

PENGARUH INTERVENSI BERBASIS PENDEKATAN MONTESSORI TERHADAP PENURUNAN SKOR DEPRESI ORANG LANSIA DI PSTW C

Laura Jane Henriette Ajawaila dan Elmira N. Sumintardja
Fakultas Psikologi, Unika Atma Jaya
laura.ajawaila@gmail.com

Abstrak

Di Indonesia, populasi orang lansia berkembang pesat tiap tahunnya, namun belum diimbangi dengan penghidupan yang layak bagi orang lansia. Orang lansia rentan mengalami depresi terkait penurunan kesehatan dramatis dan tinggal di panti wreda (kehilangan keluarga, tempat tinggal yang nyaman, dan kebebasan). Gejala depresi berupa keluhan fisik, tidak bersemangat, preokupasi pada kekurangan diri, merasa tidak berharga, dan menarik diri dari lingkungan sosial. Kurangnya aktivitas fisik dan kognitif dapat memperburuk kondisi orang lansia. Di PSTW C, aktivitas orang lansia sebatas perawatan diri. Peneliti ingin memberikan intervensi berbasis pendekatan Montessori (IBPM) untuk mengajak orang lansia terlibat, merasakan emosi positif, dan berdaya. Peneliti ingin mengetahui apakah IBPM dapat menurunkan skor depresi orang lansia yang tinggal di PSTW C. Jenis penelitian quasi-eksperimental dengan *before-and-after design*. Partisipan penelitian terdeteksi depresi atau kemungkinan depresi dan tinggal di PSTW C. Alat ukur yang digunakan *Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF)* Adaptasi, *The Modified Mini Mental State (3MS)* Adaptasi dan *Senior Apperception Technique (SAT)*. IBPM dibuat berdasarkan analisis kebutuhan (dihargai, didampingi, dan diperhatikan) dan terdiri dari 8 sesi aktivitas (2 x 1 minggu, maks. 30 menit tiap sesi). Intervensi dievaluasi dengan observasi, evaluasi *mood*, wawancara, dan pemeriksaan GDS-SF Adaptasi (*pre-post test*). Jumlah partisipan penelitian ini adalah 7 orang lansia perempuan dengan keterbatasan fisik (*stroke*, diabetes, kaki patah, dada sesak). Terdapat penurunan skor depresi pada partisipan. Rata-rata perhitungan evaluasi intervensi adalah 80.8% ($\geq 75\%$). IBPM memberi pengaruh terhadap penurunan skor depresi (gejala depresi berkurang) yang bersifat sementara pada partisipan.

Kata kunci: orang lansia, depresi, demensia, intervensi berbasis pendekatan Montessori, panti wreda

Abstract

Fast growing of elderly population in Indonesia has not been met with a decent living. Elderly people susceptible to depression related to health deterioration and living in a nursing home (lost of family, home, and freedom). Symptoms of depression include physical complaints, lack of vigour, feelings of guilt, low sense of self-worth, and withdrawal from social environment. Lack of physical and cognitive activity can worsen the condition of elderly people. Elderly people in PSTW C only have self-care activity. Researcher develops Montessori-approach-based intervention (MABI) to encourage elderly people to be involved in activities so they can feel positive emotions and be helpless. A quasi-experimental study with before-and-after design to find whether MABI can lower depression scores of elderly people living in PSTW C. Research instruments are adapted Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF), adapted The Modified Mini Mental State (3MS) and Senior Apperception Technique (SAT). MABI are made based on a need of analysis (being valued,

accompanied, and cared for) and consist of 8 sessions (2x1 week, @30 minutes/session). MABI was evaluated by observation, mood evaluation, interview, and examination of adapted GDS-SF (pre-post test). The number of participants of this study were 7 elderly women with depression or possible depression and disabilities (stroke, diabetes, leg fractures, chest thightness). There is a decrease in participants' depression scores. Average calculation of intervention evaluation was 80.8% ($\geq 75\%$). MABI gives effect on decreasing depression scores (depressive symptoms reduced) on participants temporarily.

Keywords: elderly people, depression, dementia, Montessori-approach-based intervention, nursing home

Jumlah populasi orang lanjut usia (lansia) di dunia dan di Indonesia berkembang dengan pesat. Dari data statistik menurut WHO, populasi orang lansia mengalami peningkatan 2 kali lipat pada tahun 2000 dan 2050 sebesar 11%-22% dari populasi manusia di dunia ("10 Facts, 2012"). Di Indonesia, populasi orang lansia pada tahun 2010 sebesar 11.880.000 orang (4.98%), meningkat menjadi 6.2% pada tahun 2020, dan 10.6% pada tahun 2035 ("Proyeksi Penduduk, 2013"). Sementara itu, data menurut *Human Development Index* (HDI), Negara Indonesia menempati urutan 108 dari 187 negara di dunia ("Table 1 : Human", 2014). Dengan kata lain, peningkatan jumlah populasi orang lansia di Indonesia masih kurang diimbangi dengan adanya fasilitas kesehatan dan kehidupan yang layak untuk orang lansia.

Orang lansia adalah individu di atas 60 tahun yang mengalami berbagai perubahan fisik dan lingkungan sosialnya (Stuart-Hamilton, 2006). Perubahan terkait kondisi tubuhnya berupa penurunan pada fungsi panca indra, koordinasi tubuh (gerakan melambat), penurunan sistem imun, penurunan fungsi kognitif (memori dan atensi) (Santrock, 2011). Dengan kata lain, orang lansia yang mengalami penurunan kesehatan secara dramatis membuat ruang gerakanya terbatas. Orang lansia dianggap sebagai sumber kearifan, kebijaksanaan, patut dihormati, dan panutan bagi keluarga yang lebih muda, namun penghormatan pada orang lansia cenderung menurun jika ada masalah fisik

(jompo atau pikun) (Mugiono, 2013). Kemudian, adanya perubahan struktur masyarakat, yaitu anak merasa bertanggung jawab untuk mengurus orangtuanya (tradisional) menjadi anak menganggap keberadaan orangtua dapat mengganggu kehidupan ekonomi dan masalah kepengurusan rumah tangga keluarga anak (modern) (Mugiono, 2013). Kedua hal ini menurunkan tanggung jawab moral anak untuk merawat orangtuanya sehingga perawatan orang lansia beralih ke panti wreda (Wreksoatmodo, 2013).

Dalam teori perkembangan, Erikson menyebutkan tugas tiap individu untuk dapat berhasil melewati tahapan perkembangannya adalah adaptasi terhadap krisis yang terjadi pada tahap perkembangannya. Orang lansia yang gagal melewati krisis dalam tahap perkembangannya mengalami *despair*, yaitu memandang pengalaman hidupnya tidak memuaskan, merasa bersalah, tidak ada harapan, dan mengarah pada depresi (McLeod, 2008). Sebesar 1% - 2% dari populasi individu di atas 65 tahun di dunia mengalami depresi mayor, 2% mengalami distimia, dan 13% - 27% orang lansia mengalami depresi subklinis ("Depression Facts", 2012). Sementara di Indonesia, penyebaran depresi dan kemungkinan depresi pada populasi lansia sebesar 17.2% (Wahyudi, Setiati, Harimurti, Dewiasty, & Istanti, 2012).

Depresi merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai terjadinya penurunan energi mental dan fisik yang cukup ekstrim, perasaan tidak berharga

dan bersalah yang berlebihan, mungkin terpreokupasi pada kematian dan bunuh diri, serta keluhan fisik yang berarti pada orang lansia (Stuart-Hamilton, 2006). Introvert, kaku dan mudah curiga, kurang bersosialisasi, perasaan inferior, fungsi ego lemah, dan tidak bersemangat (kondisi kesehatan menurun) merupakan karakteristik depresi pada orang lansia berdasarkan *tree-drawing test* (TDT) (Murayama, Endo, Inaki, Saski, Fukase, Ota, Iseki, & Tagaya, 2015). Gejala depresi pada orang lansia bisa dilihat dari perubahan fisik (gangguan makan dan tidur, kelelahan, agitasi, keluhan fisik pada umumnya masalah pencernaan dan nyeri), perubahan kognitif (preokupasi pada kegagalan atau kekurangan diri), perubahan afek (kehilangan minat dan perasaan tidak berguna), dan perubahan perilaku (menarik diri, mudah tersinggung, penurunan aktivitas dan perawatan diri) (Irawan, 2013).

Adapun faktor-faktor yang menyebabkan munculnya depresi pada orang lansia adalah rendahnya aktivitas neurotransmitter serotonin, penurunan kesehatan yang dramatis, sakit kronis, dan disabilitas (Blazer & Hybels, 2005). Sebesar 70.2% orang lansia mengalami depresi akibat kondisi *stroke* yang dialaminya (Lökk & Delbari, 2010). Hal ini karena, sakit kronis cenderung membatasi ruang gerak orang lansia sehingga mempengaruhi perubahan konsep diri seperti adanya perasaan tidak berharga dan tidak berguna sehingga cenderung tidak puas dengan kehidupannya dan muncul gejala-gejala depresi (Stuart-Hamilton, 2006). Masalah keuangan terkait kesulitan mendapatkan perawatan medis juga bisa mengurangi perasaan berharga dan menyebabkan depresi pada orang lansia (Stuart-Hamilton, 2006).

Faktor kepribadian juga memberi kontribusi sebesar 4 kali lebih besar untuk mengalami kemunculan gejala depresi berulang dibandingkan orang lansia yang tidak memiliki gangguan kepribadian

(Blazer & Hybels, 2005). Oldenhinkel, Bouhuys, dan Brilman (dalam Blazer & Hybels, 2005) menyebutkan bahwa orang lansia yang memiliki tingkat *neuroticism* yang tinggi memiliki kontribusi besar untuk mengembangkan gangguan depresi. Tingkat *neuroticism* yang tinggi juga dapat dikaitkan dengan penurunan fungsi kognitif orang lansia (Waggel, Lipnicki, Delbaere, Kochan, Draper, Andrews, Sachdev, & Brodaty, 2015). Kemudian, orang lansia dengan strategi penyelesaian masalah *avoidance*, lebih mungkin untuk mengembangkan gejala-gejala depresi dibandingkan orang lansia yang mau fokus pada penyelesaian masalah (Whitbourne & Whitbourne, 2011). Kemudian, kebutuhan utama orang lansia adalah keluarga dan kesehatannya (Santrock, 2011). Oleh karena itu, kurangnya dukungan sosial (rendahnya jumlah dan frekuensi kontak sosial, kecilnya ukuran dan komposisi jaringan sosial, dan kurangnya dukungan emosional) dapat memunculkan gejala depresi pada orang lansia (Blazer & Hybels, 2005).

Orang lansia dengan karakteristik yang khas terkait penuaan (fisik, kognitif, pekerjaan, kehidupan sosial) serta adanya peningkatan jumlah lansia yang pesat dan perubahan struktur masyarakat tradisional menjadi modern, membuat perawatan lansia beralih ke panti wreda (Wreksoatmodjo, 2013). Sementara itu, orang lansia yang tinggal di panti wreda memiliki *social engagement* buruk (jaringan sosial dan aktivitas sosial) dan fungsi kognitif yang buruk. Selain itu, panti wreda kurang memfasilitasi aktivitas fisik maupun kognitif bagi orang lansia (Wreksoatmodjo, 2013). Woods dan Clare (2009) menegaskan bahwa kurangnya stimulasi dari lingkungan atau stimulus yang monoton dapat memperburuk kondisi lansia baik dari segi kognitif dan persepsinya. Sebesar 38.5% dari 52 orang lansia di panti wreda yang mengalami depresi (Wulandari & Rahayu, 2011). Walau angka tersebut tidak besar, namun

orang lansia yang mengalami depresi dan tinggal di panti wreda memiliki prognosis yang buruk (tingginya tingkat kematian) (Wahyudi, et al., 2012). Orang lansia yang tinggal di panti wreda mengalami berbagai isu terkait kehilangan seperti kehilangan rumah yang nyaman, keluarga, teman, dan juga kebebasan (Hall, Longhurst, & Higginson, 2009).

Adapun penanganan depresi pada orang lansia berupa kombinasi terapi secara medis dan psikoterapi, terlibat dalam aktivitas yang bermakna, dan pendalaman spiritual (Santrock, 2011). Psikoterapi yang cukup efektif menangani depresi pada orang lansia adalah terapi *reminiscence* dan terapi seni. Terapi *reminiscence* merupakan suatu proses atau tindakan mengingat kembali kejadian di masa lalu meningkatkan *kesejahteraan* dan mengurangi gejala-gejala gangguan mental (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Sementara, terapi seni dapat membangkitkan *awareness* dan ekspresi diri, menurunkan kecemasan dan stress terkait perubahan, penyakit, dan kehilangan yang dialami orang lansia, meningkatkan komunikasi dan sosialisasi dengan sesama orang lansia, meningkatkan fungsi kognitif dan motorik orang lansia, serta meningkatkan kekuatan dan rasa berdaya walaupun orang lansia sedang sakit atau dihadapkan pada isu kematian (The Assisted Living Federation of America & American Art Therapy Association, 2013).

Terapi lainnya untuk menangani depresi pada orang lansia adalah aktivitas bermakna, berupa intervensi berbasis pendekatan Montessori. Terapi ini yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Pendekatan Montessori ini menekankan pada kekuatan lansia dan hal-hal yang dapat dilakukan oleh lansia dibandingkan kondisi sakitnya, yaitu memaksimalkan memori yang masih ada pada orang lansia (Camp, Zelsel, & Antenucci, 2011). Adapun memori yang tidak mengalami penurunan seiring bertambahnya usia

adalah *ingatan prosedural*, yaitu pengetahuan untuk melakukan suatu aktivitas fisik tanpa didahului oleh instruksi karena telah melalui pengulangan dan latihan seperti melipat baju, membersihkan gelas, dan mengikat tali sepatu (Whitbourne & Whitbourne, 2011). Melalui terapi ini, orang lansia diajak kembali produktif sesuai dengan kemampuannya sehingga membuat orang lansia dapat merasa berharga, berguna, dan merasakan emosi yang positif (Pearce, 2014).

Adapun prinsip utama intervensi berbasis pendekatan Montessori ini adalah sesuai dengan kebutuhan individu, fokus pada kekuatan dan kemampuan orang lansia, berusaha mengajak orang lansia untuk terlibat dan berpartisipasi, pemberian aktivitas bertahap dari yang sederhana hingga kompleks dan pemilahan aktivitas yang lebih rumit ke dalam beberapa tahap, pemberian apresiasi dengan tulus terhadap hal yang dapat dilakukan oleh orang lansia, fokus pada proses (ada banyak cara untuk melakukan aktivitas), serta pemberian aktivitas yang berulang dapat meningkatkan partisipasi atau keterlibatan orang lansia (Camp, 1999). Teknik demonstrasi lebih banyak digunakan dalam intervensi ini dan instruksi verbal diberikan singkat, sederhana, dan menyenangkan (Beckinschtein, van der Ploeg, Kelly, Petrovich, & Sykes, 2013).

Penelitian lainnya terhadap 14 orang lansia yang mengalami demensia dan menjalani intervensi berbasis pendekatan Montessori menunjukkan adanya keterlibatan dalam aktivitas dan perasaan senang, puas, serta berharga selama mengikuti program intervensi berbasis pendekatan Montessori ini (Orsulic-Jeras, Judge, Camp, 2000). Kemudian hasil penelitian yang dilakukan terhadap 50 orang lansia dengan memberikan 2 perlakuan, yaitu *Montessori-Based Activity Program* (MBAP) dan non-MBAP (olahraga, seni,

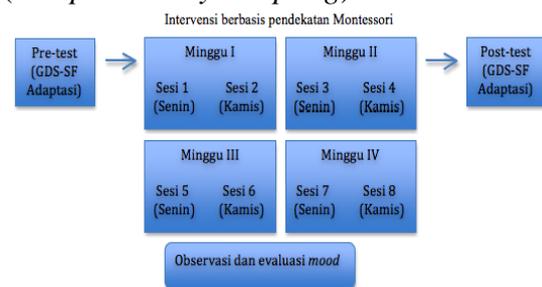
reminiscence) selama 6 bulan adalah orang lansia mau terlibat dalam aktivitas, mau terlibat dan berinteraksi dengan sesama orang lansia, dan meningkatnya perilaku menolong sesama, sementara hasil sebaliknya diperoleh selama menjalani aktivitas non-MBAP (Femia, 2006). Orang lansia yang menjalani terapi dengan pendekatan Montessori menunjukkan perubahan afek, yaitu lebih tertarik dan semangat dengan kegiatan, lebih terlibat secara konstruktif, dan berkurangnya perilaku menarik diri dari lingkungan sosial dibandingkan dengan kelompok kontrol (van der Ploeg, Eppingstall, Camp, Runci, Taffe, & O'Connor, 2013).

Manfaat yang diperoleh dari intervensi berbasis pendekatan Montessori ini adalah adanya keterlibatan dan interaksi pada orang lansia. Sementara, kondisi depresi membuat orang lansia terpreokupasi pada diri sendiri sehingga perilaku yang tampak berupa menarik diri dari lingkungan sosial atau tidak mau terlibat dan berinteraksi dengan orang lain. Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh intervensi berbasis pendekatan Montessori pada penurunan skor depresi pada orang lansia di PSTW C. Skor depresi dari alat ukur GDS-SF Adaptasi ini menunjukkan gejala-gejala depresi pada orang lansia sehingga penurunan skor depresi menunjukkan penurunan gejala-gejala depresi pada orang lansia. Intervensi berbasis Pendekatan Montessori dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan partisipan penelitian dan jika memungkinkan melibatkan terapi lainnya seperti terapi seni dan *reminiscence* agar bisa mendapatkan hasil yang optimal. Melalui penelitian ini, diharapkan skor depresi pada orang lansia menurun (gejala berkurang) setelah menjalani intervensi berbasis pendekatan Montessori ini.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian quasi-eksperimental dengan

menggunakan *before-and-after design* karena peneliti ingin melihat pengaruh intervensi berbasis pendekatan Montessori yang diberikan oleh peneliti dalam kurun waktu tertentu (Kumar, 2010). Partisipan dalam penelitian ini adalah wanita lanjut usia (60 – 85 tahun) yang merupakan penghuni PSTW C, telah menjalani tes *screening* depresi (GDS-SF Adaptasi), mampu komunikasi 2 arah dan fungsi penglihatan cukup baik (tes gambar hitam putih), tidak memiliki gangguan kejiwaan seperti *schizophrenia*, bersedia mengikuti prosedur pemeriksaan dan penelitian hingga selesai. Dari 15 orang lansia yang mengalami depresi, hanya 7 orang lansia yang bersedia mengikuti penelitian hingga selesai. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* (*non-probability sampling*).



Gambar 1. Bagan desain penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Geriatric Depression Scale-Short Form* (GDS-SF) Adaptasi untuk deteksi depresi (normal, kemungkinan depresi, dan depresi), *The Modified Mini Mental State* (3MS) Adaptasi untuk deteksi demensia (normal/ringan, demensia sedang, demensia berat), dan *Senior Apperception Technique* (SAT) untuk analisis kebutuhan orang lansia. Hasil analisis kebutuhan (kebutuhan untuk dihargai, didampingi, dan diperhatikan) ini digunakan untuk merancang intervensi berbasis pendekatan Montessori.

Intervensi berbasis pendekatan Montessori dilakukan dalam periode satu bulan (2 x 1 minggu). Intervensi diberikan sebanyak 8 kali dengan durasi tiap sesinya maksimal 30 menit. Intervensi berbasis

pendekatan Montessori ini dapat diberikan dalam durasi 15 – 30 menit setiap sesinya (Orsulic-Jeras, et al., 2000). Van der Ploeg dan O'Connor (2010) menambahkan bahwa periode intervensi satu bulan cukup lama untuk dapat mendeteksi adanya perubahan perilaku yang jelas. Jenis kegiatan yang diberikan merupakan modifikasi dari aktivitas dengan pendekatan Montessori, terapi seni, *reminiscence*, yaitu menebak benda dari dalam kaos kaki, menggambar atau membuat coretan, menyusun potongan suku kata dan gambar, bercerita, membuat *camilan* dan kerajinan tangan sederhana. Selain keterlibatan dan emosi positif, intervensi ini juga dapat menstimulasi fungsi sensoris, motorik, kognitif, dan mengekspresikan kemampuan sosial lansia (Orsulic-Jeras, et al., 2000).

Adapun antisipasi yang dapat dilakukan terkait dengan dampak negatif dari intervensi atau kegagalan intervensi, maka peneliti perlu mempertimbangkan beberapa hal berikut ini :

1. Pembagian kelompok partisipan disesuaikan dengan kesukaan dan kenyamanan antar sesama partisipan agar tidak mengganggu proses intervensi karena adanya konflik.
2. Adanya masalah fisik (koordinasi tubuh yang melambat, fungsi panca indra yang menurun, dan adanya penyakit kronis) dan pandangan orang lansia cenderung skeptis terhadap proses terapi dapat mengganggu proses intervensi (Whitbourne & Whitbourne, 2011). Oleh karena itu, antisipasi yang dapat dilakukan adalah pemberian edukasi tentang proses penuaan dialami oleh individu lansia, penjelasan tujuan dan manfaat kegiatan selama proses intervensi. Dengan begitu diharapkan masalah-masalah yang mungkin muncul dapat teratasi.
3. Mengingat kondisi disabilitas partisipan, aktivitas yang diberikan tidak melibatkan kaki dan

memberikan pendampingan saat ada aktivitas yang mengandalkan tangan terutama untuk partisipan yang memiliki Parkinson.

4. Mengizinkan partisipan yang merasa kelelahan atau sakit dan tidak ingin melanjutkan aktivitas atau sesi. Ketentuan waktu dalam sesi intervensi berbasis pendekatan Montessori adalah 15 – 30 menit agar tidak membuat orang lansia kelelahan (Orsulic-Jeras, et al., 2000).

Evaluasi terhadap intervensi ini dilakukan dengan 3 cara, yaitu melalui observasi, evaluasi alam perasaan, dan wawancara tertutup. Sementara GDS-SF Adaptasi diberikan sebelum dan sesudah intervensi untuk menjawab pertanyaan penelitian ini, yaitu ada tidaknya perubahan skor depresi setelah intervensi diberikan. Observasi dilakukan di setiap sesi selama intervensi berlangsung untuk mengukur tingkat keberhasilan intervensi yang diberikan dengan mengacu pada prinsip Montessori, yaitu pentingnya perubahan emosi yang positif dan adanya keterlibatan dalam lingkungan (Beckinschtein, et al., 2013). Kriteria ukuran keberhasilan adalah tanggap tidaknya terhadap stimulus atau informasi yang diberikan, ada tidaknya keinginan untuk terlibat dalam aktivitas, ada tidaknya interaksi.

Selain itu, ukuran keberhasilan intervensi juga dilihat dari evaluasi alam perasaan yang dilakukan pada akhir setiap sesi untuk mengevaluasi perasaan partisipan sekaligus melihat tingkat frustrasi partisipan terhadap sesi intervensi yang diberikan. Partisipan diminta untuk melaporkan perasaannya saat itu dalam bentuk skala Likert 1 – 6, yaitu “sangat sedih” (1), “sedih” (2), “agak sedih” (3), “agak senang” (4), “senang” (5), dan “sangat senang” (6). Kemudian, peneliti menanyakan lebih lanjut alasan partisipan memilih angka tersebut. Adapun bentuk evaluasi alam perasaan adalah sebagai berikut :



Gambar 2. Penggaris evaluasi alam perasaan

Kemudian, satu minggu setelah intervensi selesai, peneliti kembali memberikan GDS-SF Adaptasi (*post-test*) untuk melihat ada tidaknya penurunan skor GDS-SF Adaptasi setelah pemberian intervensi. Perubahan skor depresi dikaitkan dengan intervensi yang diberikan, yaitu evaluasi wawancara untuk mencari hal-hal apa saja yang dapat menurunkan skor GDS-SF Adaptasi (*post-test*) dan hal-hal apa saja yang tetap membuat skor GDS-SF Adaptasi (*post-test*) tersebut tidak berubah. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran lebih lengkap terkait manfaat dan kekurangan intervensi guna perbaikan di masa depannya. Adapun beberapa hal yang perlu dievaluasi melalui wawancara tertutup adalah jenis aktivitas, bahan dan peralatan yang digunakan dalam intervensi, waktu pelaksanaan intervensi (waktu dan durasi setiap sesi), instruktur (bahasa yang digunakan dan penguasaan materi).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Berdasarkan data demografis, partisipan penelitian terbagi ke dalam dua kategori usia, yaitu 4 orang lansia *young-old* (60 – 74 tahun) dan 4 orang lansia *old-old* atau *middle-aged old* (75 – 84 tahun). Data menunjukkan 5 dari 8 partisipan mengalami *stroke*, 1 partisipan mengalami Parkinson, 1 partisipan patah kaki, dan 1 partisipan yang sering mengeluhkan dada sesak. Kemudian, data pendidikan menunjukkan bahwa 3 partisipan memiliki latar belakang pendidikan setara dengan SMA, 3 partisipan memiliki ijazah setara dengan SMP, 2 partisipan berpendidikan

setara dengan SD dan seorang lagi tidak melanjutkan sekolah setelah kelas 3 SD. Terkait dengan status pernikahan, terdapat 5 partisipan orang lansia yang menikah namun telah ditinggal meninggal oleh pasangan hidupnya (cerai mati), 2 partisipan bercerai, dan seorang partisipan yang tidak menikah. Lalu, partisipan penelitian terbagi dalam tiga suku bangsa, yaitu Tionghoa (4), Jawa (3), dan Manado (1) dengan agama Kristen (4) dan Katolik (4).

Berikut merupakan gambaran umum partisipan selama menjalani proses intervensi, meliputi sikap dan perilaku serta kesulitan yang dihadapi partisipan.

Tabel 1: Gambaran Umum Partisipan dalam Proses Intervensi

Nama	Gambaran Proses Intervensi
Oma M	Secara umum, Oma M bisa menyelesaikan aktivitas dengan cukup baik. Ia terlihat ingin tampil baik dan manis, yang tampak dari cara bicara dan sikapnya. Oma M cukup aktif selama sesi di mana ia selalu menjawab pertanyaan dari peneliti. Oma M cenderung marah kalau ada hal-hal yang tidak berjalan sesuai dengan rencananya, seperti masalah kursi yang tidak dikembalikan tepat pada waktu ia sampai di tempat duduknya atau perubahan tempat duduk sehingga cenderung menyusahkannya untuk berjalan. Oma M tidak lama saat ia marah sehingga saat sesi dimulai ia bisa kembali bersikap kooperatif.
Oma Lc	Dari 8 sesi aktivitas, Oma Lc kurang bisa menikmati aktivitas yang membutuhkan fungsi penglihatan, yaitu aktivitas pada sesi 3, 5, dan 8. Aktivitas pada sesi 3 masih bisa dijalani dengan baik karena teman sekelompoknya membantu membacakan potongan suku kata. Oma Lc cukup menikmati aktivitas bercerita dan mendengarkan cerita orang lain (sesi 4 dan 6) dan sesi 7, yaitu makan buah bersama. Rasa sakit dan perlakuan yang kurang menyenangkan dari orang lain

	<p>membuat Oma Lc tidak bersemangat dan tidak bisa menikmati aktivitas. Secara keseluruhan, Oma Lc cukup kooperatif dan mau memberikan respon dari pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti.</p>				
Oma L	<p>Secara umum, Oma L kurang yakin akan dirinya sendiri karena kondisi tangannya yang gemetar. Ia perlu didampingi dan dimotivasi agar bisa menjalani setiap aktivitas. Walau begitu, Oma L tidak mudah menyerah dan terus berusaha menyelesaikan setiap aktivitas. Ia juga butuh lingkungan yang nyaman agar mau terlibat dalam aktivitas di setiap sesi. Ia terlihat senang seperti tersenyum dan tertawa terutama setelah ia berhasil menjalani aktivitas setiap sesinya. Oma L juga terlihat menikmati aktivitas nostalgia tentang suaminya.</p>				
Oma S	<p>Secara umum, Oma S kooperatif dan mau terlibat dalam aktivitas di setiap sesi. Ia juga berhasil menyelesaikan setiap aktivitas dengan baik. Oma S kesulitan dalam bercerita dan cenderung mengungkapkan kata yang terputus-putus sehingga perlu ditanyakan lebih lanjut untuk dapat memahami cerita yang disampaikan. Ia terlihat gemas sendiri karena kesulitan menyebutkan kata yang sebenarnya ia ketahui. Walau begitu, Oma S selalu berbicara dengan nada yang tegas dengan gayanya yang terlihat seperti menantang. Ia juga mau membantu partisipan lain yang kesulitan, seperti menarik tempat duduk Oma L.</p>				
Oma Af	<p>Pada dasarnya, Oma Af bisa mengikuti semua aktivitas dengan baik. Ia kooperatif, bersemangat, dan cukup menikmati aktivitas selama sesi, terutama aktivitas di dalam kelompok. Kendala pada Oma Af adalah saat akan memulai sesi di mana kondisi alam perasaannya yang cenderung kurang bersahabat. Walau begitu, saat ia sudah duduk dan bergabung bersama partisipan lainnya, ia mau</p>				
					<p>memperhatikan instruksi dan demonstrasi serta mau berpartisipasi melakukan aktivitas tersebut. Selama beraktivitas, ia terlihat cukup bersemangat dan menikmati aktivitas yang ia kerjakan saat itu.</p>
				Oma P	<p>Secara umum, Oma P merasa senang karena bisa berhasil menyelesaikan setiap aktivitas. Ia kurang bisa bekerja sama di dalam kelompok karena ia cenderung ingin menyelesaikan segala sesuatu sendiri. Ia ingin diperhatikan dan dianggap oleh orang-orang di sekitarnya. Hal ini terlihat dari ceritanya pada sesi 4 dan tema cerita ini selalu muncul selama waktu pemeriksaan dan intervensi. Lingkungan yang kurang nyaman bisa mempengaruhi perasaan Oma P secara terus menerus, seperti anggapannya bahwa orang-orang di sekitarnya memusuhinya walaupun ia sudah bersikap baik. Pendengarannya yang kurang baik membuat peneliti perlu lebih dekat saat berbicara dengannya. Oma P selalu menasehati peneliti agar tidak menceritakan apapun tentangnya pada orang lansia lain.</p>
				Oma Nt	<p>Secara umum, Oma Nt terlihat pasif dan sering mengantuk di beberapa sesi sehingga perlu didampingi. Menurutnya, pada malam hari ia sering tidak bisa tidur sehingga merasa mengantuk di pagi dan siang hari. Walau begitu, Oma Nt masih ada kemauan untuk terlibat dan bisa menyelesaikan setiap aktivitas dengan cukup baik. Ia juga bisa memberikan respon (pada sesi 3), yaitu menyusun suku kata menjadi kata 'Hobi'. Sementara di setiap kesempatan, Oma Nt cenderung diam saja saat peneliti mengajukan pertanyaan. Pada sesi terakhir, mata Oma Nt sempat berkaca-kaca karena terharu dengan materi sesi, yaitu malaikat pendamping.</p>

Tabel 2: Hasil olah data GDS-SF Adaptasi (*Pre-Test* dan *Post-Test*)

No.	Nama	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>		Skor <i>pre-test</i> – skor <i>post-test</i> (%)
		Skor GDS-SF Adaptasi (0 - 15)	Ket.	Skor GDS-SF Adaptasi (0 - 15)	Ket.	
1.	Oma M	6 (40%)	Kemungkinan depresi	2 (13%)	Normal	27%
2.	Oma Lc	12 (80%)	Depresi	10 (66%)	Depresi	14%
3.	Oma L	15 (100%)	Depresi	6 (40%)	Kemungkinan depresi	60%
4.	Oma S	11 (73%)	Depresi	10 (66%)	Depresi	7%
5.	Oma Af	10 (66%)	Depresi	2 (13%)	Normal	53%
6.	Oma P	13 (86%)	Depresi	9 (60%)	Depresi	26%
7.	Oma Nt	12 (80%)	Depresi	11 (73%)	Depresi	7%

Pada tabel di atas, semua partisipan mengalami penurunan skor depresi setelah intervensi. Dengan kata lain gejala depresi pada partisipan berkurang. Persentase penurunan gejala depresi paling besar 60% (9 skor) dan paling kecil 7% (1 skor). Terdapat 2 partisipan dari kategori

kemungkinan depresi menjadi normal dan 1 partisipan dari kategori depresi menjadi kemungkinan depresi. Sementara 4 partisipan lainnya hanya mengalami penurunan skor depresi, namun tetap pada kategori yang sama (depresi).

Tabel 3: Hasil Olah Data Evaluasi Intervensi: Intervensi Berbasis Pendekatan Montessori

	Oma M	Oma Lc	Oma L	Oma S	Oma Af	Oma P	Oma Nt
Skor total Observasi per sesi (8) (0-41)	31 (3.8)	24 (3)	28 (3.5)	31 (3.8)	30 (3.7)	33 (4.1)	25 (3.2)
Evaluasi <i>mood</i> per sesi (8) (0-40)	40 (5)	27 (3.4)	31 (3.9)	38 (4.7)	40 (5)	37 (4.6)	28 (3.5)
Wawancara tertutup (0-15)	15	12	14	15	15	15	14
Skor total keseluruhan (96)	86	63	73	84	85	85	67
Persentase Rata-rata (%)	89.6%	65.6%	76%	87.5%	88.5%	88.5%	69.8%

Berdasarkan hasil 3 metode evaluasi di atas, dapat disimpulkan secara umum, intervensi berbasis pendekatan Montessori cukup berhasil dalam menurunkan skor depresi partisipan PSTW C. Hal ini terlihat nilai persentase rata-rata yang diperoleh adalah 80.8% di mana tingkat keberhasilan yang ditentukan peneliti adalah jika rata-rata dari 3 skor total evaluasi minimal 75%. Jika dilihat per individu bahwa intervensi ini berhasil bagi 5 orang partisipan dengan persentase lebih dari 75%. Sementara intervensi ini kurang berhasil bagi 2 orang partisipan, di mana keduanya mendapatkan persentase skor total kurang dari 75% sebagai syarat keberhasilan intervensi ini. Hasil evaluasi *mood* rata-rata untuk semua partisipan adalah 4.3, yang menunjukkan *mood* senang (skala 5). Sementara dari hasil observasi, semua partisipan mau terlibat dalam aktivitas, ada interaksi sesama partisipan, dan berhasil menyelesaikan tugas di setiap sesi.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan intervensi berbasis pendekatan Montessori dapat menurunkan gejala depresi (skor GDS-SF Adaptasi) pada orang lansia di PSTW C. Hal ini sesuai dengan manfaat dari intervensi ini, yaitu mengajak orang lansia untuk produktif kembali sesuai kemampuan sehingga orang lansia bisa merasa berharga, berguna, dan merasakan emosi yang positif (Pearce, 2014). Adapun penyebab depresi partisipan adalah keterbatasan fisik dan disabilitas yang membuat mereka merasa tidak berdaya (Kettl, 2013). Lalu, kondisi demensia partisipan yang tergolong berat (kerusakan otak) juga dapat dikaitkan dengan kemunculan depresi (Kettl, 2013). Adanya perasaan 'dibuang' dari keluarga, sering bertengkar dengan sesama lansia, dan diperlakukan kasar oleh karyawan (pipi dicubit, pegang kepala, menyebut nama tanpa diawali kata 'Oma', membentak dan memarahi) sehingga mereka merasa

kurang dihargai (Stuart-Hamilton, 2006). Adanya masalah finansial juga membuat partisipan kesulitan untuk mendapatkan penanganan medis terhadap sakitnya sehingga cenderung mendapatkan perawatan seadanya di PSTW C (Stuart-Hamilton, 2006). Tinggal di panti wreda membuat mereka tidak nyaman karena mereka kehilangan kebebasan dan tidak ada aktivitas bermakna sehingga partisipan sering merasa bosan.

Selain itu, kurangnya pengetahuan tentang perkembangan orang lansia juga dapat membuat partisipan sulit untuk adaptasi terhadap perubahan yang dialami di usia lanjutnya. Kondisi fisik yang mudah lelah, tangan dan kaki gemetar, *stroke*, koordinasi gerak tubuh yang lambat, dan mudah terserang penyakit (flu, batuk, nyeri kepala, masalah pencernaan) membuat mereka cenderung kesal dengan dirinya. Dengan kata lain, masalah penuaan ini mempengaruhi perubahan konsep diri partisipan. Dalam teori perkembangan menurut Erikson (dalam Santrock, 2011) bahwa orang lansia yang tidak mampu adaptasi terhadap krisis atau perubahan yang terjadi dapat membuat orang lansia mengalami *despair*, yaitu munculnya perasaan bersalah, tidak puas, dan tidak berharga. Dalam hal ini, partisipan kurang bisa beradaptasi terhadap penuaan yang dialami karena ketidaktahuan mereka.

Hasil analisis terhadap pengukuran kondisi depresi menunjukkan terdapat penurunan skor depresi yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Dengan kata lain, ada penurunan gejala depresi pada partisipan setelah intervensi. Perubahan gejala depresi yang cukup signifikan adalah kepuasan terhadap hidup meningkat (no. 1), rasa bosan menurun (no. 4), dan semangat meningkat (no. 5). Secara umum, tujuan mendasar dari intervensi ini sudah tercapai, yaitu adanya keterlibatan, interaksi antar orang lansia (saling membantu), serta ada perubahan afek seperti tersenyum dan tertawa.

Selanjutnya analisis tentang pengaruh intervensi berbasis pendekatan Montessori terhadap masing-masing partisipan. Oma M dengan kondisi *stroke*-nya dan memiliki kebutuhan untuk mencapai sesuatu (*n. achievement*), melihat kegiatan yang diberikan sebagai tantangan yang harus bisa ia selesaikan sendiri. Hal ini terlihat bahwa Oma M aktif memberikan respon selama intervensi dan tidak meminta bantuan selama menjalani intervensi. Oma M merasa kegiatan sesi memberikan manfaat, yaitu melatih otak sehingga ia semakin bersemangat. Keberhasilan Oma M dalam setiap sesi membuatnya merasa berdaya dan senang. Sementara Oma Lc, walaupun sudah lama mengalami *stroke*, namun kondisi fisiknya cenderung menurun dan sering mengalami sakit selama intervensi berlangsung, serta fungsi penglihatan yang kurang baik. Oma Lc yang memiliki kebutuhan untuk mencapai sesuatu (*n. achievement*) sebenarnya senang dengan kegiatan sesi, namun rasa sakit yang sering datang dan penglihatan yang kurang baik membuat Oma Lc tidak sepenuhnya menikmati setiap kegiatan. Oleh karena itu, gejala depresi Oma Lc tetap ada, namun Oma Lc merasa hidupnya tidak kosong, lebih bersemangat, dan tidak takut setelah menjalani intervensi. Sama halnya dengan Oma M dan Oma Lc dengan kategori usia *young-old*, Oma Nt juga memiliki ambisi namun hanya didasarkan pada kebutuhan afeksi (*n. affiliation* dan *n. sex*), dalam hal ini dimaksudkan sebagai kebutuhan untuk diperhatikan, disayang, dan dimanja. Sementara pemuas kebutuhan afeksinya tidak ada, Oma Nt cenderung menikmati kesehariannya dengan tidur dan berandai-andai tentang suaminya yang kembali. Oma Nt cukup semangat dan merespon dengan baik pada tema afeksi seksual (cerita tentang suami). Kondisi demensia Oma Nt terlihat dari cara berpakaianya (baju tidak dikancing). Oma Nt cenderung pasif namun tetap mau terlibat dalam sesi intervensi dengan pendampingan.

Intervensi yang diberikan tidak memberikan pengaruh besar pada Oma Nt karena gejala depresinya masih tetap ada.

Kemudian, partisipan yang tergolong usia *old-old* yang akan memasuki usia *oldest-old*, yaitu Oma L dan Oma S. Keduanya memiliki kebutuhan untuk istirahat (*n. passivity*) karena kelelahan sehingga butuh didampingi. Oma L memiliki Parkinson dan kondisi fisiknya cenderung menurun terlebih karena sulit tidur di malam hari. Pikirannya terpreokupasi dengan hal-hal negatif seperti masa tua yang sengsara dan ketakutan diperlakukan kasar karena pikun. Di setiap sesi, Oma L selalu tidak yakin bisa menjalani kegiatan, namun dengan pendampingan dan semangat dari sesama partisipan, Oma L berhasil menyelesaikan kegiatan secara mandiri. Selama intervensi, Oma L mengaku merasa lebih semangat dan bisa tidur di malam hari walaupun hanya sebentar. Penurunan gejala depresi pada Oma L cukup signifikan, yaitu lebih puas dengan kehidupan, tidak bosan, dan lebih bahagia. Sementara Oma S, ia masih memiliki ambisi untuk melakukan banyak hal namun kondisi fisiknya yang cenderung melemah membuatnya kesal dan frustrasi. Oleh karena itu, Oma S bersemangat menjalani setiap kegiatan bahkan ia meminta dilakukan setiap hari. Kondisi kesehatan yang menurun membuatnya harus lebih banyak istirahat sehingga membuatnya kesal namun tidak berdaya (frustrasi). Gejala depresi Oma S masih tetap ada.

Berikutnya adalah Oma Af dan Oma P yang memiliki kebutuhan untuk dibantu dan didukung serta cenderung bergantung pada pertolongan orang lain. Oma Af memiliki kaki yang cacat karena patah sehingga ia butuh bantuan orang lain. Oma Af butuh berada di lingkungan yang ramah dan banyak orang. Sebelum intervensi, Oma Af hanya memiliki 2 orang lansia yang biasa ia ajak bicara, namun ia lebih bersemangat menjalani

intervensi karena mendapat teman baru dan saling rukun satu sama lain. Intervensi menjawab kebutuhan Oma Af sehingga gejala depresi menurun. Sementara Oma P selalu merasa ditolak baik oleh sesama orang lansia, karyawan, dan anak-anaknya yang jarang mengunjunginya (*projection*). Ada kecenderungan Oma P memiliki agresi ke lingkungannya yang tidak bisa ia sampaikan langsung sehingga ia merasa orang lain menolaknya. Agresi yang tidak tersampaikan kemudian menjadi agresi ke dalam dirinya yang muncul dalam keluhan fisik seperti sariawan dan dada sesak. Hal ini bisa dipengaruhi oleh fungsi pendengaran yang buruk dan kondisi demensianya, yaitu terganggunya isi pikiran dan juga fungsi memori yang terganggu sehingga informasi yang ia sampaikan tidak konsisten. Oma P memiliki ketakutan yang besar dan cenderung paranoid bahwa orang lain tidak menyukainya (kemungkinan gangguan kepribadian). Selama intervensi, Oma P terlihat ada sedikit perasaan tidak nyaman bersama partisipan lainnya, namun ia berhasil menyelesaikan setiap kegiatan. Terkait kondisi demensianya dan kemungkinan adanya gangguan kepribadian, gejala depresi Oma P masih tetap ada.

SIMPULAN DAN SARAN

Intervensi berbasis pendekatan Montessori memberikan pengaruh terhadap penurunan skor (gejala) depresi pada partisipan yang tinggal di PSTW C. Penurunan skor (gejala) depresi pada partisipan ini sifatnya sementara, yang kemudian dikaitkan dengan keterbatasan penelitian ini. Saran (metodologis dan praktis) yang diberikan guna perbaikan penelitian di masa datang. Saran metodologis terkait keterbatasan waktu dan jumlah partisipan, ada kriteria partisipan yang tidak bisa dibuat serentak sama seperti jenis penyakit kronis yang dialami partisipan. Dalam penelitian

selanjutnya, kesamaan jenis penyakit yang dialami dan kondisi fisik juga bisa dijadikan kriteria dalam pemilihan partisipan penelitian. Selain itu, partisipan penelitian tidak terdeteksi atau tidak mengalami demensia juga bisa dijadikan kriteria partisipan agar pemeriksaan depresi tidak menjadi bias.

Terkait kurangnya kontrol terhadap faktor-faktor lain yang dapat ikut berpengaruh (*extraneous variable*) di luar intervensi berbasis pendekatan Montessori (*independent variable*) terhadap penurunan skor depresi (*dependent variable*), maka perlu ada kegiatan lain yang diberikan untuk mengisi waktu di hari selain intervensi. Kegiatan ini kemudian bisa dievaluasi saat jadwal intervensi dilaksanakan. Kegiatan di hari selain intervensi ini diharapkan dapat mengisi waktu luang dan mengajak orang lansia “keluar” dari preokupasi pada pikiran negatif. Lalu, penggunaan alat dan bahan dalam intervensi juga perlu diperhatikan kembali agar tidak menambah perasaan tidak nyaman pada partisipan. Dalam penelitian ini, penggunaan meja papan yang besar cukup mengganggu karena kesulitan memegang meja papan. Kemudian, pemilihan aktivitas harus disesuaikan tingkat kesulitannya agar tidak menurunkan semangat partisipan. Bagi partisipan yang memiliki masalah penglihatan, lumpuh tangan, atau tangan gemetar, aktivitas tertentu cukup mengganggu mereka sehingga menjadi sumber stres sendiri bagi partisipan. Hal ini kemudian kembali dikaitkan dengan kesamaan karakteristik partisipan (poin 1).

Kemudian, saran praktis terkait manfaat yang dirasakan partisipan (menurunnya skor depresi, perasaan berharga dan senang) hanya sementara. Pelaksanaan intervensi ini bisa dilakukan kontinu agar manfaat (berkurangnya gejala-gejala depresi) yang dirasakan oleh orang lansia lebih optimal dan dapat bertahan lebih lama. Intervensi yang dilakukan secara kontinu juga perlu variasi

kegiatan agar orang lansia tidak merasa bosan. Terkait penanganan pada orang lansia, manajemen PSTW C dapat menyertakan karyawan (*caregiver*) untuk mengikuti pelatihan atau psikoedukasi agar dapat menangani orang lansia dengan baik sehingga orang lansia tetap merasa dihargai dan dihormati sebagai orang tua.

DAFTAR PUSTAKA

- “10 facts on ageing and the life course”. (2012, April). *World Health Organization*. Diunduh pada tanggal 7 Juli 2014 dari <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>
- Beckinschtein, J., van der Ploeg, E., Kelly, A., Petrovich, T., & Sykes, D. (2013). Relate, motivate, appreciate : An introduction to montessori activities. Diunduh pada 28 Agustus 2014 dari http://www.fightdementia.org.au/common/files/NAT/AlzheimersAustralia_A5_Montessori_Booklet_WEB%283%29.pdf
- Blazer, D. G. & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241-1252.
- Camp, C. J. (Ed.). (1999). Montessori-based activities for persons with dementia. Volume 1. Diunduh pada 28 Agustus 2014 dari <http://www.healthpropress.com/store/camp-267X/excerpt.htm>
- Camp, C. J., Zelsel, J, Antenucci, V. (2011). Implementing the “I’m still here” approach : Montessori-based methods for engaging persons with dementia. Dalam Hartman-Stein, P. E. & La Rue, A. (Eds.). *Enhancing cognitive fitness in adults : A guide to the use and development of community-based programs*. doi: 10.1007/978-1-4419-0636-6_23
- “Depression Facts & Statistics”. (2012). *Depression Perception*. Diunduh pada 27 Agustus 2014 dari <http://www.depressionperception.com/depression/depression-facts-and-statistics.html#faq008>
- Femia, E. E. (2006, Oktober). Evaluation of the Montessori-based activities program of the alzheimer’s awareness and care program. Diunduh pada 4 Juli 2015 dari https://www.alz.org/national/documents/aoagrant_tools_montessori.pdf
- Irawan, H. (2013). Gangguan depresi pada lanjut usia. *CDK-210*, 40 (11), 815-819.
- Hall, S., Longhurst, S., Higginson, I. J. (2009). Challenges to conducting research with older people living in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 9(38), 1-6.
- Kettl, P. (2013). *Exploring elder psychiatry*. Maryland : International Psychotherapy Institute E-Books.
- Kumar, R. (2010). *Research methodology : A step by step guide for beginners*. Edisi ke-3. London: SAGE Publications, Ltd.
- Lökk, J. & Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 539-549.
- McLeod, S.A. (2008). Erik Erikson. Diunduh pada 16 Februari 2015 dari <http://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>
- Mugiono. (2013, 14 Februari). Memaknai lanjut usia dalam lingkungan keluarga dan masyarakat. Diakses pada tanggal 4 Juli 2015 dari <http://budhidharma.kemosos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=137>
- Murayama, N., Endo, T., Inaki, K., Sasaki, S., Fukase, Y., Ota, K., Iseki, E., Tagaya, H. (2015). Characteristics of depression in community-

- dwelling elderly people as indicated by the tree-drawing test. Doi : 10.1111/psyg.12142.
- Orsulic-Jeras, S, Judge, K. S., Camp, C. J. (2000). McConnel, E. S. (Ed.). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia : Effect on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107-111.
- Pearce, T. (Januari, 2014). Using the Montessori method to combat dementia. Diunduh pada 27 Agustus 2014 dari <http://m.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/using-the-montessori-method-to-combat-dementia/article7819360/?service=mobile>
- “Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035”. (2013). *Badan Pusat Statistik*. Diunduh pada 12 September 2014 dari http://www.bappenas.go.id/files/5413/9148/4109/Proyeksi_Penduduk_Indonesia_2010-2035.pdf
- Santrock, J. W. (2011). *Life-span development*. Edisi ke-10. Boston : McGraw-Hill.
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *The psychology of ageing: An introduction*. Edisi ke-4. London : Jessica Kingsley Publishers.
- “Table 1 : Human development index and its components”. (2014). *United Nations Development Programme*. Diunduh pada 2 Juli 2015 dari <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components>
- The Assisted Living Federation Of America & American Art Therapy Association. (2013, Februari). *Art in Senior Living : Enhancing the lives of older adults*. Diunduh pada 4 Juli 2015 dari <http://www.arttherapy.org/upload/seniortoolkit.pdf>
- van der Ploeg, E. S. & O’Connor, D. W. (2010). Evaluation of personalized, one-to-one interaction using montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia : The study protocol of a crossover trial. *BioMed Central Geriatrics*, 10(3), 1-6.
- van der Ploeg, E. S., Eppingstall, B., Camp, C. J., Runci, S. J., Taffe, J., O’Connor, D. W. (2013). A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 565-575
- Waggel, S. E., Lipnicki, D. M., Delbaere, K., Kochan, N. A., Draper, B., Andrews, G., Sachdev, P. S., Brodaty, H. (2015). Neuroticism scores increase with late-life cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychology*, 30 (9), 985-993.
- Wahyudi, E. R., Setiati, S., Harimurti, K., Dewiasty, E., Istanti, R. (2012). Risk factors for depressive symptom changes in Indonesian geriatric outpatient. *The Indonesian Journal of Internal Medicine*, 44(1), 47-52.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health : A review of recent progress in theory, research, and interventions. doi:10.1017/S0144686X09990328.
- Whitbourne, S. K. & Whitbourne, S. B. (2011). *Adult development & aging : Biopsychosocial perspective*. Edisi ke-4. Danvers : John Wiley & Sons, Inc.
- Woods, B. (2008). Dalam Woods, B. & Clare, L. (Eds.). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Edisi

ke-2. West Sussex : John Wiley & Sons, Ltd.

Wreksoatmodjo, B. R. (2013). Perbedaan karakteristik lanjut usia yang tinggal di keluarga dengan yang tinggal di panti di Jakarta barat. *CDK-209, 40 (10)*, 738-745.

Wulandari, A. F. S. & Rahayu, R. A. (2011). *Kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia: Studi perbandingan di panti wredha dan komunitas*. Semarang : Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.