

## PENGEMBANGAN SIKAP "CARING" PADA ANAK USIA SEKOLAH SEBAGAI UPAYA PROMOSI KESEHATAN

### *The Development of Caring on School Age Children as Health Promotion*

Asniar

<sup>1</sup>Bagian Keilmuan Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Program Studi Ilmu Keperawatan,  
Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh.

<sup>1</sup>*Mental Health and Community Health Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine,  
Syiah Kuala University, Banda Aceh.  
Email: asniar\_isfani@yahoo.com*

#### ABSTRAK

*Patient Safety* didefinisikan sebagai "freedom from accidental injury" yang berfokus pada pencegahan hasil pelayanan kesehatan yang merugikan pasien atau yang tidak diinginkan. Khusus di negara berkembang dan negara transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Tujuan dari penulisan makalah ini adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang konsep *Patient Safety* secara lebih baik dan memahami upaya yang dapat dilakukan tenaga kesehatan khususnya perawat dalam menurunkan insiden yang tidak perlu. Makalah ini di tulis dengan pendekatan artikel non penelitian dalam bentuk studi kepustakaan.

Kata kunci: *patient safety*.

#### ABSTRACT

*Patient Safety* is defined as "freedom from accidental injury" that focuses on the prevention of the patient damaged or unwanted health service results. Especially in developing and transition/conflict countries, there are possibilities that million patients worldwide handicapped, injury, or die each year due to unsafe health services. The objective of this paper is to improve the understanding about the better *Patient Safety* concept and to understand the effort that can be conducted by health providers especially nurses in decreasing unnecessary incidents. This paper is written by non research approach in literature review.

Keywords: *patient safety*.

#### PENDAHULUAN

Kualitas sumber daya manusia (SDM) merupakan faktor utama yang diperlukan untuk melaksanakan pembangunan. Untuk mencapai SDM yang berkualitas, diperlukan generasi penerus yang sehat, serta memiliki kecerdasan intelektualitas dan moral. Salah satu upaya untuk dapat meningkatkan kualitas SDM adalah dengan melakukan promosi kesehatan. Strategi promosi kesehatan diyakini memiliki potensi meningkatkan kualitas hidup manusia dari lahir sampai meninggal (Edelman and Mandle, 1994).

Usia Sekolah Dasar (SD) merupakan usia yang sangat potensial untuk melakukan upaya promosi kesehatan agar anak dapat mengadopsi kebiasaan sehat dan karakter yang kuat untuk memenangkan tantangan dan persaingan hidup di masa depan karena

pada masa ini anak mengalami banyak kemajuan perkembangan secara keseluruhan, dari seorang pra sekolah yang belum matang ke masa remaja. Kemampuan kognitif anak meningkat secara dramatis, didukung dengan adanya keinginan untuk menguasai tugas-tugas dan kemampuan untuk mengembangkan penilaian moral. Dunia anak juga berkembang pesat di luar keluarga ketika sekolah dan teman sebaya mulai memberikan pengaruh yang besar (Edelman and Mandle, 1994).

Berdasarkan hasil susenas tahun 2006 menyebutkan bahwa anak usia sekolah sebanyak 86,65 juta orang atau 38,29% dari seluruh penduduk Indonesia (BPS, 2006). Di kelurahan Pancoran Mas, anak usia sekolah berjumlah 4071 orang atau 8,5% dari total jumlah penduduk (Depdagri, 2005). Jumlah usia sekolah dasar yang cukup besar

merupakan suatu kesempatan untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan.

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni dalam membantu orang merubah gaya hidup agar dapat ditingkatkan kepada suatu kondisi kesehatan yang optimal (O'Donnel, 1987 dalam Edelman and Mandle, 1994). Sementara Kreuter and Dwore (1980, dalam Edelman and Mandle, 1994) mendefinisikan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang mendukung kesehatan untuk meningkatkan kemungkinan dimana dukungan seseorang (individu, keluarga dan komunitas), pihak swasta (profesional dan bisnis), dan instisusi publik (pemerintahan federal, negara dan pemerintahan lokal) terhadap perilaku kesehatan yang positif menjadi suatu normal sosial. Promosi kesehatan dengan demikian bukan hanya informasi tentang olahraga dan nutrisi, tapi merupakan pengambilan keputusan yang proaktif pada semua level perawatan. Beberapa strategi yang diidentifikasi dalam proses pengambilan keputusan ini antara lain adalah skreening, self-care terhadap penyakit minor, kesiapan terhadap bencana, manajemen penyakit kronik yang sukses, perubahan lingkungan untuk meningkatkan nutrisi yang baik, dan kebijakan anti rokok pda suatu setting organisasi. Intervensi keperawatan untuk promosi kesehatan diarahkan pada pengembangan sumberdaya untuk mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraaannya (Edelman and Mandle, 1994).

Upaya promosi kesehatan merupakan upaya memberdayakan perorangan, kelompok dan masyarakat agar memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan dan kemampuan serta pengembangan iklim yang mendukung. Upaya promosi kesehatan dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat sesuai dengan faktor budaya setempat. Tujuan utama yang ingin dicapai melalui pendekatan ini adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan keterampilan untuk berperilaku hidup sehat.

Kesehatan adalah suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang menyeluruh, dan tidak hanya berupa ketiadaan penyakit atau kelemahan (WHO, 1948). Untuk itu upaya promosi kesehatan

juga diarahkan bukan hanya pada masalah pencegahan penyakit atau kelemahan fisik, tapi juga diarahkan pada kesejahteraan mental dan sosial yang menyeluruh. Untuk mendapatkan generasi yang berkarakter baik, perlu juga dilakukan pembinaan kesadaran sosial, terutama berhubungan dengan kesadaran tentang keadaan orang lain, pemahaman akan perasaan dan pikiran orang lain, serta pemahaman terhadap situasi yang rumit dalam kehidupannya.

Pembinaan kesadaran sosial dapat dilakukan dengan menanamkan nilai-nilai luhur Universal. Salah satu dari sembilan nilai luhur universal yang menjadi pilar karakter anak di kemudian hari adalah kasih sayang, kepedulian dan kerjasama (Parent's guide, 2007). Dengan kasih sayang dan kepedulian (*caring*), anak-anak dapat memberikan dukungan sosial yang dibutuhkan oleh keluarga, teman, dan orang-orang di sekitarnya.

Pengembangan dukungan sosial akan sangat berkontribusi positif terhadap pencegahan munculnya efek negatif dari peristiwa hidup yang menimbulkan banyak tekanan (Pender, 1996). Nilai kasih sayang dan kepedulian (*caring*) akan menjadi bekal anak untuk dapat menjalankan perannya secara optimal dalam keluarga dan mampu mengatasi beban hidup yang dihadapi keluarga, baik secara fisik, psikologis dan sosial.

## TUJUAN

Tujuan umum dari pengembangan sikap "*caring*" pada anak usia sekolah adalah untuk menanamkan kasih sayang, kepedulian dan kerjasama agar dapat menjalankan perannya secara optimal dalam keluarga dan masyarakat.

Sedangkan tujuan khusus yang ingin dicapai antara lain: Meningkatkan kesadaran anak tentang peran yang diharapkan oleh keluarga dan masyarakat, Meningkatkan kemampuan anak untuk menunjukkan kasih sayang dan kepedulian pada keluarga dan masyarakat, Meningkatkan kemampuan anak untuk bekerjasama dalam lingkup keluarga dan masyarakat, Meningkatkan kemampuan anak menghadapi meningkatnya beban dalam keluarga yang

ditimbulkan oleh peristiwa hidup yang penuh tekanan.

### **Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah**

Stadium psikoseksual Freud menempatkan anak usia sekolah (6 - 11 tahun) pada stadium latency, yaitu fase dimana sexual instict yang muncul pada stadium phallic menghilang dan superego berkembang lebih jauh. Anak mendapatkan nilai-nilai sosial baru dari orang dewasa di luar keluarga dan dari bermain dengan teman sebaya yang berjenis kelamin sama. Sedangkan menurut teori psikososial Erikson, anak usia sekolah berada pada stadium *industry* versus *inferiority confussion*. Pada stadium ini, anak mengembangkan kapasitas untuk bekerja dan bekerjasama dengan orang lain. Inferiority berkembang ketika pengalaman negatif di rumah, di sekolah, atau dengan teman sebaya menyebabkan perasaan incompetence dan inferiority (Berk, 2001).

Bila pada usia pra sekolah anak mengadopsi perilaku bermoral melalui *modelling* dan *reinforcement*, maka pada usia sekolah anak memiliki waktu untuk merefleksikan pada pengalaman tersebut dan menginternalisasikan peraturan-peraturan untuk perilaku baik, seperti “membantu orang lain merupakan perilaku yang baik” atau “kita tidak boleh mengambil milik orang lain”. Perubahan ini membuat anak lebih mandiri dan dapat dipercaya. Perkembangan ini tentunya dapat dicapai hanya jika anak mendapatkan banyak bimbingan yang konsisten dan contoh dari orang dewasa (Berk, 2001).

Pada usia sekolah, kelompok teman sebaya menjadi konteks yang sangat penting bagi perkembangan anak. Kontak dengan teman sebaya memainkan peranan yang penting dalam persepsi dan pemahaman tentang dirinya dan orang lain. Jika peer group memberikan anak wawasan dalam struktur sosial yang lebih luas, persahabatan orang per orang berkontribusi terhadap perkembangan rasa percaya dan sensitifitas (Berk, 2001).

Pada anak usia sekolah, persahabatan bukan hanya karena terlibat dalam aktifitas yang sama, tetapi lebih kepada hubungan yang disepakati satu sama lain, dimana anak

menyukai kualitas personal dan berespon terhadap keinginan dan kebutuhan satu sama lain. Bagi anak usia sekolah, persahabatan didasarkan atas upaya kebaikan yang menandakan bahwa seseorang dapat diandalkan atau dapat dipercaya untuk mendukung orang lain. Karena sifat ini, persahabatan anak pada usia sekolah menjadi lebih selektif (Berk, 2001).

Melalui persahabatan anak juga belajar pentingnya komitmen emosional. Namun tingkatan dimana persabahat anak dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangannya tergantung pada bagaimana pertemanan yang mereka bangun. Anak yang mengedepankan kebaikan dan kasih sayang pada temannya menjadi lebih prososial terhadap orang lain pada umumnya. Sebaliknya, persahabatan pada anak yang agresif sering mengedepankan tindakan antisosial (Berk, 2001).

Pemahaman anak tentang peran gender juga makin luas pada usia sekolah. Anak usia sekolah cenderung mengembangkan gender-stereotyped belief yang mereka dapat pada usia pra sekolah. Mereka sering melabel beberapa sifat sebagai sifat yang lebih mencerminkan suatu gender dibandingkan gender yang lain. Misalnya mereka menganggap sifat “kasar”, agreif, rasional dan dominan sebagai maskulin, sedangkan sifat gentle, simpatik, dan bergantung pada orang lain sebagai sifat feminin. Anak-anak dapat menganut perbedaan tersebut dengan mengamati perbedaan gender dari perilaku orang dewasa. Misalnya orang tua menggunakan lebih banyak kata2 direktif (menyuruh anak melakukan sesuatu) pada anak perempuan, lebih jarang mendorong anak perempuan untuk membuat keputusan mereka sendiri dan jarang memberikan pujian pada anak perempuan terhadap prestasi atau kemampuannya. Perbedaan juga sering terjadi dalam toleransi terhadap peran yang tidak sesuai dengan gender. Misalnya orang sering mengaggap tidak apa-apa jika anak perempuan melakukan hal yang diluar peran gendernya, namun orang cenderung menganggap anak laki-laki yang melakukan hal yang tidak sesuai dengan peran gendernya sebagai pelanggaran nilai moral.

Misalnya anak laki-laki bermain dengan boneka atau mengenakan gaun (Berk, 2001).

Anak laki-laki dan perempuan sering mengalami perbedaan perkembangan identitas peran gender pada usia sekolah. Dari kelas 3 sampai kelas 6, anak laki-laki memperkuat identitas mereka dengan sifat kepribadian maskulin, sementara anak perempuan mengalami penurunan identifikasi sifat-sifat kefemininannya. Walaupun anak perempuan masih memiliki sisi feminin, mereka mulai menggambarkan dirinya memiliki beberapa karakteristik dari gender laki-laki. Perbedaan ini dapat dilihat pada aktifitas anak. Anak laki-laki cenderung tetap dengan sifat-sifat maskulinnya, sementara anak perempuan merasa leluasa bereksperimen dengan banyak pilihan. Disamping memasak, menjahit dan mengasuh anak, mereka juga bergabung dalam tim olah raga, melakukan projek penelitian, dan buil forts in the backyard. Pada tahap ini, orang tua dan kelompok teman sebaya cenderung lebih menaruh perhatian pada peran gender laki-laki. Anak perempuan tidak mendapat masalah bila melakukan aktifitas anak laki-laki tanpa kehilangan statusnya dengan kelompok teman wanita. Tetapi anak laki-laki akan dianggap aneh dan ditolak bila bergaul dengan anak perempuan. Mungkin anak perempuan merasa peran gender laki-laki lebih dihargai, sehingga mereka cenderung ingin mencoba aktifitas dan perilaku yang terkait dengan peran gender yang lebih dihargai tersebut (Berk, 2001).

### **Konsep *Caring* Bagi Anak Sekolah**

*Caring* merupakan hal yang esensial bagi pertumbuhan, perkembangan dan keberlanjutan hidup manusia. *Caring* merupakan perilaku yang assistif, supportif, dan fasilitatif terhadap atau bagi orang atau kelompok lain dengan kebutuhan tertentu (Leininger, 1984 dalam Koziar et al., 2004). *Caring* dapat didemonstrasikan dan dipraktikkan dengan efektif hanya secara interpersonal. *Caring* yang efektif dapat meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan individu dan keluarga. Respon *caring* menerima seseorang tidak hanya sebagai dia saat ini, tetapi juga menerima akan jadi apa dia kemudian (Watson, 2004).

Menurut Koziar et al. (2004), *caring* dapat meningkatkan aktualisasi diri, meningkatkan pertumbuhan individual, mempertahankan harga diri dan martabat, meningkatkan penyembuhan, dan menurunkan stres. Perilaku *caring* mungkin tidak dapat memperlihatkan hasil secara langsung, namun manfaat *caring* sering ditemukan dalam proses itu sendiri, berupa keterlibatan dan keterkaitan.

Bagi anak usia sekolah, *caring* dapat ditanamkan dengan membangun kecerdasan moral mereka. Menurut Borba (2001), kecerdasan moral adalah kemampuan memahami hal yang benar dan yang salah, dalam hal ini memiliki keyakinan etika yang kuat dan bertindak berdasarkan keyakinan tersebut, sehingga orang bersikap benar dan terhormat. Kecerdasan yang sangat penting ini mencakup karakter-karakter utama seperti kemampuan untuk memahami penderitaan orang lain dan tidak bertindak jahat, mampu mengendalikan dorongan dan menunda pemuasan, mendengarkan dari berbagai pihak sebelum memberikan penilaian, menerima dan menghargai perbedaan, bisa memahami pilihan yang tidak etis, dapat berempati, memperjuangkan keadilan, dan menunjukkan kasih sayang dan rasa hormat terhadap orang lain. Ini merupakan sifat-sifat utama yang akan membentuk anak menjadi baik hati, berkarakter kuat, dan menjadi warga negara yang baik.

Kecerdasan moral terbangun dari tujuh kebajikan utama, yaitu empati, hati nurani, kontrol diri, rasa hormat, kebaikan hati, toleransi, dan keadilan. Tujuh kebajikan ini akan membantu anak menghadapi tantangan dan tekanan etika yang tidak dapat dihindarkan dalam kehidupannya kelak. Tujuh kebajikan ini juga akan melindungi anak agar tetap berada di jalan yang benar dan membantunya agar selalu bermoral dalam bertindak. Semua kebajikan tersebut dapat diajarkan, dicontohkan, disadarkan serta didorong sehingga dapat dicapai anak (Borba, 2001).

Kebajikan yang pertama, empati, merupakan inti emosi moral yang membantu anak memahami perasaan orang lain. Kebajikan ini membuatnya menjadi peka terhadap kebutuhan dan perasaan orang lain,

mendorongnya menolong orang yang kesusahan atau kesakitan, serta menuntutnya memperlakukan orang dengan kasih sayang. Emosi moral yang kuat mendorong anak bertindak benar karena ia bisa melihat kesusahan oranglain sehingga mencegahnya melakukan tindakan yang dapat melukai orang lain.

Kebajikan yang kedua, hati nurani, adalah suara hati yang membatu anak memilih jalan yang benar daripada jalan yang salah serta teapt berada di jalur yang bermoral, membuat dirinya merasa bersalah ketika menyimpang dari jalur yang semestinya. Kebajikan ini membentengi anak dari pengaruh buruk dan membantunya mampu bertindak benar meski tergoda untuk melakukan hal yang sebaliknya. Kebajikan ini merupakan fondasi bagi perkembangan sifat jujur, tanggung jawab dan integritas diri yang tinggi.

Kebajikan ketiga, kontrol diri, membantu anak menahan dorongan dari dalam dirinya dan berpikir ebelum bertindak, sehingga ia melakukan hal yang benar, dan kecil kemungkinan melakukan tindakan yang akan menimbulkan akibat buruk. Kebajikan ini membantu anak menjadi mandiri karena ia tahu bahwa dirinya bisa mengendalikan tindakannya sendiri. Sifat ini membangkitkan sikap murah dan baik hati karena anak mampu menyingkirkan keinginan memuaskan diri serta merangsang kesadaran mementingkan keperluan orang lain.

Kebajikan ke-empat, rasa hormat, mendorong anak bersikap baik dan menghormati orang lain. Kebajikan ini mengarahkan anak memperlakukan orang lain sebagaimana orang lain memperlakukan dirinya, sehingga mencegah anak bertindak kasar, tidak adil, dan bersikap memusuhi. Jika anak terbiasa bersikap hormat pada orang lain, ia akan memperhatikan hak-hak serta perasaan orang lain. Akibatnya, ia juga akan menghormati dirinya sendiri.

Kebajikan kelima, kebaikan hati, membantu anak mampu menunjukkan kepeduliannya terhadap kesejahteraan dan perasaan orang lain. Dengan mengembangkan kebajikan ini, anak lebih belas kasih dan tidak terlalu memikirkan diri sendiri, serta menyadari perbuatan baik

sebagai tindakan yang benar. Kebaikan hati membuat anak lebih banyak memikirkan kebutuhan orang lain, menunjukkan kepedulian, memberi bantuan kepada yang memerlukan, serta melindungi mereka yang kesulitan atau kesakitan.

Kebajikan keenam, toleransi, membuat anak mampu menghargai perbedaan kualitas dalam diri orang lain, membuka diri terhadap pandangan dan keyakinan baru, dan menghargai orang lain tanpa membedakan suku, gender, penampilan, budaya, kepercayaan, kemampuan atau orientasi seksual. Kebajikan ini membuat anak memperlakukan orang lain dengan baik dan penuh pengertian, menentang permusuhanm kekejaman, kefanatikan, serta menghargai orang-orang berdasarkan karakter mereka.

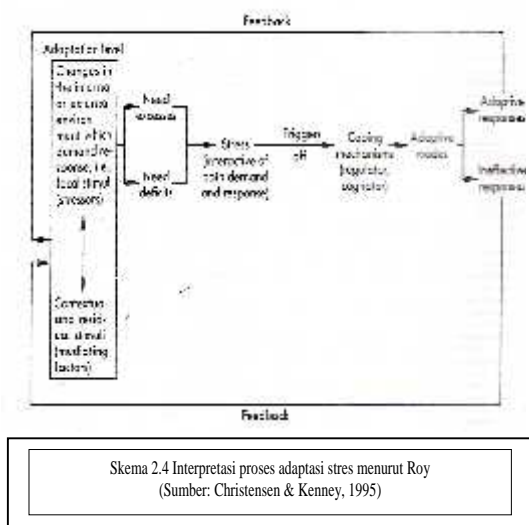
Kebajikan ketujuh, keadilan, menuntut anak agar memperlakukan orang lain dengan baik, tidak memihak, dan adil, sehingga ia mematuhi aturan, mau bergiliran dan berbagi, serta mendengar semua pihak secara terbuka sebelum memberi penilaian apapun. Karena kebajikan ini meningkatkan kepekaan moral anak, ia pun akan terdorong membela pihak yang diperlakukan secara tidak adil dan menuntut agar semua orang diperlakukan setara, tanpa memandang suku, bangsa, budaya, status ekonomi, kemampuan, atau keyakinan.

### **Teori Adaptasi Roy**

Model Adaptasi Roy dikembangkan dengan berdasarkan pada asumsi ilmiah dari the Von Bertalanffy general system theory dan Helson's adaptation-level theory. Sedangkan dasar asumsi filosofis model ini didasarkan pada filosofi humanism dan veritivity (Roy & Andrews, 1991; Christensen & Kenney, 1995).

Fokus dari model Roy adalah serangkaian proses dimana seseorang beradaptasi terhadap stressor lingkungan. Setiap orang merupakan suatu sistem biopsikososial dalam interaksi konstan dengan suatu lingkungan yang terus berubah. Ketika tuntutan stimulus lingkungan sangat besar atau mekanisme adaptif seseorang terlalu rendah, maka respon perilaku menjadi tidak efektif sebagai

koping individu tersebut (Christensen & Kenney, 1995).



Roy (1984 dalam Christensen & Kenney, 1995) memandang seseorang sebagai suatu sistem adaptif yang berfungsi sebagai suatu keseluruhan melalui interdependensi dari bagian-bagiannya. Sistem tersebut terdiri dari input, proses control, output dan feedback. Input adalah stimulus dari lingkungan eksternal dan interna diri. Termasuk informasi (stimuli) dari mekanisme cognator dan regulator. Proses kontrol tersebut meliputi mekanisme koping biologikal dan psikologikal dari seseorang, begitu juga respon cognator dan regulator. Output adalah respon perilaku adaptif dan inefektif individu. Sedangkan feedback merupakan informasi yang berkaitan dengan respon perilaku yang disampaikan sebagai input dalam sistem. Untuk lebih jelasnya, uraian di atas dapat dilihat pada skema berikut ini:

Setiap orang dipengaruhi oleh stressor yang disebut dengan stimuli. Focal stimuli adalah suatu perubahan yang sedang dihadapi oleh seseorang. Sementara contextual stimuli (seluruh stimuli lain yang ada dalam diri seseorang dan lingkungan) dan residual stimuli (kepercayaan, sikap atau sifat yang mempengaruhi situasi individu pada saat ini) menjadi mediasi dan berkontribusi terhadap efek dari focal stimuli/stressor dan menentukan level stress atau adaptasi (Christense & Kenney, 1995).

Roy menggambarkan dua proses internal dasar yang digunakan dalam adaptasi, regulator subsystem dan cognator subsystem. Regulator subsystem menerima dan memproses dan perubahan stimulus dari lingkungan eksternal dan diri internal melalui nerual-chemical-endocrine channels. Sementara cognator subsystem menerima berbagai stimulus eksternal dan internal yang melibatkan faktor-faktor psikologis dan sosial. Subsystem regulator dan kognator menghasilkan respon perilaku dalam empat cara efektor, yaitu fisiologikal, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Respon perilaku dalam empat cara tersebut menentukan apakah adaptasi merupakan suatu respon yang efektif atau inefektif terhadap stimuli. Bila yang muncul adalah respon adaptif, maka akan meningkatkan integritas individu dengan menghemat energi dan meningkatkan kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, dan penguasaan sistem manusia (Roy & Andrews, 1991; Christensen & Kenney, 1995).

Dalam proses keperawatan, model Roy memiliki 2 level pengkajian. Pada level pengkajian pertama, perawat mengkaji perilaku adaptif dan inefektif dari setiap bentuk adaptasi, baik fisiologikal maupun psikososial. Bentuk fisiologikal terdiri dari oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktifitas dan istirahat, integritas kulit, panca indera, cairan dan elektrolit, serta fungsi enurologis dan endokrin. Sedangkan bentuk adaptasi psikososial terdiri dari konsep diri, fungsi peran dan interdependence. Terkait dengan masalah risiko *caregiver* role strain pada keluarga yang merawat klien paska stroke di rumah, penulis hanya akan menganalisa bentuk adaptasi fungsi peran. Bentuk adaptasi fungsi peran ini meliputi peran, posisi, penampilan peran, penguasaan peran, integritas sosial, peran primer, peran sekunder, peran tertier, dan perilaku instrumental dan ekspresif (Roy & Andrews, 1991; Christensen & Kenney, 1995).

### Health Promotion Model

*Health Promotion Model* (HPM) pertama sekali dimunculkan pada tahun 1980-an sebagai suatu kerangka kerja untuk

mengintegrasikan perspektif ilmu keperawatan dan perilaku pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Kerangka kerja tersebut merupakan suatu panduan untuk mengeksplorasi proses biopsikososial yang memotivasi individu untuk melakukan perilaku yang mengarah pada peningkatan kesehatan (Pender, 1996).

HPM merupakan suatu model yang berorientasi pada kompetensi atau pendekatan. Tidak seperti Health Belief Model dan Protection Motivation Theory, HPM tidak memasukkan “rasa takut” atau “ancaman” sebagai sumber motivasi terhadap perilaku kesehatan, karena ancaman atau rasa takut dianggap akan menurunkan kekuatan motivasi di kemudian hari. Karena HPM tidak bergantung pada “ancaman personal” sebagai sumber utama motivasi kesehatan, model ini sangat potensial untuk diaplikasikan pada semua usia (Pender, 1996).

HPM menggambarkan sifat multidimensional manusia yang berinteraksi dengan lingkungannya pada saat berusaha mencapai kesehatan. Model ini mengintegrasikan sejumlah konstruk dari teori *expectancy-value* dan teori *social learning* dalam suatu perspektif keperawatan dari fungsi manusia yang holistik. HPM telah digunakan sebagai kerangka kerja pada penelitian yang ditujukan untuk memprediksikan gaya hidup yang meningkatkan status kesehatan secara keseluruhan, begitu juga untuk perilaku-perilaku spesifik, seperti latihan fisik dan penggunaan alat pelindung pendengaran (Pender, 1996). HPM menekankan peran aktif klien dalam membentuk dan mempertahankan perilaku kesehatan dan dalam memodifikasi konteks lingkungan untuk perilaku kesehatan.

Dalam perkembangannya model promosi kesehatan ini mengalami banyak revisi. Model promosi kesehatan yang telah direvisi oleh Pender (1996) dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Variabel-variabel yang terdapat pada Model Promosi Kesehatan yang telah direvisi dikategorikan menjadi karakteristik dan pengalaman individual; *behavior-specific cognitions and affect*; dan *behavioral outcome*. Kategori karakteristik

dan pengalaman individual meliputi variabel perilaku terkait sebelumnya dan faktor personal (biologikal psikologikal, sosiokultural). Kategori *behavior-specific cognitions and affect* meliputi: manfaat yang dipersepsikan dari tindakan, hambatan yang dipersepsikan dari tindakan, self-efficacy yang dipersepsikan, afek yang terkait dengan aktifitas, pengaruh interpersonal dan pengaruh situasional. Sedangkan kategori *behavioral outcome* meliputi komitmen terhadap rencana suatu tindakan, tuntutan dan pilihan yang muncul, serta perilaku promosi kesehatan.

### Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara dan penyebaran kuesioner pada 30 orang siswa kelas III dan IV SD Pancoran Mas VI (kuesioner terlampir). Hasil wawancara dengan kepala sekolah dan guru UKS antara lain: Jumlah siswa 352 orang, Jumlah guru 12 orang, Fungsi guru BP merangkap wali kelas.

Pihak sekolah merasa agak sulit berkomunikasi dengan orang tua murid. Orang tua murid umumnya kurang memperhatikan perkembangan belajar anak di sekolah dan jarang memonitor tugas-tugas anak. Mungkin hanya 15-20% orang tua saja yang memperhatikan pendidikan anaknya.

Komite sekolah sejauh ini berjalan dengan baik dan cukup peduli dengan masalah kesehatan di sekolah, misalnya merencanakan foting saat ada kasus DBD

Jumlah anak yang bekerja setelah pulang sekolah hanya sedikit, tidak sebanyak di SD Pancoran Mas III.

Sejauh ini belum pernah ada kasus dimana siswa yang lebih tua mengintimidasi siswa yang lebih muda (*bullying*), namun kasus perkelahian antara siswa kadang terjadi, tapi belum pernah sampai tawuran yang besar antar siswa di satu sekolah maupun dengan sekolah tetangga.

Karena dalam satu kawasan yang ditempati SD Pancoran Mas VI ada 3 SD lainnya, maka kadangkala ada selisih pendapat antar sekolah, tapi bisa diselesaikan dengan baik.

Karena keterbatasan ruangan kelas yang ada, maka 4 kelas dijadwalkan belajar

pagi hari (kelas 1, 2, 5, 6) dan 2 kelas dijadwalkan belajar sore hari (3 dan 4).

Sebelumnya SD Pancoran Mas VII dan V belajar di sore hari, sementara SD Pancoran Mas III dan VI belajar di pagi hari. Setelah dilakukan musyawarah antar kepala sekolah, maka diputuskan SD Pancoran Mas V dapat menggunakan beberapa ruang kelas SD Pancoran Mas VI, sehingga sekarang hanya SD Pancoran Mas VII yang bersekolah di sore hari saja sedangkan SD-SD yang lain bersekolah pada pagi dan sore hari.

Bangunan sekolah ini sudah berusia 31 tahun (berdiri tahun 1977). Rencananya akan direnovasi tahun 2007, namun belum terealisasi karena keterbatasan dana. Permohonan bantuan sudah pernah diajukan, tapi sampai saat ini belum ada tindak lanjut.

Prestasi belajar siswa berada pada tingkat sedang sampai rendah. Prestasi yang pernah diraih sekolah antara lain lombamatematika tingkat kecamatan.

Belum pernah dilakukan penyuluhan kesehatan.

Kebijakan sekolah terkait kesehatan: piket kebersihan baik dari siswa maupun guru; pemeriksaan kebersihan diri (kuku dan gigi) setiap sebelum masuk kelas.

Ruang UKS berada pada ruang yang sama dengan ruang guru dan kepala sekolah.

Program UKS yang sudah pernah dijalankan antara lain KMS anak sekolah; pemeriksaan gigi dari puskesmas; dokter kecil; dan BIAS dari puskesmas.

Program dokter kecil tidak ada kelanjutannya lagi berupa supervisi, pembinaan atau pelatihan lanjutan dari dinas kesehatan maupun puskesmas. Dokter kecil yang sudah pernah dilatih 10 orang.

Dokter kecil juga bertugas sebagai tim kesehatan pada upacara bendera setiap hari senin.

Setiap anak yang sakit langsung dibawa ke puskesmas dengan menyertakan buku berobat.

Penyakit yang paling sering diderita anak misalnya pusing, batuk pilek, dan sakit perut.

Sementara hasil survey dengan menggunakan kuesioner untuk menilai sikap "caring" pada anak ( $n = 30$ ) menunjukkan: 60% siswa memiliki tingkat empati tinggi

(tinggi: nilai > mean), 53,3% siswa memiliki tingkat hati nurani tinggi, 53,3% siswa memiliki tingkat kontrol diri tinggi, 50% siswa memiliki tingkat rasa hormat tinggi, 56,7% siswa memiliki tingkat kebaikan hati tinggi, 56,7% siswa memiliki tingkat kebaikan hati tinggi, 53,3% siswa memiliki tingkat keadilan tinggi, 56,7% siswa memiliki sikap *caring* tinggi.

Dari hasil pengkajian di atas menunjukkan bahwa siswa SD Pancoran Mas VI sudah memiliki sikap *caring* yang tinggi ( $x > \text{Mean}$ ).

### Perencanaan

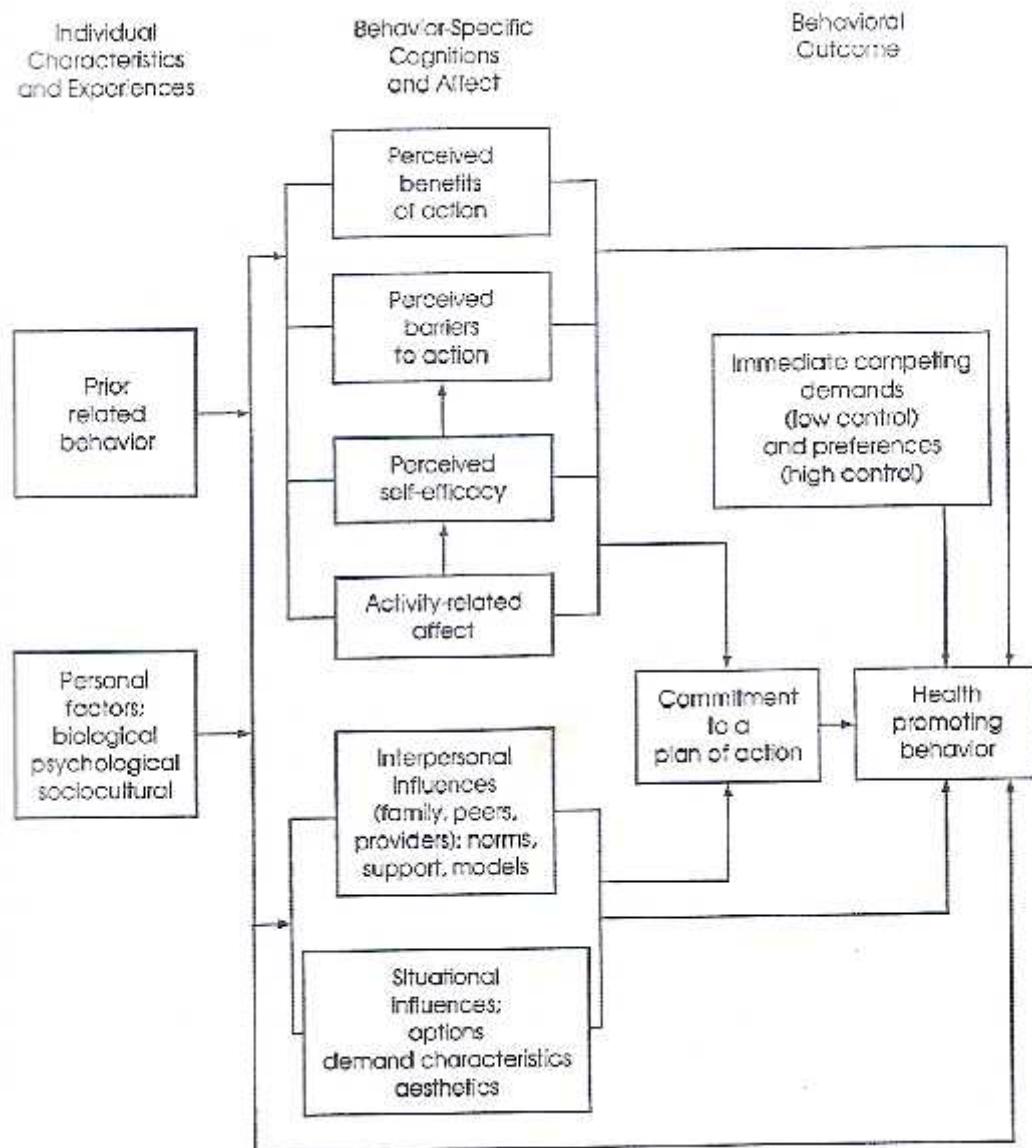
Diagnosa Keperawatan Komunitas: Potensial peningkatan sikap *caring* pada siswa SD Pancoran Mas VI. Tujuan Umum: meningkatkan sikap *caring* pada siswa SD Pancoran Mas VI.

Tujuan Khusus: Setelah 5 kali pertemuan, para siswa dapat: Meningkatkan pengetahuan tentang sikap *caring*, Meningkatkan tingkat empati, Meningkatkan tingkat hati nurani, Meningkatkan tingkat kontrol diri, Meningkatkan tingkat rasa hormat, Meningkatkan tingkat kebaikan hati, Meningkatkan tingkat toleransi, Meningkatkan tingkat keadilan,

### Rencana Kegiatan

Rencana kegiatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:





Skema 2.2 Health Promotion Model (Pender, 1996)

No.	Kegiatan	Waktu	Jumlah Peserta	Tempat
1.	Pemutaran film dan diskusi tentang "sikap pada orang tua" (2 sesi)	12 & 13 Maret 2008 (Pukul 11.00 - 12.00 WIB)	15 peserta dari kelas 3 15 peserta dari kelas 4	Mushola
2.	Pemutaran film tentang "sikap pada sesama" (2 sesi)	26 & 27 Maret 2008 (Pukul 11.00 - 12.00 WIB)	15 peserta dari kelas 3 15 peserta dari kelas 4	Mushola
3.	Bermain peran dan diskusi kelompok (1 sesi)	3 April 2008 (Pukul 11.00 - 12.00 WIB)	15 peserta dari kelas 3 15 peserta dari kelas 4	Mushola
4.	Ceramah tentang sikap <i>caring</i> pada anak dan penugasan untuk membuat role play (1 sesi)	17 April 2008 (Pukul 11.00 - 12.00 WIB)	15 peserta dari kelas 3 & 15 peserta dari kelas 4	Mushola
5.	Role play sesuai penugasan Evaluasi (1 sesi)	21 Mei 2008 (Pukul 11.00 - 12.00 WIB)	15 peserta dari kelas 3 & 15 peserta dari kelas 4	Mushola

ang dipilih adalah kelompok anak kelas III dan IV saja karena keterbatasan tempat dan waktu yang tersedia. Pihak sekolah tidak mengizinkan residen untuk melakukan kegiatan dalam waktu belajar karena padatnya jadwal belajar sekolah dan terbatasnya ruang kelas yang tersedia. Karena itu residen hanya melibatkan anak kelas III dan IV yang masuk sore, dengan menggunakan waktu sebelum mereka masuk kelas. Kegiatan kelompok siswa ini berlangsung pada pukul 11.00-12.00 WIB. Setiap kegiatan dihadiri oleh 12-13 siswa pada setiap sessinya dari pertemuan 1 sampai pertemuan 3. Karena keterbatasan waktu, pada pertemuan 4 dan 5, siswa kelas III dan IV digabung dalam satu kegiatan, sehingga secara keseluruhan terdapat 7 sesi pertemuan kelompok. Semula penggabungan ini dapat berjalan baik, namun pada pertemuan ke-5, banyak siswa dari kelas III yang tidak hadir karena beberapa siswa masih ada yang berlibur dengan keluarganya dan beberapa belum mempersiapkan tugas role play untuk ditampilkan pada hari itu karena tidak mau bergabung berlatih dengan anak kelas IV.

Pemutaran film cukup menarik minat para siswa. Setelah pemutaran film selesai, residen memfasilitasi para siswa untuk berdiskusi tentang isi dari film tersebut dan bagaimana sikap yang sama telah mereka terapkan selama ini. Selanjutnya residen memberikan soal cerita yang menanyakan bagaimana seharusnya bersikap pada kondisi yang diberikan dan meminta beberapa siswa mempraktekkannya.

Pada sesi role play, para siswa dibagi dalam 4 kelompok yang menggabungkan siswa kelas 3 dan kelas 4, kemudian para siswa diberikan tugas untuk memainkan peran tertentu selama 10 menit, baik yang mencerminkan sikap *caring* yang baik maupun yang buruk. Setelah diberikan waktu selama 20 menit untuk berlatih, mereka dapat memerankannya dengan baik.

Pada pertemuan ke 4 (sesi ke-6), residen memberikan pendidikan kesehatan tentang 7 kebajikan yang mencerminkan sikap *caring*, berikut tentang cara mengekspresikan 7 kebajikan tersebut dalam ucapan dan perbuatan. Para siswa secara bergiliran menyebutkan kembali 7 kebajikan dan mempraktekkan cara mengekspresikan masing-masing kebajikan. Selanjutnya residen membagi para siswa dalam 4 kelompok (menggabungkan kelas III dan IV) dan memberikan tugas pada siswa untuk merancang drama yang menggambarkan 7 kebajikan tersebut. Para siswa diberikan waktu lebih kurang 1 bulan untuk berlatih dan sekaligus memberikan waktu untuk menginternalisasikan pendidikan kesehatan yang telah diberikan.

Setelah kurang lebih 1 bulan, para siswa diminta menampilkan drama yang telah mereka rancang. Namun karena banyak siswa kelas III yang tidak hadir, maka hanya 2 kelompok yang menampilkan dramanya. Drama pertama yang ditampilkan bercerita tentang kakak beradik yang berasal dari keluarga miskin yang memiliki teman-teman yang bersikap baik membantu kesulitan mereka. Drama ini menggambarkan empati, hati nurani, kebaikan hati, dan keadilan. Sementara drama kedua menceritakan tentang sekelompok siswa yang mendatangi rumah temannya yang kurang mampu untuk belajar bersama. Disini terlihat ada teman yang bersikap baik dan bersikap buruk. Drama ini mencerminkan kontrol diri, rasa hormat, toleransi dan kebaikan hati. Secara umum, para siswa terlihat sudah memahami tentang cara mengekspresikan sikap *caring* dalam drama yang mereka tampilkan. Selanjutnya para siswa diminta untuk mengisi kembali kuesioner sikap *caring* seperti yang pernah mereka isi pada tahap pengkajian. Diharapkan setelah 1 bulan berlalu, mereka mampu menginternalisasikan sikap *caring* dalam kehidupan sehari-hari.

### Evaluasi

Karena hanya 13 siswa yang mengisi kuesioner untuk menilai sikap *caring*, maka hanya nilai sikap *caring* dari 13 siswa tersebut yang dapat dibandingkan dengan nilai sikap *caring* sebelumnya. Perbandingan

sikap *caring* para siswa sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada tabel 3.1 sampai tabel 3.7 dibawah ini. Masing-masing komponen sikap *caring* dianggap mengalami peningkatan jika nilai paska intervensi mengalami peningkatan sama dengan atau melebihi nilai rata-rata ditambah 1 kali standar deviasi ( $x > \text{nilai rata-rata} + \text{standar deviasi}$ ).

**Tabel 3.1** Distribusi peningkatan empati pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Empati				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	8	61,5	61,5	61,5
Meningkat	5	38,5	38,5	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Tabel 3.2** Distribusi peningkatan hati nurani pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Hati Nurani				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	7	53,8	53,8	53,8
Meningkat	6	46,2	46,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

**Tabel 3.3** Distribusi peningkatan kontrol diri pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Kontrol Diri				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	7	53,8	53,8	53,8
Meningkat	6	46,2	46,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

**Tabel 3.4** Distribusi peningkatan rasa hormat pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Kontrol Diri				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	9	69,2	69,2	69,2
Meningkat	4	30,8	30,8	100,0
Total	13	100,0	100,0	

**Tabel 3.5** Distribusi peningkatan kebaikan hati pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Kebaikan Hati				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	10	76,9	76,9	76,9
Meningkat	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

**Tabel 3.6** Distribusi peningkatan toleransi pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Toleransi				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	7	53,8	53,8	53,8
Meningkat	6	46,2	46,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

**Tabel 3.7** Distribusi peningkatan keadilan pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Keadilan				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	10	76,9	76,9	76,9
Meningkat	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa semua komponen sikap *caring* mengalami peningkatan, yaitu empati meningkat sebesar 38,5%; hati nurani meningkat sebesar 46,2%; kontrol diri meningkat sebesar 46,2%; rasa hormat meningkat sebesar 30,8%; kebaikan hati meningkat sebesar 23,1%; toleransi meningkat sebesar 46,2%, dan keadilan meningkat sebesar 23,1%. Peningkatan paling tinggi terlihat pada komponen hati nurani, kontrol diri dan toleransi. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, disimpulkan bahwa tujuan khusus tercapai.

Secara keseluruhan, perubahan sikap *caring* para siswa dapat dilihat pada tabel 3.2. Siswa dikatakan mengalami peningkatan sikap *caring* jika nilai sikap *caring* setelah intervensi mengalami peningkatan diatas nilai rata-rata dan melebihi 1 kali standar deviasi (meningkat jika  $x > \text{nilai rata-rata} + \text{standar deviasi}$ )

**Tabel 3.2** Distribusi peningkatan sikap *caring* pada Siswa SD Pancoran Mas VI

Peningkatan Sikap <i>Caring</i>				
	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid tidak meningkat	9	69,2	69,2	69,2
Meningkat	4	30,8	30,8	100,0
Total	13	100,0	100,0	

siswa mengalami peningkatan sikap *caring*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tujuan umum intervensi promosi kesehatan untuk meningkatkan sikap *caring* tercapai seluruhnya.

### Rencana Tindak Lanjut

Pihak sekolah dapat melanjutkan kegiatan promosi kesehatan untuk menanamkan sikap *caring* pada para semua siswa dengan memasukkan siswa yang telah mengikuti kegiatan pengembangan sikap *caring* dapat menjadi peer educator bagi siswa-siswa yang lain

## PEMBAHASAN

Intervensi keperawatan untuk promosi kesehatan diarahkan pada pengembangan

sumberdaya untuk mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraannya (Edelman and Mandle, 1994). Intervensi yang dapat dilakukan untuk promosi kesehatan pada anak usia sekolah harus dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan dan perkembangan anak usia sekolah.

Menurut Berk (2001), pada usia sekolah kelompok teman sebaya menjadi konteks yang sangat penting bagi perkembangan anak dan kontak dengan teman sebaya memainkan peranan yang penting dalam persepsi dan pemahaman tentang dirinya dan orang lain. Pada usia ini, peer group dapat memberikan anak wawasan dalam struktur sosial yang lebih luas. Dengan demikian intervensi promosi kesehatan pada anak usia sekolah hendaknya dilakukan dalam bentuk peer group agar dapat memberikan dampak yang lebih berarti bagi anak. Oleh karena itu kegiatan penanaman sikap *caring* yang dilakukan oleh residen menggunakan bentuk peer group, dimana siswa di kelompokkan sesuai dengan usia dan kelasnya.

Bentuk intervensi peer group untuk menanamkan sikap *caring* pada siswa SD Pancoran Mas VI memperlihatkan hasil yang cukup memuaskan dimana terjadi peningkatan pada setiap komponen sikap *caring* dan sikap *caring* secara keseluruhan walaupun tidak terlalu besar. Hal ini sesuai dengan pendapat Kozier et al. (2004) yang menyatakan bahwa perilaku *caring* mungkin tidak dapat memperlihatkan hasil secara langsung, namun manfaat *caring* sering ditemukan dalam proses itu sendiri, berupa keterlibatan dan keterkaitan. Dalam proses intervensi, para siswa sudah memperlihatkan keterlibatan dan keterkaitan dalam setiap tugas yang diberikan dalam kelompoknya.

Perkembangan kognitif pada anak usia sekolah merupakan suatu kesempatan yang dapat dimanfaatkan untuk promosi kesehatan. Kemampuan kognitif anak meningkat yang secara dramatis, didukung dengan adanya keinginan untuk menguasai tugas-tugas dan kemampuan untuk mengembangkan penilaian moral (Edelman and Mandle, 1994), dapat menjadi suatu hal yang mendukung keberhasilan pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan. Meningkatnya perkembangan kognitif anak hendaknya juga

dapat disikapi dengan mengembangkan media yang cukup menarik untuk meningkatkan minat dan perhatian anak. Media film animasi yang menarik dan disertai lagu-lagu khas anak-anak yang digunakan dalam kegiatan ini terbukti dapat membuat anak memahami pesan-pesan yang disampaikan. Pemahaman anak akan pesan yang disampaikan terlihat dari kemampuan anak untuk mengulang informasi yang diberikan dan mempraktekkan sikap *caring* dengan teman-temannya dalam kelompok.

Pada anak usia sekolah, persahabatan bukan hanya karena terlibat dalam aktifitas yang sama, tetapi lebih kepada hubungan yang disepakati satu sama lain, dimana anak menyukai kualitas personal dan berespon terhadap keinginan dan kebutuhan satu sama lain. Bagi anak usia sekolah, persahabatan didasarkan atas upaya kebaikan yang menandakan bahwa seseorang dapat diandalkan atau dapat dipercaya untuk mendukung orang lain. Karena sifat ini, persahabatan anak pada usia sekolah menjadi lebih selektif (Berk, 2001). Ini terlihat ketika kelompok anak kelas III digabungkan dengan kelompok anak kelas IV. Anak kelas III terlihat menjadi kurang aktif dan lebih banyak diam. Ketika diberikan tugas untuk merancang drama bersama dengan anak kelas IV, anak kelas III cenderung tidak mau berbaur dengan anak kelas IV untuk merancang dan berlatih drama. Akibatnya pada pertemuan terakhir, hanya anak kelas IV yang dapat menampilkan drama sesuai dengan tugas yang diberikan. Sifat selektifitas terhadap teman sebaya ini dapat menjadi suatu ancaman dalam keberhasilan kegiatan promosi kesehatan. Hal ini menjadi suatu masukan yang berarti dalam implementasi kegiatan promosi kesehatan berikutnya. Pada kegiatan-kegiatan selanjutnya, hendaknya homogenitas peer group harus dipertahankan.

Peningkatan penerapan sikap *caring* yang ditunjukkan oleh siswa SD Pancoran Mas VI membuktikan pendapat Borba (2001) bahwa semua kebajikan tersebut dapat diajarkan, dicontohkan, disadarkan serta didorong sehingga dapat dicapai anak. Tujuh kebajikan ini akan membantu anak menghadapi tantangan dan tekanan etika

yang tidak dapat dihindarkan dalam kehidupannya kelak. Tujuh kebajikan ini juga akan melindungi anak agar tetap berada di jalan yang benar dan membantunya agar selalu bermoral dalam bertindak. Penerapan tujuh kebajikan ini juga akan meningkatkan kemampuan anak menghadapi meningkatnya beban dalam keluarga yang ditimbulkan oleh peristiwa hidup yang penuh tekanan. Anak diharapkan dapat memberikan dukungan sosial bagi keluarganya dengan menerapkan tujuh kebajikan tersebut. Dukungan sosial dapat membantu keluarga dalam menghadapi kesulitan dan pengalaman hidup yang penuh tekanan dan dalam meningkatkan kesejahteraan emosional dan fisik (Pender, 1996).

Peningkatan penerapan sikap *caring* pada siswa SD Pancoran Mas merupakan *health promoting behavior* yang menjadi salah satu dari *behavioral outcome* dari *health promotion model* (HPM). *Health promoting behavior* merupakan titik akhir atau tujuan tindakan dalam HPM yang pada akhirnya diarahkan untuk mencapai *positive health outcome*. Bila *health promoting behavior* diintegrasikan dalam gaya hidup yang menyatu dalam seluruh aspek kehidupan, maka dapat menghasilkan suatu pengalaman kesehatan yang positif di sepanjang kehidupan manusia (Pender, 1996). Dengan demikian bila para siswa dapat mengintegrasikan sikap *caring* dalam seluruh aspek kehidupannya, maka akan dicapai suatu pengalaman hidup yang positif yang dapat meningkatkan kesehatan. Untuk itu dibutuhkan peran orang tua dan guru untuk dapat mengintegrasikan sikap *caring* dalam kehidupan siswa sehari-hari dengan menciptakan suasana yang kondusif agar siswa dapat mengekspresikan sikap *caring* pada orang-orang di sekitarnya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulannya adalah: (1) Intervensi penanaman sikap *caring* pada anak usia sekolah dalam kelompok teman sebaya dapat meningkatkan penerapan sikap *caring* anak sehari-hari (30,8%). Hal ini dapat dilihat dari peningkatan penerapan komponen empati (38,5%), hati nurani (46,2%), kontrol diri (46,2%), rasa hormat

(30,8%), kebaikan hati (23,1%), toleransi (46,2%) dan keadilan (23,1%). (2) Penanaman sikap *caring* pada usia sekolah dapat meningkatkan kesadaran anak tentang peran yang diharapkan oleh keluarga dan masyarakat. (3) Intervensi pendidikan kesehatan tentang sikap *caring* dalam peer group dapat meningkatkan kemampuan anak untuk menunjukkan kasih sayang dan kepedulian pada keluarga dan masyarakat. (4) Penanaman sikap *caring* dapat meningkatkan kemampuan anak untuk bekerjasama dalam lingkup keluarga dan masyarakat pada umumnya dan dalam kelompok teman sebaya pada khususnya. (5) Peningkatan sikap *caring* pada anak usia sekolah diharapkan dapat meningkatkan kemampuan anak-anak dalam menghadapi meningkatnya beban dalam keluarga yang ditimbulkan oleh peristiwa hidup yang penuh tekanan.

Sedangkan sarannya adalah: (1) Pihak sekolah hendaknya dapat melanjutkan kegiatan penanaman sikap *caring*, baik dalam kegiatan intra-kulikuler atau ekstra-kulikuler. (2) Pihak sekolah hendaknya dapat menciptakan suasana yang kondusif bagi siswa untuk menerapkan sikap *caring* di sekolah dan mendorong orang tua untuk melakukan hal yang sama di rumah. (3) Untuk meningkatkan penerapan sikap *caring* di sekolah, setiap guru memberikan *reward/reinforcement* positif bagi siswa yang dapat mengekspresikan sikap *caring* dengan tepat pada teman-temannya.

#### KEPUSTAKAAN

Badan Pusat Statistik. (2006). *Statistik Indonesia*. Jakarta: BPS Indonesia.

Berk, Laura E. (2001). *Development through the lifespan* (2<sup>nd</sup> Ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon

Borba, M. (2008). *Membangun kecerdasan moral: Tujuh kebajikan utama agar anak bermoral tinggi*. Terjemahan. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

Depagri. (2005). *Surat Mendagri, Nomor: 414.3/316/PMD tanggal 17*

*Februari 2003 tentang sistem pendataan profil desa dan profil kelurahan*. Badan Pemberdayaan Masyarakat Daerah, Provinsi Jawa Barat.

Edelman, & Mandle. (1994). *Health promotion through the lifespan* (3<sup>rd</sup> Ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Kozier, et al. (2004). *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice* (7<sup>th</sup> Ed.). Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4<sup>th</sup> Ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Roy & Andrews. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement*. East Norwalk: Appleton & Lange.

