

Fasilitas Perawatan untuk Lansia Penderita Alzheimer di Surabaya

Ady Putra dan Altrerosje Asri, S.T., M.T.
 Program Studi Arsitektur, Universitas Kristen Petra
 Jl. Siwalankerto 121-131, Surabaya
E-mail: daniel.ady0810@gmail.com; altre@petra.ac.id



Gambar. 1. Perspektif eksterior Fasilitas Perawatan untuk Lansia Penderita Alzheimer di Surabaya

ABSTRAK

Desain Fasilitas Perawatan ini didasari oleh pemikiran dan data jumlah lansia penderita Alzheimer yang terus meningkat di Indonesia tiap tahunnya. Penyelesaian bagi lansia penderita Alzheimer selama ini sangat bergantung pada sistem *caregiving* di rumah pasien masing-masing. Sehingga yang menjadi masalah desain utama adalah belum adanya fasilitas yang menunjang perawatan lansia penderita Alzheimer di Indonesia, terutama di Surabaya dan sekitarnya. Fasilitas perawatan akan menjadi lingkungan yang aman dan nyaman bagi keseharian pasien, dengan menyediakan ruang luar yang terencana dan ruang dalam yang ramah lansia.

Mengingat kebutuhan pasien penderita Alzheimer yang bermacam-macam, maka pendekatan perilaku digunakan untuk menjadi pedoman dalam proses perancangan. Kemudian tuntutan kebutuhan pasien tersebut diterjemahkan ke dalam desain melalui pendalaman karakter ruang, dengan memfokuskan terhadap suasana ruang luar dan interior agar mudah diingat.

Kata Kunci: Fasilitas Perawatan, Lansia, Alzheimer, *Way-finding*, Pendekatan Perilaku, Suasana Ruang

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Jumlah lansia di Indonesia mengalami peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. Kesejahteraan lansia juga mulai diperhatikan dan dijaga oleh negara. Badan Pusat Statistik (BPS) mendata bahwa dari tahun 2015 hingga tahun 2017 jumlah lansia sakit mengalami penurunan sebesar 2%. Penurunan dalam jumlah tersebut didasarkan pada kesadaran akan dibutuhkannya lembaga perawatan.



Gambar 1.1. Grafik kesakitan penduduk lansia, 2015-2017
 Sumber: BPS, Susenas Kor 2015-2017

Namun selama ini, penyakit yang berhasil ditangani oleh lembaga pemerintah adalah penyakit yang lazim dijumpai lansia. Permasalahan yang jauh lebih krusial adalah penyakit degeneratif yang masih belum ada penanganannya. Departemen Kesehatan (DEPKES) mencatat pada tahun 2013, penyakit degeneratif semakin banyak dan mayoritas penduduk Indonesia masih belum menyadarinya. Salah satu penyakit degeneratif yang umum dijumpai adalah Alzheimer's Disease atau penyakit Alzheimer.

Sering disalahartikan dengan kepikunan, Alzheimer menyerang daya ingat hingga kemampuan motorik dan sensorik penderitanya secara progresif. Hasil survey dari Yayasan Alzheimer's Indonesia (ALZI) menunjukkan 5% dari rata-rata jumlah lansia di Jawa Timur menderita penyakit Alzheimer. Hingga saat ini, upaya paling optimal untuk menangani Alzheimer di Indonesia adalah sistem *caregiving* di rumah masing-masing oleh perawat atau anggota keluarga (ALZI, 2016). Jika tidak ada penanganan yang terfasilitasi, maka jumlah lansia penderita Alzheimer pun akan bertambah semakin banyak dan tidak tertangani. Dari data yang tersajikan ini, perancang mendapatkan ide untuk merancang fasilitas yang dapat menjadi pusat untuk mewadahi perawatan lansia penderita Alzheimer.

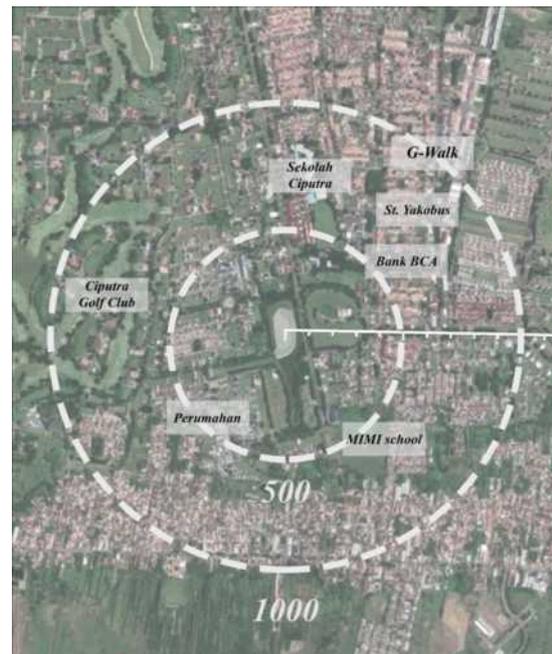
Rumusan Masalah

Masalah umum dalam perancangan fasilitas ini adalah sulitnya akses terhadap fasilitas perawatan bagi lansia penderita Alzheimer di wilayah Jawa Timur. Sedangkan masalah khusus perancangan fasilitas ini adalah mengintegrasikan desain ramah lansia ke dalam perancangan fasilitas yang memiliki kebutuhan-kebutuhan spesifik untuk lansia yang menderita Alzheimer. Sehingga elemen desain seperti *zoning* massa, penataan sirkulasi, dan kualitas ruang perlu diperhatikan agar sesuai dengan kebutuhan pengguna. Selain itu, perancangan harus mengacu kepada kemudahan kemampuan *way-finding* pasien.

Tujuan Perancangan

1. Pasien penderita Alzheimer bisa dirawat di lingkungan yang aman dan nyaman.
2. Menjadi pusat perawatan para penderita Alzheimer bagi wilayah Jawa Timur.
3. Mengedukasi masyarakat Jawa Timur tentang perawatan pasien penderita Alzheimer.

Data dan Lokasi Tapak



Gambar 1.2. Lokasi tapak dan sekitarnya dalam radius 1 km
Sumber: google.com/maps

Tapak berlokasi di kompleks perumahan formal Citraland, Surabaya Barat yang merupakan bagian dari Kelurahan Jeruk, Kecamatan Lakarsantri, Kota Surabaya, Jawa Timur.



Gambar 1.3. Kondisi tapak
Sumber: Dokumentasi pribadi

Pemilihan tapak didasari oleh potensi yang dimiliki yaitu tingkat privasi yang tinggi. *Wetland* di sekitar tapak memberikan kesan eksklusif tersendiri terhadap tapak. Sehingga tapak sendiri sangat tepat untuk perancangan fasilitas ini.

Luas Lahan	: ± 10.290 m ²
KDB	: 50% - 60%
KDH	: Min. 10%
KTB	: 65%
KLB	: 140% - 160%
GSB	: 8 meter
GSS	: 15 meter
Tinggi Bangunan	: 3 Lantai (maks. 20 meter)

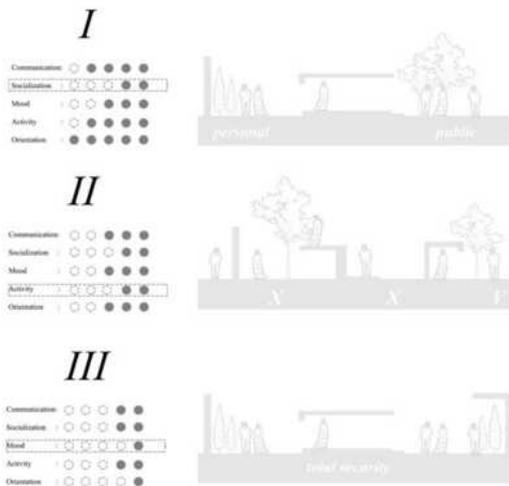
DESAIN BANGUNAN

Analisa Pengguna dan Program Aktivitas

Penentuan fasilitas didasari oleh analisa kebutuhan pengguna. Menurut Yayasan Alzheimer Indonesia (ALZI), penderita Alzheimer dibagi menjadi empat tahapan yaitu:

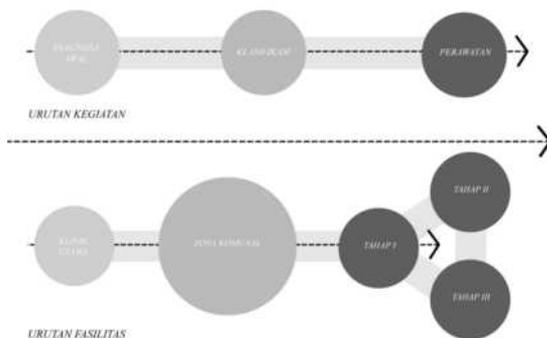
1. Tahap I (2-3 tahun)
2. Tahap II (4,5 tahun)
3. Tahap III (6-7 tahun)
4. Tahap IV

Dimana pasien mengalami deteriorasi secara progresif. Setiap tahapan memiliki ciri-ciri dan kebutuhannya masing-masing. Kebutuhan-kebutuhan inilah yang kemudian menjadi dasar dari perancangan.



Gambar 2.1. Diagram penyelesaian arsitektural terhadap pasien Alzheimer di setiap tahapan

Setelah mengenali kebutuhan pengguna di tiap tahapan, perancang kemudian menentukan alur kegiatan dan terutama fungsi apa saja yang akan diwadahi di fasilitas perawatan ini.



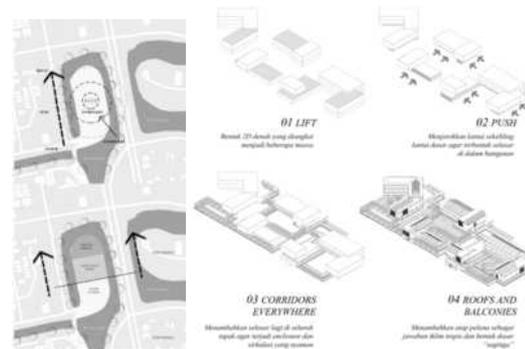
Gambar 2.2. Diagram alur kegiatan dan fasilitas yang disediakan

Fungsi yang diwadahi di fasilitas ini adalah sebagai berikut:

1. Klinik Utama
2. Massa untuk mewadahi kegiatan komunal
3. Bangunan residensial untuk mewadahi pasien di tahapannya masing-masing

Setiap fungsi memiliki massa sendiri-sendiri, sehingga perancang bisa menentukan penataan tapak dan transformasi bentuk.

Analisa Tapak dan Transformasi Bentuk



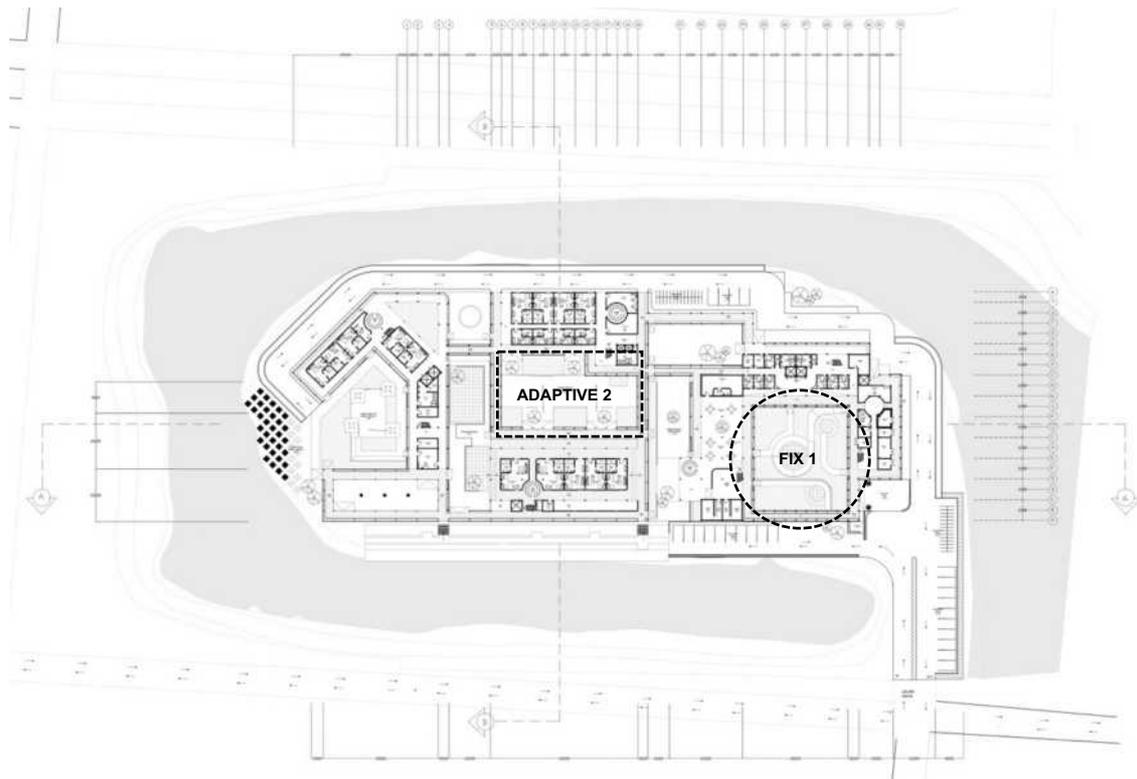
Gambar 2.3. Analisa tapak dan transformasi bentuk

Transformasi bentuk didasari oleh analisa tapak yang memiliki potensi privasi yang tinggi. Selain potensi privasi, tapak juga memiliki potensi kebisingan yang rendah. Secara visual, tapak memiliki potensi extrovert yang tinggi pada sekeliling bagian luar tapak. Dengan akses linear dan pemetaan sifat introvert-extrovert pada tapak, transformasi bentuk kemudian didasari oleh konsep *grid* agar memudahkan *way-finding* pengguna.

Konsep dan Pendekatan Perancangan

Perilaku pasien yang sangat tidak menentu mengharuskan perancang untuk menggunakan pendekatan perilaku pada proses perancangan. Melihat kebutuhan desain yang harus selalu mengikuti preferensi pasien, maka perancang menggunakan konsep **Adaptive Enclosure**, yang mengutamakan *enclosure* (keamanan melalui penataan massa) yang *adaptive* (berubah-ubah) terhadap setiap kebutuhan pada tiap tahapan pasien.

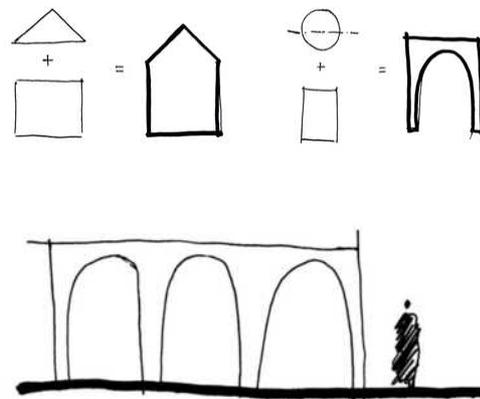
Konsep tersebut kemudian dituangkan ke tiga elemen arsitektural ini, yaitu selasar, pengawasan, dan hubungan antara *indoor* dan *outdoor*. Elemen-elemen tersebut akan dominan pada desain. Untuk menghindari disorientasi pasien, maka adaptif atau tidaknya perancangan dibatasi oleh



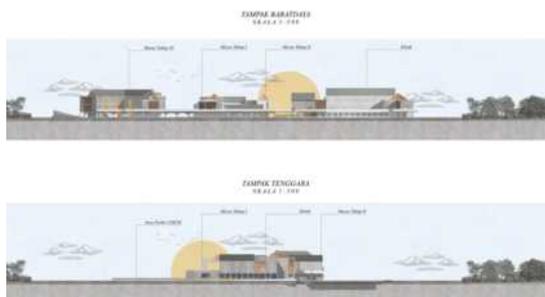
Gambar 2.8. *Layout plan* dan pembagian ruang luar

Perancangan kawasan yang menggunakan konsep *grid* bertujuan untuk membagi ruang luar yang akan didalami pada pendalaman. Setiap massa memiliki ruang luar sendiri-sendiri yang memiliki dua konsep karakter ruang yang berbeda yaitu, *adaptive* dan *fix*. Dimana setiap ruang luar juga mendukung kebutuhan tiap massanya. Sebagai contoh, pada Gambar 2.8. tertera ruang luar **Fix 1** (*Memory Garden*) yang menjadi ruang luar dari massa utama kawasan fasilitas ini (massa klinik). Karena kebutuhan dari massa tersebut tidak memerlukan adanya elemen adaptif, maka ruang luar *Memory Garden* menggunakan konsep karakter ruang *fix*.

mengingat sekaligus melatih kemampuan pasien untuk *way-finding*.



Gambar 2.10. Sketsa *form-finding* dan *arch* yang dominan pada selasar



Gambar 2.9. Tampak tapak keseluruhan

Perancangan tampak menggunakan elemen bentuk dasar (Krier, 1988) untuk melatih kemampuan *shape-recognition* sehingga memudahkan pasien untuk

Kolom yang berbentuk *arch* adalah salah satu elemen dominan bagi pengenalan bentuk di perancangan fasilitas ini. Perancang mengambil tiga bentuk dasar (segitiga, persegi, dan lingkaran) dan melakukan adisi, substraksi, penetrasi, dan teknik lainnya dengan tujuan untuk menciptakan bentuk yang dengan mudah dapat dibedakan. Lalu, penggunaan perpaduan material juga menjadi elemen pembeda yang menstimulasi pemahaman pasien tentang warna.

Pendalaman Karakter Ruang

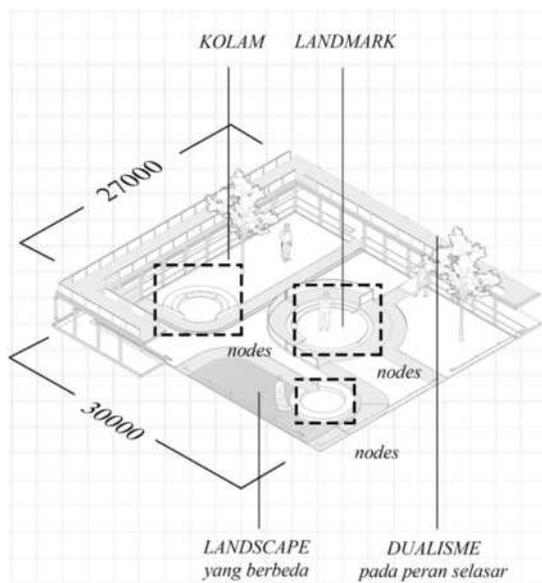
Pendalaman yang menjadi fokus dalam perancangan fasilitas perawatan ini adalah karakter ruang. Dimana fasilitas ini memiliki dua konsep karakter ruang sesuai dengan kebutuhan perilaku pasien di tiap tahapan dan pengguna lainnya, yaitu *Fix* dan *Adaptive*.

A. Pendalaman Karakter Ruang *Fix*

Memory Garden



Gambar 2.11. Perspektif Memory Garden



Gambar 2.12. Aksonometri Memory Garden

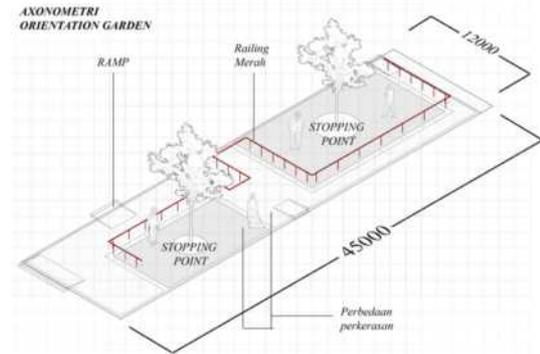
Ruang luar yang terletak di massa klinik ini bertujuan untuk menstimulasi kemampuan *way-finding* pasien melalui sesi latihan di Memory Garden. Perbedaan material pada perkerasan membantu dalam pembedaan jalur. Peletakan *landmark* dan perancangan *nodes* yang jelas juga membantu dalam stimulasi *way-finding* pasien. *Landmark* yang digunakanpun juga menggunakan bentuk-bentuk dasar sesuai dengan ketentuan teori bentuk dasar dalam arsitektur dan *shape recognition*.

Pada pendalaman Karakter Ruang *Fix* ini teori yang paling sering digunakan adalah Desain Ramah Alzheimer (Perkins, 2004) dan Peta Mental (Lynch, 1974).

Orientation Garden



Gambar 2.13. Perspektif Orientation Garden



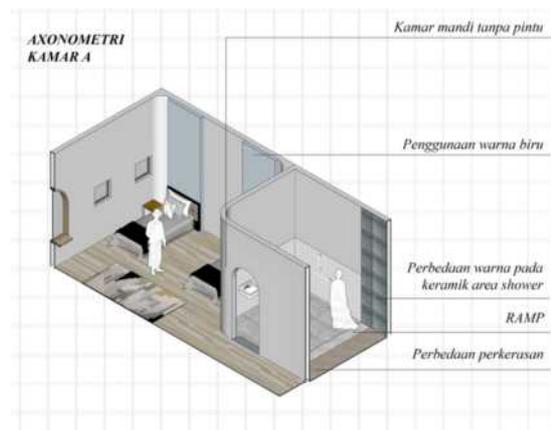
Gambar 2.14. Aksonometri Orientation Garden

Ruang luar Orientation Garden ditujukan bagi Pasien Tahap II dan III yang sudah mengalami kesulitan dalam mobilisasi (berjalan) dan orientasi dasar. Letaknya diapit oleh massa Pasien Tahap II dan III.

Kamar Tipe A (Pasien Tahap I dan II)



Gambar 2.15. Perspektif interior Kamar Tipe A



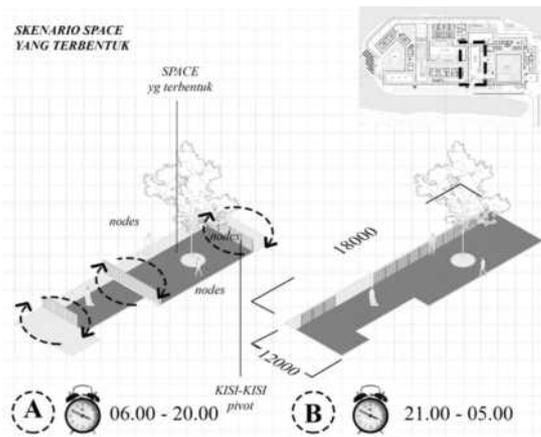
Gambar 2.16. Aksonometri Kamar Tipe A

B. Pendalaman Karakter Ruang Adaptive

Adaptive Space I



Gambar 2.17. Perspektif Adaptive Space I



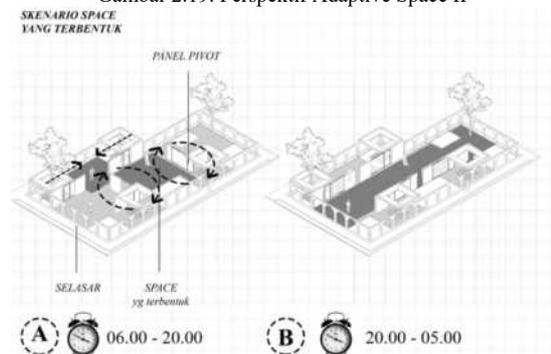
Gambar 2.18. Aksonometri skenario Adaptive Space I

Adaptive Space I dan II memiliki karakter ruang Adaptive yang bertujuan untuk mengubah *flow* dan *fluidity* aktivitas pengguna sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan.

Adaptive Space II



Gambar 2.19. Perspektif Adaptive Space II

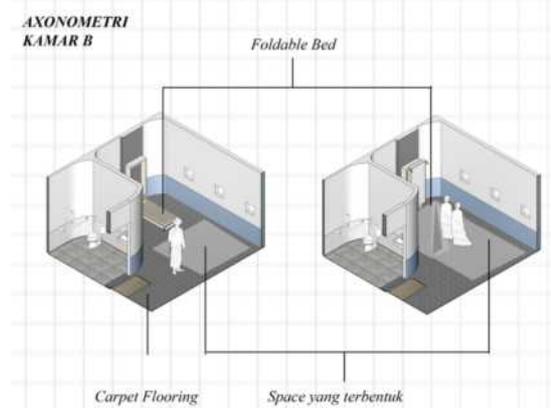


Gambar 2.20. Aksonometri skenario Adaptive Space II

Kamar Tipe B (Pasien Tahap III)

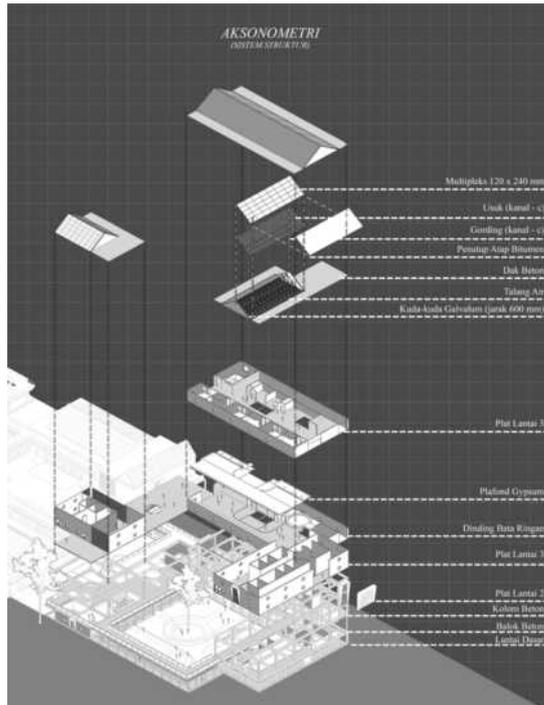


Gambar 2.21. Perspektif interior Kamar Tipe B

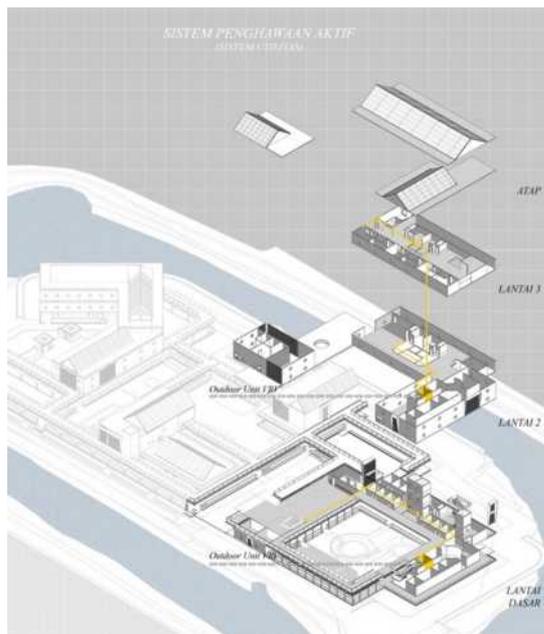


Gambar 2.22. Perspektif Adaptive Space II

Sistem Struktur dan Utilitas AC



Gambar 2.23. Aksonometri sistem struktur dan konstruksi



Gambar 2.24. Aksonometri sistem utilitas AC

Sistem struktur dan konstruksi dari fasilitas ini cukup sederhana, dengan menggunakan konstruksi beton sebagai struktur utama dan atap bitumen. Lalu system pendinginan aktif menggunakan sistem VRV karena ketergantungan pasien akan suhu yang berbeda-beda.

KESIMPULAN

Perancangan Fasilitas Perawatan bagi Penderita Alzheimer ini diharapkan bisa menjadi solusi bagi pasien penderita Alzheimer yang membutuhkan lingkungan yang aman dan memadai. Melalui perancangan ini, penulis ingin memberi penyelesaian terhadap masalah yang dihadapi penderita Alzheimer melalui pendekatan desain. Sehingga para pasien penderita Alzheimer tidak harus selalu bergantung pada obat saja, melainkan juga bisa melalui *built-environment* yang terencana. Fasilitas juga bisa memudahkan *caregiver* dan siapa saja yang ikut terlibat dalam perawatan, dengan menyediakan lingkungan yang memudahkan proses dan alur kegiatan mereka.

Selain itu, diharapkan lembaga kesehatan menjadi lebih teredukasi akan pentingnya lingkungan yang aman bagi penderita Alzheimer. Perancangan fasilitas ini juga ditujukan untuk mengedukasi masyarakat umum yang memiliki anggota keluarga yang menderita Alzheimer, bahwa *built-environment* sangatlah penting untuk perkembangan pasien penderita Alzheimer.

DAFTAR PUSTAKA

Alzheimer's Indonesia. (2016, September 28). *Kenali 10 Gejala Umum Demensia Alzheimer*. Retrieved from www.alzi.or.id: <https://www.alzi.or.id/kenali-10-gejala-umum-demensia-alzheimer>

Asmadi. (2005). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.

Bapekko Surabaya. (2009). *RTDTRK UP*. Wiyung. Surabaya: Bapekko Surabaya.

Bowie, J. M., & Green, M. (2011). *Essentials of health information Management: Principles and Practices, 2nd Edition*. New York: Delmar, Cengage Learning.

Cherulnik, P. (1993). *Applications of environment-behavior research*. New York: Cambridge University Press.

Halim, D. (2005). *Psikologi arsitektur*. Jakarta: Grasindo.

Lang, J. (1987). *Creating architectural theory: the role of the behavioral sciences in environmental design*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Laurens, M. J. (2004). *Arsitektur dan perilaku manusia*. Jakarta: Grasindo.

Maylasari, I., Sulistyowati, R., Ramadani, K. D., & Annisa, L. (2017). *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.

Neufert, E. (1970). *Neufert Architect's Data: 2nd Edition*. London: Lockwood.

RDTR Map. (n.d.). Retrieved from petaperuntukan.cktr.web.id: <http://petaperuntukan.cktr.web.id/>