi udara rendah	5	5	3	3
Total		30	25	24	27

Sumber: Analisis Penulis, 2019

3.3.4 Kondisi Tapak Terpilih

Lokasi tapak terletak di JL. KRT Pringgodingrat, Ngaglik, Sleman, DIY yang bersimpangan dengan JL. Radjiman dan JL. Purbayan di sisi Utara. Tapak berupa lahan kosong seluas $\pm 18.550 \text{ m}^2$ dengan peruntukan perumahan kepadatan rendah yang berdekatan dengan area perumahan, perdagangan, pendidikan, serta sarana peribadatan yang mendukung terjadinya sosialisasi dengan komunitas masyarakat sekitar. Lokasi tapak yang berada di tengah perumahan dan bersebelahan dengan jalan arteri menghasilkan sirkulasi yang aksesibel dan fleksibel, dimana tapak dapat diakses melalui jalan arteri maupun jalan lokal. Hal ini membantu ketika terjadi keadaan darurat, dimana tapak hanya berjarak $\pm 4 \text{ km}$ (± 7 menit) dari fasilitas kesehatan RSUD Sleman melalui JL. Radjiman. Dengan demikian tapak memenuhi kriteria strategis, aksesibel, kedekatan dengan faskes, ketersediaan jaringan utilitas, kualitas visual, dan kebisingan serta polusi yang tidak langsung mempengaruhi sebagian besar area lahan.



Keterangan:

1. Perumahan kepadatan sedang dan pertokoan
2. Perumahan Sleman Permai I
3. Dokter gigi
4. SDN Tridadi
5. MTSN 4 Sleman
6. Kolam renang publik
7. Badan Pusat Statistik
8. Masjid
9. Mushola

Gambar 3.6. Kondisi Sekitar Tapak Terpilih

Sumber: <https://www.google.co.id/maps> diakses pada 24 April 2019 dan Analisis Penulis, 2019

BAB IV

TINJAUAN PUSTAKA LANDASAN TEORITIKAL

4.1 Tinjauan Teori Lingkungan *Therapeutic*

4.1.1 Pengertian Lingkungan *Therapeutic*

Pengertian dari lingkungan “*therapeutic*” atau “*therapeutic environment*” melalui tinjauan etimologi terdiri dari kata “terapi” dan “lingkungan”. Terapi merupakan usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit; pengobatan penyakit; perawatan penyakit (KBBI, 2019). Lingkungan merupakan daerah (kawasan dan sebagainya) yang termasuk di dalamnya, semua yang memengaruhi pertumbuhan manusia atau hewan, dan konfigurasi sumber daya yang tersedia bagi pengguna (KBBI, 2019). Definisi umum dari *therapeutic* (Bahasa Inggris) berasal dari ‘*therapeutikos*’ (Bahasa Yunani) yang bermakna menyembuhkan dan dukungan-dukungan yang memberikan kesejahteraan bagi tubuh dan pikiran. Selain bermakna menyembuhkan, *therapeutic* berasal dari bentuk kata ‘*therapeuein*’ yang bermakna ‘*to take care of*’ atau ‘untuk merawat/ mengurus’. Dengan demikian, perawat (yang merawat) dan dokter (yang menyembuhkan) disebut dengan *therapeutic*.

‘Lingkungan untuk terapi’ dapat bermakna ‘tempat dimana suatu terapi terjadi’ sehingga terjadi proses terapi dengan perlengkapan yang diperlukan. Makna yang kedua, menyediakan lingkungan untuk terapi berarti menciptakan situasi yang akan berkontribusi dalam mendukung terjadinya proses terapi (Canter, 1979). Lingkungan *therapeutic* memiliki tujuan untuk menimbulkan emosi positif dan mempertahankannya selama mungkin (Brawley, 2006). Rumah perawatan lansia perlu dipandang sebagai *therapeutic environment* atau lingkungan yang memberikan terapi sehingga mendorong kemandirian penghuni dan mendukung kinerja perawat yang memberikan bantuan

(Regnier, 1994). Dengan demikian, lingkungan *'therapeutic'* merupakan suatu pendekatan yang berdasarkan pada pemahaman akan keterlibatan organisasi, sosial dan proses psikologis dengan hubungan antara orang-orang dan lingkungannya (Canter, 1979).

4.1.2 Peran Lingkungan *Therapeutic*

1. Simbol Kualitas

“The Victorian ‘lunatic asylum’ for example and its descendants, probably the possible exception of prisons, the attitudes which society has to the inmates and organisation which it house.”

Dalam kutipan di atas David Canter memberikan contoh bagaimana lingkungan fisik dari suatu fasilitas institusi mempengaruhi perilaku masyarakat terhadap penghuni dan organisasi di dalamnya. Lingkungan fisik memiliki aspek-aspek yang ditangkap oleh indra, yaitu cahaya dan warna, material, suara, dan bau yang kemudian diterjemahkan oleh kemampuan kognitif sebagai suatu stimulasi dan informasi.

2. Fasilitator

Lingkungan mempengaruhi pola partisipasi fisik dan interaksi yang terjadi. Lingkungan akan memberikan suasana terapi dengan dukungan berupa kemudahan untuk beraktivitas dan bersosialisasi. Sebagai contoh, Halohan (Canter, 1979) mendemonstrasikan kesadaran tentang tatanan dari deretan kursi akan menghasilkan perilaku memisahkan diri dan sebaliknya, jika kursi yang mudah dipindahkan ditata mengelilingi meja akan mendorong terjadinya interaksi sosial.

4.1.3 Model-Model Lingkungan *Therapeutic*

1. *Custodial Model*

Model *'custodial'* dilambangkan paling jelas sebagai rumah tahanan yang menempatkan penghuni dalam situasi yang terpisah dan terlindungi dari komunitas sekitarnya dalam bentuk koloni

besar.

“Indeed, as Somer (1976) has pointed out, the early penal theorists felt that if prisoners were to be put together in a prison they must be kept separate in isolated cells so that they could not have a negative influence on each other.”

Somer (1976) (Canter, 1979) menunjukkan bahwa pemisahan dilakukan untuk menghindari kontaminasi negatif dari satu individu ke lainnya. Model ini memberikan perspektif bahwa lingkungan seolah ‘gudang’ yang mengisolasi benda di dalamnya dari pengaruh lingkungan internal maupun eksternal.

2. *Medical Model*

Model ‘*medical*’ merupakan perkembangan dari model ‘*custodial*’ dimana suasana rumah tahanan berkembang menjadi rumah sakit karena kemajuan teknologi medis. Kutipan dari Florence Nightingale *“that at the very least hospitals should not make patients worse”* (Canter, 1979) menghasilkan prosedur perawatan dengan perhatian tinggi akan kebersihan dan distribusi obat-obatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Dengan demikian, model ini mengubah perspektif dari ‘pergi ke rumah sakit untuk mati’ menjadi ‘pergi ke rumah sakit untuk sembuh’, disisi lain pandangan akan pasien sebagai seorang pribadi belum ditekankan sehingga menghalangi pendekatan ‘*therapeutic*’

3. *Prosthetic Model*

Kushlick (1975) (Canter, 1979) berusaha mengubah pandangan bahwa pasien adalah seseorang yang perlu disembuhkan melalui analogi ‘*prosthetic*’. Sebagai contoh, kacamata, tongkat berjalan, dan rel adalah bentuk fisik dari prostesis akan mengimbangi ketidakmampuan atau keterbatasan fisik seseorang, sehingga hanya diperlukan pada saat tertentu. Selain itu, terdapat prostesis sosial dimana orang lain memberikan keterampilannya agar memudahkan seseorang dalam beraktivitas. Sebagai contoh, layanan ‘*home help*’ menyediakan tenaga terampil untuk merawat

rumah dan layanan *'meals on wheels'* membantu menyiapkan makanan. Lansia membutuhkan banyak bantuan untuk melakukan sesuatu saat memasuki rumah atau rumah sakit. Kelemahan dari model ini adalah jika tenaga terampil yang diperlukan tidak cukup memadai dan pengguna menjadi bergantung pada lingkungannya, sehingga lebih sulit beraktivitas secara normal.

4. *Normalisation*

Gunzburg dan Gunzburg (Canter, 1979) mengemukakan bahwa tatanan lingkungan *'therapeutic'* harus diwujudkan senormal mungkin. Kondisi lingkungan normal yang dimaksud adalah menempatkan suatu kelompok dengan kondisi serupa dengan penanggung jawab senior sehingga memberikan struktur yang sejajar dengan sebuah 'keluarga'. Lingkungan yang bisa dikelola sendiri akan tampil jauh lebih normal daripada lingkungan medis yang didominasi oleh kesan bersih dan diatur oleh institusi.

5. *Enhancement*

Sandu dan Hendriks-Jansen (1976) (Canter, 1979) memperhatikan bahwa peningkatan paling sederhana pada lingkungan fisik adalah suasana yang lebih hidup dan berwarna dari kondisi normal, sehingga jauh dari karakteristik institusi. Namun, organisasi dan struktur lingkungan fisik perlu menyesuaikan dengan pemahaman penghuni yang mudah ditangkap melalui indera, seperti warna cerah pada langit-langit dan dinding yang memberikan informasi tentang fungsi ruang.

6. *The Individual Growth Model*

Model ini merujuk pada perlunya keterlibatan staf dan pasien dalam tatanan *'therapeutic'* dan kesempatan untuk memberikan 'sentuhan personal' dari ekspresi yang mungkin memaksimalkan potensi pertumbuhan seorang pribadi. Identifikasi simbol kualitas dari tatanan; kemungkinan-kemungkinan yang dapat dilakukan dan fasilitas yang bisa dimanfaatkan penghuni berdasarkan suatu kerangka organisasi kebutuhan.

4.1.6 Lingkungan *Therapeutic* untuk Lansia

Lingkungan *therapeutic* untuk lansia dipandang sebagai struktur fisik atau organisasi dengan tujuan meningkatkan fungsi dari lansia dengan cara yang mengatasi setiap keterbatasan yang terkait dengan proses menjadi tua (Powell Lawton, 1979). Dengan demikian lingkungan sebagai simbol dan fasilitator perlu memperhatikan aspek-aspek berikut:

1. Kesehatan Fisik dan Keamanan

Bertambahnya usia sejajar dengan meningkatnya kemungkinan penyakit kronis yang diderita, penyakit-penyakit akut menjadi lebih membahayakan pada usia lanjut. Oleh karena itu, prinsip-prinsip perancangan lingkungan menekankan hal-hal utama berupa kedekatan pada fasilitas kesehatan, layanan darurat, dan lingkungan tetangga yang mungkin menolong ketika dibutuhkan.

2. Proses Indra

Penurunan fungsi indra berkaitan dengan bertambahnya usia, dimana semua informasi tentang lingkungan diterima melalui indra yang menghasilkan berbagai kesulitan untuk menerjemahkan makna dari lingkungan. Fiske dan Madi (1961) menunjukkan bahwa variasi stimulasi merupakan kebutuhan utama manusia. Namun, stimulasi berlebihan menyebabkan kelelahan dan mengganggu kemampuan berkonsentrasi yang sering ditemukan pada area elevator, koridor, stasiun perawat, kamar mandi, sedangkan stimulasi rendah ditemukan pada ruang aktivitas dan ruang makan (Day, Kristen; Carreon, Daisy; Stump, Cheryl, 2000). Kepekaan akan lingkungan dipengaruhi oleh kejelasan informasi yang disampaikan melalui aspek fisik dan organisasi ruang.

3. Kemampuan Kognitif

Suasana kompleks, asing, dan situasi yang tidak dapat diprediksi dapat mengurangi kemampuan beradaptasi, lebih lagi dalam keadaan stres dan waktu yang diperlukan untuk mengolah

informasi dibatasi. Prinsip desain yang dapat diterapkan yaitu meningkatkan makna dari lingkungan, kesederhanaan pesan, keakraban dengan tanda, benda dan ruang, menghiangkan batas waktu penggunaan mesin mekanik.

4. Perilaku Pemeliharaan Diri

Lingkungan yang merespon kebutuhan dari perilaku menimbulkan perasaan mampu untuk merawat diri sendiri yang difasilitasi dengan bantuan sederhana.

5. Pemanfaatan Waktu

Beberapa faktor yang menyebabkan lansia kurang melibatkan diri dalam berbagai aktivitas yang menstimulasi adalah masalah kesehatan, pergerakan, penyusutan peran sosial, pensiun, pendapatan rendah, perilaku negatif dari masyarakat, dan hanya untuk bersenang-senang.

6. Relasi Interpersonal

Salah satu kehilangan di usia lanjut adalah kematian pasangan, kerabat dan keluarga. Kondisi lingkungan dapat mendorong lansia untuk menyendiri yang disebabkan oleh jarak, transportasi, dan lingkungan tempat tinggal yang berbahaya. Dengan demikian terdapat 2 (dua) cara untuk meningkatkan kepuasan relasi interpersonal pada lansia, yaitu mendekatkan jarak dari lansia dengan kontak sosial yang ada (lingkungan makro), memberikan kesempatan untuk meningkatkan privasi tanpa membatasi sosialisasi (lingkungan institusi).

7. Kesehatan Psikologis

Banyak tingkah laku sosial negatif yang dihubungkan terhadap penuaan, sehingga semakin bertambahnya usia perspektif tersebut menghasilkan konsep diri yang buruk. Ketakutan akan kepikunan menimbulkan kepanikan saat terjadi sedikit kesalahan dalam mengingat, kesulitan konsentrasi atau melambatnya kemampuan kognitif dan gerak. Lingkungan fisik yang tidak

mampu merespon kebutuhan menimbulkan terjadinya kemerosotan perasaan akan kemampuan untuk mandiri. Kemampuan untuk bisa melakukan sesuatu dengan mandiri menjadi salah satu tujuan yang ingin dicapai oleh lansia.

8. Tingkah Laku Sosial

Norma sosial yang menjadi acuan dalam suatu lingkungan yang terbentuk secara alami, umumnya berkaitan dengan generasi mayoritas, misalnya generasi dengan usia produktif yang memiliki kepentingan dan pandangan berbeda dari generasi tua. Lingkungan yang menerapkan norma sesuai kondisi lansia dapat tercapai jika norma sesuai usia dapat diberlakukan dalam suatu lingkungan.

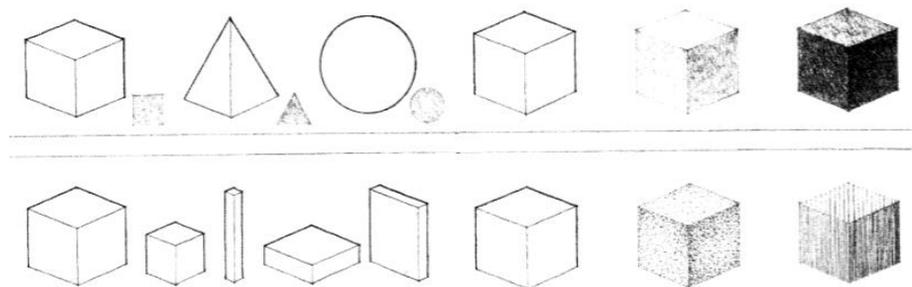
Salah satu penerapan desain lingkungan *therapeutic* adalah tempat tinggal berbasis komunitas. Perwujudan desain yang memperhatikan kebutuhan lansia umumnya juga dapat digunakan untuk penghuni dewasa. Sebaliknya desain yang mengacu hanya pada penghuni dewasa secara umum, belum tentu mengakomodasi lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan lansia. Pada akhirnya, lingkungan *therapeutic* yang diterapkan pada rumah lansia berbasis komunitas atau *Assisted Living Residence* merupakan kolaborasi dari 3 (tiga) komponen utama, yaitu perilaku, organisasi, dan fasilitas dalam mendukung interaksi sosial dan kemandirian lansia.

4.2 Tinjauan Suprasegmen Arsitektural

4.2.1 Bentuk

Bentuk (*Form*) memiliki beberapa makna, yaitu merujuk pada penampilan luar yang dengan mudah dikenali maupun wujud atau manifestasi dari suatu tindakan. Dalam bidang seni dan desain, bentuk merujuk pada cara mengatur dan mengkoordinasi elemen-elemen dan bagian-bagian komposisi untuk menghasilkan suatu gambaran yang jelas. Dalam hal ini, bentuk merujuk pada struktur internal maupun garis besar eksternal dan prinsip yang memberi kesatuan sebagai suatu

keseluruhan (Ching, 2015). Bentuk memiliki 4 (empat) komponen yaitu raut (*shape*), ukuran, warna dan tekstur. Raut (*shape*) merupakan garis terluar atau konfigurasi dari permukaan sebuah bentuk.

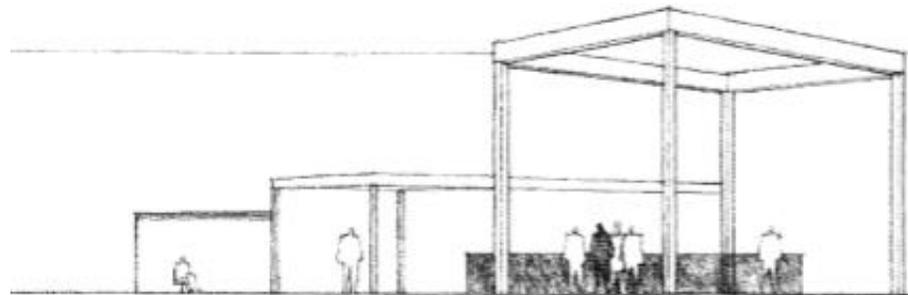


Gambar 4.1. Elemen-elemen Bentuk

Sumber: (Ching, 2015)

4.2.2 Proporsi dan Skala

Ukuran merupakan dimensi fisik dari panjang, tebal dan kedalaman dari suatu bentuk. Ketiga komponen tersebut mendefinisikan proporsi, sedangkan skala ditentukan berdasarkan ukuran yang dikaitkan dengan bentuk lainnya dalam suatu konteks (Ching, 2015).



Gambar 4.2. Proporsi dan Skala terhadap Suasana Ruang

Sumber: (Ching, 2015)

4.2.3 Warna

Warna merupakan fenomena cahaya dan persepsi visual yang digambarkan melalui rona (*hue*), kejenuhan (*saturation*), dan nilai warna (*tonal value*) (Ching, 2015). Warna mempengaruhi kesan ruang dan membantu penghuni mengenali ruang di sekitarnya. Warna sangat berkaitan dengan pencahayaan dimana gelap dan terang mempengaruhi indera penglihatan dalam mepersepsikan warna. Terdapat 3 (tiga) prinsip yang dapat diterapkan untuk ruang yang mewadahi lansia

penyandang demensia (Brawley E. , 2003):

1. Bedakan tingkat kecerahan warna lantai dasar dan latar, hindari penggunaan warna dengan kecerahan serupa secara berdekatan. Lansia dengan demensia memiliki kekurangan dalam menangkap kontras warna, sehingga mencerahkan warna terang dan meredupkan warna gelap akan membantu lansia membedakan warna.
2. Hindari perpaduan kontras warna terang dari kelompok warna gelap dengan warna gelap dari kelompok warna terang (biru – hijau, hijau, kuning, oranye), sebab orang dengan keterbatasan penglihatan cenderung menderita jika melihat warna biru, ungu, dan merah.
3. Hindari perpaduan warna dari kelompok warna yang berdekatan. Padukan kontras dengan warna-warna yang saling berjauhan.

Warna memiliki karakter yang mampu mempengaruhi suasana ruang dan penghuni, terutama lansia dengan keterbatasan kepekaan indera yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari.



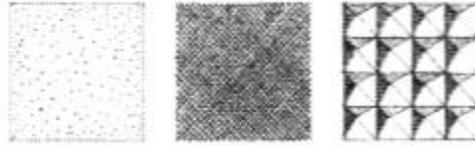
Gambar 4.3. Contoh Penerapan Warna pada Fasilitas Kesehatan

Sumber: www.archdaily.com diakses pada 20 April 2019

4.2.4 Tekstur

Kemampuan penglihatan, terutama kualitas pada indra peraba diberikan melalui ukuran, raut, tatanan, dan proporsi bagian-bagian. Tekstur juga menentukan seberapa besar permukaan dari suatu bentuk mampu merefleksikan atau menyerap cahaya (Ching, 2015). Tekstur

dapat menyerap maupun memantulkan cahaya dan suara, serta mempengaruhi beban visual dan skala suatu permukaan hingga ruang.

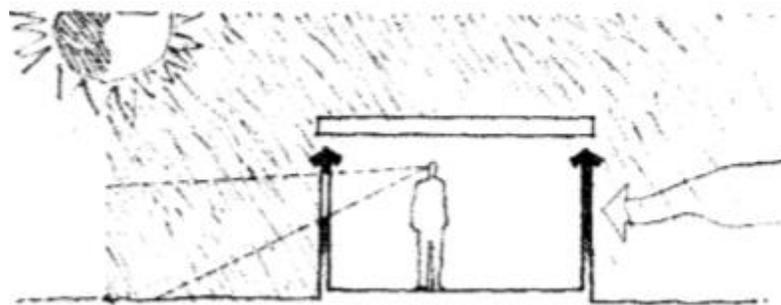


Gambar 4.4. Pengaruh Tekstur pada Permukaan

Sumber: (Ching, 2015)

4.3 Tinjauan Teori Ruang Dalam dan Ruang Luar

Ruang selalu meliputi keberadaan suatu entitas di dalamnya. Melalui volume dari ruang, manusia merasakan keberadaan benda-benda di sekitarnya melalui sistem indra. Secara visual, ruang memiliki dimensi dan skala, serta kualitas pencahayaan yang ditangkap berdasarkan persepsi tentang batas spasial yang didefinisikan oleh bentuk (Ching, 2015). Berdasarkan pengertian tersebut, ruang merupakan hal yang tidak berwujud, namun dapat terbentuk karena tatanan komponen-komponen yang memberikan ruang sebuah bentuk visual. Ruang pada arsitektur terdiri dari ruang luar dan ruang dalam. Ruang terdefinisi melalui elemen horisontal dan vertikal sehingga terwujud batas-batas ruang luar maupun ruang dalam.



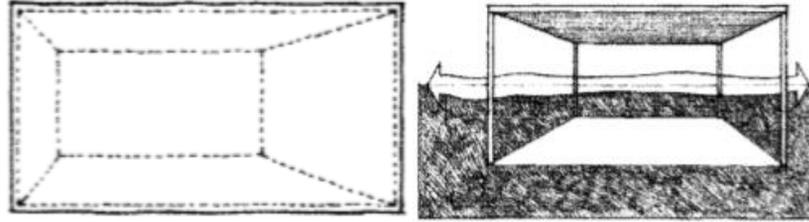
Gambar 4.5. Elemen Pembentuk Ruang Dalam dan Ruang Luar

Sumber: (Ching, 2015)

4.3.1 Ruang Dalam

Tata ruang dalam (interior) dan tata ruang luar (eksterior) dibedakan berdasarkan penggunaan plafon/ atap (Wicaksono & Tisnawati, 2014). Ruang dalam cenderung bersifat melindungi lingkungan di dalamnya dari kondisi-kondisi di lingkungan luar. Batas

antara ruang dalam dan lingkungan luar terbentuk ketika terdapat bidang-bidang penutup vertikal, bidang alas dan bidang atas yang membatasi aliran visual ataupun spasial.



Gambar 4.6. Empat Bidang dan Aliran Ruang pada Bidang Atas

Sumber: (Ching, 2015)

4.3.2 Ruang Luar

Ruang luar dapat terbentuk secara alami maupun buatan sebagai bagian dari tata ruang luar. Ruang luar dibatasi oleh elemen-elemen vertikal (vegetasi, dinding alami dan massa bangunan) dan elemen-elemen horizontal (topografi bentang alam) serta pelingkup lainnya. Tata ruang luar menghasilkan ruang positif yang memiliki fungsi tertentu, serta ruang negatif yang terwujud umumnya karena sisa lahan yang tidak digunakan, sehingga tidak memiliki fungsi tertentu.

4.4 Tinjauan Teori Ruang Interaktif

4.4.1 Tinjauan Suasana Interaktif

Interaksi sosial merupakan hubungan-hubungan sosial yang dinamis sehingga menghasilkan timbal balik. Interaksi sosial terjadi apabila terdapat kontak sosial dan komunikasi. Kontak sosial terjadi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok maupun sebaliknya, serta antara kelompok dengan suatu kelompok lain. Komunikasi merupakan proses terjadinya timbal balik atau pertukaran informasi, tanggapan, tafsiran antara individu atau kelompok melalui pembicaraan dan gesture. Melalui aspek ruang, interaksi sosial memiliki 4 (empat) batasan jarak yaitu (Hall, 1966):

- a. Jarak Intim (sekitar 0-45,7 cm)

Pada jarak intim, terjadi keterlibatan intensif pada panca indera

hingga kontak fisik dengan individu lain, seperti ekspresi keakraban dan olahraga jarak dekat. Contoh: berpelukan, olahraga gulat.

b. Jarak Pribadi (sekitar 45,7-122 cm)

Jarak pribadi cenderung terjadi pada individu atau kelompok yang sudah akrab dimana tiap individu dapat memperhatikan gesture terkecil dari individu lainnya. Contoh: keluarga inti yang saling merangkul dengan lengan satu sama lain.

c. Jarak Sosial (sekitar 122-365,7cm)

Pada jarak sosial, interaksi terjadi tanpa kontak fisik, suara percakapan lebih keras sehingga bisa terdengar hingga jarak 600 cm. Contoh: diskusi dengan teman, guru, percakapan dengan tetangga.

d. Jarak Publik (sekitar 365,7 hingga diatas 762 cm)

Jarak publik umumnya terjadi dalam pertemuan formal, maupun jarak aman dari bahaya atau pengaruh langsung antara satu individu dengan individu atau kelompok. Contoh: forum diskusi formal, penyanyi dengan penonton.

Interaksi sosial pada lansia berpengaruh pada kualitas hidup, meliputi kepuasan hidup dan emosional, kesejahteraan subyektif dan psikologis. Lansia menunjukkan hubungan dan kontak sosial dengan keluarga dan teman sebaya sebagai pengaruh yang penting dalam proses penuaan (Hubbard, Tester, & Downs, 2003). Ruang yang terbentuk karena batas perlindungan dari kondisi ruang dalam dan konfigurasi alami dari ruang luar merupakan ruang yang bermakna khusus untuk lansia (Regnier, 1994). Ruang ini memberikan penghuni kesempatan untuk melihat, merasakan dan menghargai ruang luar, dengan suasana dan kesan terlindung seperti di ruang dalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Brawley, E. C. (2006). *Alzheimer's Disease Can Be Treated*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Canter, D. a. (1979). *Designing for Therapeutic Environments*. Great Britain: John Wiley & Sons.
- Ching, F. D. (2015). *Architecture: Form, Space, & Order*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Community Group Homes*. (1985). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Day, Kristen; Carreon, Daisy; Stump, Cheryl. (2000). The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*, 397-416.
- Demografi, S. S. (2018). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045 Hasil SUPAS 2015-2045*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Hubbard, G., Tester, S., & Downs, M. G. (2003). Meaningful Social Interactions Between Older People in Institutional Care Settings. *Ageing & Society*, 99-114.
- Irawan, M. (2018, 8 8). *Senior.id*. Retrieved from Senior.id: <http://senior.id/2018/08/08/kabupaten-sleman-siap-menjadi-kota-ramah-lansia/>
- Johnson, K. N., Johnson, J. H., & Sarafan, L. (2011). *The Handbook of Live-in Care: A Guide for Caregivers*. Palo Alto: Home Care Assistance, Inc.
- Juliantika, Probowo, & Amigo. (2015). Difference in Depression Levels Between Elderly Women Living with Family in Wirogunan Village and Living at Hanna Nursing Home of Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Respati*, 82-91.
- Kemendagri, D. K. (2019, Maret 20). *Informasi Kependudukan*. Retrieved from Informasi Kependudukan : <https://kependudukan.jogjaprov.go.id/index.php>

- Lipman, Alan; Slater, Robert. (1979). House for Old People: Towards a Positive Environment. In D. a. Canter, *Designing for Therapeutic Environments* (pp. 277-308). Great Britain: John Wiley & Sons.
- Margaret P. Calkins, P. E. (2018). From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia . *The Gerontologist*, 114-128.
- Maryam, R., Ekasari, N., Jubaedi, A., & Batubara, I. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Organization, W. H. (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Pedoman Teknis Penyediaan Fasilitas Parkir, 272/HK.105/DRJD/96 (Direktur Jenderal Perhubungan Darat April 8, 1996).
- Perkins, B., Hoglund, J. D., King, D., & Cohen, E. (2004). *Building Type Basics for Senior Living*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Persyaratan Teknis Sistem Proteksi Kebakaran pada Bangunan Gedung dan Lingkungan , 26/PRT/M/2008 (Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Desember 30, 2008).
- Powell Lawton. (1979). Therapeutic Environments for the Aged. In D. a. Canter, *Designing for Therapeutics Environments* (pp. 233-276). Great Britain: John Wiley & Sons.
- Regnier, V. (1994). *Assisted Living Housing for The Elderly*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Sleman, B. K. (2017). *Kabupaten Sleman dalam Angka 2017*. Sleman: BPS Kabupaten Sleman.
- Smith, R., & Watkins, N. (2016, September 22). *WBDG - Whole Building Design Guide®*. Retrieved from Whole Building Design Guide: <http://www.wbdg.org/resources/therapeutic-environments>

Soejono, C. H., Trisna, Y., & Puspita, T. (2006). *PEDOMAN PELAYANAN FARMASI (TATA LAKSANA TERAPI OBAT) UNTUK PASIEN GERIATRI*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Statistik, B. P. (2018). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018. In S. S. Sosial, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018* (pp. 4-5). Jakarta: Badan Pusat Statistik.

Stuart-Hamilton, I. (2000). *The Psychology of Ageing*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Tofle, R. B., Schwarz, B., Yoon, S.-Y., & Max-Royale, A. (2003). *Color in Healthcare Environments - A Research Report*. San Francisco: The Coalition for Health Environments Research (CHER).

