

**RUMAH TINGGAL SEBAGAI LINGKUNGAN *THERAPEUTIC*
BAGI LANJUT USIA**

***HOUSE AS THERAPEUTIC ENVIRONMENT FOR
ELDERLY PEOPLE***



**Evelin Sabrina Tampubolon
0 4 0 3 0 5 0 1 9 6**

Dosen Pembimbing :
Paramita Atmodiwirjo, ST, M.Arch, PhD.

Skripsi ini diajukan untuk melengkapi sebagian persyaratan menjadi
Sarjana Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Indonesia

DEPARTEMEN ARSITEKTUR
FAKULTAS TEKNIK
UNIVERSITAS INDONESIA
2007

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul :

RUMAH TINGGAL SEBAGAI LINGKUNGAN *THERAPEUTIC* BAGI LANJUT USIA

*HOUSE AS THERAPEUTIC ENVIRONMENT FOR
ELDERLY PEOPLE*

yang disusun untuk melengkapi sebagian persyaratan menjadi Sarjana Arsitektur pada Departemen Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Indonesia, sejauh yang saya ketahui bukan merupakan tiruan atau duplikasi dari skripsi yang sudah dipublikasikan atau pernah dipakai untuk mendapatkan gelar kesarjanaan di lingkungan Universitas Indonesia, maupun di perguruan tinggi atau instansi manapun, kecuali bagian yang sumber informasinya dicantumkan sebagaimana mestinya.

Depok, 2 Januari 2008

Evelin Sabrina Tampubolon

NPM. 0403050196

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

RUMAH TINGGAL SEBAGAI LINGKUNGAN *THERAPEUTIC* BAGI LANJUT USIA

*HOUSE AS THERAPEUTIC ENVIRONMENT FOR
ELDERLY PEOPLE*

dengan nama mahasiswa:

Evelin Sabrina

telah dievaluasi kembali dan diperbaiki sesuai dengan pertimbangan dan komentar-komentar dari para penguji dalam sidang skripsi yang berlangsung pada hari Senin, tanggal 17 Desember 2007.

Depok, 2 Januari 2008

Dosen Pembimbing,

Paramita Atmodiwirjo, ST, M.Arch, PhD

NIP. 132.207.740

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur pada Tuhan YME atas berkat dan rahmat-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu selama masa penulisan skripsi ini, diantaranya:

- Ibu Paramita Atmodiwirjo, selaku dosen pembimbing yang dengan sabar membina saya dengan memberikan masukan dan kritik hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
- Ibu Wanda Lalita Basuki, selaku dosen pembimbing sebelumnya yang telah membina saya walaupun skripsi tidak terselesaikan, semua itu merupakan kesalahan saya sepenuhnya.
- Bapak Hendrajaya, selaku dosen koordinator skripsi.
- Bapak Emir dan Ibu Elisa, selaku dosen penguji disaat sidang yang telah memberikan masukan dan pertanyaan yang membangun.
- Keluarga tercinta, papa dan mama, dukungan dan kasih sayang kalian yang paling berarti, tanpa kalian saya tidak mungkin seberuntung ini. Leo dan Ando, kalian saudara yang menyenangkan dan telah memberi masukan yang menarik.
- Stela dan Sully, persahabatan yang kita jalin selama masa kuliah tidak akan saya lupakan dan semoga persahabatan ini bertahan lama.
- Tara, Sean, Widyarko dan Ei, saya salut dengan kalian karena tidak pernah bosan membantu dan mengajarkan saya dalam berbagai mata kuliah. Senang bertukar pikiran dengan kalian.
- Mei, sebagai teman senasib sepenanggungan di bawah bimbingan dosen yang sama. Duka yang kita alami selalu tertutupi dengan suka yang tiada hentinya (jangan kebanyakan hura-hura!).
- Kris, komputer dan jasa editormu sangat membantu di saat terakhir. Rumahmu juga merupakan tempat pelarian yang paling menyenangkan.
- Kepribo, walaupun saya anti-rck tapi saya juga yang mengharapkan kesuksesan kalian. Pemikiran dan tingkah laku aneh kalian sangat menarik.
- Angkatan 2003, tiap individu kalian memberikan kenangan yang membuat masa kuliah saya sangat berarti, tanpa kalian mungkin saya tidak akan sebangga sekarang ini.

- Pak Guroh beserta keluarga dan Ibu Erika, atas kesediaannya untuk mempersilahkan saya menjadikan rumahnya sebagai studi kasus.
- Saudara-saudara saya: Jelita, Kristin, Line, Lisa dan Ribka, atas waktu menyenangkan yang dihabiskan bersama disaat pikiran sedang buntu. Saya senang akan kekompakan dan kegilaan kita dalam berbagai hal.
- Adik Kris, Didot, saya acungkan jempol atas kehandalan berbahasa inggrisnya walaupun masih butuh bantuan kakakmu.
- Orang yang tidak disebutkan yang telah membantu skripsi. Maaf karena tidak disebutkan tetapi bantuan dan perhatian kalian sangat berarti.

Terima kasih tulus saya ucapkan kepada kalian semua atas segala bentuk perhatian dan bantuan yang mempengaruhi saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

ABSTRAK

Arsitek berperan dalam memenuhi kebutuhan manusia melalui keterlibatannya membentuk lingkungan binaan bagi manusia. Lingkungan *therapeutic* adalah salah satu lingkungan binaan yang diciptakan oleh arsitek yang dapat memberikan kontribusi terhadap kesehatan manusia. Skripsi ini membahas kehadiran lingkungan *therapeutic* bagi kelompok manusia lanjut usia. Manusia dalam perkembangan hidupnya akan mencapai tahap tua dan kondisinya akan mengalami kemunduran dalam hal fisik dan psikologis. Pada lansia, kemunduran yang dialaminya dapat membuat mereka jarang berkegiatan di luar tempat tinggalnya. Tempat tinggal menjadi tempat dimana lansia banyak menghabiskan waktu didalamnya. Skripsi ini mengkaji tentang peranan tempat tinggal sebagai lingkungan *therapeutic* bagi lansia.

Peranan tempat tinggal sebagai lingkungan *therapeutic* dapat dilihat melalui dua peran yang dimilikinya yaitu sebagai fasilitator dan simbol kualitas. Peran sebagai fasilitator berkaitan dengan fungsi tempat tinggal dalam mendukung kegiatan lansia baik aktivitas fisik maupun interaksi sosial. Peran sebagai simbol kualitas berkaitan dengan informasi dan stimulasi dari lingkungan dalam mendukung pemenuhan psikologis lansia.

Dari studi kasus dapat dilihat sejauh mana tempat tinggal lansia dapat berperan sebagai lingkungan *therapeutic*. Studi kasus dilakukan pada dua tempat tinggal yang dimiliki oleh lansia dan ditempati bersama keluarganya. Tempat tinggal yang dimiliki tidaklah dirancang khusus untuk lansia. Beberapa elemen dalam tempat tinggal memang berperan esensial sebagai sarana terapi karena ruang-ruang dan fasilitas yang ada mampu mendukung dan membantu kondisi lansia. Tetapi juga diperlukan sejumlah peningkatan untuk lebih memaksimalkan perannya sebagai lingkungan *therapeutic*. Peran lingkungan fisik tempat tinggal sebagai lingkungan *therapeutic* juga tidak lepas dari peran anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama lansia.

ABSTRACT

Architects plays a part in fulfilling humans needs by its involvement in making a man made environment to humans. The therapeutic environment is one of the man made environments that is created by the architect that can give contributions to the human health. This thesis is about the presence of the therapeutic environment for the group of elderly people. Humans that is in a state of development will reach the elderly phase, which will decrease their physical and psychological abilities. To the elderly, this decrease of their abilities that they experience will make them do less activities outside their homes. Houses will be their place to do all sorts of indoor activities. This thesis will dig deeper to the role that houses play as the therapeutic environment to the elderly.

The role that houses play as a therapeutic environment can be seen as two roles that is as a facilitator and a quality symbol. The role as a facilitator is related with the function of houses that support the elders activities both in physical activites and in social interactions. The role as a quality symbol is related to the information and the stimulant from the environment that supports the fulfillment of the elderly psychology.

From the study case we could observe how far the elders houses act as a theraputic environment. The study case is done in two houses that is owned by an elder and their family. The house is not designed and built specially for elders. Some elements in the house does act as an essential for therapic facilities because the space and the facility supports the elderly conditions. But it needs some upgrades to maximize its role as an therapuetic environment. The role of the house as a therapeutic environment is also involved with other family members that is living together with the elders.

DAFTAR ISI

JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	2
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Metode Penulisan	3
1.5 Urutan Penulisan	3
BAB II. LINGKUNGAN <i>THERAPEUTIC</i> BAGI LANJUT USIA	
2.1 Lingkungan <i>Therapeutic</i>	
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Sejarah Munculnya Lingkungan <i>Therapeutic</i>	8
2.1.3 Aspek dalam Lingkungan <i>Therapeutic</i>	8
2.1.4 Peran Lingkungan <i>Therapeutic</i>	10
2.1.5 Model-Model Lingkungan <i>Therapeutic</i>	12
2.2 Lingkungan <i>Therapeutic</i> Bagi Lanjut Usia	
2.2.1 Lanjut Usia	15
2.2.2 Kategori dan kondisi lansia	16
2.2.3 Peran Lingkungan <i>Therapeutic</i> bagi Lanjut Usia	18
2.2.4 Jenis-Jenis Tempat Tinggal Lanjut Usia	20
2.2.5 Penerapan Lingkungan <i>Therapeutic</i> di Rumah Tinggal Lanjut Usia	22
BAB III. STUDI KASUS	
3.1 Analisis Rumah Bapak Guroh	
3.1.1 Deskripsi Umum	26

3.1.2	Penjabaran Kasus dan Analisis	27
3.1.3	Kesimpulan Rumah Tinggal Bapak Guroh	34
3.2	Analisis Rumah Ibu Erika	
3.2.1	Deskripsi Umum	34
3.2.2	Penjabaran Kasus dan Analisis	36
3.2.3	Kesimpulan Rumah Tinggal Ibu Erika	40
3.3	Tempat Tinggal sebagai Lingkungan <i>Therapeutic</i>	42
BAB IV. KESIMPULAN		43
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1. Kamar sebuah rumah sakit dengan view yang menarik
- Gambar 2. Orang yang membutuhkan *handrail* dan bantuan orang lain untuk naik tangga
- Gambar 3. Lansia yang termasuk *slow go's* dan *go go's*
- Gambar 4. Para lansia yang bersosialisasi dan melakukan kegiatan bersama
- Gambar 5. Lansia di *residential cares*
- Gambar 6. Denah lantai 1 rumah bapak Guroh
- Gambar 7. Taman depan
- Gambar 8. Ruang tamu
- Gambar 9. Ruang tamu
- Gambar 10. Ruang keluarga
- Gambar 11. Ruang makan dengan *courtyard* di sampingnya
- Gambar 12. Kamar tidur bapak Guroh
- Gambar 13. Kamar tidur bapak Guroh
- Gambar 14. Kamar mandi yang digunakan bapak Guroh
- Gambar 15. Denah lantai 1 rumah ibu Erika
- Gambar 16. Teras depan
- Gambar 17. Ruang tamu
- Gambar 18. Ruang tamu
- Gambar 19. Ruang keluarga
- Gambar 20. Ruang makan
- Gambar 21. Kamar tidur ibu Erika
- Gambar 22. Kamar tidur ibu Erika
- Gambar 23. Kamar mandi
- Gambar 24. Kamar mandi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

"Lingkungan manusia baik yang alami (natural) maupun yang binaan (built) memiliki pengaruh besar terhadap perasaan, perilaku, masalah-masalah kesehatan secara umum dan produktivitas."¹

Arsitek perlu memahami dampak dari bentuk-bentuk bangunan yang diciptakannya. Seorang arsitek dalam menciptakan lingkungan binaan didasari oleh prinsip membantu manusia untuk mencapai tujuannya seefektif mungkin. Efektifitas manusia untuk mencapai tujuan itu dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Sehingga sebelum arsitek merancang harus ada pengetahuan mengenai perilaku manusia, kondisi dan karakteristik demi mencapai tujuan dengan kepuasan maksimal dan frustrasi yang minimum.

Tetapi diantara kelompok masyarakat itu, ada juga kelompok tertentu yang memerlukan perhatian lebih dari lingkungannya, bukan sekedar lingkungan pada umumnya. Salah satu kelompok yang dimaksud adalah lanjut usia (lansia). Kelompok ini umumnya mengalami kemunduran dalam hal fisik dan psikologis sehingga membutuhkan perawatan atau perlakuan yang berbeda.

Di Indonesia, jumlah penduduk lanjut usia terus meningkat. Berdasarkan data dari Koordinator Bidang Kesejahteraan Masyarakat (2006), pada tahun 2000 jumlah lansia adalah sebesar ±14 juta (7,18%) dan pada tahun 2006 meningkat menjadi ±19 juta (8,90%). Diperkirakan pada tahun 2010 akan terdapat ±23,9 juta (9,77%), dengan jumlah lanjut usia di perkotaan lebih banyak daripada di perdesaan.²

¹ Deddy Halim. Psikologi Arsitektur (Jakarta: Grasindo, 2005) hlm.6.

² Kedeputi I Bidang Kesejahteraan Sosial. Lansia Masa Kini dan Mendatang (<http://www.menkokesra.go.id/content/view/2933/98/>)

Pada sebagian lansia, masa tua berarti tidak produktif atau tidak berpenghasilan lagi karena kondisinya yang tidak memungkinkan. Lansia ini menjadi beban atau bergantung kepada anak cucu atau anggota keluarga lainnya.

Kemudian terdapat masalah lain bagi lansia yang hidup di perkotaan, dimana terjadi perubahan nilai sosial masyarakat yang mengarah kepada tatanan masyarakat individualistik. Kondisi ini cenderung menyebabkan para lansia kurang mendapat perhatian sehingga sering tersisih dari kehidupan masyarakat dan menjadi terlantar.

Dalam menanggapi permasalahan tersebut, seorang arsitek dapat membantu melalui rancangannya karena keberadaan lingkungan fisik dapat menjadi pendukung untuk kehidupan lansia dalam menjaga kondisi kesehatannya. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan berikut : *..., purpose-built housing for the elderly is an important phenomenon that has the capacity to affect the lifestyles of many older people and is therefore worth extended discussion.*³

Lingkungan yang berkontribusi dalam kesehatan manusia ini dikenal sebagai lingkungan *therapeutic*. Skripsi ini membahas penerapan lingkungan *therapeutic* dalam tempat tinggal lansia karena tempat tinggal merupakan salah satu tempat dimana lansia banyak menghabiskan waktu didalamnya. Lansia ini jarang menghabiskan waktu di luar karena penurunan kondisi kesehatan yang membuat mereka mengalami kesulitan dalam beraktivitas dan mobilisasi.

1.2 Permasalahan

Yang menjadi permasalahan dalam skripsi ini adalah : Sejauh mana lingkungan tempat tinggal dapat berperan sebagai lingkungan *therapeutic* bagi para lanjut usia? Hal ini menjadi penting dalam rangka menciptakan lingkungan *therapeutic* untuk para lanjut usia yang mungkin mereka mempertahankan kesehatan dan kemandiriannya, serta mengurangi beban bagi dirinya, keluarga maupun masyarakat. Sebelum mengetahui bagaimana peranan rumah tinggal sebagai

³ Powell Lawton, 1970 dalam David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 235.

lingkungan *therapeutic* maka perlu untuk mengetahui apakah yang dimaksud dengan lingkungan *therapeutic* dan bagaimana lingkungan ini dapat berpengaruh kepada lansia.

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui peranan dari tempat tinggal sebagai lingkungan *therapeutic* bagi lansia, dilihat dari pengaruhnya terhadap kondisi fisik dan psikologis lansia. Pengetahuan ini bermanfaat bagi perancangan tempat tinggal yang baik untuk keberlangsungan hidup penghuni hingga masa tuanya. Penulisan ini juga merupakan bentuk kepedulian akan keadaan lansia yang tampaknya kurang mendapat perhatian lebih dalam masyarakat perkotaan.

1.4 Metode Penulisan

Metode dalam penulisan ini didasari oleh teori-teori dari studi literatur mengenai berbagai hal yang berkaitan dengan lingkungan *therapeutic*, lanjut usia dan kebutuhannya akan lingkungan *therapeutic* serta kemungkinan penerapannya di tempat tinggal. Kemudian untuk memperoleh gambaran tentang peran rumah tinggal sebagai lingkungan *therapeutic*, dilakukan studi kasus terhadap dua rumah tinggal lansia, yang dievaluasi berdasarkan teori-teori yang telah didapat.

1.5 Urutan Penulisan

Urutan isi dari skripsi ini sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Berisi latar belakang, permasalahan, tujuan penulisan, lingkup pembahasan, dan metode yang digunakan.

BAB II DASAR TEORI

Membahas pengertian, peran dan model-model lingkungan *therapeutic* yang kemudian dikaitkan dengan kondisi lansia dan penerapannya pada tempat tinggal

BAB III STUDI KASUS

Berisi deskripsi tentang dua rumah tinggal lansia beserta pembahasan yang didasari dengan teori yang ada tentang lingkungan *therapeutic*.

BAB V KESIMPULAN

Berisi kesimpulan tentang peran rumah tinggal sebagai lingkungan *therapeutic* berdasarkan temuan dari studi literatur dan studi kasus.

LINGKUNGAN *THERAPEUTIC* BAGI LANJUT USIA

2.1 LINGKUNGAN *THERAPEUTIC*

2.1.1 Pengertian

Untuk memahami pengertian dari lingkungan *therapeutic* maka dapat dimulai dengan memahami pengertian dari tiap kata yang membentuknya. Kata pertama yaitu lingkungan, jika ditelusuri bahasa Indonesianya berasal dari kata dasar lingkung yang berarti daerah sekeliling/sekitar. Kemudian lingkungan berarti daerah (kawasan) yang termasuk didalamnya; golongan atau kalangan; semua yang mempengaruhi pertumbuhan manusia atau hewan.¹ Berdasarkan jenisnya lingkungan dibagi menjadi empat yaitu: lingkungan psikososial, lingkungan belajar, lingkungan informasi dan lingkungan binaan (fisikal).²

Selanjutnya kata kedua yaitu *therapeutic* berasal dari bahasa Yunani, *therapeuticus*, yang berarti perawatan suatu penyakit atau cacat. *Therapeutic* juga berarti “*relating to the treatment of disease; beneficial.*”³ *Therapeutic* dibentuk dari kata *therapy* yang berasal dari kata *therapeia*.

Franck & Lepori menjabarkan empat level mengenai pelayanan yang implisit pada kata *therapy* dan keempatnya dikaitkan dengan ruang dalam arsitektur.⁴ Berikut adalah penjelasan dari keempat level tersebut. Pengertian pertama dari *therapy* yaitu *seduction* (bujukan). Pengertian ini pada jaman Yunani merupakan kegiatan membujuk yang dilakukan oleh tawanan agar diangkat sebagai pembantu. Setelah diangkat, tawanan tersebut harus memberikan pelayanan yang terbaik sesuai

¹ Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Kamus Bahasa Indonesia II (Jakarta: PT New Aqua Press, 1983) hlm. 1265.

² Deddy Halim. Psikologi Arsitektur (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 5.

³ Universal Dictionary & Thesaurus. USA. hlm 479

⁴ Karen A. Franck & R. Bianca Lepori. Architecture Inside Out (Great Britain: John Wiley & Sons, 2000) hlm. 80.

dengan apa yang diinginkan oleh tuannya. Pemahaman mengenai pelayanan yang diberikan ini membawa kata *therapy* ke level berikutnya yaitu bersifat melayani.

Jika kedua level tersebut dikaitkan dengan arsitektur, maka arsitektur juga bersifat melayani dan berhubungan dengan kegiatan yang bersifat praktikal dan intuitif. Bangunan yang dihasilkan jika hanya melayani maka hanya bersifat rutin dan fungsional saja. Maka dibutuhkan nilai *seduction* yang memberikan sensitivitas, kemampuan untuk merespon terhadap manusia dan *site* didalam proses desain.

Selanjutnya level ketiga dari kata *therapy* berhubungan dengan pendidikan dan penyembuhan. Ini mengingatkan akan tanggung jawab seorang arsitek dan desainer terhadap masyarakat, bahwa rancangan yang dibuat perlu bersifat edukasi dan menyembuhkan. Untuk itu arsitek perlu mengetahui situasi dengan berbekalkan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki.

Level terakhir yaitu bersifat memulihkan. Memulihkan berarti mengembalikan keharmonisan kepada tubuh manusia yang bersifat kompleks, sesuai dengan pernyataan berikut: "*Healing was intended to be the restoration of harmony to the complexity of the body of man.*"⁵ Pendekatan pemulihan disini lebih condong ke arah spiritual ketimbang fisik. Dalam dunia arsitektur, penting untuk membawa sensitivitas spiritual yang dimiliki arsitek atau desainer sebaiknya ke dalam pekerjaan. Bila pada zaman dahulu, pemulihan dilakukan menggunakan energi alam dan cahaya, maka arsitektur harus dapat menerjemahkannya ke dalam kualitas bangunan.

Keempat level yang telah dijelaskan di atas sebenarnya merujuk kepada sikap yang bersifat terapi dalam dunia arsitektur. Sikap terapi ini perlu diartikan sebagai tindak kreasi yang mewujudkan kebutuhan manusia dalam berbagai keadaan tertentu, bukan hanya bentuk yang mengikuti aturan standar, seperti dijelaskan berikut ini : "*A therapists attitude in design helps to uncover new perspectives and*

⁵ Karen A. Franck & R. Bianca Lepori. Architecture Inside Out (Great Britain: John Wiley & Sons, 2000) hlm. 81.

thus help us to expand personally as well as contributing to the expansion and transformation of the collective".⁶ Dengan demikian maka sikap terapi memberi pola pikir dalam menganalisis agar desain menjadi lebih dari sekedar bentuk biasa tetapi juga difokuskan pada kualitas emosional.

Berdasarkan pengertian kedua kata yaitu lingkungan dan *therapeutic*, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa lingkungan *therapeutic* adalah hasil binaan disekitar manusia yang bersifat pemulihan atau penyembuhan baik itu fisik atau nonfisik. Arti lainnya yaitu menciptakan situasi atau keadaan yang secara langsung berkontribusi dan meningkatkan berbagai bentuk proses terapi.

*"It can be seen, as a consequence, that term 'therapeutic environment' may range in meaning from simply indicating a location in which takes place various form of healing and caring groups of the population, identified as in some way to cope without the processes provide in the location; to the more ambitious meaning of a setting which itself therapeutic."*⁷

Dalam kutipan diatas David Canter menyatakan bahwa ruang lingkup *therapeutic* dapat mencakup mulai dari hanya sebagai tempat atau lokasi yang mengandung atau mewadahi kegiatan penyembuhan dan perawatan, hingga suatu setting dimana lingkungan itu sendiri dibuat sedemikian rupa hingga berperan sebagai sebuah bentuk terapi.

Selain keterlibatannya dengan kesehatan manusia, yang membedakan lingkungan *therapeutic* dengan lingkungan lainnya adalah pengguna atau penghuninya. Lingkungan ini sebenarnya lebih dikhususkan pada kelompok tertentu yang memerlukan perhatian lebih dari lingkungannya, bukan sekedar lingkungan pada umumnya.⁸ Kelompok yang dimaksud adalah mereka yang memiliki keterbatasan atau gangguan dalam dirinya seperti gangguan emosi, cacat fisik, keterbelakangan

⁶ Karen A. Franck & R. Bianca Lepori. *Architecture Inside Out* (Great Britain: John Wiley & Sons, 2000) hlm. 83.

⁷ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm.3.

⁸ David Canter. *Op Cit.* hlm. 29.

jiwa, lanjut usia dan sakit. Karena kondisi ini, mereka membutuhkan bentuk perawatan atau perlakuan yang berbeda dari kelompok manusia pada umumnya.

2.1.2 Sejarah Munculnya Lingkungan *Therapeutic*

Pada tahun 1950-1960, perkembangan institusi yang berhubungan dengan terapi sedang marak. Amerika menyelenggarakan kampanye khusus untuk mengembangkan desain terbaik dari rumah sakit jiwa. Arsitek disadarkan akan keperluan informasi tentang kognisi serta perilaku manusia dan sosialnya.⁹

Kebanyakan institusi yang sudah ada pada saat itu, terutama yang bergerak dalam bidang medikal, mulai dirasa memiliki kualitas yang kurang. Ketertarikan terhadap lingkungan terapi pun meningkat dengan dilakukannya berbagai percobaan dalam komunitas terapi. Upaya ini memunculkan optimisme akan kemungkinan mengurangi orang yang harus menghabiskan waktunya di dalam institusi medikal.

David Canter yang bergerak dalam bidang psikologi lingkungan turut berkontribusi dalam melakukan penelitian dan latihan untuk meningkatkan fasilitas terapi. Canter meneliti berbagai macam kelompok manusia yang terlibat didalamnya dan ia menggunakan istilah lingkungan *therapeutic* dalam menyatakan lingkungan yang ditinjaunya. Lingkungan *therapeutic* bisa dikatakan merupakan salah satu perwujudan dari maraknya kepedulian akan fasilitas terapi. Lingkungan ini mencoba menciptakan lingkungan fisik yang lebih menyesuaikan pengguna yang membutuhkan perhatian atau layanan khusus karena kondisinya yang kurang sempurna.

2.1.3 Aspek dalam Lingkungan *Therapeutic*

Canter mencoba merepresentasikan evaluasi dari berbagai lingkungan *therapeutic* dengan mengidentifikasi dua hal, yaitu peran dari lingkungan fisik pada proses terapi dan cara agar lingkungan fisik berperan lebih efektif.¹⁰ Tidak mungkin hanya satu aspek saja dari fasilitas terapi bisa secara radikal meningkatkan pelayanan

⁹ Deddy Halim. Psikologi Arsitektur (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 17.

¹⁰ David Canter. Designing for Therapeutic Environments (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 8.

kesehatan baik itu obat, terapis, bangunan atau aspek-aspek lainnya yang berada dalam label 'lingkungan'. Canter menganggap penting untuk menghubungkan desain bangunan dengan tujuan terapi dan melihat aktifitas dari berbagai macam karakter pasien. Kegagalan dalam menciptakan lingkungan *therapeutic* dapat disebabkan kurangnya mendefinisikan tujuan dari terapi yang ingin dicapai. Dengan mengetahui sasarannya maka lingkungan ini dapat menjadi fasilitator langsung untuk mencapai tujuan tersebut.

Canter melihat bahwa dalam menciptakan lingkungan ini ada tiga komponen yang berkolaborasi sehingga lingkungan tersebut menjadi efektif dan sukses. Ketiga komponen itu adalah tingkah laku, organisasi dan fasilitas.¹¹ Contoh berkolaborasinya ketiga komponen ini dapat dilihat pada sebuah lingkup institusi. Tingkah laku terkait dengan peningkatan kondisi pasien dalam beraktivitas dan interaksi sosialnya baik dengan keluarga atau staf rumah sakit. Organisasi terkait dengan struktur orang yang berperan dalam institusi seperti dokter, psikiater atau staf. Yang terakhir yaitu fasilitas yang dengan jelas merujuk kepada lingkungan fisik. Jika kelakuan dari individu di institusi tidak sesuai atau struktur dan peraturan dari organisasi tidak membantu mengatasi kesulitan dalam beberapa aktivitas pasien maka fasilitas fisik tidak mampu meningkatkan proses terapinya.

Dari penjelasan diatas, aspek fisik ruang dari lingkungan *therapeutic* tidak dapat dengan sendirinya mengoptimalkan peningkatan kondisi dari individu yang ada didalamnya. Lingkungan fisik lebih bersifat mendukung dengan memberikan kemungkinan-kemungkinan bagi individu. Hal ini sesuai dengan prinsip *environmental probabilism*¹² yaitu lingkungan dapat diarahkan untuk mempengaruhi perilaku manusia tetapi masih memberikan peluang untuk manusia menyesuaikan perilakunya tergantung pada situasi tertentu di dalam lingkungan tersebut.

¹¹ David Canter. *Op Cit.* hlm. 334

¹² Dalam buku *Environmental Psychology, USA, 1984*, Paul A. Bell, et al menjelaskan tiga perspektif dalam hubungan lingkungan fisik dengan perilaku manusia, yaitu:

1. *Architectural Determinism*: lingkungan fisik merupakan faktor utama penentu perilaku manusia.
2. *Environmental Possibilism*: lingkungan fisik sebagai hasil dari perilaku manusia.
3. *Environmental Probabilism*: lingkungan yang memberikan peluang-peluang berbagai perilaku.

2.1.4 Peran Lingkungan *Therapeutic*

Lingkungan *therapeutic*, khususnya sebagai sebuah lingkungan fisik, dapat memberi kontribusi terhadap proses terapi melalui dua peran yang dimilikinya.¹³ Peran yang pertama yaitu sebagai **fasilitator** yang terkait dengan fungsinya mendukung manusia untuk berkegiatan. Kedua sebagai **simbol kualitas** yang berhubungan dengan pemenuhan psikologis manusia melalui penggunaan bentuk-bentuk yang memiliki makna emosional. Kedua peran ini mempunyai pengaruh terhadap seluruh aspek dalam diri manusia.

Menurut Christoper Day, seluruh manusia memiliki empat aspek yang mempengaruhi kesehatannya yaitu fisik, energi kehidupan, kondisi jiwa (*soul*) dan individualitas.¹⁴ Berikut adalah penjelasan bagaimana lingkungan berhubungan dengan keempat aspek tersebut:

- Fisik.
Manusia mengalami bentuk dan dimensi yang berhubungan dengan skala tubuh, proporsi dan gerak yang akan menimbulkan suatu reaksi dan perasaan tertentu, sesuai dengan pernyataan dari Christoper Day: *“We experience shapes and dimensions in relation to bodily scale, proportions and gesture. Hence they can include feelings like response, dynamism, compulsion, instability, awe, respression. This is about phsical stability, energy and proportional relationship.”*¹⁵ Akhirnya pengaruh bentuk dan dimensi ruang terhadap kenyamanan dalam beraktifitas menjadi suatu hal yang perlu diperhatikan melalui desain ruang yang ergonomis.
- Energi kehidupan
Mahluk hidup mengalami siklus mulai dari lahir, tumbuh, berkembang, metamorfosis hingga mati, dan manusia menjalani siklus ini dengan selalu diperbaharui. Dalam merancang, arsitek diharapkan melihat siklus dan

¹³ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 4.

¹⁴ Christoper Day. *Spirit & Place* (Great Britain: Architectural Press, 2002) hlm. 182

¹⁵ Christoper Day. *Op Cit.* hlm. 185

menerjemahkannya ke dalam bangunan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Christopher Day yaitu *"The cycles of day and year, with the moods and activities they induce, tie us into the cycles of the cosmos. Architecture that takes full account of these issues can invigorate life."*¹⁶ Sebagai contoh yaitu penggunaan jendela yang menghubungkan manusia dengan siklus alam diluarnya. Berdasarkan penelitian Roger Ulrich di sebuah rumah sakit, pasien yang ruangnya memiliki pemandangan keluar melalui jendela menunjukkan kondisi kesehatan yang lebih cepat membaik ketimbang pasien di ruang tanpa jendela.¹⁷



Gambar 1. Kamar sebuah rumah sakit dengan view yang menarik
(sumber: http://www.peacehealth.org/Oregon/News/Newsroom/images/RiverBend_PatientRm.jpg)

- **Kondisi jiwa (*soul*)**
Lingkungan mempunyai peran yang signifikan terhadap kondisi psikologis manusia. Dan ini berhubungan dengan perasaan dan kondisi jiwa. Pada saat manusia berada di suatu tempat dapat muncul perasaan risih, tegang, tenang atau nyaman. Berbagai hal dapat menjadi penyebab seperti suara, perubahan warna atau cahaya, tekstur dari material, dan lain-lain.¹⁸
- **Individualitas**
Manusia mengalami dan merasakan secara pribadi lingkungannya yang kemudian membentuk dirinya. Setiap perjalanan kehidupan merupakan

¹⁶ Christopher Day. *Spirit & Place* (Great Britain: Architectural Press, 2002) hlm 186

¹⁷ Bryan Lawson & Michael Phiri. *Room for Improvement*. *Health Service Journal*, 20 Januari 2000. hlm. 26.

¹⁸ Christopher Day. *Op Cit.* hlm. 187

perjalanan dari perkembangan nilai dalam individunya. Sehingga tidak dapat dipungkiri bahwa pengalaman ruang dalam lingkungan binaan dapat berkontribusi didalamnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan: *“The inner freedom and expansion we experience admits surroundings of profound beauty can free us from self-imposed defensive blocks. Places made with this conscious intent to affirm the value of us who inhabit them.”*¹⁹

Ada lingkungan tertentu yang tidak memungkinkan penghuni untuk mempersonalisasikannya seperti sel penjara. Berada didalamnya akan mengundang reaksi seperti menghindar, menghancurkan benda-benda sampai berkelahi. Akhirnya lingkungan tersebut berkontribusi terhadap tumbuhnya kejahatan individu.²⁰

Keberhasilan dari peran lingkungan dapat dilihat dari upaya pemenuhan kebutuhan aspek-aspek manusia yang telah dijelaskan diatas. Kesehatan manusia berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dan keseimbangan dalam segala aspek diri. Hal inilah yang ingin dicapai dalam lingkungan *therapeutic*.

2.1.5 Model-Model Lingkungan Therapeutic

Ada banyak bentuk dari lingkungan *therapeutic* dengan skala pendekatan yang bervariasi. Canter menyimpulkan bahwa ada enam model dari lingkungan *therapeutic*. Pengertian tentang model-model ini dapat membantu memahami lebih jauh bentuk dari lingkungan *therapeutic*. Berikut penjelasan keenam model tersebut.²¹

1. the custodial model

Bersifat mengasingkan individu yang dianggap berbeda atau kurang efektif dalam masyarakat. Model ini dapat dikatakan model awal dalam menyediakan fasilitas terapi dan sampai sekarang model ini belum hilang. Penerapan ini terlihat mengerikan tetapi dalam mitologi bersifat melindungi dalam artian melindungi orang itu dari dirinya, dari perlakuan buruk

¹⁹ Christopher Day. *Spirit & Place* (Great Britain: Architectural Press, 2002) hlm. 187

²⁰ Deddy Halim. *Psikologi Arsitektur* (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 79.

²¹ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 12.

komunitas, ataupun melindungi komunitas. Contohnya rumah sakit jiwa yang merawat orang-orang yang terbelakang mentalnya di satu tempat yang dipisahkan dari masyarakat umum.

2. *the medical model*

Model ini mengikuti perkembangan teknologi dalam bidang medikal. Pasien dipandang sebagai individu yang terkena penyakit atau tidak sehat sehingga mereka harus berada dalam setting yang memberikan perawatan yang tepat untuk memperoleh kesehatan. Penyembuhan siupayakan dengan menggunakan kekuatan operasi dan obat-obatan. Model ini menekankan pada kebersihan (higienis) dan penyembuhan melalui obat. Dalam lingkungan fisik, yang dihindari adalah kurangnya kebersihan dalam perawatan pasien karena akan menambah parah kesehatan pasien. Contohnya yaitu rumah sakit umum yang harus bersifat steril.

3. *prosthetic model*

Model ini mengimbangi kekurangan dari perilaku atau pengalaman individu dengan penggunaan alat-alat atau elemen lingkungan yang dirancang secara khusus. Sebagai contoh yaitu *handrails* dan *ramp* untuk membantu orang cacat yang mengalami kesulitan naik turun tangga, perubahan tekstur untuk membantu alur gerak orang buta. Ada juga *sosial prosthese* yang diwujudkan lewat kehadiran orang lain untuk membantu melakukan atau menyelesaikan suatu kegiatan.



Gambar 2. Orang yang membutuhkan *handrail* dan bantuan orang lain untuk naik tangga

(sumber: <http://content.answers.com/main/content/wp/en/thumb/5/Thai-stairs.jpg>)

4. *normalisation*

Model normalisasi merupakan bentuk yang mengkritik ketergantungan berbentuk fisik dan sosial pada model sebelumnya.²² Ketergantungan pada bantuan yang disediakan menyebabkan kesulitan untuk mencapai kondisi normal dari aktivitas yang dilakukan.

Model normalisasi mengupayakan lingkungan terapi yang dibuat senormal mungkin.²³ Kondisi ini mungkin memberikan kesulitan pada pengguna, tetapi dengan latihan yang tepat dan bantuan maka mereka dapat mengatasi kesulitannya sehingga membuka peluang lebih dalam aktifitas yang dilakukan. Sebagai contoh yaitu banyak detail dalam rumah terlihat esensial sebagai sarana terapi yang efektif untuk mencapai tujuan dari normalisasi karena penghuni dapat sebagai pemilik dan pengendali lingkungannya.

5. *enhancement model*

Kemudian muncul argumen terhadap model *normalisation* yang dianggap terlalu optimis dan mengabaikan kenyataan bahwa manusia dalam lingkungan memiliki kebutuhan khusus sehingga perlu lingkungan fisik yang lebih ditingkatkan daripada lingkungan pada umumnya. Contoh sederhana yaitu membuat fisik bangunan lebih hidup dan berwarna dari bangunan normal lainnya untuk memberikan stimulasi.

6. *growth individual model*

Model ini mencoba mengupayakan manusia untuk berkembang sesuai dengan potensi maksimalnya seiring dengan perjalanan waktu. Sehingga perlu diperhatikan kualitas dari lingkungannya karena manusia melihat apa yang ada dalam dirinya melalui lingkungan.

²² Kushlick dalam David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 15.

²³ *Ibid*

Dari keenam model ini, lingkungan *therapeutic* sebenarnya bisa terdapat di mana saja dan mungkin ada di sekitar kita tanpa disadari. Yang membuatnya menjadi lingkungan *therapeutic* adalah keterlibatan aspek-aspek lingkungan dengan individu manusia yang dibantu dalam proses pemulihan atau dalam beraktivitas normal. Sehingga sesuai dengan pernyataan David Canter yang telah dijelaskan di bagian sebelumnya bahwa tiga komponen (tingkah laku, organisasi dan fasilitas) dalam lingkungan *therapeutic* harus dapat berkolaborasi untuk mencapai keberhasilan.²⁴

Satu lingkungan dapat saja menerapkan lebih dari satu model. Sebagai contoh yaitu rumah sakit, umumnya menerapkan model *medical* yang mengedepankan pengobatan dan kebersihan lingkungannya. Tetapi seiring dengan perubahan waktu, rumah sakit dengan sendirinya menerapkan model *enhancement* untuk meningkatkan kualitas ruang-ruangnya.

2.2 LINGKUNGAN THERAPEUTIC BAGI LANJUT USIA

2.2.1 Lanjut Usia

Kelompok yang akan dibahas yaitu lanjut usia (lansia) sebagai salah satu kelompok masyarakat yang membutuhkan lingkungan *therapeutic*.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan lanjut usia melalui tiga kategori yaitu 1) kronologis, berkaitan dengan umur yang biasanya didefinisikan berusia 65 tahun keatas; 2) perubahan peran sosial, berhubungan dengan perubahan status yaitu pensiun atau posisi dalam bagan keluarga; 3) perubahan kemampuan, melihat perubahan dari karakter fisik.²⁵ Pengkategorian ini muncul akibat dari bervariasinya pandangan masyarakat di tiap negara mengenai lanjut usia.

²⁴ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 334.

²⁵ WHO. Definition of an Older or Elderly Person (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>)

Di Indonesia, pengertian lansia ditinjau dari kategori kronologis yaitu seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.²⁶ Pada usia tua ini, manusia mengalami penurunan produktivitas kerja, memasuki masa pensiun atau mengakhiri pekerjaan utama yang berakibat pada menurunnya pendapatan.

Penurunan produktivitas disebabkan oleh kemunduran sel-sel yang dapat mempengaruhi fungsi dan kemampuan sistem tubuh termasuk syaraf, jantung dan pembuluh darah. Akhirnya penurunan yang dialaminya serta usia pensiun menyebabkan kondisi mental lanjut usia cenderung menurun dan akan mempengaruhi kehidupan sosialnya.²⁷ Karena itu para lanjut usia membutuhkan perhatian khusus dari lingkungannya.

2.2.2 Kategori dan kondisi lansia

Berdasarkan tingkat keaktifannya, lansia dibagi menjadi tiga kategori yaitu : *go go's* yang bersifat aktif bergerak tanpa bantuan orang lain, *slow go's* yang bersifat semi aktif, dan *no go's* yang memiliki cacat fisik dan sangat tergantung pada orang lain.²⁸



Gambar 3. Lansia yang termasuk *slow go's* dan *go go's*
(sumber: <http://www.dkimages.com/discover/previews/955/50371037.JPG>)

²⁶ Diatur dalam UU Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pasal 1 ayat 2

²⁷ Kedeputi I Bidang Kesejahteraan Sosial. Lansia Masa Kini dan Mendatang (<http://www.menkokesra.go.id/content/view/2933/98/>)

²⁸ Margaret Mead. *New Lifes for Old* (New York: Architectural Press,1956) hlm. 50.

Cooper dan Francis juga mengelompokan lansia menjadi tiga bagian berdasarkan usia dengan penjelasan sebagai berikut:²⁹

	<i>Young Old</i>	<i>Old</i>	<i>Old-old</i>
Usia	Antara usia 55-70 tahun	Antara usia 70 – 80 tahun	80 tahun keatas
Kemampuan	Mandiri dalam bergerak.	Cukup mandiri dalam bergerak	Kurang mandiri, memiliki keterbatasan gerak dan membutuhkan perawatan lebih.
Aktifitas	Inisiatif sendiri, santai, rekreasi, bersosialisasi, berhubungan dengan kesehatan.	Inisiatif sendiri dan kelompok, mulai jarang berpindah (duduk terus), bersosialisasi, berhubungan dengan kesehatan.	Inisiatif terbatas (biasanya dari orang yang mengurus), jarang berpindah, bersosialisasi, terapi.

Semua kelompok lansia ini mengalami kemunduran dalam hal fisik dan psikologis, dengan tingkat kemunduran yang berbeda-beda tergantung dari penambahan umur atau kondisi kesehatannya sekarang yang dipengaruhi oleh kesehatan di usia-usia sebelumnya.

Dalam hal fisik kemunduran yang dialami yaitu:³⁰

- Dalam kemampuan visual, lansia mengalami kemunduran dalam hal ketajaman dan luas pandangan. Selain itu mata kurang peka dalam melihat cahaya dengan intensitas terlalu tinggi dan lebih sensitif terhadap sesuatu yang menyilaukan serta kurang mampu membedakan warna.
- Dalam kemampuan pendengaran, lansia mengalami kesulitan dalam menangkap frekuensi percakapan yang kecil atau besar di waktu bersamaan
- Dalam kemampuan indera perasa, lansia menjadi kurang menyadari akan perubahan suhu, rasa dan bau

²⁹ Clare Cooper dan Carolyn Francis. *People Places* second edition (USA: International Thomson Publishing, 1998) hlm. 211

³⁰ Powell Lawton, 1970 dalam David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 235.

- Dalam kemampuan bergerak, lansia melakukan mobilisasi lebih pasif.
- Kekurangan lain yaitu memori kurang, kesulitan berkonsentrasi, lambatnya kemampuan kognitif dan kerja saraf.

Walaupun mengalami kemunduran fisik, pada dasarnya lansia ingin tetap menjalani kehidupan normal tanpa adanya bantuan orang lain.

Masalah psikologis yang dihadapi lansia pada umumnya meliputi: kesepian, terasing dari lingkungan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri, ketergantungan, keterlantaran terutama bagi lansia yang miskin dan sebagainya. Kehilangan perhatian dan dukungan dari lingkungan sosialnya yang biasanya berkaitan dengan hilangnya otoritas atau kedudukan, dapat menimbulkan konflik atau keguncangan.³¹ Beban menghadapi penurunan dalam dirinya menimbulkan ketakutan karena munculnya persepsi akan kematian. Dan tekanan ini juga disebabkan karena kematian oleh suami/istrinya dan teman-temannya. Aspek psikologis merupakan faktor penting dalam kehidupan seseorang dan menjadi semakin penting dalam kehidupan seorang lansia.

2.2.3 Peran Lingkungan *Therapeutic* bagi Lanjut Usia

Kondisi lansia yang mengalami penurunan sebenarnya dapat dikurangi jika para lansia memiliki keinginan yang kuat untuk beraktivitas secara fisik dan berinteraksi sosial karena hal tersebut mampu melatih gerak tubuh lansia, melatih memori dan memperlambat kepikunan serta degradasi mental lainnya. Dengan demikian lansia menjadi mandiri dan tetap sehat. Inilah yang menjadi tujuan dari diciptakannya lingkungan *therapeutic* yaitu berkontribusi dalam pemulihan dengan mendukung fisik dan mental lansia untuk tetap produktif di hari tua.

Lingkungan *therapeutic* diharapkan menjadi lingkungan yang memungkinkan untuk melatih kemampuan, mengurangi unsur frustrasi. Latihan yang dilakukan sangat esensial untuk memberikan dukungan terhadap **fisik, kemampuan sosial dan kognitif**.³² Untuk melakukan perawatan ketiga hal tersebut maka peran dari

³¹ Suwoko. Lansia Indonesia Tercepat (<http://www.suaramerdeka.com/harian/0405/29/opi04.htm>)

³² Atchely, 1972 dalam Clare Cooper dan Carolyn Francis. *People Places* second edition (USA: International Thomson Publishing, 1998) hlm. 217.

lingkungan yaitu sebagai fasilitator dan simbol kualitas menjadi penting untuk diwujudkan.

Peran pertama lingkungan *therapeutic* sebagai **fasilitator** yaitu mendukung **fisik dan kemampuan sosial** melalui dukungan terhadap aktivitas fisik dan kegiatan sosialisasi. Sebagai contoh, lansia yang mengalami kesulitan dalam mobilisasi membutuhkan alat bantu berupa tongkat atau kursi roda. Bagi lansia yang menggunakan kursi roda maka membutuhkan ruang yang cukup luas untuk beraktifitas. Sedangkan dalam hal bersosialisasi, pengorganisasian dalam ruang haruslah tepat untuk menciptakan interaksi yang kondusif. Selain itu penyediaan alat sebagai media interaksi yang menarik bagi lansia, seperti permainan catur yang dapat memperlancar interaksi.



Gambar 4. Para lansia yang bersosialisasi dan melakukan kegiatan bersama.
(sumber: <http://www.voagno.org/Portals/20/elderly%20ladies.jpg>)

Peran kedua yaitu sebagai **simbol kualitas**, yang menimbulkan suasana (atmosfir) tertentu pada ruangan dan berhubungan dengan dukungan terhadap kemampuan **kognitif**. Kemampuan kognitif merupakan kemampuan mental untuk mengonstruksikan atau memprediksikan suatu lingkungan (yang sekiranya tampak terlalu besar untuk dipersepsikan secara sekilas), serta menciptakan suatu matriks dari pengalaman-pengalaman lingkungan di mana pengalaman baru dapat diintegrasikan ke dalamnya.³³ Kognitif ini terbentuk dari informasi dan stimulasi luar

³³ **Lucia Rudwiarti.** Wajah Kota di Mata Kaum Lansia (<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0404/27/metro/993930.htm>)

yang didapat dari lingkungan. Stimulasi merupakan hal yang dibutuhkan sesuai pernyataan berikut: *The need for stimulus variation has been shown to be a basic human need.*³⁴ Aspek-aspek lingkungan fisik yang terkait dengan informasi dan stimulasi adalah cahaya, warna, material, udara, suara dan bau.

Pada lansia, menurunnya kemampuan indera perasa (*sense*) berakibat pada kurangnya informasi yang didapat dari lingkungan dan kepekaan akan stimulasi menurun. Terlalu banyak informasi dan stimulasi bisa menjadi suatu gangguan bagi para lansia. Hal ini disebabkan karena saat berada dalam situasi yang kompleks, asing dan tidak dapat diperkirakan, lansia sulit beradaptasi, merasa stress dan waktu untuk memproses atau bereaksi menjadi lebih lambat.³⁵

Dengan demikian lingkungan fisik yang dirancang untuk lansia sebaiknya mampu merespon kondisi dan kebutuhan-kebutuhannya. Lingkungan sebisa mungkin menyesuaikan dengan karakter dan kategori dari lansia. Seperti pengkategorian yang telah dijabarkan pada bagian 2.2.2, tiap lansia membutuhkan bentuk lingkungan yang berbeda-beda.

2.2.4 Jenis-Jenis Tempat Tinggal Lanjut Usia

Skripsi ini membahas penerapan prinsip dari lingkungan *therapeutic* pada tempat tinggal bagi lansia. Tempat tinggal bagi lansia mengalami banyak perkembangan sehingga terdapat berbagai variasi bentuk. Rosetta E. Parker mengemukakan berbagai bentuk tempat tinggal lansia yang dapat ditemui di beberapa negara sebagai berikut:³⁶

- *Aging in place*

Disini lansia tinggal di rumah yang dimiliki sendiri. Kemungkinan lansia ini memilih tetap tinggal di rumahnya karena telah mengenal lingkungan sekitarnya selama bertahun-tahun sehingga merasa nyaman dan tidak tertarik untuk beradaptasi dengan lingkungan baru.

³⁴ Fiske & Maddi, 1961 dalam David Canter. *Designing for Therapeutic Environment* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 236.

³⁵ Powell Lawton. *Planning and Managing Housing for the Elderly* (USA: John Wiley & Sons, 1975) hlm. 5.

³⁶ Rosetta E. Parker. *Housing For the Elderly* (USA: National Association of Realtors, 1984) Hlm.6

- *Home sharing*
Lansia memilih untuk tinggal tempat tinggal yang berbagi dengan satu atau dua lansia lainnya. Keuntungan dari berbagi yaitu tanggung jawab dalam perawatan tempat tinggal tidak menjadi beban sendiri.
- *Extended household/ Echo Housing/ Granny flats*
Lansia tinggal bersama sanak saudaranya. Di Australia, pemerintah membuat tempat tinggal yang dapat dibongkar pasang dan dikenal dengan istilah *granny flats*. Tempat tinggal ini dibuat untuk lansia yang pindah ke rumah salah satu saudara atau anaknya, sehingga halaman belakang dapat digunakan untuk membangun tempat tinggal ini.
- *Modular homes/ mobile homes*
Beberapa lansia memilih untuk menjalankan gaya hidup yang sederhana dan mengurangi pengeluaran dengan menjual rumah yang kemudian diganti dengan rumah mobil. Biasanya ditempatkan di taman tempat trailer atau tempat lain yang mengizinkan.
- *Retirement residences*
Biasanya berupa apartemen khusus untuk para usia pensiun. Tiap unit yang disediakan memiliki ukuran yang efisien dengan satu kamar tidur. Apartemen ini menyediakan fasilitas umum berupa ruang komunal untuk berbagai kegiatan bersama dan fasilitas olah raga dengan desain khusus lansia.
- *Retirement communities*
Merupakan perkampungan atau kota kecil dengan perumahan untuk pensiunan dan menyediakan fasilitas-fasilitas yang mudah diakses.

- *Group homes*
Merupakan kelompok tempat tinggal dalam suatu komunitas yang ditujukan untuk membantu lansia yang cacat. Tempat tinggal yang disediakan didesain khusus untuk membantu lansia tersebut.
- *Residential cares*
Bangunan untuk tempat tinggal bersama (panti jompo) di mana ada staff medik yang membantu lansia untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Disini penggunaan ruang dan waktu dikontrol oleh staff yang bertugas.³⁷



Gambar 5. Lansia di *residential cares*
(sumber ; <http://www.crsa.us/images/DSC00106.jpg>)

Dari berbagai bentuk diatas, lansia yang dapat tinggal mandiri biasanya adalah pensiunan yang masih tetap aktif di usia tuanya dan masih termasuk kelompok lansia *young old* dan *old*. Ketika memasuki usia *old-old*, lansia membutuhkan lebih banyak bantuan sehingga memerlukan tempat tinggal yang memberikan fasilitas untuk mendukung kondisi kesehatannya.

Di Indonesia, tempat tinggal lansia yang umumnya ditemui tidak terlalu beragam seperti bentuk-bentuk yang telah dijelaskan di atas. Tempat tinggal lansia pada umumnya di rumah sendiri (*aging in place*), rumah milik anak atau saudaranya (*extended household*) dan panti jompo (*residential cares*).

³⁷ Richard Hugman, 1999 dalam Elizabeth Kenworthy. *Embodied Geographies* (USA: Routledge, 1999) Hlm.196

2.2.5 Penerapan Lingkungan *Therapeutic* di Rumah Tinggal Lanjut Usia

Kebanyakan lansia di Indonesia tinggal di rumah sendiri atau rumah milik anak/kerabat lain maka upaya dalam menciptakan lingkungan *therapeutic* perlu diterapkan pada rumah tinggal. Penerapan ini dapat dijabarkan berdasarkan peran lingkungan *therapeutic* sebagai fasilitator dan simbol kualitas terhadap pemenuhan kebutuhan lansia dengan memberi dukungan terhadap kemampuan fisik, sosial dan kognitif.

Berikut adalah beberapa penerapan peran lingkungan *therapeutic* sebagai **fasilitator** untuk dukungan terhadap kemampuan fisik dan sosial:

Kemampuan fisik

- *Ramp* diaplikasikan untuk kemudahan mobilitas menuju lantai di atas atau di bawahnya dan *handrails* diaplikasikan sebagai pegangan melangkah.
- Luasan ruang harus mencukupi bagi lansia yang menggunakan kursi roda, terutama dalam kamar mandi dan dapur.³⁸
- *Bathtub* dilengkapi dengan dudukan, disertai pegangan besi pada tembok dengan lantai yang memiliki tekstur kasar dan tidak licin.³⁹
- Lantai ruangan berada pada ketinggian level yang sama untuk mengurangi risiko kecelakaan.
- Jalan setapak dari semen bertekstur batu-batu kecil di halaman rumah dapat dimanfaatkan untuk refleksi telapak kaki.⁴⁰

Kemampuan sosial

- Pendengaran lansia mengalami penurunan sehingga jarak ruang interaksinya perlu diperhatikan. Sebaiknya ruang interaksi diperkecil dengan penyusunan antar bangku yang tidak terlalu jauh.

Selanjutnya adalah peran lingkungan *therapeutic* sebagai **simbol kualitas** untuk memberi dukungan terhadap kemampuan kognisi. Yang perlu diperhatikan adalah

³⁸ Powell Lawton, 1970 dalam David Canter . *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 236.

³⁹ Nirwono Joga. Rumah bagi Lansia (<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0309/12/rumah/559038.htm>)

⁴⁰ *ibid*

membuat stimulasi dan informasi lingkungan semakin jelas. Dengan mengenal baik lingkungan, dapat memberikan kepercayaan diri, rasa aman dan nyaman bagi lansia untuk berada didalamnya. Berikut adalah beberapa kemungkinan penerapan-penerapannya:

- Anak tangga dikontraskan dalam pewarnaan, tingkat keterangan (*brightness*) dan tekstur. Lansia lebih peka terhadap warna yang hangat dengan tingkat keterangan yang tinggi. Warna seperti kuning, oranye atau merah lebih diperhatikan ketimbang gelap. Warna gelap seperti biru, hijau atau ungu sulit dibedakan.⁴¹
- Cahaya yang menyilaukan atau refleksi dari suatu permukaan dikurangi sehingga detail pada cahaya yang tidak terlalu menusuk.
- Kontras yang tinggi pada warna, keterangan cahaya dan tekstur dapat memperkaya sensor lingkungan. Sebaliknya, area homogen yang umum ditemui di institusi sesungguhnya dapat memicu disorientasi dan stress (depresi)
- Pencahayaan remang menciptakan suasana nyaman untuk beristirahat dan tidur bagi lansia.⁴²
- Perbanyak stimulasi dari alam seperti cahaya dan udara karena lebih menyehatkan dan menimbulkan energi yang positif.⁴³
- Memasukkan sinar matahari ke dalam ruangan sangat bagus, karena memicu kulit untuk memproduksi vitamin D yang berguna bagi tulang.⁴⁴
- Perabotan lama milik lansia menjadi pengingat kenangan serta berfungsi sebagai alat pengenalan lingkungan bagi mereka.⁴⁵
- Cermin sebagai alat untuk mendorong lansia mengingat rupanya dan mengontrol penampilannya merupakan sesuatu yang baik secara psikologis.⁴⁶

⁴¹ Margaret Mead. *New Lives for Old* (New York: Architectural Press, 1956) hlm. 94.

⁴² Powell Lawton. *Planning and Managing Housing for the Elderly* (Canada: John Wiley & Sons, 1975) hlm. 167.

⁴³ Christopher Day. *Spirit & Place* (Great Britain: Architectural Press, 2002) hlm. 192

⁴⁴ Randal Thomas. *Environmental Design* (London: Taylor & Francis, 1996) hlm. 293.

⁴⁵ Deddy Halim. *Psikologi Arsitektur* (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 78.

⁴⁶ Powell Lawton. *Op Cit.* hlm. 148.

Penerapan lingkungan *therapeutic* bagi lansia yang dilihat secara fisik seperti diatas bertujuan untuk meningkatkan fungsi dari lansia dalam mengatasi penurunan kondisi yang dialaminya. Jika dihubungkan dengan pernyataan David Canter mengenai tiga komponen penting dalam lingkungan *therapeutic* yaitu tingkah laku, organisasi dan fasilitas (dijelaskan dalam bagian 2.1.4), penerapan yang telah dijelaskan lebih mengarah kepada komponen tingkah laku dan fasilitas.

Untuk komponen organisasi, di dalam tempat tinggal lansia diwujudkan dalam hubungan antara lansia dengan orang yang tinggal bersamanya. Keberadaan mereka sangat berarti bagi lansia karena telah memberi perhatian, dukungan dan bantuan dalam menjalani kehidupannya. Kebiasaan-kebiasaan yang telah terbina seperti waktu makan bersama atau menonton bersama merupakan sesuatu yang baik untuk psikologi lansia agar tidak merasa kesepian dalam menjalani masa tuanya. Bahkan sebenarnya hanya dengan duduk dan melihat kegiatan dari orang lain bisa menjadi partisipasi yang aktif bagi lansia yang lebih rentan.⁴⁷

Akhirnya yang menjadi kunci keberhasilan dalam penerapan lingkungan *therapeutic* di tempat tinggal lansia adalah terbentuknya kolaborasi yang baik antara tiga komponen (tingkah laku, organisasi dan fasilitas) dalam memenuhi kebutuhan lansia dan menjaga kondisi kesehatannya sehingga menimbulkan rasa percaya diri dan mandiri.

⁴⁷ Diane Carstens. Behavioral Research applied to the Redesign of Exterior Spaces: Housing for the Elderly (London: National Health Publishing, 1982) hlm. 354

BAB III

STUDI KASUS

Berikut ini adalah pembahasan dua rumah tinggal lansia yang akan dievaluasi untuk melihat sejauh mana rumah tinggal lanjut usia dapat berperan sebagai lingkungan *therapeutic*. Kedua lansia masih tinggal bersama keluarganya dan telah menempati rumahnya dalam jangka waktu yang cukup lama. Kedua rumah tersebut tidaklah didesain secara khusus untuk kebutuhan lansia dan jika dikaitkan dengan model dari lingkungan *therapeutic* termasuk model *normalisation*, dimana rumahnya biasa dimiliki dan dikontrol sendiri. Model ini menganggap bahwa beberapa elemen didalam rumah memang esensial sebagai sarana terapi.⁴⁸ Dalam mengevaluasi kedua rumah, yang dilihat adalah peran rumah tinggal sebagai fasilitator dan simbol kualitas dalam memberikan mendukung terhadap fisik, kemampuan sosial dan kognitif lansia.

3.1 ANALISIS RUMAH BAPAK GUROH

3.1.1 Deskripsi Umum

Data penghuni

Lokasi : Jl. Bangka, Pela Mampang

Bapak Guroh, usia 68 tahun, tinggal bersama istri dan dua anaknya serta seorang pembantu. Ketika memasuki usia 65 tahun, ia masih aktif dalam beraktivitas tetapi setahun kemudian terserang penyakit stroke yang mengakibatkan kelumpuhan di bagian badan sebelah kanan. Sekarang ia mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan terkadang membutuhkan alat bantu berupa tongkat untuk melangkah. Penulis mengenal bapak Guroh karena merupakan salah satu teman dari orangtua penulis.

⁴⁸ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain:John Wiley & Sons, 1979) hlm. 15.

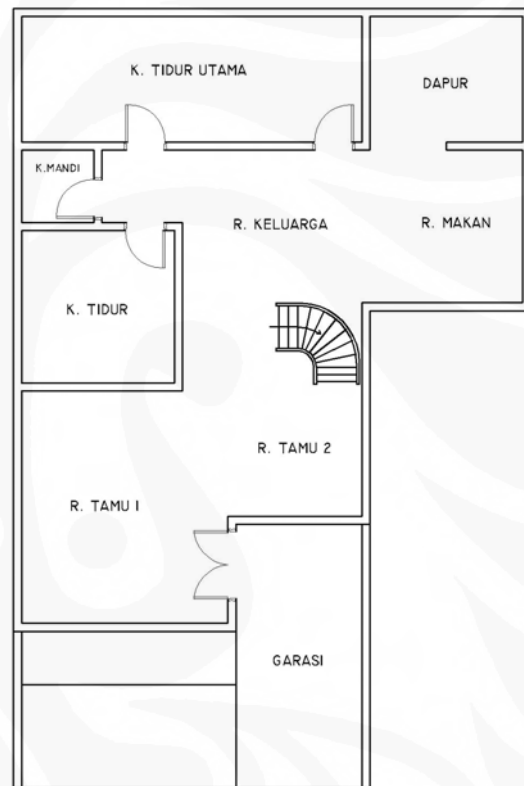
Deskripsi umum tempat tinggal

Bapak Guroh telah menempati rumahnya selama 30 tahun. Desain rumah tidak dikhususkan bagi lansia. Rumahnya bertingkat dua dengan posisi menghadap Selatan. Bagian dalam rumah yang akan dibahas hanya ruangan-ruangan di lantai satu karena bapak Guroh dengan kondisi yang sekarang sudah tidak pernah beraktifitas lagi di lantai dua. Ruangan-ruangan yang ada di lantai satu dapat dilihat pada Gambar 1. Seluruh ruangan di lantai satu, dinding-dindingnya di cat dengan warna putih dan material lantainya berupa keramik putih.

Kegiatan Lansia

Pagi hari, bapak Guroh menyempatkan diri untuk berjalan sebentar di area luar rumah. Sekembalinya dirumah, ia duduk di teras depan untuk beristirahat dan menikmati suasana pagi hari. Selanjutnya aktifitas yang dilakukan diluar aktifitas mendasar (tidur, makan dan mandi) hanyalah menonton televisi dan istirahat di kamar.

Interaksi dengan anggota keluarganya sering dilakukan di ruang keluarga karena bapak Guroh senang mempunyai teman untuk berbincang-bincang.



Gambar 6. Denah lantai 1 Rumah Bapak Guroh

3.2.2 Penjabaran Kasus dan Analisis

Analisis dilakukan pada tiap ruangan dengan terlebih dahulu mendeskripsikan ruangan dan aktifitas didalamnya, kemudian dianalisis perannya sebagai lingkungan *therapeutic*.

- **Teras Depan**

Teras depan memiliki luas sebesar 1.2 x 2 m, dengan furnitur berupa dua sofa kecil. Di depannya terdapat pekarangan dengan satu pohon besar di tengah yang dikelilingi pot bunga. Di ujung pekarangan ada bangunan kecil yang digunakan sebagai gudang. Bapak Guroh biasanya menikmati suasana pagi hari di teras ini selama setengah jam.



Gambar 7. Taman depan

Dimensi teras dilihat dari perannya sebagai fasilitator memberikan ruang yang tepat untuk melakukan kegiatan sekedar duduk saja. Berada di teras pada pagi hari merupakan kebiasaan yang baik untuk mendapatkan stimulasi dari alam. Stimulasi itu berupa bias-bias cahaya matahari yang masuk melalui celah pohon. Ini merupakan bentuk dari peran lingkungan *therapeutic* yaitu simbol kualitas yang mencoba memenuhi aspek manusia yaitu energi kehidupan (dijelaskan pada teori bagian 2.1.3). Begitu juga dengan udara pagi yang baik untuk pernapasan.

- **Ruang tamu**

Didalam rumah bapak Guroh ada dua ruang tamu yang berada di kanan dan kiri bagian depan rumah. Luas kedua ruangan ini kurang lebih 28 m². Kedua-duanya dipenuhi dengan furnitur dan pajangan lama. Material dari furnitur didominasi oleh kayu. Pencahayaannya berasal dari lampu gantung dengan sinar lampu yang kekuningan. Pengudaraannya bergantung pada kipas. Material lantai yaitu keramik putih dengan ukuran 40x40 cm dan dindingnya dicat putih. Ruangan ini jarang digunakan oleh bapak Guroh, hanya ketika ada tamu yang berkunjung.

Dimensi ruang untuk berinteraksi terbilang besar dengan penataan bangku yang memungkinkan untuk berinteraksi dalam lingkup yang besar maupun kecil. Pak Guroh memang jarang beraktivitas di ruangan ini tetapi keberadaannya memberikan pengaruh walaupun beliau hanya sekedar melintas atau melihat sekilas. Furnitur pribadi yang ada di ruangan ini menyimpan kenangan dan menjadi alat pengenalan lingkungan yang diperlukan lansia. Di masa tua, orang sering kali menjadikan benda sebagai pengganti hal-hal berharga di masa lalu. Karena itu kepemilikan menjadi penting.⁴⁹



Gambar 8 dan 9. Ruang tamu

Ruangan ini masih memasukkan cahaya matahari sehingga memberitahu kondisi waktu secara alami dan memungkinkan untuk tidak menggunakan lampu di kala pagi dan siang hari. Warna dinding yaitu putih menyeimbangi keberadaan furnitur dan pajangan yang begitu banyak dan bervariasi, memberi kesan lapang dan tidak menekan (netral). Ketika malam hari, cahaya buatan yang digunakan untuk menerangi ruangan berwarna kekuningan dengan pantulan dari dinding yang meningkatkan keterangannya (*brightness*) tanpa menyilaukan. Bagi lansia pencahayaan seperti ini masih memberi informasi ruangan dengan cukup jelas

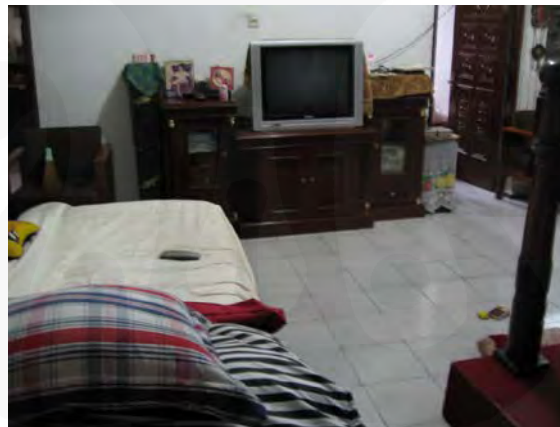
⁴⁹ Deddy Halim. Psikologi Arsitektur Arsitektur (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 78.

karena lansia lebih peka terhadap warna yang hangat dengan tingkat keterangan yang tinggi.⁵⁰

- **Ruang Keluarga**

Didalam ruangan ini hanya tersedia tempat tidur, lemari dan media hiburan berupa televisi. Sumber cahaya dari satu lampu berwarna putih. Ruang keluarga ini memang tidak seperti pada umumnya karena keberadaan tempat tidur, dulunya diletakkan dua kursi dan meja kecil. Tempat tidur diletakkan untuk kenyamanan bapak Guroh yang sering menghabiskan waktunya dengan berada di ruang keluarga. Disini bapak Guroh biasanya menonton televisi, istirahat dan makan.

Anggota keluarga yang ingin menemani bapak Guroh menonton dapat duduk di tempat tidur bersama bapak Guroh, duduk di lantai atau di ruang makan yang terletak disebelah ruang keluarga.



Gambar 10. Ruang keluarga

Kondisi ini sebenarnya kurang nyaman untuk berinteraksi kecuali bila orang yang menemani duduk di tempat tidur juga. Jika yang menemani duduk di lantai pandangan mata tidak sejajar dan jika duduk di ruang makan terlalu jauh padahal lansia lebih baik berada dalam jarak yang dekat untuk dapat berkomunikasi dengan baik.⁵¹

⁵⁰ Margaret Mead. *New Lives for Old* (New York: Architectural Press, 1956) hlm. 94

⁵¹ Powell Lawton. *Planning and Managing Housing for the Elderly* (USA: John Wiley & Sons, 1975) hlm. 199.

Berada dalam ruang ini selain untuk bersantai juga memberikan rasa aman bagi bapak Guroh karena ia dapat mengontrol keadaan rumah walau hanya terbatas di lantai satu. Ruang ini menggunakan pencahayaan buatan sepanjang harinya karena ruangan ini mendapat sedikit cahaya alami. Tingkat keterangan cahaya dapat dibilang nyaman untuk bapak Guroh karena tidak menyilaukan.

- **Ruang makan**

Furnitur berupa meja makan dengan 5 bangku dan ada lemari untuk peralatan makan. Pencahayaan berupa satu lampu dengan cahaya putih. Ada *courtyard* kecil dengan dinding dilapisi batu alam dan ditaruh beberapa pot bunga. *Courtyard* ini memungkinkan udara dan cahaya alami masuk .



Gambar 11. Ruang makan dengan *courtyard* di sampingnya

Keberadaan *courtyard* memberikan sesuatu yang menarik ke dalam ruangan karena mencoba memasukkan elemen alam dan menjadi informasi yang menarik juga bagi bapak Guroh.

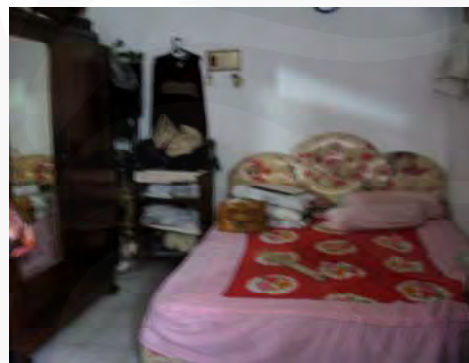
Bapak Guroh jarang makan di sini tetapi keberadaannya cukup berpengaruh karena berdekatan dengan ruang keluarga tempat di mana ia sering duduk. Melihat anggota keluarganya makan di ruangan ini memberikan kesenangan dan tidak kesepian karena ada teman mengobrol atau hanya melihat mereka beraktifitas saja.

- **Kamar tidur utama**

Awalnya kamar ini merupakan dua kamar yang terpisah. Satu kamar digunakan oleh bapak Guroh beserta istri dan satu kamar lagi digunakan anaknya. Setelah anaknya berkeluarga dan pindah, istri bapak Guroh menginginkan kamar yang

lebih luas sehingga dinding pembatas pun dirubuhkan. Furnitur yang ada di kamar anaknya tidak dipindahkan karena merasa sayang untuk dibuang.

Dalam kamar ini terdapat jendela kecil pada bagian atas dinding yang membatasi rumah dengan lingkungan luar. Dinding dicat putih dengan material lantai sama seperti ruangan yang lain yaitu menggunakan keramik putih. Bapak Guroh menggunakan kamar untuk tidur di siang dan malam hari.



Gambar 12 dan 13. Kamar Tidur Bapak Guroh

Luas ruangan yaitu sekitar 21 m² sebenarnya cukup memberikan keleluasaan untuk bergerak tetapi pengaturan beberapa furniturnya kurang tepat. Salah satu tempat tidur diletakkan terlalu dekat dengan pintu masuk sehingga sirkulasi dari pintu ke tempat tidur menjadi kecil. Akhirnya kenyamanan aspek fisik dalam bergerak menjadi kurang terpenuhi karena pengaturan yang kurang ergonomis. Hal ini menunjukkan kurang diperhatikan peran lingkungan sebagai fasilitator dalam pemenuhan aspek fisik manusia khususnya terkait dengan gerak.⁴⁸

Adanya jendela kecil pada bagian atas dinding merupakan upaya yang baik untuk memasukkan cahaya dan sirkulasi udara dengan tetap menjaga keprivasian pengguna kamar. Dan hal ini mempengaruhi bapak Guroh karena ia lebih memilih beristirahat di tempat tidur dibawah jendela karena menyukai cahaya yang masuk.

⁴⁸ Christopher Day. *Spirit & Place* (Great Britain: Architectural Press, 2002) hlm. 182

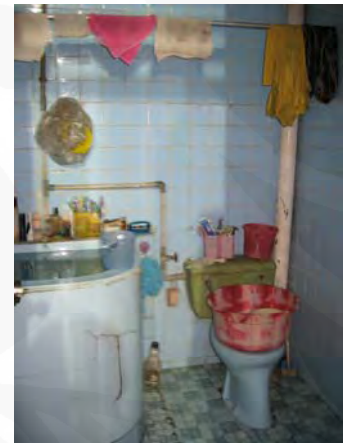
Warna dinding yang putih memberikan suasana yang lapang tetapi sebenarnya dapat dieksplorasi untuk memberikan stimulasi dengan menggunakan warna yang hangat dan pencahayaannya dapat menggunakan cahaya yang agak remang sehingga tercipta suasana nyaman untuk beristirahat atau tidur.⁴⁹

- **Kamar mandi**

Kamar mandi memiliki ukuran luas 3 m². Warna kamar mandi didominasi warna biru muda, dengan material dinding dilapisi keramik polos, sedangkan lantai dilapisi keramik bertekstur yang tidak licin. Ukuran keramik lantai 10x10. Didalamnya menggunakan bak mandi dan kloset duduk.

Bapak Guroh membutuhkan bantuan dari orang lain untuk melakukan aktifitas mandi dan buang air besar kecuali buang air kecil. Luas ruang yang ada cukup untuk dua orang, sehingga memungkinkan orang untuk membantu bapak Guroh.

Tidak ada pegangan untuk berjaga-jaga agar tidak jatuh memang perlu tapi keberadaan bak mandi cukup dapat menjadi pegangan. Karena dalam melakukan aktivitas di kamar mandi menggunakan bantuan orang lain atau disebut juga *social prosthese*⁵⁰ maka bantuan yang berupa alat-alat yang dirancang khusus menjadi tidak terlalu diperlukan seperti pegangan untuk berjaga-jaga agar tidak jatuh. Selain itu bak mandi dan kloset yang digunakan cukup membantu karena bak mandi bisa saja menjadi pegangan dan penggunaan kloset duduk lebih ramah bagi lansia ketimbang yang jongkok.⁵¹



Gambar 14. Kamar mandi yang digunakan bapak Guroh

⁴⁹ Powell Lawton. *Planning and Managing Housing for the Elderly* (Canada: John Wiley & Sons, 1975) hlm. 167.

⁵⁰ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 15.

⁵¹ Nirwono Joga. *Rumah bagi Lansia* (<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0309/12/rumah/559038.htm>)

Hubungan antar ruang

Tiap ruang di lantai satu memiliki permukaan yang rata, tidak ada perbedaan ketinggian yang melebihi 3 cm kecuali kamar mandi, sehingga mengurangi terjadi kecelakaan terjatuh. Ketika melakukan perpindahan dari kamar ke teras tidak membutuhkan bantuan alat berupa tongkat karena jaraknya tidak terlalu jauh sehingga masih bisa melangkah sendiri dengan berlahan-lahan. Hanya saja mengalami kesulitan ketika berjalan melalui ruang keluarga ke ruang tamu karena ruang sirkulasinya tidak terlalu besar. Ini disebabkan keberadaan tempat tidur di ruang keluarga yang berdekatan dengan tangga. Sedangkan untuk berjalan ke kamar mandi dari kamar tidur tidak mengalami kesulitan karena jaraknya yang dekat.

3.1.3 Kesimpulan Rumah Tinggal Bapak Guroh

Secara keseluruhan rumah bapak Guroh cukup mendukung kondisinya dan memenuhi kebutuhannya walaupun ada beberapa hal yang perlu diperbaiki. Peran rumahnya sebagai fasilitator sudah memenuhi kebutuhan mendasar dari aktifitas bapak Guroh dilihat dari ukuran dan dimensinya. Hanya saja dalam pengaturan beberapa furnitur, seperti di ruang keluarga dan kamar tidur utama, perlu diperbaiki agar lebih nyaman bergerak dan berpindah. Dalam hal bersosialisasi, ruang keluarga yang merupakan tempat paling sering berkumpul dan berkomunikasi sehingga perlu mendapatkan perhatian lebih.

Sebagai simbol kualitas, rumah bapak Guroh sudah baik karena informasi dan stimulasi yang diberikan jelas serta memberikan kenyamanan kepada bapak Guroh. Dari evaluasi, terlihat bahwa memasukkan stimulasi alam kedalam ruangan merupakan hal yang penting dalam merancang rumah. Selain itu kenyamanan berada didalam ruang juga dipengaruhi oleh keberadaan anggota keluarga lainnya. Keberadaan mereka membantu keberlangsungan hidup lansia dalam beraktivitas dan bersosialisasi.

3.2 ANALISIS RUMAH IBU ERIKA

3.2.1 Deskripsi umum

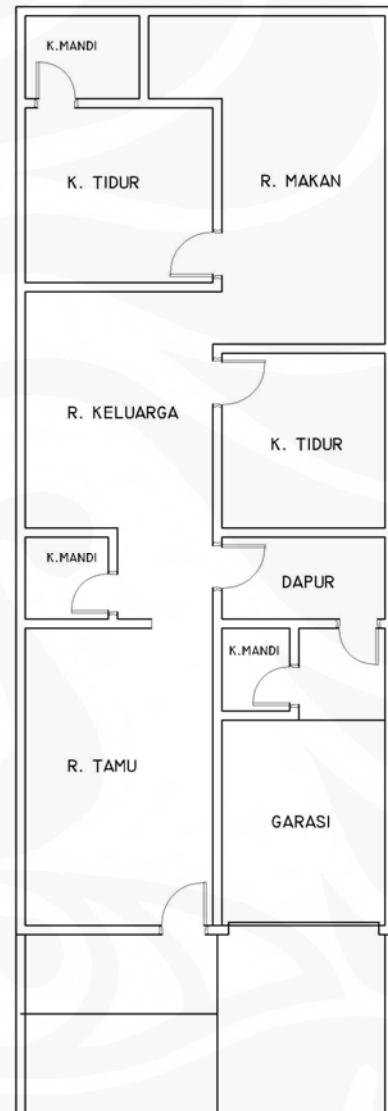
Data penghuni

Lokasi : Jl. D, Kebon Baru

Pemilik rumah yaitu ibu Erika Sirait, berusia 81 tahun. Beliau sudah menempati rumahnya sejak tahun 1972. Ia tinggal bersama keluarga dari anak bungsunya yang terdiri dari istri dan dua orang anak berusia 10 tahun dan 8 tahun. Suami ibu Erika telah lama meninggal dunia. Ibu Erika memiliki kondisi fisik yang cukup baik dan tidak memiliki kelumpuhan. Penulis mengenal baik ibu Erika karena merupakan nenek dari penulis.

Deskripsi umum tempat tinggal

Posisi rumah ibu Erika menghadap ke arah barat. Rumahnya bertingkat dua dan memanjang ke belakang. Ibu Erika menghabiskan waktunya hanya di lantai satu. Ruang-ruangan yang ada di lantai satu dapat dilihat pada denah. Sedangkan dilantai dua digunakan oleh keluarga anaknya. Ibu Erika tidak dapat bergabung dengan keluarga anaknya yang di lantai dua karena mengalami kesulitan untuk naik keatas selain itu tangga yang digunakan adalah tangga kecil melingkar yang semakin menambah kesulitan untuk naik. Semua dinding di rumah beliau dicat putih dengan lantai menggunakan material keramik putih kecuali pada teras dan kamar mandi. Tinggi ruangnya sebesar 3 m.



Gambar 15. Denah lantai 1 rumah ibu Erika

Kegiatan Lansia

Ibu Erika sering duduk di teras pada pagi dan sore hari selama setengah jam. Sebelumnya di pagi hari, beliau berjalan mengelilingi daerah rumah sebentar. Kemudian waktu dirumah dihabiskan dengan melakukan aktifitas seperti makan, mandi, menonton televisi dan tidur siang. Kadang-kadang ibu Erika menyempatkan diri untuk membersihkan rumah dan mengurus tanaman-tanaman di teras.

Interaksi antara ibu Erika dengan keluarga dari anak bungsunya kurang terjalin dengan baik karena keluarga anaknya memiliki kesibukan masing-masing dan banyak menghabiskan waktu di lantai dua.

3.2.2 Penjabaran Kasus dan Analisis

- **Teras depan**

Terdapat dua kursi dengan meja kecil ditengahnya dan disamping ada akuarium. Bagian depan berupa halaman kecil yang dijejer tanaman dalam pot, lantainya berupa keramik ukuran 30x30 berwarna oranye tua.

Tiap pagi dan sore ibu Erika selalu duduk di teras depan selama setengah jam. Kegiatan yang dilakukannya sangat baik untuk kebutuhan akan stimulasi dari alam dan untuk mengontrol keadaan sekitar rumah. Selain itu kegiatan positif lainnya yang dapat dilakukan oleh ibu Erika yaitu merawat tanamannya atau mengurus akuarium kecilnya.

Adanya berbagai macam kemungkinan untuk beraktifitas di teras depan sangat baik karena dengan memberikan pilihan, lansia dapat memilih aktifitas yang sesuai dengan kemampuannya.⁵²

⁵² Clare Cooper dan Carolyn Francis. People Places second edition (USA: International Thomson Publishing, 1998) hlm. 228



Gambar 16. Teras depan

- **Ruang tamu**

Sama seperti rumah bapak Guroh, ruang tamu di rumah ibu Erika juga dipenuhi dengan perabotan dan pajangan. Pajangannya disusun rapi di lemari. Bagi ibu Erika yang tidak bisa melanjutkan hobi lagi atau apapun yang bisa dilakukan di masa lalu, barang-barang pribadi ini selain karena nilai estetik juga menyimpan kenangan yang menimbulkan rasa nyaman.⁵³ Pengaturan furniturnya untuk bersosialisasi ketika ada tamu sudah baik karena jarak ruang interaksinya cukup dekat.



Gambar 17 dan 18. Ruang tamu

- **Ruang keluarga**

Tempat untuk bersantai di ruangan ini hanya di satu sofa panjang dan karpet. Furnitur lainnya yaitu meja, organ, dan dua lemari. Ruangan ini tidak memiliki jendela sehingga mengandalkan pada pencahayaan buatan. Untuk pengudaraan

⁵³ Deddy Halim. Psikologi Arsitektur Arsitektur (Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, 2005) hlm. 78.

difasilitasi dengan menggunakan kipas gantung. Ibu Erika biasanya bersantai di sofa sambil menonton televisi dan melakukan aktivitas makannya disini juga.



Gambar 19. Ruang keluarga

Pengudaraannya yang bergantung pada kipas yang langsung mengenai tubuh sebenarnya kurang baik. Untuk pencahayaan, menggunakan satu lampu dengan cahaya putih yang cukup untuk menerangi ruangan. Ruang keluarga ini dekat dengan kamar, sehingga lansia tidak mengalami kesulitan untuk berpindah ruangan.

- **Ruang makan**

Furnitur didalamnya berupa meja dengan 6 kursi, dua lemari dan kulkas. Awalnya terdapat sebuah *courtyard* kecil tetapi sekarang lantainya telah dilapisi dengan keramik. Yang dipertahankan hanya dinding yang dilapisi batu alam. Bukaan pada *courtyard* memungkinkan pengudaraan dan pencahayaan alami yang leluasa.

Ruang makan ini sebenarnya memenuhi kebutuhan untuk beraktivitas dan memberikan kenyamanan. Tetapi sayangnya, ibu Erika jarang melakukan aktivitas makan di ruang tersebut. Hal ini



Gambar 20. Ruang makan

dikarenakan anggota keluarga yang lain jarang makan disini sehingga beliau lebih tertarik makan sambil menonton televisi dibandingkan makan sendirian di ruang makan. Dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan antara tiga komponen dari lingkungan *therapeutic* yaitu tingkah laku, fasilitas dan organisasi saling berhubungan dan menentukan potensi maksimal dari ruangan.⁴⁸

Fasilitas ruang makan ini sebenarnya telah memenuhi kebutuhan akan kenyamanan dan kebutuhan untuk beraktivitas. Tetapi karena kurang terjalinnya hubungan antara ibu Erika dengan anggota keluarga lainnya (komponen organisasi), memicu kurangnya pemanfaatan ruang. Pada akhirnya tingkah laku yang diharapkan seperti aktivitas makan dan kebersamaan tidak tercapai.

- **Kamar Tidur**

Kamar ibu Erika sesak karena dipenuhi dengan tempat tidur, lemari besar untuk pakaian, lemari kecil dan meja rias. Dan ukuran dari tiap barangnya cukup memakan tempat. Warna barang-barangnya cenderung gelap sehingga nuansanya terlihat suram.

Kegiatan yang biasa dilakukan adalah dandan, istirahat atau tidur. Kamarnya memberikan ruang gerak yang terlalu kecil. Untuk mengganti pakaian ketika membuka lemari, pintunya tidak dapat dibuka lebar-lebar sehingga cukup kesulitan untuk mengganti pakaian dengan leluasa.

Penggunaan warna pada dinding yaitu putih sudah tepat karena untuk menyeimbangi keberadaan furniturnya yang terlalu memenuhi ruang sehingga tidak menambah kesan sesak. Untuk pencahayaan, lampunya tidak terlalu terang sehingga masih nyaman untuk beraktifitas.

⁴⁸ David Canter. *Designing for Therapeutic Environments* (Great Britain: John Wiley & Sons, 1979) hlm. 334.



Gambar 21 dan 22. Kamar tidur ibu Erika

- **Kamar mandi**

Luasan kamar mandi memenuhi ruang gerak untuk satu orang. Lantainya menggunakan keramik bertekstur dan material dindingnya yaitu keramik polos berwarna putih yang mendekati merah muda. Menggunakan kloset jongkok dan bak mandi dengan ketinggian 1 m.

Ibu Erika masih dapat melakukan sendiri aktifitas di kamar mandi. Penggunaan kloset jongkok akan menjadi tidak bersahabat untuk kedepannya karena seiring bertambahnya usia, kondisi kesehatan ibu Erika akan mengalami penurunan yang mengakibatkan tidak seaktif sekarang.

Lantai kamar mandi yang naik sekitar 10 cm dan akan beresiko lansia terantuk ketika memasuki kamar mandi. Untuk sekarang ini, ukuran kamar mandi ukuran sudah tepat tetapi menjadi tidak bersahabat jika lansia mengalami kelumpuhan yang membuatnya membutuhkan bantuan orang lain atau menggunakan kursi roda sehingga ukuran kamar mandi menjadi terlalu kecil.



Gambar 23 dan 24. Kamar mandi

3.2.3 Kesimpulan Rumah Tinggal Ibu Erika

Beberapa fasilitas dalam rumah ibu Erika sudah cukup mendukung kondisinya dengan memberikan pilihan yang membuatnya dapat memilih aktifitas yang sesuai dengan kemampuannya. Dilihat dari peran rumah sebagai fasilitator, beberapa ruang sudah baik karena menunjang beraktifitas dan berinteraksi, hanya di kamar tidur saja yang kurang memberikan keleluasaan bergerak. Ada ruang yang mendukung kegiatan ibu Erika pada saat ini tetapi untuk jangka penjangnya ditemui beberapa hal yang akan memberikan kesulitan dalam melakukan aktivitas. Sebagai simbol kualitas, tiap ruang masih memberikan informasi dan stimulasi yang jelas tetapi beberapa kurang memberikan stimulasi yang baik seperti kurangnya pengudaraan dan pencahayaan alami.

Kolaborasi komponen fasilitas dan tingkah laku sudah terjalin baik tetapi beberapa penggunaan ruang menjadi kurang optimal karena kurangnya dukungan dari komponen organisasi yaitu anggota keluarga lainnya. Hal ini dapat dilihat dari evaluasi ruang makan di rumah ibu Erika.

3.2 TEMPAT TINGGAL SEBAGAI LINGKUNGAN *THERAPEUTIC*

Dari kedua rumah tinggal yang dianalisis, keduanya termasuk model lingkungan *therapeutic* yaitu *normalisation*. Ruang-ruang tersebut memang tidak dirancang secara khusus untuk jangka panjang dan ternyata masih dapat mendukung perubahan kebutuhan dan kondisi yang dialami manusia ketika menjadi lansia. Dukungan tersebut terlihat dari peran lingkungan rumah tinggal sebagai fasilitator dan simbol kualitas. Sebagai fasilitator, beberapa ruang mendukung aktivitas dan sosial lansia tetapi ada juga kekurangannya seperti ruang yang ada tidak terlalu luas, pengaturan furnitur yang kurang tepat atau jarak untuk ruang interaksi terlalu jauh. Sebagai simbol kualitas, informasi dan stimulasi dari beberapa ruang mendukung kemampuan kognitif sehingga lansia masih mengenal baik lingkungannya dan merasakan kenyamanan berada didalamnya.

Hubungan antara ruang dengan kedua lansia tersebut juga tidak lepas dari peran anggota keluarga lainnya. Pada keluarga bapak Guroh terlihat bagaimana keberadaan anggota keluarganya memberikan pengaruh yang baik pada kegiatan dan kondisi psikologis bapak Guroh. Berbeda dengan keluarga ibu Erika yang hubungannya kurang terjalin dengan baik sehingga ruang yang sebenarnya mampu memberikan dukungan menjadi sia-sia karena tidak ada kebersamaan dalam beraktivitas.

Yang diperlukan untuk lebih mengoptimalkan fungsi tiap ruangnya baik untuk saat ini hingga masa mendatang adalah peningkatan peran lingkungan fisik rumah tinggal sebagai lingkungan *therapeutic*. Sebagai contoh yaitu mengubah penggunaan warna pada dinding, material, pencahayaan atau pengaturan furniturnya. Ini menunjukkan bahwa perlu menerapkan model lingkungan *therapeutic* lain yaitu *enhancement*.

BAB IV

KESIMPULAN

Lingkungan *therapeutic* berhubungan dengan kesehatan manusia yang peruntukannya lebih dikhususkan kepada kelompok yang membutuhkan perhatian lebih. Lingkungan *therapeutic* bisa berada dimana saja. Lingkungan *therapeutic* tergantung kepada tiga komponen penting yang berkolaborasi didalamnya yaitu fasilitas, tingkah laku dan organisasi. Ketiga komponen ini mencoba mencapai tujuan dari diciptakannya lingkungan *therapeutic*.

Komponen fasilitas terkait dengan lingkungan fisik yang memiliki dua peran yaitu sebagai fasilitator dan simbol kualitas. Peran sebagai fasilitator berkaitan dengan kebutuhan ruang untuk beraktivitas dan beinteraksi. Peran sebagai simbol kualitas berkaitan dengan kebutuhan kondisi psikologis manusia yang dipengaruhi oleh suasana (atmosfir) tertentu pada ruangan. Perwujudan dari kedua peran ini merupakan upaya untuk memberikan keseimbangan pada segala aspek yang terdapat dalam diri penggunanya.

Salah satu pengguna yang diperhatikan adalah lansia. Lansia dalam menjalani masa tuanya memiliki keinginan yaitu kondisi kesehatan yang tetap terjaga dan kemandirian. Disinilah lingkungan *therapeutic* hadir untuk memenuhi kebutuhan tersebut dengan cara memberikan dukungan bagi fisik, kemampuan sosial dan kognitif. Dukungan tersebut dapat dilihat dari penerapan peran lingkungan *therapeutic*. Peran lingkungan sebagai fasilitator mendukung kemampuan fisik dan sosial sedangkan peran simbol kualitas mendukung kemampuan kognitif. Maka memang perlu menerapkan lingkungan *therapeutic* di lingkungan tempat lansia beraktifitas, termasuk tempat tinggal di mana beberapa lansia banyak menghabiskan waktu berada didalamnya.

Dalam studi kasus dilihat sejauh mana rumah berperan menjadi lingkungan *therapeutic*. Rumah yang ditinjau merupakan milik lansia dan ditempati bersama keluarganya. Pada dasarnya kedua rumah tidak dirancang khusus untuk lansia sehingga termasuk salah

satu model lingkungan *therapeutic* yaitu *normalisation*. Rumah dengan kondisi yang sudah ada dilihat dukungannya terhadap kondisi lansia dan ternyata cukup memberikan dukungan yang baik terhadap fisik, sosial dan kognitif. Beberapa elemen memang menjadi sarana terapi bagi lansia karena adanya peran lansia dalam memiliki dan mengontrol sendiri lingkungannya sehingga menimbulkan kepercayaan diri. Tetapi diperlukan berbagai perbaikan dalam hal pengaturan furnitur dan peningkatkan kualitas ruang seperti mengganti cat, mengubah penerangan, dll. Ini membuktikan bahwa perlu menerapkan model *therapeutic* lain yaitu *enhancement*, dimana perlu melakukan peningkatan kualitas ruang seiring dengan berjalannya waktu dan berubahnya kebutuhan.

Komponen lingkungan fisik dengan tingkah laku lansia tidak dapat dilepaskan dari komponen lainnya yaitu organisasi. Kedua rumah yang dijadikan studi kasus memperlihatkan bahwa keberadaan anggota keluarga sebagai komponen organisasi memang mempengaruhi kondisi lansia dan hubungannya dengan ruang. Kolaborasi antara tiga komponen tersebut menentukan keberhasilan lingkungan *therapeutic* karena dengan terbentuknya kolaborasi yang baik akan membuat peran lingkungan lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Canter, David. 1979. **Designing for Therapeutic Environments**. Great Britain: John Wiley & Sons.

Carstens, Diane. 1982. **Behavioral Research applied to the Redesign of Exterior Spaces: Housing for the Elderly**. London: National Health Publishing.

Cooper, Clare dan Francis, Carolyn. 1998. **People Places** second edition. USA: International Thomson Publishing.

Day, Christopher. 2002. **Spirit & Place**. Great Britain: Architectural Press.

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1983. **Kamus Bahasa Indonesia II**. Jakarta: PT New Aqua Press.

Franck, Karen A. dan Lepori, R. Bianca. 2000. **Architecture Inside Out**. Great Britain: John Wiley & Sons.

Halim, Deddy. 2005. **Psikologi Arsitektur**. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.

Kenworthy, Elizabeth. 1999. **Embodied Geographies**. USA: Routledge.

Lawson, Bryan dan Phiri, Michael. 2000. **Room for Improvement. Health Service Journal**. Januari.

Lawton, Powell. 1975. **Planning and Managing Housing for the Elderly**. USA: John Wiley & Sons.

Margaret Mead. 1956. **New Lives for Old**. New York: Architectural Press.

Paul A. Bell, et al. 1984. **Environmental Psychology**. USA: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Parker, Rosetta E. 1984. **Housing For the Elderly**. USA: National Association of Realtors.

Thomas, Randal. 1996. **Environmental Design**. London: Taylor & Francis.

Universal Dictionary & Thesaurus. USA.

Sumber berupa artikel dari media elektronik (internet) :

Joga, Nirwono. Rumah bagi Lansia. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0309/12/rumah/559038.htm>

Kedepati I Bidang Kesejahteraan Sosial. Lansia Masa Kini dan Mendatang. <http://www.menkokesra.go.id/content/view/2933/98.htm>

Rudwiarti, Lucia. Wajah Kota di Mata Kaum Lansia. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0404/27/metro/993930.htm>

Suwoko. Lansia Indonesia Tercepat. <http://www.suaramerdeka.com/harian/0405/29/opi04.htm>

WHO. Definition of an Older or Elderly Person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

<http://www.answers.com/topic/therapeutic>

http://en.wikipedia.org/wiki/Therapeutic_effect