

Dr. Hj. Emy Rianti, MKM



Personal Higiene Dalam Perspektif Islam

Pengantar:

Prof. Dr. Didin Saepuddin, MA



PERSONAL HIGIENE DALAM PERSPEKTIF ISLAM

Dr. Hj. Emy Rianti, MKM



PERSONAL HIGIENE DALAM PERSPEKTIF ISLAM

Penulis : Dr. Hj. Emy Rianti, MKM
Pembaca Ahli : Prof. Dr. Ahmad Rodoni, MM
Desain Sampul : Muhammad Amin Budiman, SIA
Layout : Din Fadhila, SE

ISBN: 978-602-6902-46-7

Penerbit

Cinta Buku Media

Redaksi:

Alamat : Jl. Musyawarah, Komplek Pratama A1 No.8
Kp. Sawah, Ciputat, Tangerang Selatan
Hotline CBMedia 0858 1413 1928
e_mail: cintabuku_media@yahoo.com

Cetakan: Ke-1 Maret 2017

All rights reserved

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Ucapan Terima Kasih

Bismillāhirrahmānirrahīm

Segala puji bagi Allah Swt atas segala limpahan rahmat dan karunia Nya kepada kita semua. Shalawat dan salam semoga selalu terlimpahkan kepada Nabi dan Rasul yang mulia Muhammad Saw beserta segenap keluarganya, sahabatnya serta umatnya sampai akhir zaman.

Buku yang berjudul “Personal Higiene dalam Perspektif Islam” ini merupakan tugas akhir dalam rangka memperoleh gelar doktor pengkajian Islam konsentrasi Agama dan Kesehatan pada Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Penulisan buku ini dapat terselesaikan berkat dukungan, bimbingan, arahan, bantuan, motivasi dan doa dari banyak pihak.

Ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada yang terhormat: Prof. Dr. Dede Rosyada, MA selaku Rektor UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; Prof. Dr. Masykuri Abdillah selaku Direktur Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Prof. Dr. Didin Saepuddin, MA selaku Ketua Program Doktor dan Dr. JM. Muslimin, MA selaku Ketua Program Magister; Prof. Dr. Ahmad Rodoni, MM dan Prof. Dr. dr. MK. Tadjudin, Sp. And selaku promotor, yang telah banyak memberikan arahan, koreksi dan motivasi dalam menyelesaikan studi ini, semoga menjadi amal jariyah di sisi Allah Swt; Seluruh dosen Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Prof. Dr. Abuddin Nata, MA., Prof. Dr. Arif Sumantri, M.Kes., Prof. Dr. dr. Buchari Lapau, MPH., Prof. Dr. dr. Nila Djuwita F. Mocloek, Sp. M., Prof. Dr. Amany Burhanudin Lubis, MA., Prof. Dr. Murodi, MA., Prof. Dr. H. M. Atho Mudzhar, MSPD., Prof. Dr. Andi Faisal Bakti, MA., Prof. Dr. R. Mulyadhi Kartanegara, MA., Prof. Dr. Ahmad Thib Raya, MA., Dr. Fuad Jabali, MA., Dr. Asep Saepudin Jahar, MA., Prof. Dr. Fathurrahman Djamil, MA., Prof. Dr. Sukron Kamil, MA.,

Prof. Dr. Yunasril Ali, MA., Prof. Dr. Iik Arifin Mansurnoor, MA., Prof. Dr. Munzier Suparta, MA., dan yang tidak penulis sebutkan satu-persatu yang telah memberikan ilmu, pengalaman, masukan dan saran. Prof. Dr. Azyumardi Azra, MA selaku Direktur Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta periode 2007-2015, Prof. Dr. Suwito, MA selaku Ketua Program Doktor dan Dr. Yusuf Rahman, MA selaku Ketua Program Magister yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimba ilmu di Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Pimpinan dan staf akademik serta administrasi Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta antara lain Mba Vhemy, Mba Ima, Mas Adam, Mas Arief, Mas Jayadi dkk; Ibu Alfida MLIS selaku Pimpinan perpustakaan Riset Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta beserta staf; Pimpinan dan staf perpustakaan FKM UI Depok; Seluruh rekan-rekan Mahasiswa Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; Dr. Nurul Huda Ma'arif, MA selaku Pimpinan Pondok Pesantren Qothrotul Falah Banten; Bapak Ustadz Azman, MA dan Bapak Zarkasih, MA selaku Pimpinan dan staf Pondok Pesantren Al Hamidiyah Depok.

Ibu Ani Nuraeni S.Kp., M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Jakarta I beserta jajarannya, Ibu Dra. Mumun Munigar, MA.Kes selaku ketua jurusan kebidanan dan rekan-rekan dosen serta civitas akademik Poltekkes Kemenkes Jakarta I; Dr. Agus Triwinarto, SKM, MKM Kasubbid Gizi dan Kesehatan Keluarga, Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, peneliti sekaligus teman diskusi terkait tema penulisan; sahabat Dr. Moh. Asy'ari Muthhar, M.Fil.I., dan Dr. Adzan Noor Bakri, SE.Sy., MA.Ek.

Teruntuk ayahanda dan ibunda tercinta, teriring doa *'Rabbi ighfir li wa li walidayya warhamhuma kama rabbayani shaghira'*, tidak terbalas doa dan kasih sayang yang tercurahkan kepada penulis, semoga menjadi jalan mendapat kebahagiaan dan kedudukan mulia dunia akhirat dari Allah Swt; Untuk suami almarhum, *'Allahumma ighfir lahu warhamhu wa'afih wa'fu 'anhu'*; Untuk anak-anakku tersayang yang selalu memberikan doa serta dukungan; Muhammad Amin Budiman,

SIA., Din Fadhila, SE., Mizan Hasanah, S.Psi., Arief Rahman Saleh, menantu Ari Sugeng Rizkianto, Ety Rena Faulina, Amd.Rad., dan cucu Rizki Satria Bagaskara, Rizki Malika Najmussabah. *‘Rabbi ij‘alni muqīma ashalāti wa min dzurriyyati rabbana wa taqabbal du‘ā’*; Tidak lupa adik-adikku Nasrun, Syaifullah, Farida, Ramdani, Mirza, Ison, Ayatina, Ayatullah, Hijrah, Sandra dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, *‘jazākum Allāh khairā kathirā’*.

Penulis menyadari bahwa selama mengikuti pendidikan doktor, tidak luput dari kesalahan dan kekhilafan baik berupa tindakan, sikap maupun perkataan yang disengaja atau tidak, untuk itu dengan ketulusan hati penulis mohon maaf. Semoga segala bantuan dan doa yang diberikan semua pihak dengan keikhlasan dan kemurahan hati akan mendapat balasan dari Allah Swt.

Buku ini tidak sempurna, bagi pembaca yang ingin memberikan masukan atau saran dapat melalui email penulis di emyrianti @ gmail.com. Semoga buku ini mampu memberikan pandangan ilmiah dan sebuah solusi bagi keberlangsungan pondok pesantren di Indonesia bahkan di dunia untuk masa mendatang. *‘Rabbi zidni ‘ilmā wa urzuqni fahmā’*.

Depok, Maret 2017
Penulis.

Abstrak

Disertasi ini mendukung model *Contextual Considerations for Behavior Change* dalam teori *Precede-Proceed* yang dikembangkan oleh Lawrence W. Green (2008) dan Marshall W. Kreuter (2000), yang menyatakan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh kesehatan. Teori lain yang mendukung adalah Ibnu Miskawaih (320-421H / 940-1030M) dan Al-Ghazali (450-505H / 1058-1111M) menyatakan bahwa etika sebagai bagian dari usaha untuk meningkatkan sikap serta perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan menurut Ibnu Sina (370-428H / 980-1037M), tujuan pendidikan paling esensial yaitu membentuk manusia yang berkepribadian akhlak mulia, meliputi segala aspek kehidupan yaitu aspek pribadi, sosial dan spiritual.

Disertasi ini sejalan dengan pakar kebersihan Islam Yusuf Al Qaradhawi (2004) dalam *Fikih Thaharah*, Wahbah Az Zuhaili (2011) dalam *Fikih Islam* dan Aburrahman dalam *Konsep Kebersihan Dalam Islam*, yang merumuskan bahwa Islam memiliki fokus yang lebih terhadap kebersihan, bukan hanya bersih tetapi juga suci. Teori kesehatan lain yang mendukung antara lain *Health Belief Model* oleh Nancy & Marshall (1974); *Theory of Reasoned Action* oleh Ajzen & Fishbein (1980); *Thoughts and Feelings Theory* oleh WHO (1990); dan *Bloom's Taxonomy* (1956) yang menyatakan bahwa terbentuknya perilaku dimulai pada domain kognitif berupa pengetahuan, yang menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap dan pada akhirnya menimbulkan respon lebih tinggi berupa tindakan.

Desain penelitian ini adalah *Sequential Explanatory Design*, metode gabungan *Cross Sectional Design* dan *Ethnography Design*. Menggunakan data primer, melibatkan dua pondok pesantren kemudian di lakukan komparasi perilaku personal hygiene. Data diolah dan dianalisis dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.

Pedoman Transliterasi

Pedoman transliterasi Arab-Latin yang digunakan adalah Ala-Lc Romanization Tables, yaitu sebagai berikut :

A. Konsonan

Initial	Romanization	Initial	Romanization
ا	omit	ض	d
ب	b	ط	t
ت	t	ظ	z
ث	th	ع	'
ج	j	غ	gh
ح	ḥ	ف	f
خ	kh	ق	q
د	d	ك	k
ذ	dh	ل	l
ر	r	م	m
ز	z	ن	n
س	s	ه, ة	h
ش	sh	و	w
ص	ṣ	ي	y

B. Vokal

1. Vokal Tunggal

Tanda	Nama	Huruf Latin	Nama
َ	fathāh	a	a
ِ	kasrah	i	i
ُ	ḍammah	u	u

2. Vokal Rangkap

Tanda	Nama	Gabungan Huruf	Nama
َ...َ	fathāh dan ya	ai	a dan i
َ...ِ	fathāh dan wau	au	a dan w

Contoh : حَسِين : Ḥusain, حَوْل : Ḥaul

3. Vokal Panjang

Tanda	Nama	Gabungan Huruf	Nama
أَ	fathāh dan alif	ā	a dan garis di atas
إِ	kasrah dan ya	ī	i dan garis di atas
أُ	ḍammah dan wau	ū	u dan garis diatas

C. **Tā' marbūṭah (ة)**

Tā' marbūṭah (ة) di akhir kata bila dimatikan ditulis h.

Contoh : امرأة : Mar'ah, مدرسة : Madrasah

(Ketentuan ini tidak digunakan terhadap kata-kata Arab yang sudah diserap ke dalam bahasa Indonesia seperti shalat, zakat dan sebagainya kecuali dikehendaki lafadz aslinya).

D. **Shaddah**

Shaddah/ tasydīd dilambangkan dengan huruf, yaitu huruf yang sama dengan huruf bershaddah.

Contoh : ربّنا : Rabbana, شوّال : Shawwāl.

E. **Kata Sandang Alif + Lām**

1. Apabila diikuti dengan huruf qamariyah ditulis al.

Contoh : القلم : al-Qalam

2. Apabila diikuti oleh huruf shamsiyah ditulis dengan menggandeng huruf shamsiyah yang mengikutinya serta menghilangkan huruf l-nya.

Contoh : الشمس : Ash-Shams, الناس : An-Nās.

F. **Pengecualian Transliterasi**

Adalah kata-kata bahasa Arab yang telah lazim digunakan di dalam bahasa Indonesia, seperti الله, asmā'al-husnā dan ibn, kecuali menghadirkannya dalam konteks aslinya dan dengan pertimbangan konsistensi dalam penulisan.

Kata Pengantar

Personal Higiene Dalam Perspektif Islam

Oleh: Prof. Dr. Didin Saepuddin, MA

Segala puji bagi Allah yang telah melimpahkan nikmat Nya kepada kita semua. Shalawat dan salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad Saw yang telah menunjukkan umatnya ke jalan yang terang benderang.

Saat ini, adalah naif jika umat Islam belum memaknai kebersihan secara kontekstual, sehingga orang Islam dipandang suci tetapi tidak bersih. Padahal keterkaitan agama dan kebersihan serta kesehatan tidak bisa dinafikan.

Islam adalah agama sempurna, agama terakhir yang diturunkan Allah Swt melalui rasul Muhammad Saw. Sebagai agama paripurna, Islam mengatur segala hal yang berhubungan dengan manusia. Islam mengatur hubungan manusia dengan Sang Khāliq dalam bentuk ibadah, Islam mengatur hubungan manusia dengan sesama manusia atau *mu'āmalah*, begitu pula Islam mengatur interaksi manusia dengan alam sekitar. Dalam mengatur ketiga bentuk interaksi manusia tersebut Islam memberikan rambu-rambu yang jelas yang harus dijalankan untuk kesejahteraan hidup. Salah satu rambu yang diberikan Islam terkait dengan ketiga hubungan tersebut adalah tentang kebersihan. Seorang hamba diharuskan untuk membersihkan diri terlebih dulu sebelum melakukan interaksi dengan Allah Swt. Kebersihan sebelum berinteraksi dengan Allah Swt ini dipraktikkan dengan mandi, wudhu ataupun tayammum. Demikian pentingnya bersih dan suci dalam Islam, sehingga sebagian ulama mengatakan “kunci surga adalah shalat dan kunci shalat adalah bersuci”. Ketika berinteraksi dengan sesama manusia kita diajarkan untuk selalu dalam keadaan bersih terutama untuk kenyamanan serta keselamatan diri dan orang lain, begitu juga dalam

berinteraksi dengan alam sekitar kita diperintahkan untuk selalu menjaga lingkungan supaya tetap bersih dan aman. Islam merupakan pedoman hidup yang mengatur dan membimbing manusia berakal untuk kebahagiaan di dunia dan akhirat. Sisi-sisi kehidupan manusia sekecil apapun menjadi perhatian Islam, termasuk dalam hal kebersihan dan kesehatan.

Studi ini menarik karena menggabungkan dua perspektif personal hygiene dari perspektif personal hygiene secara umum dan dari perspektif Islam, sehingga diharapkan dapat menjadi langkah awal konsep model perilaku personal hygiene bagi komunitas pondok pesantren di Indonesia. Studi ini dilakukan di lembaga pendidikan Islam yaitu pondok pesantren. Pondok pesantren tidak hanya berfungsi untuk mengajarkan ilmu agama, tetapi juga tempat membentuk karakter intelektual agamis sebagai aset bangsa dan negara ke depan.

Selanjutnya buku ini menggambarkan praktik kebersihan santri di dua pondok pesantren yang berbeda, gambaran penyakit yang dialami, dan persamaan serta perbedaan faktor yang berpengaruh terhadap keduanya. Dasar perbedaan dua pondok pesantren yang dibandingkan adalah perbedaan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, kualitas air berasal dan lokasi tempat pondok pesantren. Selamat membaca. Semoga bermanfaat.

Daftar Isi

UCAPAN TERIMA KASIH.....	iii
ABSTRAK.....	vi
TRANSLITERASI.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
KATA PENGANTAR.....	xvi

BAB I

PENDAHULUAN.....

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Permasalahan.....	16
C. Tujuan Penelitian.....	18
D. Manfaat Penelitian.....	18
E. Penelitian Terdahulu yang Relevan.....	20
F. Metodologi Penelitian.....	26
G. Sistematika Pembahasan.....	39

BAB II

ISLAM DAN KESEHATAN

A. Islam dan Perkembangan Kesehatan.....	42
B. Islam dan Pendidikan Pesantren.....	47
C. Konsep Dasar Kesehatan.....	53
D. Personal Higiene.....	54
E. Model Perilaku Kesehatan.....	76

BAB III

PRAKTIK PERSONAL HIGIENE SANTRI DI PONDOK PESANTREN AL HAMIDIYAH DAN QOTHROTUL FALAH

A.	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	92
B.	Praktik Personal Higiene Santri di Pesantren Al Hamidiyah	107
C.	Praktik Personal Higiene Santri di Pesantren Qothrotul Falah	116

BAB IV

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERSONAL HIGIENE DI PONDOK PESANTREN AL HAMIDIYAH DAN QOTHROTUL FALAH

A.	Faktor yang Berpengaruh dan Faktor Dominan terhadap Perilaku Personal Higiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah.....	125
B.	Faktor yang Berpengaruh dan Faktor Dominan terhadap Perilaku Personal Higiene di Pesantren Qothrotul Falah.....	163

BAB V

PERBANDINGAN PERILAKU PERSONAL HIGIENE DI PONDOK PESANTREN AL HAMIDIYAH DAN QOTHROTUL FALAH

A.	Perbedaan Karakteristik Responden.....	184
B.	Perbandingan Faktor yang Berpengaruh.....	192
C.	Peran dan Kontribusi Persamaan dan Perbedaan Faktor Dominan.....	199

BAB VI

PENUTUP

A.	Kesimpulan.....	209
B.	Rekomendasi.....	211

DAFTAR PUSTAKA.....	213
----------------------------	------------

GLOSARI.....	227
---------------------	------------

INDEKS.....	231
--------------------	------------

LAMPIRAN.....	235
----------------------	------------

BIODATA PENULIS.....	245
-----------------------------	------------

Daftar Tabel

Tabel 3.1	Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah.....	108
Tabel 3.2	Distribusi Responden berdasarkan Jenis kelamin.....	110
Tabel 3.3	Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit.....	110
Tabel 3.4	Distribusi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku.....	112
Tabel 3.5	Karakteristik Orang Tua Responden.....	113
Tabel 3.6	Prevalensi Penyakit di Pesantren Al Hamidiyah.....	114
Tabel 3.7	Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah.....	116
Tabel 3.8	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....	117
Tabel 3.9	Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit.....	117
Tabel 3.10	Distribusi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku.....	118
Tabel 3.11	Karakteristik Orang Tua Responden.....	119
Tabel 3.12	Prevalensi Penyakit di Pesantren Qothrotul Falah.....	121
Tabel 4.1	Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah.....	126
Tabel 4.2	Pengetahuan dengan Perilaku.....	134
Tabel 4.3	Sikap dengan Perilaku.....	140
Tabel 4.4	Pendidikan Ibu dengan Perilaku.....	144
Tabel 4.5	Pendidikan Ayah dengan Perilaku.....	148
Tabel 4.6	Pekerjaan Ibu dengan Perilaku.....	149
Tabel 4.7	Pekerjaan Ayah dengan Perilaku.....	150
Tabel 4.8	Pendapatan Keluarga dengan Perilaku.....	152
Tabel 4.9	Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku.....	153
Tabel 4.10	Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku.....	155
Tabel 4.11	Prevalensi Skabies dengan Perilaku.....	156
Tabel 4.12	Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku.....	157
Tabel 4.13	Prevalensi Diare dengan Perilaku.....	158

Tabel 4.14 Prevalensi Demam dengan Perilaku.....	159
Tabel 4.15 Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku.....	161
Tabel 4.16 Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana.....	162
Tabel 4.17 Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Al Hamidiyah	163
Tabel 4.18 Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah.....	164
Tabel 4.19 Pengetahuan dengan Perilaku	165
Tabel 4.20 Sikap dengan Perilaku	166
Tabel 4.21 Pendidikan Ibu dengan Perilaku	167
Tabel 4.22 Pendidikan Ayah dengan Perilaku	168
Tabel 4.23 Pekerjaan Ibu dengan Perilaku	169
Tabel 4.24 Pekerjaan Ayah dengan Perilaku	170
Tabel 4.25 Pendapatan Keluarga dengan Perilaku	171
Tabel 4.26 Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku	172
Tabel 4.27 Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku	173
Tabel 4.28 Prevalensi Skabies dengan Perilaku.....	174
Tabel 4.29 Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku	175
Tabel 4.30 Prevalensi Diare dengan Perilaku	176
Tabel 4.31 Prevalensi Demam dengan Perilaku	177
Tabel 4.32 Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku	178
Tabel 4.33 Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana.....	180
Tabel 4.34 Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Qothrotul Falah	181
Tabel 5.1 Perbedaan Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku....	184
Tabel 5.2 Perbedaan Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekwensi Sakit.....	185
Tabel 5.3 Perbedaan <i>Predisposing Factors</i>	187
Tabel 5.4 Perbedaan <i>Reinforcing Factors</i>	188
Tabel 5.5 Perbedaan <i>Enabling Factor</i>	189
Tabel 5.6 Perbedaan <i>Environment Factors</i>	191
Tabel 5.7 Perbedaan dan Persamaan Faktor yang Berpengaruh	193
Tabel 5.8 Perbandingan Reinforcing Factors.....	195
Tabel 5.9 Perbandingan Enabling Factor.....	197
Tabel 5.10 Perbandingan Environment Factors.....	198
Tabel 5.11 Perbedaan dan Persamaan Faktor Dominan.....	200

Daftar Gambar

Gambar 1.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	31
Gambar 2.1	Contextual Considerations for Behavior Change: Intervention/ Method Selection	82

Daftar Lampiran

Lampiran 1	PSP dan <i>Informed Consent</i>	235
Lampiran 2	Kuesioner Penelitian.....	237

Bab I

Pendahuluan

A. Latar Belakang Masalah

Islam mempunyai perhatian yang sangat tinggi terhadap kebersihan dan kesucian (*tahārah*). Perhatian Islam tidak hanya terhadap kebersihan yang terlihat (*hissiy*), namun juga terhadap kebersihan yang tidak terlihat dzatnya (*ma'nawī*). Agama-agama lain tidak memiliki fokus yang sedemikian hebat terhadap masalah kebersihan, melebihi perhatian Islam pada kebersihan.¹ Perhatian Islam terhadap kebersihan ini dapat dimaklumi karena sebagaimana tujuan utama diutusnya Nabi Muhammad Saw adalah sebagai rahmat bagi semesta alam. Hal ini termaktub dalam al-Qur'ān:

وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا رَحْمَةً لِّلْعَالَمِينَ

“Dan tiadalah Kami mengutus kamu, melainkan untuk (menjadi) rahmat bagi semesta alam”. (QS. al-Anbiyā: 107).

Ayat tersebut menjelaskan bahwa Allah Swt mengutus rasul-Nya Muhammad Saw untuk menjadi rahmat bagi seluruh alam. Alam yang dimaksud terdiri dari beberapa kelompok makhluk seperti alam manusia, alam malaikat, alam jin, alam hewan. Nabi Muhammad Saw diutus sebagai rahmat bagi mereka semua. Adapun ayat pertama turun yang memerintahkan untuk menjaga kebersihan terdapat dalam surah al-Mudaththir:

وَتِيَابِكَ فَطَهِّرْ

“Dan pakaianmu bersihkanlah”. (QS. al-Mudaththir: 4).

Kebersihan merupakan salah satu perbuatan yang Allah Swt cintai, sebagaimana Allah menyatakan dalam surah at-Taubah:

فِيهِ رَجَالٌ يُحِبُّونَ أَن يَتَطَهَّرُوا وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُطَهَّرِينَ

¹ Yusuf al-Qaradhawī, *Fikih Taharah*. Edisi Indonesia. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar, 2004. Hal 11.

“Di dalamnya ada orang-orang yang ingin membersihkan diri. Dan Allah menyukai orang-orang yang bersih”. (QS. at-Taubah: 108).

Allah Swt juga berfirman mengenai wanita-wanita yang haid dalam al-Qur’an surah al-Baqarah:

إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ

“Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang tobat dan menyukai orang-orang yang menyucikan diri”. (QS. al-Baqarah: 222).

Dalam sebuah hadis, Abū Mālak al-Hārīts bin Āshim al-Asy’arī Ra mengatakan bahwa Rasulullah Saw bersabda:

النَّظَافَةُ تَدْعُو إِلَى الْإِيمَانِ

“Bersuci adalah separuh dari keimanan”²

Terdapat 162 hadis dalam kitab *ṭahārah* yang membahas tentang kebersihan.³ Dari sekian banyak hadis tersebut, terdapat dua pendapat ulama yang masyhur tentang makna bersuci: *pertama*, bersuci diartikan dengan bersuci dari najis atau kotoran maknawi, yaitu dosa-dosa, baik dosa batin maupun dosa lahir. Iman ada dua bentuk, yaitu meninggalkan dan melakukan, maka tatkala sudah meninggalkan dosa-dosa berarti sudah memenuhi separuh iman. *Kedua*, bersuci diartikan bersuci menggunakan air. Bersuci dengan air ada dua macam, yaitu bersuci dari hadas kecil dan hadas besar. Bila bersuci diartikan dengan suci dari hadas kecil dan hadas besar, maka yang dimaksud dengan iman adalah shalat. Jadi bersuci itu separuh dari shalat. Oleh sebab itu, *ṭahārah* dikedepankan daripada shalat. *Ṭahārah* menjadi kunci dari ibadah shalat.

² Abu Isa Abdulloh bin Salam. Ringkasan Syarah Arba’in An-Nawawi-Syaikh Shalih Alu Syaikh Hafizhohulloh. *Suci Adalah Sebagian Dari Iman*. Hadis ke-23 (HR. Muslim). HadisWeb: Kumpulan dan Referensi Belajar Hadis. Gema Insani Press: sofyamadinah.cc, <http://opi.110mb.com>, 2007.

³ Sofyan Efendi, Kitab Hadis Bulughul Maram Min Adillatil Ahkam oleh al-Hafidz Ibnu Hajar al-Ashqolani. *Kitab Ṭahārah*. HadisWeb: Gema Insani Press: sofyamadinah.cc, <http://opi.110mb.com>, 2007.

Kunci surga adalah shalat dan kunci shalat adalah bersuci.⁴ Abu Hurairah Ra meriwayatkan hadis dari Rasulullah Saw, Nabi bersabda:

لَا تُقْبَلُ صَلَاةُ أَحَدِكُمْ إِذَا أَحْدَثَ حَتَّى يَتَوَضَّأَ

“Shalat salah seorang di antara kalian tidak akan diterima apabila ia berhadis hingga ia berwudhu.”⁵

Ṭahārah menurut arti bahasa adalah bersih dan suci dari najis *hissi* seperti kencing, dan najis ma'nawi seperti aib dan maksiat. Adapun *ṭahārah* menurut istilah *syara'* adalah bersih dari najis *ḥaqiqi* yaitu *khabath* (kotoran) dan najis *ḥukmi* (hadas). *Khath* adalah sesuatu yang kotor menurut *syara'*. Hadas adalah sifat *syara'* yang melekat pada anggota tubuh dan dapat menghilangkan *ṭahārah*.⁶

Istilah *ṭahārah* dalam bahasa Arab juga berarti bebas dari kotoran, baik spiritual maupun fisik, karena bersuci adalah kunci untuk berdoa. Bersuci secara spiritual berarti bebas dari dosa dan penyembahan terhadap berhala dan menunjukkan percaya kepada keesaan Allah Swt dan hatinya bebas dari dosa, kesombongan, dan kemunafikan. Penyucian secara spiritual biasa diistilahkan dengan *tazkiyyah al-nafs*. Sementara bersuci secara fisik juga tidak kalah penting, sebelum seseorang berdiri di hadapan Allah Swt untuk solat atau berdoa, maka ia harus memastikan bahwa dirinya bebas dari kotoran fisik.⁷

Menurut para ulama, *ṭahārah* dibagi menjadi dua, yaitu; *pertama*, *ṭahārah hadath* atau menyucikan hadas yang dikhususkan pada badan. *Ṭahārah* jenis ini terbagi menjadi tiga macam, yaitu: bersuci dengan cara mandi untuk menghilangkan hadas besar, bersuci dengan cara wudhu untuk menghilangkan hadas kecil, serta bersuci dengan tayammum sebagai ganti apabila tidak dapat melakukan mandi atau

⁴ Yūsuf al-Qaradhawī, *Fikih Ṭaharah*. Edisi Indonesia. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar, 2004. Hal 11.

⁵ Sofyan Efendi, *Kumpulan Hadis dari Shahih Muslim: Kitab Bersuci (Shahih Muslim 330)*. HadisWeb: Kumpulan dan Referensi Belajar Hadis. Gema Insani Press: sofyannmadinah.cc, <http://opi.110mb.com>, 2007.

⁶ Wahbah az-Zuhaili, *Fikih Islam: Wa Adillatuhu*. Jilid 1. Edisi Indonesia. Depok: Gema Insani, 2011, hal. 202.

⁷ Aisha Stacey, *The Importance of Personal Hygiene in Islam*. Articles: Islamic Morals and Practices. Aisha Stacey©2009IslamReligion.com., 2009.

wudhu. *Kedua, tahārah kabats* atau menyucikan kotoran yang terdapat pada badan, pakaian, dan tempat. Cara bersuci ini dapat dilakukan dengan cara membasuh, mengusap, atau memercikkan air.⁸

Islam sebagai *al-dīn* merupakan pedoman hidup yang mengatur dan membimbing manusia berakal untuk kebahagiaan di dunia dan akhirat. Sisi-sisi kehidupan manusia sekecil apapun telah menjadi perhatian Islam, termasuk dalam hal yang berkaitan dengan kesehatan. Sistem kesehatan dalam Islam tercermin dalam ajaran syariat yang mewajibkan perbuatan membersihkan diri dari kotoran. Kebersihan adalah bagian yang penting dari nilai-nilai yang tinggi dan yang melekat dalam Islam.⁹ Sumber ajaran Islam adalah al-Quran dan al-sunnah yang di dalamnya menerangkan bukan hanya aspek peristilahan yang digunakan tetapi juga ditemukan bagaimana sesungguhnya ajaran Islam menyoroti kebersihan.¹⁰

Pesantren merupakan sebuah institusi pendidikan dan penyiaran Islam. Pesantren tidak hanya mengandung makna keislaman jika dilihat dari segi historis, tetapi juga keaslian (*indigenous*) Indonesia.¹¹ Lembaga serupa telah ada pada masa kekuasaan Hindu-Budha sebagai tempat untuk memperdalam ilmu agama. Ketika Islam datang, lembaga pesantren masih dipertahankan dan diteruskan dan diislamkan. Istilah pesantren berasal dari kata 'santri' dengan tambahan awalan 'pe' dan akhiran 'an' yang berarti tempat tinggal para santri. Menurut Johns, kata santri berasal dari bahasa Tamil yang berarti 'guru mengaji'. Menurut C.C Berg, terma tersebut berasal dari istilah '*shastrī*' yang dalam bahasa India berarti orang yang tahu buku-buku suci agama Hindu, atau seorang sarjana ahli kitab suci agama Hindu. Menurut Robson, kata santri berasal dari bahasa Tamil '*sattiri*' yang diartikan orang yang tinggal di sebuah rumah miskin atau bangunan keagamaan

⁸ Wahbah az-Zuhaili, *Fikih Islam: Wa Adillatuhu*. Jilid 1. Edisi Indonesia. Depok: Gema Insani, 2011, hal 203.

⁹ <http://www.islamonline.net/>, IslamAwareness@gmail.com.

¹⁰ Aburrahman, *Konsep Kebersihan Dalam Islam*. Perwakilan Pimpinan Pusat Persatuan Islam Republik Arab Mesir. Artikel: <http://persis.or.id>. 2008.

¹¹ Nurcholish Madjid, *Bilik-Bilik Pesantren: Sebuah Potret Perjalanan*. Jakarta: Paramadina, 1997.

secara umum. Santri dalam tradisi masyarakat Jawa umumnya adalah orang-orang miskin sehingga kehidupannya dikenal sangat sederhana.¹²

Secara umum pondok pesantren didefinisikan sebagai lembaga pendidikan yang memiliki lima elemen pokok yaitu: *pertama*; Pondok/asrama, merupakan tempat tinggal bagi para santri. *Kedua*; Masjid, merupakan tempat untuk mendidik para santri terutama dalam praktik seperti shalat, pengajian kitab klasik, pengkaderan kyai. *Ketiga*; pengajaran Kitab-kitab klasik, merupakan tujuan utama pendidikan di pondok pesantren. *Kecmpat*; Santri, merupakan sebutan untuk Siswa/murid yang belajar di Pondok pesantren. *Kelima*; kyai, merupakan pimpinan pondok pesantren. Dalam buku Tradisi Pesantren karangan Zamakhsyari Dhofier tahun 1982, kata kyai sendiri adalah gelar yang diberikan masyarakat kepada seorang ahli agama Islam yang menjadi pimpinan pesantren dan mengajarkan Kitab-kitab klasik.¹³

Pondok pesantren di Indonesia memiliki peran yang sangat besar, baik bagi kemajuan pendidikan Islam itu sendiri maupun bagi bangsa Indonesia secara keseluruhan. Berdasarkan catatan yang ada, kegiatan pendidikan agama di Nusantara telah dimulai sejak tahun 1596. Kegiatan agama inilah yang kemudian dikenal dengan nama Pondok Pesantren. Bahkan dalam catatan Howard M. Federspiel salah seorang pengkaji ke-Islam-an di Indonesia, menjelang abad ke-12 pusat-pusat studi di Aceh dan Palembang (Sumatera), di Jawa Timur dan di Gowa (Sulawesi) telah menghasilkan tulisan-tulisan penting dan telah menarik santri untuk belajar.¹⁴

Pesantren pada mulanya merupakan pusat penggemblengan nilai-nilai dan penyiaran agama Islam. Namun dalam perkembangannya, kini pesantren tidak lagi berkuat pada kurikulum yang berbasis keagamaan (*regional-based curriculum*), tetapi juga kurikulum yang menyentuh persoalan masyarakat (*society-based curriculum*). Pesantren

¹² Azyumardi Azra, *Sejarah Perkembangan Madrasah*. Jakarta: Dirjen Pembinaan Kelembagaan Agama Islam Depag RI., 2000, hlm. 96.

¹³ Dhofier, Zamakhsyari, *Tradisi Pesantren*. Jakarta: LP3ES, 1982.

¹⁴ Kementerian Agama Republik Indonesia, *Analisis Statistik Pendidikan Islam Tahun 2011/2012*. <http://pendis.kemenag.go.id/>. 2011, artikel, pdf, hal. 69.

sebagai sampel institusi pendidikan yang mengemas dua lingkup pendidikan formal dan non-formal dalam satu durasi kurikulum *full-time*, terbukti sangat kontributif terhadap pengembangan pendidikan Indonesia, dan bahkan juga terhadap pengembangan idealisme pendidikan nasional. Terlepas beragamnya corak pesantren yang tersebar di seluruh Indonesia, secara umum bahwa spesialisasi dan keahlian dominan para alumni pesantren kebanyakan berpusat pada cabang-cabang ilmu ke-Islaman dan penguasaan bahasa Arab. Cikal-bakal inilah yang mendorong dipilihnya beberapa universitas di Timur Tengah sebagai salah satu kelanjutan studi terbesar bagi alumni pesantren. Peran dan kontribusi alumni mahasiswa Indonesia di Timur Tengah telah mengakar panjang sejak abad ke-17 hingga sekarang. Abad ke-17 hingga awal abad ke-19 telah tercatat nama-nama Hamzah Fansuri, Nuruddin ar-Raniri, Abdul Rauf Singkili, Yussuf Makassar, Abdul Samad Palimbani, Khatib Minangkabawi, Nawawi al-Bantani, Arsyad al-Banjari dan lain-lain, yang merupakan peletak pembaruan Islam di Nusantara. Sosok-sosok ini telah melahirkan karya-karya besar di bidang Fikih, Tafsir, Hadis, dan Tasawuf. Citra intelektual dan ekspansi karya sosok-sosok ini bukan hanya sebatas taraf domestik nusantara, tapi juga sampai diakui di kawasan Timur Tengah. Akhir abad ke-19 hingga abad ke-20 kita juga mengenal profil-profil seperti Ahmad Dahlan, Hasyim Asy'ari, Wahid Hasyim, Buya Hamka, Iljas Jacob, Mahmud Junus, Abdul Kahar Mudzakkir, Muchtar Lutfi, M. Rasjidi, Harun Nasution, Jusuf Sa'ad. Sosok-sosok mereka merupakan pondasi besar bagi citra intelektual Indonesia di Mesir dan di Timur Tengah secara umum. Beberapa dari mereka adalah motor kesadaran politik bagi mahasiswa Indonesia di Mesir, sekaligus sebagai sumber simpati masyarakat Timur Tengah terhadap martabat intelektualitas Indonesia. Sosok mereka bisa mendorong pengakuan Mesir dan Liga Arab terhadap kemerdekaan Indonesia.¹⁵

Pondok pesantren yang berarti tempat tinggal para santri didefinisikan sebagai lembaga pendidikan dan pengajaran klasikal,

¹⁵ Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Dirjen Dikti, *Revitalisasi Peran Pesantren*, <http://enewletterdisdik.blogspot.com/2012/03/revitalisasi-peran-pesantren.html>, artikel pendidikan, diakses pada 01-11-2013 pkl 02.35.

dimana kyai mengajarkan ilmu agama kepada santri berdasarkan kitab yang ditulis dalam bahasa Arab dan para santri tinggal di dalam pondok pesantren tersebut. Lima unsur pokok pesantren tersebut dan karakteristik tradisional lainnya, serta metode pembelajaran yang menggunakan sistem halaqah, sorogan, bondongan juga merupakan komponen-komponen yang melekat pada pesantren, termasuk di dalamnya pondok pesantren al-Masthuriyah sebagai sebuah pesantren tradisional.¹⁶

Tujuan pendidikan di pondok modern menurut K.H. Imam Zarkasyi, ialah kemasyarakatan. Pokok-pokok yang dapat dijadikan dasar untuk merumuskan tujuan yang dimaksud yaitu sebagai berikut: *pertama*, pondok pesantren mendidik santri bukan untuk menjadi pegawai, camat, bupati, pejabat negara atau militer; *kedua*, pondok modern bukan lembaga pendidikan yang mempersiapkan santri untuk memasuki perguruan tinggi; *ketiga*, pondok modern mempersiapkan para santri untuk memasuki kehidupan bermasyarakat; *keempat*, pondok modern sedikit menekankan ilmu keguruan mengingat hajat masyarakat akan tenaga guru masih besar, yaitu setiap orang memberi bimbingan kepada orang lain dalam berbagai lapangan perjuangan dan penghidupan.

17

Istilah pondok pesantren modern pertama kali diperkenalkan oleh pondok modern Gontor. Istilah modern berkonotasi pada nilai-nilai ke-modern-an yang positif seperti disiplin, rapi, tepat waktu, kerja keras; termasuk nilai modern yang bersifat fisik yang tergambar dalam cara berpakaian santri dengan simbol dasi, jas, dan rambut pendek ala militer. Pondok pesantren modern memiliki konotasi yang bermacam-macam, tidak ada definisi dan kriteria pasti tentang pondok pesantren yang memenuhi atau patut disebut pesantren modern. Namun demikian, beberapa unsur yang menjadi ciri khas pondok pesantren modern

¹⁶ Ahmad Syafi'i, "Orientasi Pengembangan Pendidikan Pesantren Tradisional, Studi Kasus Pondok Pesantren Al-Masthuriyah Sukabumi". Disertasi, (Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta: 2008), hal. 130.

¹⁷ Herry Noer Aly bin Sanusa, "Pemikiran K.H. Imam Zarkasyi: Praksisnya Pada Pondok Al Hamidiyah Gontor". Disertasi, (Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta: 2008), hal. 156-160.

(*khalafiyah* atau '*ashriyah*) adalah sebagai berikut: *pertama*, penekanan pada bahasa Arab percakapan; *kedua*, memakai buku-buku literatur bahasa Arab kontemporer, bukan klasik atau kitab kuning; *ketiga*, memiliki sekolah formal di bawah kurikulum pendidikan nasional dan atau Kementerian Agama dari MI/SD MTS/SMP MA/SMA maupun sekolah tinggi; *keempat*, tidak lagi memakai sistem pengajian tradisional seperti sorogan, wetonan, dan bondongan. Demikian sebaliknya, yang dimaksud dengan pondok pesantren tradisional (salaf atau salafiyah) adalah yang masih murni memakai buku-buku klasik atau kitab kuning atau *kutub at-turats* sebagai literatur.¹⁸ Namun sistem pondok pesantren modern bukan tanpa kritik, salah satu kritikan adalah lemahnya santri modern pada penguasaan kitab kuning klasik (*kutub at-turats*), dan terlalu terfokus pada penguasaan bahasa Arab modern dan ringan. Berangkat dari kritikan ini, maka banyak pesantren tidak langsung meniru bulat-bulat sistem ini, sebagian mengambil jalan tengah dengan mengkombinasikan dua sistem yang berbeda, yaitu sistem salaf dan modern sekaligus.

Terdapat 27.230 pondok pesantren tersebar di seluruh Indonesia, dengan populasi pondok pesantren terbesar berada di pulau Jawa yaitu 78,60%. Adapun rincian sebaran antara lain di Jawa Barat 28,00%, Jawa Timur 22,05%, Jawa Tengah 15,70% dan Banten 12,85%. Berdasarkan tipologi pondok pesantren, terdapat sebanyak 53,10% pondok pesantren salafiyah dan 28,38% khalafiyah/'ashriyah serta 18,52% pondok pesantren kombinasi. Data tersebut menunjukkan bahwa pondok pesantren yang ada di Indonesia sebagian besar masih pada tipologi salafiyah, yang pembelajarannya masih murni mengaji dan membahas kitab kuning. Sebagian lain sudah modern dengan pengembangan pembelajaran ilmu sains dan sebagian lagi mengkombinasikan

¹⁸ Litbang Pondok Pesantren Al-Khoirot Malang, *Pondok Pesantren modern*, www.alkhoirot.net/2011/09/pondok-pesantren-modern.html. Artikel, diakses pada 29-10-2013 pkl 12.22.

pembelajaran kitab kuning dan ilmu sains serta ilmu pengetahuan dan teknologi.¹⁹

Jumlah santri pondok pesantren secara keseluruhan adalah 3.759.198 orang, yang terdiri dari 50,19% santri laki-laki dan 49,81% santri perempuan. Jumlah santri berdasarkan kategori tinggal, terdapat 79,93% orang santri mukim, sedangkan santri tidak mukim berjumlah 20,07%, dan berdasarkan kategori mukim di pulau Jawa, urutan terbanyak di Jawa Timur 95,45%, Jawa Barat 91,52%, Banten 79,92% dan Jawa Tengah 69,12%. Sedangkan untuk di luar Jawa hanya sebagian kecil saja yang mukim (40-60%), kecuali pada provinsi Jambi 86,38%, Sulawesi Utara 100%, dan Maluku 100%. Berdasarkan kategori tinggal dapat dilihat bahwa sebagian besar santri yang mendapat pendidikan di pondok pesantren adalah bermukim. Hal ini dikarenakan memang dalam pembelajaran di pondok pesantren, waktu belajar adalah hampir 24 jam penuh. Mulai dari santri bangun tidur, sekolah formal, mengerjakan aktifitas lain sampai santri tidur, bangun malam dan tidur kembali, terus dalam pengawasan dan pembinaan pondok pesantren sehingga umumnya santri diharuskan untuk mukim.

Beberapa penyakit yang sering muncul di pondok pesantren adalah: *pertama*, gatal-gatal dan skabies atau gudiken. Skabies merupakan penyakit yang paling sering dan paling banyak terjadi di pondok, sehingga dikatakan penyakitnya anak pondok. Sampai ada ungkapan bahwa belum afdal bagi seseorang yang nyantri di pondok pesantren bila belum terkena gudiken, ditambah lagi rasa malu memberi tahu sakitnya terutama wanita; *kedua*, Sesak napas; *ketiga*, demam; *keempat*, pingsan; *kelima*, batuk pilek; *keenam*, penyakit lainnya seperti gastritis/maag berupa lambung nyeri, kembung, dan panas, nyeri umum seperti sakit gigi, sakit bengkok, sakit luka, dan nyeri kolik yang

¹⁹ Kementerian Agama Republik Indonesia, *Analisis Statistik Pendidikan Islam* Tahun 2011/2012. <http://pendis.kemenag.go.id/>. 2011, artikel, pdf, hal. 70-73.

hilang muncul dan sangat sakit ketika muncul seperti nyeri haid, mules mencret dan nyeri infeksi saluran kencing.²⁰

Masalah kesehatan di pondok pesantren merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting, karena pada umumnya penyakit yang muncul adalah penyakit menular yang dapat berpindah dari orang yang sakit ke orang yang sehat.²¹ Kehidupan berkelompok yang dijalani para santri dengan berbagai macam karakteristik santri, maka masalah utama yang dihadapi adalah pemeliharaan kebersihan, yaitu kebersihan kulit, kebersihan tangan dan kuku, kebersihan genitalia, kebersihan kaki, kebersihan lingkungan dan kebersihan pakaian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: *pertama*, kepedulian pimpinan pondok pesantren belum ada; *kedua*, kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya higiene perseorangan di pondok belum terencana dengan baik; *ketiga*, pendanaan pondok tentang higiene perseorangan belum ada; *keempat*, kreativitas ustadz dan santri dalam membuat pesan-pesan kesehatan di pondok belum ada; *kelima*, pengetahuan santri tentang higiene perseorangan 50% baik; *keenam*, sikap higiene perseorangan santri 83,3% positif, *ketujuh*, tindakan higiene perseorangan santri 83,3% rendah. Hasil di atas menunjukkan bahwa higiene perseorangan santri perlu ditingkatkan.²²

Salah satu cara penularan penyakit adalah melalui kulit. Penyakit kulit dapat disebabkan oleh jamur, virus, bakteri, parasit, kutu, dan serangga. Salah satu penyakit kulit yang disebabkan oleh parasit adalah skabies. Skabies atau dalam bahasa Indonesia sering disebut kudis atau gudig atau budug, merupakan penyakit menular akibat mikro-organisme

²⁰ Rachanul Bahraen, Makalah Penyuluhan Kesehatan Di Ma'had Abu Hurairah Mataram Lombok, 21 Maret 2012, artikel www.muslimafiyah.com, Diakses tanggal 09-09-2013.

²¹ Trihono, Retno Gitawati, "Hubungan Antara Penyakit Menular dengan Kemiskinan di Indonesia". (Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Farmasi, Balitbangkes). Jurnal Penyakit Menular Indonesia Vol 1, No 1. Pub: Jurnal Penyakit Menular Indonesia, 2009.

²² Mohammad Badri, *Hygiene Perscorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo*. Hasil penelitian 2008: <http://www.media.litbang.depkes.go.id>. Diakses: 10 January, 2011, 22:15.

parasit yaitu *sarcoptes scabiei varian humoris*²³, Penularan secara langsung misalnya bersentuhan dengan penderita dan penularan tidak langsung misalnya melalui handuk dan pakaian. Skabies dapat berkembang pada kebersihan perorangan yang jelek, lingkungan yang kurang bersih dan demografi status perilaku individu. Faktor yang mempengaruhi penularan penyakit skabies adalah sosial ekonomi yang rendah, kebersihan perscorangan yang buruk, hunian yang padat, tinggal satu kamar dengan penderita, dan perilaku yang tidak sehat seperti menggantung pakaian di kamar, tidak membolehkan pakaian santri wanita dijemur di bawah terik matahari, ditambah kebiasaan saling bertukar perlengkapan pribadi seperti pakaian, handuk, dan sisir dapat meningkatkan risiko penularan.²⁴

Secara umum permasalahan kesehatan di pondok pesantren cukup banyak, antara lain: *pertama*, berkaitan dengan kesehatan lingkungan; sampah yang berserakan di lingkungan pesantren, lantai asrama jarang dipel, air limbah tidak mengalir ke dalam got sehingga menjadi sarang nyamuk, bak mandi jarang di kuras, saluran air mandi tersumbat oleh sampah, dan kasur tidak dijemur; *kedua*, berkaitan dengan masalah tingkah laku; piring tidak segera dicuci sebelum dan sesudah makan, sisa makanan yang berserakan di asrama, pakaian yang sudah digunakan bergantung di dalam asrama, santri tidur di lantai tanpa selimut dan alas tidur, ember sabun, sepatu dan sandal diletakkan sembarangan di dalam asrama, bantal sering dipakai bersama-sama, menghidangkan makanan tidak ditutup, tidak mencuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar (BAB), WC tidak disiram sampai bersih, dan pakaian basah dijemur di dalam asrama; *ketiga*, berkaitan dengan masalah gizi; mie dijadikan makanan pokok, menu makanan kurang bervariasi, santri tidak sarapan pagi, mengambil porsi makanan yang tidak sesuai; *keempat*, berkaitan dengan masalah sarana dan prasarana; ruang asrama

²³ A. Grim, *Introduction: The Emerging Alliance World Religions and Ecology*. Daedalus: 2001, hal. 2.

²⁴ Muchtarudin Mansyur, "Pendekatan Kedokteran Keluarga Pada Penatalaksanaan Skabies, Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas", Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Laporan Kasus, 2006.

tidak sesuai dengan jumlah penghuni, kurangnya obat-obat ringan dan P3K, kurangnya tempat menjemur pakaian.

Berbagai permasalahan kesehatan di atas mestinya dapat diatasi dengan pendekatan keagamaan karena sesungguhnya peran agama meliputi ajaran dan praktik tentang seluruh aspek kehidupan manusia yakni aspek akidah, ibadah, akhlak, sosial, ekonomi, pendidikan, kesehatan dan lingkungan. Islam baik dari segi bahasa maupun istilah menggambarkan misi keselamatan dunia akhirat, kesejahteraan dan kemakmuran lahir dan batin bagi seluruh umat manusia.²⁵ Artinya, secara filosofis dan substantif peran ajaran dan pemikiran Islam dalam bidang kesehatan mempunyai hubungan yang sangat signifikan. Namun kenyataannya berbagai persoalan di bidang kesehatan di tengah-tengah masyarakat menunjukkan bahwa belum sepenuhnya nilai-nilai ajaran dan pemikiran Islam tentang kesehatan diamalkan.²⁶

Menurut Mustain etika sebagai pengobatan ruhani sama pentingnya dengan kedokteran untuk memelihara kesehatan jasmani. Kepentingan sebagai pengobatan melalui metode perawatan dapat dipraktikkan, baik dalam kedokteran maupun filsafat moral. Metode pengobatan atau filsafat moral sama halnya dengan metode kedokteran yang bersifat preventif dan kuratif.²⁷ Ibnu Miskawaih menyatakan bahwa perawatan tubuh dibagi menjadi dua, yaitu memelihara dan mengobati. Demikian juga dalam perawatan mental, yakni menjaga kesehatan agar tidak sakit, dan berusaha memulihkannya bila telah hilang dengan cara mengobatinya. Al-Ghazali mencontohkan adanya keadaan sehat dan sakit pada badan adalah dalam rangka menjelaskan kondisi sehat dan sakitnya jiwa. Pada dasarnya sebuah kesehatan badan berada pada tahapan normalitas kondisinya dan sakit badan yang bersumber dari kecenderungan kondisi badan untuk selalu menjauhi

²⁵ Abudin Nata, "Studi Islam Komprehensif", Jakarta: Kencana 2011, 22.

²⁶ Selamat Riyadi, "Peran Ajaran dan Pemikiran Islam dalam Bidang Kesehatan", Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan. Artikel, 2012, hal 1.

²⁷ Mustain, "Etika Dan Ajaran Moral Filsafat Islam: Pemikiran Para Filosof Muslim Tentang Kebahagiaan", *Ulumuna Jurnal Studi Keislaman*, Volume 17 Nomor 1 2013, (191-215), 192.

ranah normalitas.²⁸ Demikian pula normalitas yang ada pada akhlaq juga merupakan gambaran kesehatan jiwa dan sebuah kecenderungan untuk selalu menjauhi normalitas, yang dalam hal ini merupakan gambaran dari sebuah penyakit atau gangguan.

Kebersihan adalah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya debu, sampah dan bau. Di zaman modern, setelah Louis Pasteur menemukan proses penularan penyakit atau infeksi disebabkan oleh mikroba, kebersihan juga berarti bebas dari virus, bakteri patogen, dan bahan kimia berbahaya. Kebersihan adalah salah satu tanda dari keadaan higiene yang baik. Manusia perlu menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri agar sehat, tidak bau, tidak menyebarkan kotoran, atau menularkan kuman penyakit bagi diri sendiri maupun orang lain.²⁹

Personal hygiene atau personal hygiene atau kebersihan diri atau kebersihan perseorangan adalah suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.³⁰ Menurut Horton dan Parker tahun 2002, secara historis kebersihan yang baik dilihat sebagai hal penting untuk mencegah penyebaran penyakit. Menurut Switzer tahun 2001, ketika kita tidak lagi mampu melakukan kebersihan pribadi dengan cara yang kita inginkan, perasaan kita baik secara sosial dan psikologis akan berkurang. Secara komprehensif kebersihan personal dimaksudkan adalah meningkatkan dan memelihara kesehatan mulut, mata, telinga, kaki dan kuku, rambut dan genitalia, mandi dan perawatan kulit.³¹

²⁸ Khafidhi, *Peranan Akal dan Qalb dalam Pendidikan Akhlaq: Studi Pemikiran Al-Ghazali*, (Semarang: Program Pascasarjana Institut Agama Islam Negeri Walisongo, 2013), 16.

²⁹ A. Grim, *Introduction: The Emerging Alliance World Religions and Ecology*. Daedalus: 2001, hal. 1.

³⁰ Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition, ISBN-13: 978-0618771202. Philadelphia: Mosby Publication Elsevier St. Louis Missouri, 2008.

³¹ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*. School of Nursing and Midwifery University of Dundee. 1st Edition. ISBN 978-1-4051-6307-1. Pdf. UK: John Wiley & Sons Ltd., 2010.

Personal hygiene membutuhkan pembersihan seluruh bagian tubuh. Wajah dan rambut harus dibersihkan karena menjadi tempat menumpuk kotoran, memancarkan bau buruk, membuat diri tampak kusam, dan mencerminkan nilai diri seseorang. Tubuh harus bersih karena penyakit kulit seperti kurap, kudis, dan jamur/ panu juga dapat terjadi. Tangan dan kuku jari harus dibersihkan karena kuman di antara jari-jari dan kuku jari menyebabkan penyakit menular seperti diare, cacing, epidermophytosis dan lain lain. Gigi dan mulut harus dibersihkan karena mereka memancarkan bau mulut dan penyebab penyakit gigi seperti gigi berlubang, radang gusi, dan gangguan lambung karena pencernaan dan lain lain.

Praktik personal hygiene harus dilakukan sebagai kegiatan harian, mingguan, dan bulanan. Selain personal hygiene dan kebersihan rumah, ruang kelas dan sekitar sekolah juga harus bersih. Minum air tidak bersih dapat menyebabkan kolera, diare, disentri, tifus dan hepatitis. Oleh karena itu, minum air bersih bebas dari kuman dan kotoran adalah sebuah keharusan. Limbah yang tidak benar dan pembuangan sampah dapat menyebabkan penyebaran penyakit menular melalui tikus, nyamuk, lalat, kecoa dan anjing liar. Jamban dan pembuangan sampah harus digunakan dengan benar.³²

Status kesehatan individu dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merespon suatu penyakit. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan.³³ Asrama atau pondok pesantren termasuk tempat yang beresiko terjadi skabies karena merupakan salah satu tempat yang berpenghuni padat, ditambah fenomena di kalangan santri yang mengatakan: “tidak ada santri yang tidak mungkin terkena penyakit kulit atau gatal-gatal, kalau belum terkena maka belum sah menjadi

³² WHO, *Personal Hygiene 5th Standard*. Published: Shape. www.unicef.org/lifeskills/files/5thGrade.pdf. IP address: 112.215.66.79 Time: 2012-04-30T02:51:24Z.

³³ Soekidjo Notoatmodjo, *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta: 2010, hal. 23.

santri dan kalau sudah pernah terkena penyakit tersebut maka tidak akan terkena lagi”. Perilaku santri sangat penting peranannya dalam pencegahan skabies di lingkungan pondok terutama perilaku hidup sehat.

Upaya pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat di semua tatanan perlu ditingkatkan. Hal ini dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan memerangi penyakit menular.³⁴ Derajat kesehatan santri perlu ditingkatkan dengan cara meningkatkan pengetahuan santri tentang kesehatan, khususnya tentang penyakit menular sehingga diharapkan ada perubahan sikap dan diikuti dengan perubahan perilaku, yang hasil akhirnya dapat menurunkan angka kesakitan terutama penyakit menular di pondok pesantren.

Dasar penyelenggaraan pendidikan dan pemeliharaan kesehatan di pondok pesantren tercantum dalam Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, pasal 31 ayat 1 yang menyatakan bahwa “tiap-tiap warga negara berhak mendapat pengajaran”.³⁵ Hal ini juga tercantum dalam Undang Undang Negara Republik Indonesia tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional,³⁶ Undang Undang Negara Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 4 menyatakan bahwa “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal”, dan pasal 5 menyatakan, “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya”.³⁷ Keputusan bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Agama Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tahun 2002 tentang peningkatan kesehatan

³⁴ Kementerian Kesehatan RI, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2269/Menkes/Per/Xi/2011 Tentang: Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat. Jakarta: 2011.

³⁵ Undang-undang Dasar Negara RI Tahun 1945, pasal 31 ayat 1. Jakarta, 1945.

³⁶ Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI, *Undang Undang No. 20 Tahun 2003. Tentang: Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: 2003.

³⁷ Kementerian Kesehatan RI, *Undang Undang No. 23 Tahun 1992. Tentang: Kesehatan*. Jakarta, 1992.

pada pondok pesantren dan institusi keagamaan lainnya.³⁸ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 tentang pedoman penyelenggaraan dan pembinaan pos kesehatan pesantren.³⁹

Demikian hendaknya kaum muslim saling memberikan perhatian yang lebih terhadap keberlangsungan dan perkembangan pondok pesantren, bukan hanya monopoli para ustadz dan pengurus pondok pesantren, akan tetapi semua mencurahkan baik berupa tenaga, ilmu dan materi. Arsitek memperhatikan bangunan pondok, tenaga kesehatan memperhatikan kesehatan pondok, ahli lingkungan memperhatikan lingkungan pondok dan seterusnya.

Allah Swt berfirman dalam surah Muhammad ayat 7:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَنصُرُوا اللَّهَ يَنصُرْكُمْ وَيُثَبِّتْ أَقْدَامَكُمْ

“Hai orang-orang yang beriman, jika kamu menolong (agama) Allah Swt, niscaya Dia akan menolongmu dan meneguhkan kedudukanmu”. (QS. Muhammad: 7).

B. Permasalahan

1. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat diidentifikasi sejumlah permasalahan yang terkait dengan perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren sebagai berikut:

- a. Rendahnya derajat kesehatan santri di pondok pesantren.
- b. Kurangnya pemahaman, sikap dan perilaku santri terhadap kebersihan diri di pondok pesantren.
- c. Tingginya prevalensi penyakit skabies dan gatal-gatal pada santri di pondok pesantren.
- d. Rendahnya informasi tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren.

³⁸ Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Bersama Menteri RI Indonesia, Menteri Agama RI Dan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 1067/Menkes/Skb/Viii/2002, Nomor 385 Tahun 2002, Nomor 37 Tahun 2002 Tentang: Peningkatan Kesehatan Pada Pondok Pesantren Dan Institusi Keagamaan Lainnya*. Jakarta: 2002.

³⁹ Kementerian Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1 Tahun 2013 Tentang: Pedoman Penyelenggaraan Dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren*. Jakarta: 2013.

- e. Belum ada model perilaku personal higiene bagi santri di pondok pesantren untuk dijadikan pedoman praktik kebersihan diri.
- f. Belum ada pedoman pengelolaan akses air bersih bagi pondok pesantren sebagai dasar penggunaan air bersih, baik berdasarkan sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air untuk keperluan sehari-hari.

2. Pembatasan Masalah

Mengacu pada identifikasi masalah di atas, maka studi ini dibatasi pada kajian tentang perbandingan antara praktik personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah sebagai pondok pesantren yang memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern atau pondok pesantren salafiyah ashriyah yang berlokasi di perkotaan dengan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun dan kualitas air berasal dari sumur bor/ pompa, dengan praktik personal higiene santri di pondok pesantren salafiyah ashriyah Qothrotul Falah yang berlokasi di perdesaan dengan akses air bersih dari sumur bor/ pompa dan kulah. Dikaji juga tentang faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor dominan terhadap perilaku personal higiene, serta persamaan dan perbedaan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan di pondok pesantren Qothrotul Falah.

3. Perumusan Masalah

Merujuk pada masalah yang telah dijabarkan di atas, maka dirumuskan masalah dalam pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- a. Bagaimana pemahaman, sikap dan praktik personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah?
- b. Apa faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor dominan terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah?
- c. Apa persamaan dan perbedaan faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Sesuai dengan rumusan masalah di atas, secara umum studi ini bertujuan untuk membuktikan bahwa perilaku personal higiene berpengaruh terhadap status kesehatan santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah.

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai pemahaman, sikap dan praktik personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan di pondok pesantren Qothrotul Falah.
- b. Menemukan faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor dominan terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan di pondok pesantren Qothrotul Falah.
- c. Membandingkan faktor yang mempengaruhi perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini mencoba menguji sejauh mana keterkaitan secara komprehensif antara faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling* dan *environment* dalam hubungan dengan perilaku kebersihan diri santri, kemudian menjelaskan bagaimana sudut pandang Islam terhadap kebersihan. Dengan menggunakan konsep *contextual considerations for behavior change: intervention/ method selection* tahun 2010, penelitian ini mencoba menjelaskan faktor dominan apa dari faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling* dan *environment* yang paling berisiko terhadap perilaku higiene santri sehingga dapat ditemukan akar permasalahan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan perspektif baru tentang konsep perilaku personal higiene bagi komunitas santri di lingkungan pondok pesantren.

2. Manfaat Metodologis

Dengan strategi penelitian ganda yaitu gabungan metode kuantitatif dan kualitatif diharapkan penelitian ini dapat digunakan untuk keperluan menyusun teori. Dalam penelitian ini juga disusun instrumen yang mencakup semua faktor resiko yang berhubungan dengan faktor *predisposing, reinforcing, enabling* dan *environment*, baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif sehingga instrumen ini diharapkan dapat menjadi model prediktor bagi terjadinya perilaku personal hygiene beresiko.

3. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat secara aplikatif bagi:

a. Penyusun Kebijakan dan Pengelola Program

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagi kementerian terkait: kementerian kesehatan, kementerian agama, dan kementerian pendidikan tentang faktor risiko terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren. Hasil ini dapat memberikan pemahaman yang komprehensif dalam menangani santri yang beresiko di pondok pesantren. Diharapkan para pembuat kebijakan dapat bekerja secara sinergis dalam memberikan pelayanan dan program penanganan untuk kepentingan menekan faktor risiko, guna meningkatkan derajat kesehatan santri di pondok pesantren.

b. Bagi Pondok Pesantren

Penelitian ini memfokuskan diri pada santri yang tinggal di asrama atau mondok dengan pertimbangan bahwa 79,93% santri pondok pesantren tinggal di asrama, yang sangat potensial terhadap terjadinya faktor risiko. Dilakukan pada santri yang baru masuk asrama, dengan harapan bahwa kelas sudah terpapar oleh informasi, tetapi masih mampu mengingat kejadian sehingga dapat mengurangi risiko terjadi *recall* bias. Lingkungan pondok pesantren merupakan komunitas atau unit masyarakat yang saling terkait dan saling memberikan pengaruh satu sama lain, sehingga dengan memberikan pemahaman bagi lingkungan pondok

pesantren maka akan ditemukan cara yang efektif dalam mengurangi perilaku berisiko pada santri di lingkungan pondok pesantren.

E. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

1. Penelitian yang terkait dengan Personal Higiene

- a. Penelitian: *An Ecological Approach to Health Promotion in Remote Australian Aboriginal Communities*. Desain: *Study methods a mix of narrative and systematic literature reviews, quantitative and qualitative community based studies*. Sampel 28 orang terdiri dari 19 orang perempuan dan 9 laki laki. Hasil: (1) Standar buruk kebersihan pribadi dan domestik mendasari tingginya infeksi yang dialami oleh anak-anak. (2) Model promosi kesehatan yang diambil dari negara maju dan berkembang dapat diadaptasi untuk digunakan dalam konteks masyarakat terpencil Australia Aborigin. (3) Langkah-langkah yang perlu diambil untuk mengatasi masalah mendesak yang berdampak pada kesehatan anak adalah dengan memastikan ketersediaan air dan sanitasi yang memadai. (4) Tantangan menggunakan pendekatan ekologi untuk mencapai dampak yang berkelanjutan pada kebersihan dan kesehatan di masyarakat terpencil terletak pada memperoleh komitmen dari pemerintah.⁴⁰

- b. Penelitian: *Menstrual Hygiene among Adolescent Schoolgirls in Mansoura Egypt*.⁴¹ Desain: *Study a crosssectional survey* Studi

⁴⁰ Elizabeth Mcdonald, Ross Bailie, Jocelyn Grace and David Brewster, "An Ecological Approach To Health Promotion In Remote Australian Aboriginal Communities". Health Promotion International, Vol. 25 No. 1 doi:10.1093/heapro/daq004, (Published by Oxford University Press, All rights reserved: 2010). Downloaded from <http://heapro.oxfordjournals.org/> by guest on March 7, 2012.

⁴¹ Abdel-Hady El-Gilany, Karima Badawi, Sanaa El-Fedawy, "Menstrual Hygiene among Adolescent Schoolgirls in Mansoura, Egypt", Reproductive Health Matters, Vol. 13, No. 26, The Abortion Pill pp. 147-152, gilany@hotmail.com (Published by: Reproductive Health Matters (RHM), Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3776486>.. Accessed: 06/03/2012 02:27: Nov., 2005).

pada 664 anak sekolah berusia 14-18 tahun. Hasil: (1) Signifikan dari penggunaan sanitary pad adalah ketersediaan media massa. (2) Penggunaan pembalut meningkat pada kelas sosial tinggi dan menengah dan tempat tinggal perkotaan, tapi tidak di antara gadis-gadis dari keluarga pedesaan dan miskin. (3) Aspek lain dari kebersihan pribadi umumnya ditemukan pada kelas sosial miskin, seperti tidak mengganti pembalut secara teratur atau pada malam hari, dan tidak mandi selama menstruasi. (4) Kurangnya privasi adalah masalah penting. (5) Media massa adalah sumber utama informasi tentang kebersihan menstruasi, diikuti oleh ibu, tetapi sebagian besar wanita mengatakan mereka membutuhkan informasi lebih lanjut. (6) Sebuah lingkungan yang mendukung untuk kebersihan menstruasi harus disediakan baik di rumah maupun di sekolah dan sanitasi dibuat lebih terjangkau.

- c. Penelitian: *The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India*. Hasil: Faktor personal higiene, ketersediaan air bersih, status sosial ekonomi berpengaruh terhadap prevalensi skabies di India. Di India menunjukkan bahwa wanita cenderung memiliki prevalensi skabies yang lebih tinggi sebesar 56% dibandingkan laki-laki.⁴²
- d. Penelitian: *Scabies*. Kesimpulan: (1) Pada dasarnya skabies sangat endemik pada area urban maupun rural dengan lingkungan yang tidak sehat. (2) Pengetahuan tentang faktor penyebab skabies masih kurang, sehingga penyakit ini dianggap sebagai penyakit biasa saja karena tidak membahayakan jiwa. (3) Masyarakat tidak mengetahui bahwa luka akibat garukan dari penderita skabies menyebabkan infeksi sekunder dari bakteri

⁴² Baur B., Sarkar J., Manna N., Bandyopadhyay L. *The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India*. Journal of Dental and Medical Sciences 3. 2013 1-6.

Stapilococos ataupun jamur kulit berakibat kerusakan jaringan kulit yang akut.⁴³

- e. Penelitian: *Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan*. Hasil: Kebiasaan tidur, berbagi baju, handuk, praktik higiene yang tidak benar, sering berpergian ke tempat yang beresiko dan berpotensi sebagai sumber penularan skabies merupakan faktor ganda yang menyebabkan skabies. Kesimpulan: Rendahnya tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi skabies. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan tentang personal higienis juga semakin rendah. Akibatnya menjadi kurang peduli tentang pentingnya personal higienis dan perannya terhadap penyebaran penyakit. Perlu program kesehatan umum untuk mendidik populasi mengerti aspek pencegahan penyakit.⁴⁴
- f. Penelitian: Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies Studi pada Santri di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. Kesimpulan: (1) Insiden dan prevalensi skabies masih sangat tinggi di Indonesia terutama pada lingkungan masyarakat pesantren. (2) Prevalensi scabies pada pondok pesantren di Kabupaten Lamongan 64,2%. (3) Personal higiene yang buruk karena faktor pengetahuan, sikap dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat.⁴⁵

⁴³ Heukelbach J., Feldmeier H. *Scabies*. *Lancet* 367. 2006. Page 1767-1774.

⁴⁴ Raza N., Qadir S. N. R., Agna H. *Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan*. Case-control Study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 15. 2009. Page 1-6.

⁴⁵ Ma'rufi I., Keman S., Notobroto H.B. *Faktor sanitasi lingkungan yang berperan terhadap prevalensi penyakit skabies studi pada santri di pondok pesantren kabupaten Lamongan*. *Jurnal kesehatan lingkungan*, 2. 2005. Page 11-18.

- g. Penelitian: Higiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo. Hasil: (1) Kepedulian pimpinan pondok belum ada. (2) Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya higiene perorangan di pondok belum terencana dengan baik. (3) Pendanaan pondok tentang higiene perorangan belum ada. (4) Kreativitas ustadz dan santri dalam membuat pesan-pesan kesehatan di pondok belum ada. (5) Pengetahuan santri tentang higiene perorangan baik 50%. (6) Sikap higiene perorangan baik 83,30%. (7) Perilaku higiene perorangan rendah 83,30%. Kesimpulan: skabies merupakan penyakit yang lazim di pondok pesantren dan sejauh ini belum ada kepedulian untuk menumbuhkembangkan upaya higiene perseorangan, dalam membuat pesan-pesan kesehatan dalam mencegah skabies. ⁴⁶
- h. Penelitian: Model Peningkatan Higiene Sanitasi Pondok Pesantren di Kabupaten Tangerang.⁴⁷ Hasil: (1) Pengetahuan responden tentang penyakit menular, gejala, cara penularan dan cara mencegah penularan masih rendah. (2) Perilaku higiene perorangan responden kurang baik, secara berurutan antara lain: mandi menggunakan sabun 18,50%, menggunakan handuk bersama 15,50%, menggunakan sikat gigi bersama 7,40%, ganti pakaian bersih setiap 3 hari 23,50%, ganti pakaian dalam bersih setiap 3 hari 15%, kebiasaan bertukar pakaian, pakaian dalam, handuk dan tempat tidur bersama 64,20%, buang air besar tidak di jamban 19,70%, tidak mencuci tangan sebelum makan 32,70%, tidak mencuci tangan setelah buang air besar 67,30%, wudhu menggunakan kulah 47,10%. (3) Observasi kondisi lingkungan pondok pesantren jumlah air bersih, kamar mandi dan jamban kurang.

⁴⁶ Mohammad Badri, *Hygiene Perscorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo tahun 2008*, Monday, 17 March 2008, litbang.depkes.go.id-Powered by Mambo Open Source Generated: 10 January, 2011, 22:15.

⁴⁷ Herryanto, "Model Peningkatan Higiene Sanitasi Pondok Pesantren di Kabupaten Tangerang Tahun 2004", Herryanto200401.pdf (10012011).

- i. Penelitian: Hubungan Kebiasaan Mandi dan Berganti Pakaian dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Sumatra Selatan. Desain: *cross-sectional*. Sampel adalah santri kelas 1, 2, dan 3 di asrama pondok pesantren SLTP Islamic Center. Hasil: (1) Ada hubungan antara kebiasaan mandi dengan kejadian skabies meskipun kekuatan hubungan kedua variabel tersebut bersifat lemah. (2) Tidak ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan berganti pakaian dengan kejadian skabies di Asrama Pondok Pesantren SLTP Islamic Center Kabupaten Langkat Sumatra Selatan.⁴⁸

2. Penelitian yang Terkait dengan Perilaku Kesehatan

- a. Penelitian: Pengaruh Promkes terhadap Perilaku Pengendalian Vektor Dengue: Studi Intervensi pada Murid-Murid SDN di Kota Depok. Hasil: Peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada ibu sejalan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada murid. Perubahan yang signifikan adalah pada pengetahuan dan sikap.⁴⁹

- b. Penelitian: Peran Biopsikososial terhadap Perilaku Beresiko Tertular HIV pada Remaja SLTA di DKI. Hasil: Dalam perspektif biopsikososial, faktor yang secara langsung berperan untuk terbentuknya perilaku beresiko adalah faktor lingkungan sosial dalam hal ini teman sebaya merokok dan minum alkohol.⁵⁰

⁴⁸ Abdul Somad, "Hubungan Kebiasaan Mandi Dan Berganti Pakaian Dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Sumatra Selatan", 2006, pdf, diakses pada 12/01/2011.

⁴⁹ Tri Krianto, "Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Pengendalian Vektor Dengue: Studi Intervensi Pada Murid-Murid Sekolah Dasar Negeri Di Kota Depok", Disertasi, (Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: 2008).

⁵⁰ Rita Damayanti, "Peran bio-psikososial terhadap perilaku beresiko tertular HIV pada remaja SLTA di DKI". Disertasi, (Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: 2006).

- c. Penelitian: Hubungan Konfirmatas dengan Perilaku Merokok pada Remaja Sekolah SMU Negeri di 5 Wilayah DKI Jakarta. Hasil: (1) Terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara sikap dengan perilaku merokok pada remaja. (2) Terdapat hubungan yang signifikan antara ayah merokok dengan perilaku merokok pada remaja. Variabel ayah merokok merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok pada remaja. (3) Terdapat hubungan yang signifikan antara teman sebaya merokok dengan perilaku merokok pada remaja.⁵¹

- d. Penelitian: Bidan di Desa Terpencil dan Hubungannya dengan Perbaikan Perilaku Kesehatan Maternal pada Masyarakat Lokal Papua. Hasil: (1) Adanya bidan di desa terpencil tidak berhubungan dengan perbaikan pengetahuan tetapi berhubungan dengan perbaikan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal oleh ibu. (2) Lamanya bidan di desa tidak berhubungan dengan perbaikan pengetahuan dan pemanfaatan yankes (3) Tidak adanya perbaikan pengetahuan ibu dan pemanfaatan yankes maternal oleh ibu terutama karena hambatan komunikasi para bidan dengan masyarakat setempat dan akses geografi.⁵²

3. Perbedaan Penelitian ini dengan Penelitian sebelumnya

- a. Penelitian ini menggabungkan dua perspektif personal hygiene yaitu perspektif personal hygiene secara umum dan perspektif personal hygiene menurut Islam, sehingga diharapkan dapat menjadi langkah awal konsep model perilaku personal hygiene bagi komunitas di pondok pesantren di Indonesia pada umumnya, yang sampai saat ini belum ada.

⁵¹ R. Kintoko Rochadi, "Hubungan Konfirmatas Dengan Perilaku Merokok Pada Remaja Sekolah SMU Negeri Di 5 Wilayah DKI Jakarta", Disertasi, (Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: 2004).

⁵² Zakharias Giay, "Bidan Di Desa Terpencil Dan Hubungannya Dengan Perbaikan Perilaku Kesehatan Maternal Pada Masyarakat Lokal Papua", Disertasi, (Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: 2004).

- b. Penelitian ini menggunakan dua pendekatan penelitian atau disebut metode penelitian kombinasi yaitu menggabungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif.⁵³ Dalam banyak hal data kuantitatif dan kualitatif dapat digunakan secara bersama untuk keperluan menyusun teori.⁵⁴
- c. Pengambilan data dilakukan secara primer, untuk meminimalkan terjadinya *data collection error* yang bisa mengakibatkan kekeliruan dalam pengolahan dan interpretasi data.⁵⁵
- d. Penelitian ini mencakup wilayah yang luas untuk mendapatkan karakteristik sampel sesuai dengan kriteria inklusi, sehingga diharapkan dapat memberikan hasil penelitian yang valid.

4. Persamaan Penelitian ini dengan Penelitian lain

Pendekatan penelitian ini adalah berdasarkan model *Precede-Proceed* teori Laurence W. Green dan Marshall W. Kreuter,⁵⁶ dalam *Health Education, Creating Strategies for School and Community Health*, oleh Glen G. Gilbert, Robin G. Sawyer, Elisa Bert McNeill.⁵⁷

F. Metodologi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi dan ilmu kesehatan. Sedangkan metode penelitian yang digunakan adalah metode

⁵³ John W. Creswell, *The Mixed Methods Research*. Pub Sage Journals, (2009).

⁵⁴ Glaser B.G., Strauss A.L., *The Discovery of Grounded Theory*. New York: Aldin Publishing Company, 1980.

⁵⁵ Jonathan Sarwono, "Strategi Pengumpulan Data Primer Secara Online," (Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat).

⁵⁶ Laurence W. Green., Marshall W. Kreuter., *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*. Second ed. London: Mayfield Publishing Co, 2000.

⁵⁷ Glen G. Gilbert, Robin G. Sawyer, Elisa Bert McNeill, *Health Education, Creating Strategies for School and Community Health*. Third ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

penelitian kombinasi atau strategi penelitian ganda jenis *sequential explanatory*⁵⁸. Penelitian ini mengkombinasikan dua metode penelitian sekaligus, yaitu kuantitatif studi *epidemiology*⁵⁹ dan kualitatif studi *ethnography*.

Metode kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, teknik pengambilan sampel dilakukan secara random, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian dan analisis data bersifat statistik untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan.⁶⁰ Desain penelitian menggunakan *cross sectional study design*, dimana studi berlangsung pada satu waktu tertentu tanpa memberikan intervensi, atau disebut penelitian *prevalence*⁶¹, dilakukan untuk memperoleh pola tertentu dan determinan-determinannya pada populasi sasaran.⁶² Beberapa keuntungan dari studi ini antara lain; hasil studi dapat merupakan informasi status kesehatan pada suatu populasi, memungkinkan untuk generalisasi, tidak terancam *drop out*, dapat digunakan untuk menilai kebutuhan pelayanan kesehatan dan sebagai dasar untuk penelitian berikutnya yang lebih konklusif.⁶³

Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan filsafat post positivisme, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi, analisis data bersifat induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.⁶⁴ Desain penelitian menggunakan *ethnography study design* untuk mengungkap

⁵⁸ Lihat Burges and Brannen J., *Mixing Method: Qualitative and Quantitative Research*. Gower: Pub Sage Aldershot, 1992. Lihat pula Sugiyono AS., *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed methods)*. Bandung: Alfabeta, 2011.

⁵⁹ Donna M. Mertens, *Mixed Methods Research*. Gallaudet University. Pub Sage Journals, (2010).

⁶⁰ Kleinbaum D.G., Kupper L.L., Morgenstern H., *Epidemiologic Research, Principles and Quantitative*. New York: Nostrand Reinhold, 1982.

⁶¹ Beaglehole R., Bonita R., & Kjellstrom T., *Basic Epidemiology*. Geneva: WHO, 1993.

⁶² Bisma Murti, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997, hal 105.

⁶³ Emy Rianti, Agus Tri Winarto., *Epidemiologi dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info, 2010.

⁶⁴ Sugiyono AS., *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed methods)*. Bandung: Alfabeta, 2011.

pemahaman dan sikap santri terhadap kebersihan dari perspektif Islam di pondok pesantren. Data dianalisis sesuai konteks atau situasi yang terjadi pada saat data dikumpulkan.⁶⁵ Berdasarkan seluruh analisis, kemudian dilakukan rekonstruksi dalam bentuk deskripsi, narasi dan argumentasi sehingga bisa menarik kesimpulan secara umum sesuai sasaran penelitian⁶⁶, dengan harapan diperoleh pemahaman yang mendalam tentang gambaran yang sebenarnya untuk selanjutnya dihasilkan sebuah konsep.⁶⁷

Selanjutnya peneliti membandingkan dua kelompok sampel, dengan cara membandingkan persamaan dan perbedaan praktik personal hygiene antara dua pondok pesantren yang mempunyai akses air yang berbeda, baik sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun dan kualitas air, untuk mencari faktor-faktor dan situasi yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan di pondok pesantren.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di dua lokasi pondok pesantren yang berbeda yaitu: di Pondok Pesantren Al Hamidiyah, yang beralamat di Jalan Raya Depok, Sawangan KM 2, No 12 Rangkapan Jaya, Kota Depok; dan di Pondok Pesantren Qothrotul Falah Banten, yang beralamat di jalan Sampay-Cileles, Km. 5 Sumur Bandung, Kecamatan Cikulur, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten.

⁶⁵ Anshar Amra, "Definisi dan jenis-jenis Penelitian", Mahasiswa Program Doktor Program Studi Teknik Geodesi dan Geomatika, Sekolah Pasca Sarjana _Institut Teknologi Bandung, 2010, (email: anshar_amranstudents.itb.ac.id).

⁶⁶ Mudjia Rahardjo, *Analisis Data Penelitian Kualitatif: Sebuah Pengalaman Empirik*. Friday, 11 June 2010 01:32, link: www.mudjiarahardjo.com.

⁶⁷ Mudjia Rahardjo, *Jenis dan Metode Penelitian Kualitatif*. Tuesday, 01 June 2010 04:52 - Last Updated Wednesday, 02 June 2010 03:28, link: www.mudjiarahardjo.com.

3. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah santri puteri dan santri putera yang tinggal di pondok pesantren wilayah Depok dan Banten.

b. Sampel

Sampel penelitian adalah santri yang tinggal di Pondok Pesantren Al Hamidiyah Depok dan di Pesantren Qothrotul Falah Banten yang terpilih dan bersedia menjadi responden. Kriteria inklusi sampel adalah santri yang tinggal di pondok pesantren minimal sudah 6 bulan mondok di pesantren.

c. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam menentukan lokasi dan unit sampel yang diambil adalah *purposive sampling/judgemental*.⁶⁸ Teknik *purposive sampling* digunakan karena populasi tidak homogen dan lokasi yang tersebar.⁶⁹ *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang secara sengaja ditentukan sesuai dengan persyaratan sifat, karakteristik, ciri dan kriteria sampel yang akan mewakili populasi.⁷⁰ Selanjutnya sampel individu dimana santri sebagai responden ditentukan dengan menggunakan teknik *probability sampling*, yaitu menggunakan metode *simple random sampling* atau metode acak sederhana.

⁶⁸ Adang Bachtiar, Achmad Kusdinar. *Paket Mata Ajaran: Metodologi Penelitian Kesehatan*. Depok: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2008.

⁶⁹ Noeng Muhadjir, *Metodologi Keilmuan: Paradigma Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed.*, Edisi V (Revisi). Yogyakarta: Penerbit Rake Sarasin, 2007.

⁷⁰ Tatang Amirin M., *Populasi dan Sampel Penelitian : Pengambilan Sampel dari Populasi Tak-Terhingga dan Tak-Jelas*. tatangmanguny.wordpress.com. 2011.

d. Besar Sampel

Besar sampel pada penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi⁷¹⁷² dengan power 95%.

Rumus:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha} / 2 \sqrt{2 \bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Derajat kemaknaan (α) sebesar 5%

Power ($1-\beta$) sebesar 90%

P1 = 80 %

P2 = 50 %

\bar{P} = Proporsi rata rata

4. Kerangka Konsep Penelitian

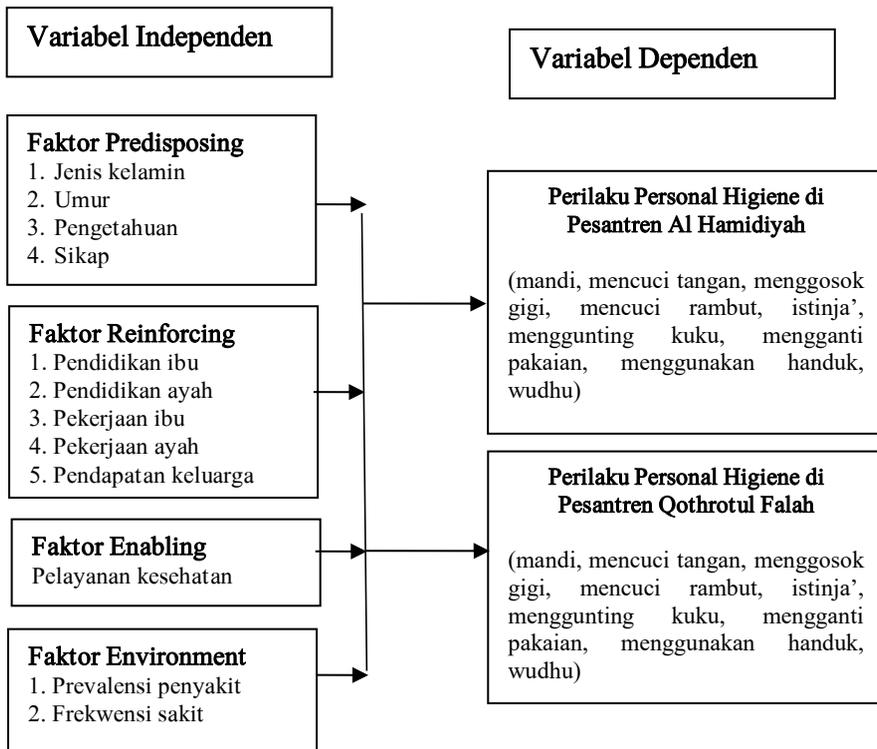
Kerangka konsep penelitian ini disusun berdasarkan hubungan antara variabel bebas (*independent variables*) dan variabel terikat (*dependent variable*). Adapun variabel bebas dalam penelitian ini adalah: umur santri, jenis kelamin, pengetahuan dan sikap. Sedangkan variabel terikat penelitian ini adalah perilaku personal higiene, yang mencakup semua subvariabel dependen antara lain; mandi, mencuci tangan, menggosok gigi, mencuci rambut, istinja', menggunting kuku, mengganti pakaian, menggunakan handuk, dan cara wudhu'.

Gambar Kerangka konsep penelitian studi komparasi praktik personal higiene santri di Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan di Pondok Pesantren Qothrotul Falah dapat dilihat pada gambar 1.1.

⁷¹ Stanley Lemeshow, David W. Hosmer Jr., Janelle Klar., Stephen K. Lwanga, *Adequacy of Sample Size in Health Studies* Geneva: World Health Organization, 1997

⁷² Stephen K. Lwanga and Stanley Lemeshow, *Sample size determination in health studies, a practical manual*, Geneva: World Health Organization, 2014.

Gambar 1.1
Kerangka Konsep Penelitian



5. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi dari apa yang diukur untuk masing-masing variabel atau apa yang menjadi indikator dari masing-masing variabel tersebut. Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari definisi operasional variable dependen, definisi operasional variabel subdependen, dan definisi operasional variable independen.

a. Definisi Operasional Variabel Dependen

- 1) Perilaku personal higiene, adalah tindakan atau praktik sehari-hari santri di pondok pesantren dalam memelihara kebersihan dan kesehatan diri meliputi mandi, mencuci tangan, menggosok

gigi, mencuci rambut, istinja', menggunting kuku, mengganti pakaian, menggunakan handuk dan wudhu. Perilaku personal hygiene dikategorikan berdasarkan nilai median. Adapun kriteria baik adalah ≥ 20 .

- 2) Pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pondok pesantren yang memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern atau pondok pesantren salafiyah ashriyah dengan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air yang berasal dari sumur bor/pompa. Lokasi pondok pesantren ada di perkotaan, terletak di sekitar permukiman penduduk.
- 3) Pondok pesantren Qothrotul Falah, adalah pondok pesantren yang memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern atau pondok pesantren salafiyah ashriyah dengan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air yang berasal dari sumur bor/ pompa dan kulah. Lokasi pondok pesantren ada di perdesaan, terletak di sekitar permukiman penduduk.
- 4) Kulah adalah kolam besar yang terbuat dari tanah untuk menampung air hujan dan dipergunakan santri untuk mencuci, mandi serta berwudhu, dimana air kulah akan banyak pada saat musim hujan dan mengering pada musim kemarau.

b. Definisi Operasional Variabel Sub Dependen

- 1) Mandi, adalah praktik sehari-hari santri untuk membersihkan tubuh menggunakan air dan sabun, dengan cara menyiramkan, mengalirkan atau merendamkan diri dalam air sebanyak dua kali setiap sehari.⁷³
- 2) Mencuci tangan, adalah tindakan santri membersihkan tangan dan jari jemari dengan menggunakan air mengalir dan sabun

⁷³ Kamus Bahasa Indonesia, Definisi mandi, <http://kamusbahasaindonesia.org>. Diakses pada 03-11-2013

ataupun cairan lainnya, terutama setelah buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK) dan pada saat mau makan.⁷⁴

- 3) Menggosok gigi, adalah praktik membersihkan gigi yang dilakukan santri dengan menggunakan sikat gigi atau siwak dan memakai pasta gigi, minimal dua kali sehari yaitu sehabis sarapan pagi dan sebelum tidur malam.⁷⁵
- 4) Mencuci rambut, adalah kegiatan membersihkan kulit kepala dan rambut dengan menggunakan air dan sampo supaya bersih dari minyak, debu, serpihan kulit, dan kotoran lain yang menempel dirambut, minimal satu kali dalam dua hari.⁷⁶
- 5) Cebok/Istinja', adalah tindakan membersihkan dubur dan atau kemaluan yang dilakukan setiap setelah BAB dan BAK dengan menggunakan air dan sabun, untuk menjaga kesehatan dan bersuci dari hadas.⁷⁷
- 6) Menggunting kuku, adalah tindakan memotong kuku yang tumbuh melebihi ujung jari, dengan tujuan menjaga kebersihan dan mencegah timbulnya infeksi, yang dilakukan minimal satu kali dalam seminggu.⁷⁸
- 7) Mengganti pakaian, adalah tindakan sehari-hari santri untuk mengganti pakaian termasuk pakaian dalam yang dilakukan setiap selesai mandi minimal dua kali sehari.
- 8) Menggunakan handuk, adalah tindakan santri menjemur di tempat yang kering dan atau terkena matahari setelah memakai

⁷⁴ WHO, Guidelines On Hand Hygiene In Health Care. Pdf. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland: 2005.

⁷⁵ American Dental Association, A Healthy Mouth for Life. Oral Longevity (pdf): 2008, www.orallongevity.ada.org.

⁷⁶ Adams D. Wadson J., The Art of Hair Colouring. London: Thomson Learning, 2005.

⁷⁷ The Toolkit on Hygiene, Sanitation & Water, Anal Cleansing, The World Bank, 2005, diakses melalui Wikipedia bahasa Indonesia pada 07/11/2013.

⁷⁸ Ratna, Sunnah Rasul: Adab Memotong Kuku. Artikel Islam: Majalah Asy Syariah Vol.III/No.31/1428 H/2007M. hal. 55-56.

handuk, dan mengganti handuk maksimal 3 hari setelah pemakaian.⁷⁹

- 9) Berwudhu, adalah praktik santri dalam menggunakan air untuk anggota tubuh tertentu (yaitu wajah, dua tangan, kepala dan dua kaki) untuk menghilangkan hal-hal yang dapat menghalangi seseorang untuk melaksanakan shalat atau ibadah yang lain.⁸⁰

c. Definisi Operasional Variabel Independen

- 1) Jenis kelamin adalah perbedaan antara santri laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologi.⁸¹ Jenis kelamin perempuan dikategorikan tidak beresiko untuk berperilaku tidak higienis.
- 2) Pengetahuan adalah pemahaman santri tentang personal hygiene. Pengetahuan dikategorikan berdasarkan nilai median. Kriteria baik: ≥ 30
- 3) Sikap adalah respon atau kecenderungan santri untuk berperilaku dalam menjaga personal hygiene. Sikap dikategorikan berdasarkan nilai median. Kriteria baik: ≥ 29
- 4) Pendidikan ibu/ ayah adalah kegiatan belajar mengajar formal yang pernah diikuti ibu/ ayah dan mendapat ijazah.
- 5) Pekerjaan ibu/ ayah adalah kegiatan rutin yang dilakukan oleh ibu/ ayah dan memiliki nilai ekonomis. Ibu tidak bekerja dikategorikan tidak beresiko terhadap perilaku personal hygiene responden karena mempunyai kesempatan mendidik anak.
- 6) Pendapatan keluarga adalah pendapatan keluarga rata-rata dalam satu bulan.

⁷⁹ Flemming Andersen et al, Comparison of the effect of glycerol and triamcinolone acetonide on cumulative skin irritation in a randomized trial, *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 56, Issue 2, Pages 228-235, February 2007, pdf, diakses pada 07/11/2013.

⁸⁰ Al Lajnah Ad Daimah lil Buhuts al 'Ilmiyyah wa al Iftaa, *Tata Cara Wudhu*, Ringkasan Cara Wudhu Yang Benar Sesuai Sunnah, kaahil.wordpress.com/2011/11, diakses pada 07/11/2013.

⁸¹ Jurnal Pemikiran Islam Paramadina, *Perspektif Jender Dalam Islam*, Penerbit Yayasan Paramadina, Jln. Metro Pondok Indah, Pondok Indah Plaza I Kav. Ua 20-21, Jakarta Selatan, March 16, 2007 at 7:56 pm.

- 7) Pemanfaatan Yankes adalah pemanfaatan fasilitas kesehatan antara lain: poskestren, rumah sakit umum, rumah sakit swasta, puskesmas/ pustu, klinik/ balai kesehatan, dokter praktik, perawat praktik atau bidan praktik. Kriteria pemanfaatan Yankes: ya, jika responden pergi berobat ke pelayanan kesehatan saat mengalami masalah kesehatan atau sakit; tidak, jika responden tidak pergi berobat ke fasilitas kesehatan saat mengalami masalah kesehatan/ sakit, atau responden pergi berobat ke dukun dan atau orang pintar.
- 8) Prevalensi penyakit adalah kejadian kesakitan yang pernah dialami responden dalam 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren, meliputi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare dan demam.
- 9) Prevalensi penyakit lain adalah kejadian kesakitan yang pernah dialami responden dalam 6 bulan terakhir meliputi gabungan penyakit (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu).
- 10) Frekuensi sakit adalah jumlah responden pernah mengalami sakit selama 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren. Frekuensi sakit dimulai dari 0 yang artinya tidak pernah sakit, dan tertinggi adalah 5 yang berarti responden pernah mengalami 5 kali sakit selama 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren. Skala ukur yang dipakai adalah nilai mean, dengan *cut of point* nilai median.
- 11) Poskestren, adalah keberadaan akses pelayanan kesehatan di pondok pesantren yang memberdayakan kemampuan santri dan ustadz agar mau dan mampu untuk hidup sehat. ⁸²

6. Sumber Data

Sumber data penelitian ini dibagi menjadi dua macam, yaitu: sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer pada penelitian kuantitatif dikumpulkan dan diambil langsung dari lapangan hasil pengisian kuesioner oleh semua santri yang menjadi responden

⁸² Poskestren, *Pembentukan Poskestren Dengan Menggunakan Pola Pendekatan Desa Siaga Di Pesantren Al-Munawarah Kabupaten Merangin*. harisn73.files.wordpress.com/2007/12/pembentukan-poskestren.pdf.

penelitian. Sumber data primer kualitatif diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan tiga orang santri puteri, tiga orang santri putera dan satu orang pak ustadz atau pimpinan pondok dari masing-masing pondok pesantren yang menjadi responden, serta observasi baik pada santri, pimpinan pondok dan lingkungan fisik pondok pesantren.

Data yang diambil dari sumber primer kuantitatif adalah faktor predisposing, reinforcing, enabling dan environment terutama variabel yang terkait dengan pengetahuan, sikap dan perilaku santri terhadap personal hygiene di pondok pesantren, serta lokasi, karakteristik dan fasilitas yang ada di pondok pesantren. Data yang diambil dari sumber primer kualitatif adalah gambaran pemahaman serta sikap santri dan pimpinan pondok pesantren terhadap personal hygiene menurut perspektif Islam.

Sumber data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini berupa publikasi jurnal, hasil penelitian, buku teks, artikel, naskah, dan catatan yang terpublikasikan. Data yang diperoleh akan dijadikan sebagai data penunjang dari penelitian yang dilakukan.

7. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti pada studi ini bertindak sebagai pengumpul data aktif, dibantu oleh dua orang enumerator, dengan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

a. Survei Awal

Survei awal penelitian dilakukan di Pondok Pesantren Al-Awwabin yang beralamat di jalan H. Sulaiman No. 12 Bedahan, Sawangan, Kota Depok. Survei awal dilakukan untuk mengumpulkan fakta tentang faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan di pondok pesantren. Survei awal juga dilakukan untuk menentukan besar proporsi kejadian tidak hygiene dipondok pesantren (P1) guna menetapkan besarnya sampel penelitian.

b. Uji validitas dan reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di pondok pesantren Al-Karimiyah, yang beralamat di Jalan H. Maksum No. 23 Sawangan,

Kota Depok. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan sudah menguji ketepatan dan konsistensi kuesioner.

c. Kuesioner

Pengisian kuesioner dilakukan untuk mendapatkan data yang meliputi semua variabel terkait dengan penelitian. Pembuatan kuesioner dilakukan melalui beberapa tahap penyusunan awal, uji coba di lapangan, perbaikan dan uji coba kembali di lapangan sampai tahap finalisasi kuesioner. Untuk menggali informasi tentang kebiasaan santri, maka selain menggunakan kuesioner yang sudah distandarisasi juga dilengkapi dengan wawancara dan observasi tentang perilaku hidup sehat terkait personal hygiene.⁸³ Guna menjamin kualitas data dilakukan quality control sejak dari lapangan sampai pada pengolahan.

d. Observasi

Teknik ini digunakan dengan cara mengamati secara seksama obyek yang diteliti, baik perilaku individu, atau situasi proses kegiatan tertentu.⁸⁴ Jenis observasi yang dilakukan adalah observasi alami. Peneliti melakukan observasi menyeluruh terhadap latar santri dan pondok pesantren tanpa mengubahnya. Tujuan observasi adalah untuk mengamati dan memahami sikap dan perilaku santri secara nyata dan alami terhadap personal hygiene.⁸⁵

e. Wawancara

Metode interview atau wawancara dilakukan untuk mendapatkan keterangan secara lisan langsung dari responden.⁸⁶ Dalam model

⁸³ Lebih jelasnya bisa dilihat dalam kuesioner penelitian pada halaman isian.

⁸⁴ Nana Sudjana, *Penilaian Hasil Belajar Mengajar* (Bandung: Remaja Rosdakarya, 1995), 84.

⁸⁵ Lebih jelasnya bisa dilihat dalam kuesioner penelitian pada halaman observasi.

⁸⁶ Koentjaraningrat, *Metode-Metode Penelitian Masyarakat* (Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 1993), 129.

wawancara ini peneliti secara kreatif mengendalikan jawaban responden.⁸⁷ Wawancara dilakukan dengan santri untuk menilai pemahaman, sikap dan praktik santri terhadap personal hygiene dari perspektif Islam di pondok pesantren. Wawancara juga dilakukan dengan pimpinan pondok guna mencari informasi tentang pemahaman dan sikap pimpinan pondok terhadap personal hygiene di pondok pesantren.⁸⁸

f. Dokumentasi

Teknik ini digunakan untuk mencari literatur terdahulu yang relevan dengan penelitian yang menitik beratkan pada analisis atau interpretasi bahan tertulis berdasarkan konteksnya.

8. Teknik Analisis Data

Setiap selesai pengumpulan data, dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian data dan pengkodean untuk konsistensi data. Setelah dilakukan pemeriksaan, data kemudian dimasukkan ke dalam komputer. Selanjutnya dilakukan pembersihan data sesuai kaidah penelitian, kemudian data diolah dan dianalisis untuk melihat hubungan faktor *predisposing*, *enabling*, *reinforcing*, dan *environment* terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah serta faktor dominan yang mempengaruhi.

Analisis data kuantitatif dibedakan menjadi: *pertama*, analisis deskriptif (univariat) digunakan untuk menjelaskan/ menggambarkan distribusi karakteristik variabel independen, variabel dependen dan subvariabel dependen dalam peringkasan data baik secara numerik maupun katagorik; *kedua*, analisis bivariat dengan melakukan uji *chi-square* dan uji *fisher exact* guna melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan perhitungan statistik menggunakan tabulasi silang; *ketiga*, analisis multivariat, merupakan analisis lanjut yang dipakai untuk menguji besarnya pengaruh variabel-variabel bebas

⁸⁷ Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan praktik*, Cet. XII (Jakarta: PT Rineka Cipta, 2002), 202.

⁸⁸ Lebih jelasnya bisa dilihat dalam kuesioner penelitian pada halaman wawancara.

terhadap variabel terikat dan faktor dominan yang mempengaruhi, dengan menggunakan jenis uji regresi logistik metode *backward*.

Analisis data kualitatif dilakukan dengan pendekatan analisis kultural yaitu dengan memahami gejala-gejala yang khas dari analisis kuantitatif. Analisis ini juga mengumpulkan tema budaya, nilai sosial dan simbol-simbol demografi, juga untuk menemukan hubungan-hubungan yang terdapat pada domain sikap dan perilaku, sehingga akan membentuk satu kesatuan yang holistik, menampakkan masalah yang dominan dan mana yang kurang dominan. Berdasarkan seluruh analisis, peneliti akan melakukan rekonstruksi dalam bentuk deskripsi, narasi dan argumentasi sehingga bisa menarik kesimpulan secara umum sesuai sasaran penelitian.

9. Teknik Penulisan

Teknis penulisan dalam penulisan laporan penelitian ini adalah sebagaimana pedoman yang diterbitkan oleh Sekolah Pascasarjana Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Untuk penulisan menggunakan pedoman *Turabiyian Style* untuk notes dan *Library Congress* untuk transliterasi.

G. Sistematika Pembahasan

Studi ini di bahas dalam enam bab. Satu bab berisikan latar belakang permasalahan, satu bab merupakan kajian mendalam tentang dasar teori yang digunakan, tiga bab berisi analisis, interpretasi serta pembahasan secara kuantitatif dan kualitatif hasil penelitian. Kemudian satu bab berisi kesimpulan yang merupakan jawaban dari rumusan masalah serta rekomendasi kepada beberapa pihak yang terkait sesuai dengan signifikansi dari studi ini. Gambaran umum dari tiap bab tersebut dijelaskan sebagai berikut:

Bab pertama merupakan pendahuluan berisikan permasalahan tentang penyakit yang sering muncul di pondok pesantren, lalu kaitannya dengan kebersihan yang merupakan bagian penting dari nilai-nilai dalam Islam. Kemudian tersaji tujuan, signifikansi studi dan metodologi penelitian untuk mengungkap faktor-faktor terkait penyebab dari permasalahan.

Bab kedua merupakan tinjauan tentang teori yang sifatnya filosofis yang menjadi dasar pijakan dalam menganalisis tiap fenomena yang ditemukan. Berisikan kajian pustaka yang mengurai secara mendalam tentang referensi terkait, meliputi Islam dan perkembangan kesehatan, konsep dasar kesehatan, personal hygiene dan model perilaku kesehatan.

Bab ketiga merupakan penjelasan secara rinci tentang unit sampel sebagai tempat penelitian yaitu pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah, serta karakteristik masing-masing responden sebagai sampel penelitian. Berisikan; gambaran pondok pesantren sebagai tempat penelitian, deskripsi karakteristik masing-masing responden dalam praktik personal hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah dan deskripsi karakteristik masing-masing responden dalam praktik personal hygiene di pondok pesantren Qothrotul Falah

Bab keempat merupakan pembahasan yang menganalisa dan menjelaskan bukti empirik data kuantitatif dan kualitatif dan mengurai kekuatan hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah, serta faktor paling dominan yang mempengaruhi.

Bab kelima adalah pembahasan tentang perbandingan baik persamaan dan perbedaan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di masing-masing pondok pesantren.

Bab keenam berisi kesimpulan yang merupakan jawaban rumusan masalah dan dilengkapi dengan bukti-bukti yang pendukung yang ditemukan studi ini. Pada bab ini juga disajikan rekomendasi didasarkan pada hasil temuan. Rekomendasi tersebut ditujukan kepada kalangan akademisi, pembuat kebijakan, pengelola program pondok pesantren dan pelayanan kesehatan.

Bab II

Islam dan Kesehatan

Kebersihan adalah pangkal kesehatan, menjaga kebersihan diri dan lingkungan akan menciptakan lingkungan hidup yang nyaman dan sehat sehingga akan tercipta jiwa dan raga yang sehat serta kuat. Islam dan kesehatan terkesan sebagai dua hal yang masing-masing berdiri sendiri bahkan bertolak belakang. Argumentasi ini didasarkan pada berbagai persoalan bidang kesehatan di tengah masyarakat yang menunjukkan belum sepenuhnya nilai-nilai ajaran dan pemikiran Islam diamalkan.¹ Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri karena sesungguhnya pokok ajaran Islam terkait erat dan sangat relevan dengan keilmuan di bidang kesehatan dan bersifat universal. Keterkaitan agama dan kesehatan tidak bisa dinafikan, dari lingkup kesehatan berdasarkan definisi dan komprehensivitas Islam jelas terlihat, bahwa Islam menghendaki agar umatnya kuat atau tidak lemah secara fisik, mental, sosial dan ekonomi. Abu Hurairah berkata bahwa Nabi Muhammad Saw bersabda:

المُؤْمِنُ الْقَوِيُّ خَيْرٌ وَأَحَبُّ إِلَى اللَّهِ مِنَ الْمُؤْمِنِ الضَّعِيفِ، وَفِي كُلِّ خَيْرٍ
*Mukmin yang kuat lebih baik dan lebih dicintai Allah daripada mukmin yang lemah; dan pada keduanya ada kebaikan.*²

Tuntunan Islam banyak mencerminkan nilai-nilai kesehatan, di antaranya melalui cara hidup yang sehat. Demikian juga aspek mental dan spiritual merupakan bagian penting dan utama domain agama dan kesehatan. Sehat adalah kondisi secara *holistic*, bukan saja sehat secara

¹ Selamat Riyadi, “Peran Ajaran dan Pemikiran Islam dalam Bidang Kesehatan”, Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan. Artikel, 2012, hal 2.

² Almanhaj.or.id., “Mukmin Yang Kuat Lebih Baik Dan Lebih Dicintai Oleh Allâh Subhanahu wa Ta’ala”. Artikel Hadis bag. 1. 2014

fisik, melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat.³ Studi Islam komprehensif, baik di Indonesia maupun di luar negeri serta banyak hasil penelitian, menunjukkan kuatnya hubungan antara agama dan kesehatan. Studi ini berpijak pada argumen bahwa konsep Islam dan kesehatan harus disatukan untuk menuju keselamatan dunia akhirat, kesejahteraan dan kemakmuran lahir dan batin umat manusia.

Selanjutnya akan dipaparkan konsep Islam dan kesehatan yang meliputi: Islam dan perkembangan kesehatan, Islam dan pendidikan pesantren, konsep dasar kesehatan, personal hygiene dan model perilaku kesehatan.

A. Islam dan Perkembangan Kesehatan

Bukti perhatian al-Qur'an terhadap bidang ilmu pengetahuan dinyatakan dalam firman Allah Swt:

إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ لآيَاتٍ لِّأُولِي الْأَلْبَابِ

“Sesungguhnya dalam penciptaan langit dan bumi, dan silih bergantinya malam dan siang terdapat tanda-tanda bagi orang-orang yang berakal”. (QS. ali-'Imran: 190).

Sejarah ilmu pengetahuan kedokteran sudah berjalan lama, bahkan cikal bakal ilmu kedokteran atau medis telah ada sebelum Islam datang. Beberapa peradaban kuno seperti Cina, Yunani, Mesir, Roma, Persia serta India sudah mulai mengembangkan dasar-dasar ilmu kedokteran sekalipun dengan cara dan peralatan yang sederhana.⁴

Semua manusia menganggap bahwa kesehatan sangatlah penting, meskipun setiap bangsa mempunyai pendapat yang berbeda tentang definisi kemuliaan, kesejahteraan, kebahagiaan, kebajikan, dan cara menjalani hidup. Bangsa Sparta misalnya hanya akan mendapat hidup

³ Henrik L. Blum, *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory* (New York: Human Science Press, 1974). Departemen Kesehatan RI. 2008.

⁴ Ezzat Abouleish, *Contributions Of Islam To Medicine*, Associate Professor of Anesthesiology University of Pittsburgh School of Medicine and Director of Obstetric Anesthesia Magee-Womens Hospital, *The Journal of IMA*, 1979, p 28.

sejati jika dijalani dengan berperang. Bangsa Yunani menganggap bahwa hidup bahagia bisa tercapai bila menguasai filsafat. Bangsa India memilih Indu sebagai jalan terbaik untuk mendapatkan kemuliaan. Namun demikian, semua bangsa tersebut sepakat bahwa kesehatan merupakan salah satu nikmat hidup yang harus dijaga. Orang Yunani Kuno misalnya mempercayai Asclepius sebagai dewa kesehatan. Muncul beberapa dokter atau tabib terkemuka di Yunani yang telah banyak berkontribusi dalam mengembangkan ilmu kedokteran. Hippocrates atau 'Ypocras' (5-4 SM) menulis dasar-dasar pengobatan. Rufus of Ephesus (1 M), seorang dokter dari Asia Minor, berhasil menyusun lebih dari 60 risalah ilmu kedokteran Yunani. Dioscorides juga dikenal sebagai seorang penulis risalah pokok-pokok kedokteran yang menjadi dasar pembentukan farmasi selama beberapa abad kemudian.⁵

Perkembangan ilmu kedokteran pada abad pertengahan diambil alih dunia Islam yang berpusat di Timur Tengah. Berbeda dengan ilmuwan lain, ilmuwan muslim menjadikan al-Qur'an dan as-Sunnah sebagai pijakan utama dalam mengembangkan ilmu-ilmu kedokteran. Para ilmuwan bekerja sama dengan sang khalifah sebagai pemegang kekuasaan dalam mengembangkan ilmu kedokteran. Langkah pertama mereka adalah menerjemahkan berbagai literatur kedokteran dari bangsa-bangsa lain terutama Yunani ke dalam bahasa Arab. Sementara rumah sakit telah ada sejak masa Nabi Muhammad Saw di Madinah. Bahkan pada saat berperang, Nabi Muhammad Saw selalu membawa pasukan khusus yang berperan sebagai tim medis. Mereka menyiapkan berbagai peralatan dan perbekalan medis yang diangkut beberapa unta. Klinik berjalan dan tim medis ini bertugas merawat dan mengobati tentara muslim yang terluka dalam peperangan. Mereka berpindah dari satu medan perang ke medan perang lain. Tercatat dalam sejarah bahwa rumah sakit pertama yang dibangun kaum muslimin berada di Damaskus, Siria. Rumah sakit ini dibangun pada masa pemerintahan Khalifah Al-Wahid (706 M) dari Dinasti Umayyah.

⁵ M. Sanusi, *Terapi Kesehatan Warisan Kedokteran Islam Klasik*, Najah, Yogyakarta: 2012.

Perkembangan kedokteran Islam melalui tiga periode pasang surut. Periode perkembangan kedokteran ini dibedakan menjadi periode penerjemahan literatur kedokteran, periode keemasan dan periode kemunduran. Periode penerjemahan berlangsung pada abad ke-7 hingga ke-8 M. Para ilmuwan muslim pada masa ini gencar mengalih-bahasakan buah pikiran para tabib Yunani Kuno, baik dari bahasa Yunani maupun bahasa lain ke dalam bahasa Arab. Khalifah Al-Ma'mun dari Dinasti Abbasiyah mendorong para sarjana untuk berlomba-lomba menerjemahkan literatur penting ke dalam bahasa Arab. Sejumlah sarjana terkemuka ikut ambil bagian dalam proses transfer pengetahuan tersebut, seperti Jurjis bin Bakhtisliu, Yuhanna bin Masawaya, serta Hunain bin Ishak.

Pada abad ke-9 sampai ke-13 M, dunia kedokteran Islam berkembang begitu pesat. Sejumlah rumah sakit besar berdiri. Rumah sakit tersebut tidak hanya berfungsi sebagai tempat perawatan dan pengobatan. Rumah sakit juga berfungsi sebagai tempat belajar bagi para dokter baru, sehingga muncul sejumlah dokter terkemuka dan berpengaruh di dunia kedokteran hingga sekarang. Sekolah kedokteran pertama yang dibangun umat Islam adalah sekolah Jindi Shapur. Khalifah al-Mansur dari Dinasti Abbasiyah mendirikan rumah sakit di kota Baghdad, Khalifah mengangkat Judis bin Bahtishu sebagai dekan sekolah kedokteran tersebut. Pendidikan kedokteran yang diajarkan di Jindi Shapur sangat serius dan sistematis. Sekolah kedokteran ini akhirnya melahirkan sejumlah tokoh kedokteran terkemuka seperti al-Rāzī, al-Zahrawī, Ibnu Sina, Ibnu Rushd, Ibnu al-Nafīs, dan Ibnu Maimon.⁶

Al-Rāzī (841-926 M) dikenal di Barat dengan nama Razes. Nama lengkap al-Rāzī adalah Abū Bakar Mohammad bin Zakaria al-Rāzī. Beliau menjadi dokter istana Pangeran Abū Saleh al-Mansur, penguasa Khurasan. Al-Rāzī kemudian pindah ke Baghdad, menjadi dokter kepala di rumah sakit Baghdad dan dokter pribadi khalifah. Karya al-Rāzī

⁶ Ezzat Abouleish, *Contributions Of Islam To Medicine*, Associate Professor of Anesthesiology University of Pittsburgh School of Medicine and Director of Obstetric Anesthesia Magee-Womens Hospital, The Journal of IMA, 1979, p 29.

yang berjudul *Al-Mansuri* menyoroti tiga aspek penting dalam kedokteran, yaitu kesehatan publik, pengobatan preventif, dan perawatan penyakit khusus. Al-Rāzī dalam buku yang berjudul *Al-Murshid* mengupas tentang pengobatan berbagai penyakit. Buku lainnya yang berjudul *Al-Hawī* terdiri dari 22 volume mengupas tentang pengobatan cacar air. Buku ini menjadi salah satu rujukan sekolah kedokteran di Paris.

Al-Zahrawī (930-1013 M) dikenal dengan nama Abulcasis di Barat. Ahli bedah terkemuka dari Arab ini menempuh pendidikan di Universitas Cordoba. Ia menjadi dokter istana pada masa Khalifah Abdul Rahman III. Sebagian besar hidupnya didedikasikan untuk menulis buku-buku kedokteran, khususnya masalah bedah. Salah satu dari empat buku kedokteran yang ditulisnya berjudul *Al-Tastif li Man Ajiz'am Al-Ta'lif*, sebuah ensiklopedia ilmu bedah terbaik pada abad pertengahan. Buku tersebut digunakan di Eropa hingga abad ke-17 M. Al-Zahrawī dalam buku tersebut menerapkan cutlery untuk mengendalikan pendarahan. Ia juga menggunakan alkohol dan lilin untuk menghentikan pendarahan selama pembedahan tengkorak berlangsung. Al-Zahrawī juga menulis buku tentang operasi gigi.

Dokter muslim yang sangat mashur adalah Ibnu Sina atau Avicenna (980-1037 M). Salah satu kitab kedokteran fenomenal yang berhasil ditulisnya adalah *Al-Qanun fi al-Tibb* atau *Canon of Medicine*. Kitab itu menjadi ensiklopedia kesehatan dan kedokteran yang berisi satu juta kata. Hingga abad ke-17 M, kitab ini masih menjadi referensi sekolah kedokteran di Eropa.

Sementara tokoh kedokteran era keemasan Islam adalah Ibnu Rushd atau Averroes (1126-1198 M). Dokter kelahiran Granada Spanyol ini sangat dikagumi para sarjana Eropa. Kontribusinya dalam dunia kedokteran tercantum dalam karyanya berjudul *Al-Kulliyat fi al-Tibb (Colliyet)*. Buku tersebut berisi rangkuman ilmu kedokteran. Buku kedokteran lain berjudul *Al-Taisir* yang mengupas praktik-praktik kedokteran.

Nama dokter muslim lainnya yang termasyhur adalah Ibnu el-Nafis (1208-1288 M). Dokter yang lahir di era meredupnya perkembangan kedokteran Islam ini sempat menjadi kepala rumah sakit

Al-Mansuri di Kairo. Sejumlah buku kedokteran berhasil ditulisnya. Salah satu karyanya yang terkenal adalah *Mujaz al-Qanun*. Buku ini berisi kritik dan penambahan atas kitab yang ditulis Ibnu Sina.

Beberapa nama dokter muslim terkemuka yang juga mengembangkan ilmu kedokteran antara lain Ibnu Wafid al-Lakhm, seorang dokter terkemuka di Spanyol; Ibnu Tufalis, seorang tabib yang hidup sekitar tahun 1100-1185 M; dan Al-Ghafiqi, seorang tabib yang mengoleksi tumbuh-tumbuhan dari Spanyol dan Afrika. Setelah abad ke-13 M, ilmu kedokteran yang dikembangkan sarjana-sarjana muslim mengalami masa stagnasi. Perlahan ilmu kedokteran Islam mulai surut dan mengalami kemunduran seiring runtuhnya era kejayaan Islam di abad pertengahan. Secara singkat, kontribusi para dokter muslim meliputi bakteriologi, anestesi, surgery, ophthalmology, dan psikoterapi. Konsep yang dikembangkan umat Islam pada era keemasan tersebut hingga kini masih memberikan banyak pengaruh.⁷

Dalam bidang keperawatan, dunia barat mengakui Florence Nightingale sebagai perawat pertama di dunia. Namun berabad-abad sebelum Nightingale, Rufaida binti Sa'ad al-Aslamiya telah menjadi seorang perawat. Ia merupakan perawat profesional pertama pada zaman Nabi Muhammad Saw. Rufaidah digambarkan sebagai seorang wanita yang memiliki kualitas perawat yang ideal, yaitu penuh kasih, empati, pemimpin yang baik dan guru besar yang menyampaikan pengetahuan klinis kepada orang lain. Kegiatan Rufaidah, sebagai seorang perawat, sangat terlibat dalam masyarakat, membantu orang-orang kurang beruntung yang melambangkan etos perawatan. Dia adalah pendiri sekolah pertama keperawatan bagi perempuan. Dia juga mengembangkan kode etik pertama dan etika, berabad-abad sebelum Florence Nightingale di dunia barat.⁸

Rufaidah memiliki nama lengkap Rufaidah binti Sa'ad al-Bani Aslam al-Khazraj. Ia lahir di Yathrib dan termasuk kaum Ansar, golongan pertama yang menganut Islam di Madinah. Ayah Rufaidah

⁷ M. Sanusi, *Terapi Kesehatan Warisan Kedokteran Islam Klasik*, Najah, Yogyakarta: 2012.

⁸ Eva Hillary, *Nursing In Islam*, 1St Conference For Muslim Health Professionals In Tanzania, Article, 2014.

adalah seorang dokter. Rufaidah mempelajari ilmu keperawatan saat bekerja membantu ayahnya. Rufaidah mengabdikan diri merawat kaum muslim yang sakit, dan membangun tenda di luar Masjid Nabawi saat keadaan damai. Rufaidah menjadi sukarelawan dan merawat korban yang terluka akibat perang Badar, Uhud, Khandaq dan Perang Khaibar. Rufaidah mendirikan rumah sakit di lapangan sehingga terkenal saat perang. Nabi Muhammad Saw Muhammad memerintahkan korban yang terluka dirawat oleh Rufaidah. Digambarkan bahwa saat perang Khandaq, Rufaidah merawat Sa'ad bin Ma'adh yang sedang terluka karena tertancap panah di tangan hingga stabil.⁹

Sejarah Islam mencatat beberapa nama yang bekerja bersama Rufaidah. Nama-nama tersebut adalah: Ummu Ammara, Aminah, Ummu Ayman, Safiyat, Ummu Sulaiman, dan Hindun. Beberapa wanita muslim yang terkenal sebagai perawat adalah antara lain: Ku'ayibat, Aminah binti Abi al-Qays al-Ghifari, Ummu 'Atiyah al-Anshariyat, dan Nusaibat binti Ka'ab al-Maziniyat. Ummu Ammara dikenal juga sebagai Nusaibah binti Ka'ab bin Maziniyat. Dia adalah ibu dari Abdullah dan Habi, anak dari Bani Zayd bin 'Asim. Dia berpartisipasi dalam perjanjian 'Aqabah dan perjanjian Ridhwan. Ia juga punya andil dalam Perang Uhud (625 M) dan perang melawan Musailamah di Yamamah bersama anak dan suaminya. Dalam bidang lain, dikenal nama Al-Syifa' binti al-Harith. Al-Syifa' termasuk wanita cerdas yang dikenal sebagai guru dalam membaca dan menulis serta ahli *ruqyah* (pengobatan) sebelum datangnya Islam. Sesudah memeluk Islam, dia tetap memberikan pengajaran kepada kaum perempuan. Oleh karena itu, dia disebut sebagai *ulama* (guru) wanita pertama dalam Islam. Di antara muridnya bernama Hafshah binti Umar bin Khattab.

B. Islam dan Pendidikan Pesantren

Sejarah pendidikan Islam mengenal salah satu bentuk tempat berlangsung kegiatan pendidikan, yaitu *al-kuttāb*. Sebelum berdiri lembaga pendidikan formal Islam, *al-kuttāb* dan *madrāsah* telah

⁹ Omar Hasan Kasule, "Rufaidah bint Sa'ad - Historical Roots of the Nursing Profession in Islam", paper presented at the 3rd International Nursing Conference, Brunei Darussalam. Article, 1998.

berlangsung di rumah-rumah ulama, di masjid, tempat-tempat penjualan buku dan tempat-tempat lain. Nabi Muhammad Saw menjadikan *dar al-Arqam bin Abi al-Arqam*, yaitu rumah sahabat bernama Arqam bin Abi al-Arqam di Makkah sebagai tempat pendidikan. Pelajaran yang diajarkan adalah dasar-dasar agama Islam dan al-Qur'an. Nabi Muhammad Saw juga menjadikan rumahnya di Makkah dan Madinah sebagai tempat kegiatan pendidikan Islam.

Menurut Syalabi, pakar pendidikan Islam dari Mesir dalam *Tarikh al-Tarbiyyah al-Islamiyyah* mengatakan bahwa *al-kuttāb* telah ditemui sebelum Islam. Pendidikan di *al-kuttāb* menurut Muhammad Munir Mursi telah dikenal sejak abad pertama hijriah di kota-kota Islam. Di kota Qairawan, Tunis ditemui *al-kuttāb* yang berkembang pesat pada abad ke-tiga hijriah, bersamaan dengan hidupnya seorang tokoh pendidik muslim terkenal, Muhammad Ibnu Sahnun, dengan karyanya yang monumental, yaitu *Adab al-Muta'allimīn*.¹⁰

Sejarah pendidikan Islam di Indonesia dikenal sejak kedatangan Islam ke Indonesia. Pendidikan Islam awal memakai sistem sorogan atau perorangan. Pendidikan berlangsung sangat sederhana serta tidak mengenal strata. Menurut Mahmud Yunus, sejarah pendidikan Islam sama tuanya dengan masuknya Islam ke Indonesia. Sejak masuknya Islam ke Indonesia, mulai timbul pendidikan Islam. Pendidikan Islam pada mulanya berlangsung di rumah-rumah, langgar/surau, masjid dan kemudian berkembang menjadi pondok pesantren. Setelah itu baru timbul sistem madrasah yang teratur sebagaimana yang kita kenal sekarang ini.¹¹

Cukup sulit menentukan waktu yang pasti awal masuknya Islam ke kepulauan Nusantara. Hal ini dikarenakan minimnya data-data konkret yang mendukung untuk mengungkapkan semua itu. Menurut Muhammad Naimar (India), "Bukti-bukti tangan pertama tentang bagaimana Islam di Indonesia tidak mungkin diperoleh, tetapi bukti-

¹⁰ Azra'ie Zakaria dan Athiah Muhayat, Ibnu Sahnun: *Pemikir Pertama Pendidikan Islam*. Jakarta: Yayasan Pesantren Al-Qu'ran (YPA), 2008, hlm 2.

¹¹ Hasbullah, *Sejarah Pendidikan Islam di Indonesia (Lintas Sejarah Pertumbuhan dan Perkembangan)* (Jakarta: Lembaga Studi Islam dan Kemasyarakatan (LSIK), 1999), 2.

bukti yang berasal dari luar cukup menunjukkan bahwa pengislaman di daerah ini telah terjadi sejak waktu permulaan Islam, malahan mungkin ketika Nabi Muhammad Saw masih hidup, sebagaimana halnya di India Selatan.”¹²

Beberapa pendapat tentang awal masuknya Islam ke Indonesia: (1) Syed Naquib al-Attas, berpendapat bahwa catatan yang paling tua mengenai kemungkinan sudah bermukimnya orang-orang muslim di Indonesia bersumber dari laporan Cina tentang pemukiman Arab pada tahun 55 atau 672 M. (2) Gerini, seorang sejarawan dalam *Further India* dan *Indo Malay Archipelago*, yang didukung penulis Harry W. Hazzard dalam *Atlas of Islamic History* menyatakan bahwa orang Islam pertama yang mengunjungi Indonesia adalah saudagar Arab pada abad ke-7 M. Mereka singgah di Sumatera ketika mengadakan perjalanan menuju Cina. (3) Juned Pariduri, mengatakan bahwa telah ditemukan sebuah makam yang berangka tahun Haa-Miim, yang berarti tahun 48 H atau 670 M. Dengan demikian, agama Islam sudah masuk di Barus, Tapanuli, Sumatera Utara. (4) Thomas W Arnold dalam *The Preaching of Islam* menyatakan bahwa pada abad ke-7 M di pantai barat pulau Sumatera sudah didapati suatu kelompok perkampungan orang-orang Arab.¹³

Lembaga pendidikan Islam di Indonesia telah muncul sejak pertama kali masuknya Islam di Nusantara. Lembaga pendidikan tersebut disebut dengan lembaga pendidikan tradisional atau *salafī*. Lembaga pendidikan Islam yang telah mengalami perubahan dengan mengikuti sistem *madrasī* biasanya menggunakan nama baru atau menambah julukan madrasah dan atau modern. Perkembangan pendidikan Islam berikutnya memunculkan sistem pendidikan pesantren.

Pendidikan pesantren ditinjau dari segi bentuk dan sistemnya berasal berasal dari India. Sebelum proses penyebaran Islam ke Indonesia, sistem pesantren telah dipergunakan secara umum untuk

¹² Hasbullah, *Sejarah Pendidikan Islam di Indonesia (Lintas Sejarah Pertumbuhan dan Perkembangan)* (Jakarta: Lembaga Studi Islam dan Kemasyarakatan (LSIK), 1999), 4.

¹³ Hasbullah, *Sejarah Pendidikan Islam di Indonesia (Lintas Sejarah Pertumbuhan dan Perkembangan)* (Jakarta: Lembaga Studi Islam dan Kemasyarakatan (LSIK), 1999), 5.

pendidikan dan pengajaran agama Hindu di Jawa. Pesantren mempunyai beberapa elemen yang membentuknya: *Pertama*, pondok. Asrama atau tempat belajar bagi santri disebut dengan pondok. Para santri tinggal bersama dan belajar di bawah bimbingan sang guru yang lazimnya disebut “kyai”. *Kedua*, masjid. Masjid merupakan elemen yang tidak dapat dipisahkan dari dunia pesantren. Masjid dapat berfungsi sebagai tempat yang baik untuk mendidik para santri, misalnya untuk praktik sembahyang lima waktu, pengajaran kitab-kitab klasik, khutbah dan sembahyang Jum’at. *Ketiga*, pengajaran kitab-kitab klasik yang biasa disebut dengan “*kitab kuning*”. *Keempat*, santri. Dalam tradisi pesantren, santri dapat dibedakan menjadi dua: (1) santri mukim, yakni murid-murid yang berasal dari daerah yang jauh dan bertempat tinggal di lingkungan pesantren atau pondok, (2) santri kalong, yaitu murid-murid yang berasal dari desa-desa sekitar pesantren. Santri kalong tidak menetap di dalam pondok. *Kelima*, kyai. kyai merupakan komponen terpenting dalam kehidupan pesantren. kyai adalah pelopor bagi kelahiran pesantren yang dipimpinya. kyai juga menjadi pemegang dan penentu kebijakan yang ada di seluruh pesantren. Para kyai di pulau Jawa banyak yang menganggap bahwa pesantren merupakan kerajaan kecil yang dimilikinya. Konsekuensi logisnya, kekuasaan mutlak dalam kehidupan dan lingkungan pesantren sepenuhnya ada di tangan kyai. Dengan demikian, kyai menjadi penguasa tunggal sehingga tidak bisa ditentang oleh siapapun, kecuali oleh kyai yang memiliki pengaruh lebih besar.

Berdirinya sebuah pesantren tentu tidak hanya dijadikan sebagai ajang untuk memperluas cakrawala santri dalam memahami doktrin-doktrin keagamaan. Pesantren juga berfungsi untuk meninggikan moral, melatih dan mempertinggi semangat serta menghargai nilai-nilai spiritual dan kemanusiaan. Pesantren melatih dan menyiapkan para santri untuk hidup hemat, sederhana dan berhati bersih. Selain itu pesantren juga mengajarkan budi pekerti dan sopan santun. Secara sederhana, tujuan pesantren adalah membimbing para santri agar menyadari bahwa belajar semata-mata merupakan kewajiban dan pengabdian kepada tuhan. Belajar bukan hanya untuk meraih prestasi kehidupan dunia dalam bentuk uang, kekuasaan atau pangkat. Cita-cita

pendidikan pesantren adalah latihan untuk memandirikan diri sendiri dan tidak tergantung kepada siapapun selain kepada Allah.

Nilai-nilai yang mendasari pesantren dapat dikelompokkan menjadi dua bagian. *Pertama*, nilai-nilai agama yang memiliki kebenaran absolut, berorientasi kepada hal-hal yang bersifat *ukhrāwī* dan bercorak fikih-sufistik. *Kedua*, nilai-nilai agama yang memiliki kebenaran relatif, yaitu nilai-nilai agama yang berkaitan dengan realita sosial yang empiris dan pragmatis, misalnya, mengenai kehidupan sosial, politik atau budaya.

Pendidikan di pesantren bersifat holistik. Artinya, kyai memandang bahwa seluruh kegiatan belajar mengajar merupakan kesatuan yang utuh dan totalitas dalam kehidupan sehari-hari. Sehingga persoalan yang berhubungan dengan kapan mulai belajar, target apa yang ingin dicapai dan kapan ingin selesai tidak pernah dibicarakan. Implikasinya, sulit mencari dan merumuskan tujuan pendidikan pesantren secara baku yang bisa dijadikan standar umum.

Pendidikan yang dikaukan di pesantren mempunyai beberapa prinsip. *Pertama*, teosentris. Pesantren mendasarkan filsafat pendidikannya pada anggapan bahwa proses dalam kehidupan di muka bumi ini akan kembali kepada Tuhan. Pesantren mengabdikan segala kegiatan belajar mengajar demi kepentingan *ukhrāwī* dan berperilaku sakral dalam kehidupan kesehariannya. *Kedua*, sukarela dan mengabdikan. Para kyai di pesantren melakukan segala kegiatan demi mengabdikan dan secara sukarela sebagai manifestasi ibadah kepada Allah SWT. *Ketiga*, kearifan. Kearifan yang dimaksud adalah bersikap dan berperilaku sabar, rendah hati, taat pada hukum agama dan mendatangkan maslahat bagi kepentingan bersama. *Kempat*, kesederhanaan. Sikap kesederhanaan tidak sama dengan kemiskinan. Kesederhanaan diartikan dengan bersikap dan berpikir wajar *balance* dan tidak bersikap sombong. *Kelima*, kolektivitas. Dunia pesantren berlaku diktum: orang mendahulukan kepentingan orang lain dalam hal “hak”, tetapi orang harus mendahulukan kewajiban diri sendiri sebelum kewajiban orang lain. *Keenam*, mengatur kegiatan bersama. *Ketujuh*, kebebasan terpimpin, yakni semua makhluk memiliki atau tidak bisa keluar dari garis-garis *sunnatullah*-nya, tetapi memiliki kecenderungan sendiri-

sendiri sesuai fitrahnya. *Kedclapan*, mandiri. *Kesembilan*, pesantren adalah tempat mencari ilmu dan mengabdikan. *Kesepeuluh*, mengamalkan ajaran agama. Setiap perbuatan dan aktivitas selalu di bawah bimbingan dalam batas-batas dan rambu-rambu hukum agama. *Kesebelas*, tanpa ijazah. Dunia pesantren tidak berlaku ijazah, akan tetapi hanya pengakuan dari masyarakat atas prestasi kerja seorang santri, ditambah dengan restu kyai. *Keduabelas*, restu kyai. Segala kegiatan santri harus selalu direstui oleh kyainya agar bermanfaat dan membawa kemaslahatan untuknya.

Lembaga pendidikan Islam di suatu wilayah dengan di wilayah yang lain terdapat banyak persamaan. Sering kali perbedaan hanya terletak pada persoalan nama yang diberikan penduduk setempat. Penyebutan nama yang berbeda, lebih disebabkan karena lembaga pendidikan Islam merupakan kelanjutan dari suatu pranata sosial yang hidup dan berkembang di wilayah bersangkutan. Berkenaan dengan pendidikan di Aceh, terdapat istilah-istilah penting yaitu meunasah, dayah, dan rangkang.

Surau dalam tradisi dan adat Minangkabau adalah kepunyaan kaum, suku atau indu. Surau bagi kaum tertentu didirikan sebagai pelengkap dari *rumah gadang*, karena banyaknya berdiam dari keluarga *saparuik* (berasal dari satu perut/keturunan) yang berada di bawah pimpinan seorang datuk (kepala suku). Surau pada mulanya berfungsi sebagai tempat bertemu, berkumpul, rapat-rapat dan tempat menginap bagi anak lelaki yang dewasa atau orang tua (*uzur*). Dalam tradisi Minangkabau, laki-laki dewasa tidak boleh menginap di rumah gadang dan hanya kaum perempuan yang diperbolehkan memiliki kamar di rumah gadang.¹⁴ Setelah kedatangan Islam ke Sumatra Barat maka surau berubah fungsi, tidak lagi hanya berfungsi sebagai tempat menginap laki-laki dewasa, tetapi juga memiliki fungsi yang lebih luas, termasuk sebagai tempat ibadah serta tempat pengajaran dan pengembangan ajaran-ajaran islam misalnya menjadi tempat shalat, belajar membaca al-Qur'an dan sebagainya.

¹⁴ Azyumardi Azra, *Surau: Pendidikan Islam Tradisional dalam Transisi dan Modernisasi*. Diterjemahkan Oleh Iding Rasyidin. Ciputat: PT. Logos Wacana Ilmu, 2003, hlm. 8.

Pada tahap selanjutnya terjadi pemisahan fungsi antara surau dan masjid. Kalau masjid berfungsi sebagai tempat ibadah dalam arti ritual belaka, misalnya shalat lima waktu berjamaah, shalat Idul Fitri atau Idul Adha, dan shalat jum'at, surau memiliki multifungsi yakni sebagai asrama anak-anak muda, tempat mengaji dan belajar agama, dan tempat menjalani suluk, praktik-praktik tasawuf.¹⁵

C. Konsep Dasar Kesehatan

Mendefinisikan kesehatan yang baik adalah sulit karena setiap orang memiliki konsep sendiri tentang kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai: “*keadaan lengkap fisik, mental dan kesejahteraan sosial, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan*”.¹⁶ Sehat adalah kondisi sehat secara holistik bukan saja sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial.¹⁷ Undang Undang Negara Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan bab I, pasal 1, ayat 1 menyatakan bahwa: “*Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis*”.¹⁸

Menurut Pender, pandangan kesehatan individu bervariasi antara kelompok usia yang berbeda, jenis kelamin, ras, dan budaya. Selanjutnya Pender menjelaskan bahwa semua orang bebas dari penyakit tidak sama dengan sehat. Kesehatan adalah: “*keadaan bahwa orang mendefinisikan dalam kaitannya dengan nilai-nilai mereka sendiri,*

¹⁵ Suluk adalah ibadah yang dilakukan para penganut tarikat dengan mengurung diri di dalam kelambu atau kamar kecil, bertekun melakukan ibadah guna mendekatkan diri kepada Tuhan sepanjang waktu.

¹⁶ World Health Organization. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva. 2005.

¹⁷ Henrik L. Blum, *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. Human Science Press, New York. 1974. Departemen Kesehatan RI. 2008.

¹⁸ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Undang Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: 1992.

kepribadian, dan gaya hidup, menunjukkan bahwa bagi banyak orang itu adalah kondisi hidup daripada keadaan patologis". Oleh karena itu kesehatan adalah konsep yang rumit dan berarti lebih dari tidak adanya penyakit. Menurut Mc Gouhg kesehatan adalah: "*cara di mana orang berpikir tentang kesehatan dan bagaimana mereka mengelola hidup mereka dengan cara yang sehat atau meningkatkan kesehatan*".¹⁹

D. Personal Higiene

Personal higiene atau kebersihan diri adalah suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri untuk kesejahteraan fisik dan psikis.²⁰ Perilaku personal higiene adalah suatu pemahaman, sikap dan praktik yang dilakukan oleh seseorang untuk meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri, meningkatkan rasa percaya diri, menciptakan keindahan dan mencegah timbulnya penyakit. Perilaku personal higiene sangat dipengaruhi oleh nilai individu dan kebiasaan, sehingga personal higiene merupakan hal penting dan harus diperhatikan karena akan mempengaruhi kesehatan psikis seseorang.²¹ Kebersihan diri mempengaruhi kenyamanan, keselamatan, dan kesejahteraan individu. Orang yang sehat mampu memenuhi kebutuhan kebersihan mereka sendiri. Berbagai faktor personal, sosial, dan budaya mempengaruhi praktik kebersihan.²² Selanjutnya akan diuraikan konsep personal higiene yang meliputi: dasar pengetahuan ilmiah, dasar pengetahuan perawatan, perkembangan personal higiene, pentingnya personal higiene dan personal higiene dalam perspektif Islam.

¹⁹ Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry, *Basic Nursing Essentials For Practice*, 6th Edition, ISBN: 13: 978-0-323-03937-6 & 10: 0-323-03937-5, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, 2007. Page 8.

²⁰ Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition, ISBN-13: 978-0618771202. Philadelphia: Mosby Publication Elsevier St. Louis Missouri, 2008.

²¹ Ibnu Indra Fajarwati Sandriana, A Rachman Watief, *Perilaku Personal Hygiene Genitalia Santriwati Di Pesantren Ummul Mukminin Makassar, South Sulawesi* (Makasar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin, 2014), Pengabdian Masyarakat.

²² Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition, ISBN: 978-0-323-06784-3, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri., 2009, p, 849-853.

1. Dasar Pengetahuan Ilmiah

Kebersihan yang layak membutuhkan pemahaman dasar pengetahuan ilmiah tentang anatomi dan fisiologi integumen, rongga mulut, mata, telinga, dan hidung. Selain itu juga kulit dan sel-sel mukosa, pertukaran oksigen, nutrisi, dan cairan dengan pembuluh darah yang mendasarinya. Sel-sel membutuhkan gizi yang cukup, hidrasi dan sirkulasi untuk melawan cedera dan penyakit. Teknik kebersihan yang baik mendukung struktur normal dan fungsi jaringan tubuh. Selain itu, diperlukan penerapan pengetahuan tentang patofisiologi untuk pencegahan dan perawatan higienis yang baik.

a. Kulit

Kulit adalah organ aktif dengan fungsi perlindungan, sekresi, ekskresi, pengaturan suhu, dan sensasi. Kulit sering mencerminkan perubahan kondisi fisik dengan perubahan warna, ketebalan, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi. Selama kulit tetap utuh dan sehat, fungsi fisiologis tetap optimal. Kulit memiliki tiga lapisan utama, epidermis, dermis, dan subkutan. (1) Epidermis (lapisan luar) tersusun dari beberapa lapisan tipis dari sel yang mengalami tahap pematangan yang berbeda. Perisai ini yang mendasari jaringan terhadap kehilangan air dan cedera, dan mencegah masuknya mikroorganisme yang memproduksi penyakit. Lapisan terdalam dari epidermis menghasilkan sel-sel baru sebagai persediaan menggantikan sel-sel permukaan luar kulit yang mati secara terus menerus. (2) Dermis adalah lapisan kulit yang lebih tebal yang mengandung bundel kolagen dan serat elastis untuk mendukung epidermis. Serabut saraf, pembuluh darah, kelenjar keringat, kelenjar sebaceous, dan folikel rambut saja yang melalui lapisan dermal. Kelenjar sebaceous mensekresi sebum, yang berminyak, yang berbau, ke dalam folikel rambut. (3) Lapisan jaringan subkutan mengandung pembuluh darah, saraf, kelenjar getah bening, dan jaringan ikat longgar diisi dengan sel-sel lemak. Jaringan lemak merupakan isolator panas untuk tubuh. Jaringan subkutan juga mendukung lapisan kulit bagian atas untuk menahan stres dan tekanan tanpa cedera. Sangat sedikit jaringan subkutan mendasari mukosa mulut.

b. Kaki, Tangan dan Kuku

Kaki, tangan dan kuku sering membutuhkan perhatian khusus untuk mencegah infeksi. Kuku adalah jaringan epitel yang lekuk, tersembunyi oleh kulit yang disebut kutikula. Bagian yang terlihat dari kuku adalah tubuh kuku. Memiliki berbentuk bulan sabit dengan daerah yang dikenal sebagai lunula tersebut. Di bawah kuku terletak lapisan epitel disebut kuku. Sebuah kuku yang sehat normal adalah transparan, halus, dan cembung, dengan kuku merah muda dan ujung putih tembus. Penyakit menyebabkan perubahan dalam bentuk, ketebalan, dan kelengkungan kuku.

c. Rongga mulut

Rongga mulut dilapisi dengan membran mukosa yang terhubung dengan kulit. Rongga mulut atau bukal terdiri dari bibir sekitar sekeliling mulut, pipi berjalan di sepanjang dinding samping dari rongga, lidah dan otot lidah, dan langit-langit keras dan lunak. Mukosa oral biasanya berwarna merah muda dan lembab. Dasar mulut dan permukaan bawah lidah kaya akan suplai pembuluh darah. Setiap jenis hasil ulserasi atau trauma pada perdarahan yang signifikan. Ada tiga pasang kelenjar ludah yang mengeluarkan sekitar satu liter air liur sehari. Kelenjar buccal ditemukan pada lapisan mukosa pipi dan mulut menjaga kebersihan dan kenyamanan jaringan mulut. Pengaruh obat, paparan radiasi, dan pernapasan mulut mengganggu sekresi saliva dalam mulut.

Gigi merupakan organ mengunyah atau pengunyahan. Mereka dirancang untuk memotong, merobek, dan menggiling makanan yang dicerna sehingga dapat dicampur dengan air liur dan menelan. Sebuah gigi normal terdiri dari mahkota, leher, dan akar. Membran periodontal terletak tepat di bawah margin gusi, mengelilingi gigi, dan memegang itu tetap di tempatnya. Kesehatan gigi tampak putih, halus, mengkilap, dan selaras dengan benar. Kesulitan dalam mengunyah terjadi ketika jaringan

gusi di sekitarnya meradang atau terinfeksi atau ketika gigi yang hilang atau menjadi kendur. Kebersihan mulut secara teratur diperlukan untuk menjaga integritas permukaan gigi dan mencegah radang gusi.

d. Rambut

Pertumbuhan rambut, distribusi dan pola menunjukkan status kesehatan umum seseorang. Perubahan hormonal, stres emosional dan fisik, penuaan, infeksi, dan penyakit tertentu mempengaruhi karakteristik rambut. Batang rambut sendiri tak bernyawa, dan faktor-faktor fisiologis tidak secara langsung mempengaruhi itu. Namun, kekurangan hormon dan nutrisi dari folikel rambut menyebabkan perubahan pada warna atau kondisi rambut.

e. Mata, Telinga, dan Hidung

Ketika membersihkan jaringan sensorik yang sensitif dengan cara mencegah cedera dan ketidaknyamanan, seperti tidak menggunakan sabun di mata.

2. Dasar Pengetahuan Perawatan

Tidak ada dua individu mengetahui tentang praktik unik kebersihan dan pilihan pribadi. Sejumlah faktor yang mempengaruhi pilihan pribadi untuk kebersihan diri adalah:

a. praktik Sosial

Kelompok sosial mempengaruhi pilihan dan praktik kebersihan, termasuk jenis produk kesehatan yang digunakan dan sifat dan frekuensi. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi kebersihan. Ini termasuk, misalnya, frekuensi mandi, saat hari mandi dilakukan, dan jenis kebersihan mulut yang dipraktikkan. Sebagai anak-anak memasuki tahun-tahun remaja, perilaku kelompok sebaya seringkali mempengaruhi kebersihan pribadi.

b. Pilihan Pribadi

Setiap individu memiliki keinginan pribadi dan preferensi tentang kapan mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Pilihan

produk yang berbeda sesuai dengan preferensi pribadi, kebutuhan, dan sumber daya keuangan.

c. Body Image

Citra tubuh mempengaruhi cara individu menjaga kebersihan. Jika seseorang tampak rapi, terawat, mungkin tidak ada masalah dalam kebersihan sehari-hari. Individu yang tampil tidak terawat atau tidak tertarik dalam kebersihan sering membutuhkan pendidikan tentang pentingnya kebersihan atau penilaian lebih lanjut mengenai kemampuan mereka untuk berpartisipasi dengan kebersihan sehari-hari.

d. Status Sosial Ekonomi

Sumber daya ekonomi mempengaruhi jenis dan keterjangkauan praktik-praktik kebersihan yang digunakan seseorang. Status ekonomi mempengaruhi kemampuan untuk secara teratur menjaga kebersihan. Ketika individu memiliki masalah kurangnya sumber daya sosial ekonomi, hal itu menjadi sulit untuk berpartisipasi dan mengambil peran yang bertanggung jawab dalam kegiatan promosi kesehatan seperti kebersihan dasar.

e. Keyakinan Kesehatan dan Motivasi

Pengetahuan tentang pentingnya kebersihan dan implikasinya untuk kesejahteraan mempengaruhi praktik kebersihan seseorang. Namun pengetahuan saja tidak cukup. Motivasi merupakan faktor kunci dalam keberhasilan praktik kebersihan, tetapi dalam kurangnya motivasi karena kurangnya pengetahuan. Menurut Pender tahun 2002, banyak keputusan pribadi yang dibuat setiap hari yang membentuk gaya hidup, lingkungan sosial dan fisik.

f. Variabel Budaya

Menurut Galanti tahun 2004, keyakinan budaya dan nilai-nilai pribadi mempengaruhi kebersihan. Budaya menjaga kebersihan tidak sama pentingnya untuk beberapa kelompok seperti halnya kelompok lain. Di Amerika utara adalah umum untuk mandi

setiap hari, sedangkan di beberapa budaya lain adalah kebiasaan untuk benar-benar mandi hanya sekali seminggu. Individu membutuhkan rencana budaya yang kompeten untuk perawatan kesehatan diri. Bagi beberapa orang, praktik kebersihan yang dipengaruhi oleh budaya dan potensi adalah sumber konflik dan stres di lingkungan. Mandi, kebersihan perineum, dan praktik perawatan rambut adalah isu-isu sensitif. Kebersihan adalah hal yang sangat pribadi dari budaya yang berbeda yang memiliki praktik berbeda. Beberapa budaya, misalnya Cina dan Filipina menghindari mandi selama 7 sampai 10 hari setelah melahirkan. Budaya Cina, Jepang, Korea, dan Hindu mempertimbangkan bagian atas lebih bersih daripada bagian bawah tubuh. Masyarakat Muslim tangan kiri digunakan untuk membersihkan, sedangkan tangan kanan digunakan untuk makan dan berdoa.

g. **Kondisi Fisik**

Individu tertentu dengan keterbatasan fisik atau cacat sering kekurangan energi fisik dan ketangkasan untuk melakukan kebersihan. Individu yang masih di bawah pengaruh obat penenang tidak akan memiliki kejernihan mental atau koordinasi untuk melakukan perawatan diri. Penyakit kronis, seperti penyakit jantung, kanker, gangguan neurologis, dan kondisi kejiwaan tertentu sering melemahkan atau melumpuhkan individu. Sebuah pemahaman yang melemah akibat arthritis, gangguan stroke atau otot menghambat individu dari menggunakan sikat gigi, handuk atau sisir.

3. Perkembangan Personal Higiene

Hygiene berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Hygieia* (dewi muda) atau *Princess* yang berarti pendeta tinggi kesehatan. Gagasan kebersihan orang-orang Yunani dimulai dari Mediterania pada zaman perunggu 1500-600 SM, diikuti oleh periode yang menggembirakan dari

transisi antara budaya lisan dan keaksaraan, dan kebangkitan intelektual dan sastra Yunani 600-400 SM.²³

Sejarah standar kebersihan dimulai pada periode klasik. Sejak tahun 400 SM kebersihan Yunani telah muncul sebagai sebuah disiplin medis khusus yang berusaha untuk mengontrol setiap aspek dari lingkungan manusia, udara, pola makan, tidur, bekerja, olahraga, evakuasi, nafsu pikiran, dan untuk memasukkan mereka ke dalam sebuah 'sanitasi' atau cara hidup sehat.²⁴

Kekayaan Yunani tidak terletak pada tanah, tetapi semata-mata pada orang dan kemampuan mereka untuk berdagang. Oleh karena itu perkembangan mereka dari perdagangan yang ramah di pedalaman dan kota-kota pelabuhan. Sejumlah 200.000 orang diyakini telah menghuni kota pelabuhan Sisilia Akragas (didirikan 581 SM) yang dibangun di kawah subur dari gunung berapi yang punah. Kota-kota perdagangan lain memiliki populasi lebih dari satu seperempat juta.²⁵ Dengan bukti menunjukkan bahwa kesehatan orang-orang Yunani jarang mencapai keseimbangan selama sekitar 200 tahun dan umur panjang itu adalah rata-rata 38,1 tahun pada saat kematian atau lebih tepatnya, 42,6 tahun untuk laki-laki, 33,7 tahun untuk perempuan. Kota mereka terkandung berbagai lembaga-lembaga publik komunal yang benar-benar baru ke Eurasia, dan bisa dibilang kebijakan sipil yang ambisius dan mewah mulai mengerahkan pengaruh terhadap pertumbuhan dan kesehatan fisik seluruh penduduk dari abad ke-8 dan seterusnya. Ledakan demografis Yunani juga ditopang oleh ikatan yang kuat dan disiplin sosial, disiplin ilmu, serta regulasi. Empat disiplin, mental dan fisik, agama, olahraga,

²³ Virginia Smith, *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. Pdf. New York: Oxford University Press Inc., 2007.

²⁴ Virginia Smith., *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. Pdf. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. New York: Oxford University Press Inc., 2007, p. 74.

²⁵ Virginia Smith., *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. Pdf. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. New York: Oxford University Press Inc., 2007, p. 75.

dan obat-obatan, membentuk lingkungan sosial kebersihan Yunani awal.²⁶

a. Bio-Fisik

Pembersihan atau *cleaning* adalah sebuah subyek universal, dan begitu jelas terdiri dari sejumlah sejarah yang berbeda. Kotoran hanya peduli keluar dari tempat, dan bukan baik atau buruk. Dan alam tidak peduli apa yang kita pikirkan, atau bagaimana kita merespon, dalam segala materi dengan bentuknya. Tetapi sebagai spesies kita melakukan perawatan sangat mendalam, tentang kelangsungan hidup kita sendiri. Sejarah manusia di sekitar keyakinan bahwa kotoran adalah 'buruk', dan bahwa penghapusan kotoran selalu 'baik'. 'Bersih' kata yang digunakan dalam berbagai macam situasi sering terang-terangan manusia berpusat atau melayani diri sendiri dengan cara yang kita sebut 'moral', tetapi juga digunakan lebih obyektif sebagai istilah teknis untuk mengukur atau menilai hal-hal materi relatif terhadap hal-hal lain. Itu benar-benar komprehensif, dan dipertanyakan.

Mendahului semua sejarah budaya manusia, bagaimanapun tentu sebelum sejarah manusia dari kebersihan pribadi, adalah miliaran tahun pembangunan spesies yang sepenuhnya amoral. Tanggal pasti yang memasuki garis waktu tak berujung ini hampir tidak relevan, apa yang benar-benar kita cari adalah waktu rentang atau periode ketika hal-hal yang mempercepat, dalam kasus homo sapiens sapiens adalah suatu tempat antara tahun 100.000 dan 25.000 SM, diikuti oleh ledakan pembangunan setelah 5000 SM. Selama semua spesies dari kita persisten, dan sangat menuntut kebutuhan bio-fisik yang berkembang dan beradaptasi, dan menyediakan infrastruktur dasar yang selanjutnya, sangat

²⁶ Virginia Smith., *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. Pdf. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. New York: Oxford University Press Inc., 2007, p. 76.

berpusat kepada manusia, psikologi, teknologi, dan sosiologi dari kebersihan.²⁷

b. Kebersihan Sipil

Perubahan higienis selama lima puluh tahun pertama abad ke 18 masih yang terutama pribadi dan ekonomi, sebagian besar dari mereka terjadi dalam pikiran orang dan di dalam rumah-rumah pribadi. Dalam paruh kedua abad ini, di Inggris, Perancis, dan Jerman khususnya, ada minat baru dalam kegunaan kesehatan umum, ditambah dengan langkah tentatif pertama menuju kebijakan kesehatan masyarakat higienis, berdasarkan statistik dan ilmu pengetahuan alam. Hanya untuk menjaga perkembangan sosial yang lebih luas dalam perspektif, namun, lompatan imajinasi yang diperlukan untuk membuat sambungan antara ide lama kebersihan pribadi dan ide baru dari kesehatan umum tercermin dalam catatan kaki ini dari bibliophile kesehatan amatir dan pembaharu Sir John Sinclair, ragu mencoba untuk mendefinisikan kembali kebersihan pribadi sebagai ilmu sosial pada tahun 1802.

Kesehatan Kesehatan yang baik dan umur panjang sangat tergantung pada kebersihan pribadi, dan berbagai kebiasaan dan adat istiadat. Bahwa ketika dilihat secara tunggal, tampak sangat sepele, namun ketika digabungkan, ada setiap alasan untuk percaya bahwa kesehatan kesehatan dan kenyamanan akan muncul dari ketaatan mereka. Lima tahun kemudian, muncul filsafat Eropa baru tentang polisi mediyaitu: (1) Iklim, (2) Pendidikan jasmani, (3) Diet, Amusements umum, (4) Kebiasaan dan bea cukai, (5) Lembaga publik, (7) Kesehatan angkatan darat dan laut,

²⁷ Virginia Smith., *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. Pdf. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. New York: Oxford University Press Inc., 2007, p. 9.

(8) Mencegah gangguan menular, (10) Kedokteran dan sarana mempromosikan perbaikannya.²⁸

c. Personal Higiene Hukum

Pada tahun 1995 peraturan tentang keamanan pangan (kebersihan makanan umum), mengatakan bahwa semua orang yang bekerja di daerah penanganan makanan harus mempertahankan tingkat kebersihan pribadi yang tinggi dan tepat, memakai pakaian bersih dan pelindung yang sesuai.²⁹ (1) Mencuci tangan, staf penanganan makanan harus diingatkan tentang perlunya untuk mencuci tangan mereka secara teratur selama persiapan makanan, contoh; sebelum memulai tugas menangani makanan; setelah menangani semua makanan mentah dan sebelum menangani makanan lain, makanan sangat tinggi berisiko; setelah menggunakan toilet; sebelum menangani barang berisiko tinggi; setelah mengambil istirahat, terutama jika penjamah makanan telah merokok atau makan; setelah bersin, batuk, ingus atau menyentuh rambut mereka; setelah penanganan sampah atau limbah makanan. (2) Plester, luka harus ditutupi dengan plester tahan air. Orang dengan cedera serius tangan atau jari mereka, mungkin perlu memakai sarung tangan khusus, atau bahkan mungkin harus berhenti menangani makanan terbuka. (3) Perhiasan, penjamah makanan tidak harus memakai perhiasan sambil menyiapkan atau menangani makanan terbuka karena risiko perhiasan datang ke dalam kontak dengan atau jatuh ke dalam makanan. (4) Makan dan minum, staf tidak boleh makan sambil menangani atau mempersiapkan makanan untuk bisnis. (5) Merokok, penjamah makanan yang merokok harus mencuci tangan mereka setelah rokok untuk mengurangi resiko kontaminasi pada makanan. Merokok tidak harus diperbolehkan dalam kamar makanan. (6)

²⁸ Virginia Smith., *Clean A History of Personal Hygiene and Purity*. Pdf. First pub. ISBN 978-0-19-929779-5. New York: Oxford University Press Inc., 2007, p. 225.

²⁹ Department of Health, Forest District Council, PO Box 410, Wetherby Yorkshire, LS23 7LN. Pdf.

Pakaian pelindung, pakaian bersih harus benar-benar meliputi tubuh untuk staf penanganan makanan. Ini harus berwarna terang dan memiliki saku di dalam saja. Celemek saja tidak cukup, staf penanganan makanan harus memakai topi atau jaring rambut untuk mencegah rambut atau ketombe jatuh ke makanan. (7) Penyakit, orang yang menderita kondisi berikut tidak harus bekerja di setiap daerah penanganan makanan: setiap penyakit yang mungkin ditularkan melalui makanan (berlaku untuk siapa saja yang dicurigai menderita atau membawa penyakit), terinfeksi luka, infeksi kulit, luka dan diare.

d. Perkembangan Mencuci Tangan

Untuk generasi saat ini, mencuci tangan dengan sabun dan air telah dianggap sebagai ukuran kebersihan pribadi. Konsep membersihkan tangan dengan agen antiseptik muncul di awal abad 19. Pada awal 1822, seorang apoteker Perancis menunjukkan bahwa cairan yang mengandung klorida kapur atau soda bisa membasmi bau busuk mayat yang berhubungan dengan manusia dan bahwa cairan tersebut dapat digunakan sebagai desinfektan dan antiseptik. Dalam sebuah makalah yang diterbitkan pada tahun 1825, apoteker ini menyatakan bahwa dokter dan orang-orang lain yang menghadiri pasien dengan penyakit menular akan mendapat manfaat dari membasahi tangan mereka dengan larutan klorida cair.

Pada 1846, Ignaz Semmelweis mengamati bahwa wanita yang bayinya dibawa oleh mahasiswa dan dokter di klinik obstetri pertama di Rumah Sakit Umum Wina konsisten memiliki tingkat kematian lebih tinggi daripada mereka yang bayinya dibawa oleh bidan di klinik kedua. Dia mencatat bahwa dokter yang pergi langsung dari suite otopsi ke bangsal kebidanan memiliki bau yang tidak menyenangkan di tangan mereka meskipun mencuci tangan mereka dengan sabun dan air setelah memasuki klinik kebidanan. Dia mendalilkan bahwa demam nifas yang mempengaruhi ibu nifas begitu banyak disebabkan oleh "partikel pucat" yang ditularkan dari suite otopsi ke bangsal kebidanan

melalui tangan mahasiswa dan dokter. Pada tahun 1847, efek penghilang bau diketahui senyawa klorin, dia bersikeras bahwa mahasiswa dan dokter yang membersihkan tangan mereka dengan larutan kaporit antara masing-masing pasien di klinik, angka kematian ibu di klinik pertama kemudian turun drastis dan tetap rendah selama bertahun-tahun. Intervensi ini oleh Semmelweis merupakan bukti pertama yang menunjukkan bahwa pembersih tangan agen antiseptik dapat mengurangi perawatan kesehatan, transmisi terkait penyakit menular lebih efektif daripada mencuci tangan dengan sabun biasa dan air.³⁰

e. Pengendalian Infeksi dan Epidemiologi Rumah Sakit

Pada tahun 1843, Oliver Wendell Holmes menyimpulkan secara independen bahwa demam nifas disebarkan oleh tangan tenaga kesehatan. Meskipun ia menggambarkan langkah-langkah yang dapat diambil untuk membatasi penyebarannya, rekomendasi itu berdampak kecil terhadap praktik kebidanan pada saat itu. Namun, sebagai hasil dari studi oleh Semmelweis dan Holmes, secara bertahap mencuci tangan menjadi diterima sebagai salah satu langkah yang paling penting untuk mencegah penularan patogen di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada tahun 1961, Dinas Kesehatan Public AS memproduksi sebuah film pelatihan yang mendemonstrasikan teknik cuci tangan yang direkomendasikan untuk digunakan oleh petugas kesehatan (HCWs). Pada saat itu, rekomendasi diarahkan bahwa mencuci tangan secara pribadi dengan sabun dan air selama 1-2 menit sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Membilas tangan dengan agen antiseptik diyakini kurang efektif daripada

³⁰ J.M. Boyce, MD., and D. Pittet, "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force", Source: *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 23, No. S12 (December 2002), pp. (Pub: The University of Chicago Press on behalf of The Society for Healthcare Epidemiology of America, Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/503164>, Accessed: 06/03/2012 03:13).pdf.

mencuci tangan dan hanya direkomendasikan dalam keadaan darurat atau di daerah di mana tidak tersedia wastafel.

Pada tahun 1975 dan 1985, pedoman formal tertulis pada praktik cuci tangan di rumah sakit yang diterbitkan oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC). Pedoman ini direkomendasikan mencuci tangan dengan sabun bukan antimikroba antara mayoritas kontak pasien dan mencuci dengan sabun antimikroba sebelum dan sesudah melakukan prosedur invasif atau merawat pasien berisiko tinggi. Penggunaan agen antiseptik tanpa air (misalnya, alkohol berbasis cairan) direkomendasikan hanya dalam situasi di mana wastafel tidak tersedia.

Pada tahun 1988 dan 1995, pedoman untuk mencuci tangan dan antisepsis tangan diterbitkan oleh Asosiasi Profesional dalam Pengendalian Infeksi (APIC). Disarankan untuk mencuci tangan serupa dengan indikasi yang tercantum dalam pedoman CDC. Pedoman APIC 1995 mencakup diskusi yang lebih rinci berbasis alkohol Pembersih tangan dan mendukung penggunaannya dalam pengaturan klinis yang lebih daripada yang telah direkomendasikan dalam pedoman sebelumnya.

Pada tahun 1995 dan 1996, Pengendalian Infeksi Kesehatan Komite Penasehat praktik (HICPAC) merekomendasikan agar sabun antimikroba atau agen antiseptik tanpa air digunakan untuk membersihkan tangan setelah meninggalkan kamar pasien dengan obat multi resisten patogen seperti VRE (vancomisin- resistant enterococci) dan MRSA (methicillin-resistant staphylococcus aureus).

- f. Efikasi Promosi dan Dampak Peningkatan Kebersihan Tangan
Kurangnya informasi ilmiah tentang dampak definitif kebersihan tangan pada kesehatan terkait tingkat infeksi mungkin merupakan hambatan untuk kepatuhan sesuai dengan rekomendasi kebersihan tangan. Namun, bukti mendukung keyakinan bahwa peningkatan kebersihan tangan dapat mengurangi kesehatan terkait tingkat infeksi. Kegagalan untuk melakukan kebersihan

tangan yang tepat dianggap sebagai penyebab utama kesehatan terkait infeksi dan penyebaran organisme multiresisten dan telah diakui sebagai kontributor besar untuk wabah. Dari sembilan rumah sakit berbasis studi tentang dampak kebersihan tangan terhadap risiko kesehatan terkait infeksi.

g. Teori Motivasi Higiene

Tterzberg, Mausner dan teori motivasi kebersihan dari Snyderman. Menunjukkan sebuah hubungan antara non-linear apa yang manusia lakukan (motivasi) dan lingkungan di mana dia melakukannya (kebersihan). Teori ini menyiratkan bahwa kedua kebutuhan lahir dan kebutuhan batin manusia kreatif bertahan hidup harus menjadi puas untuk mendorong keterlibatannya dalam pekerjaan dan untuk mendapatkan hasil maksimal dari dirinya.³¹

4. Pentingnya Personal Higiene

Kulit adalah pertahanan pertama melawan penyakit dan ada bukti bahwa menjaga kulit bersih mengurangi jumlah mikroorganisme, misalnya bagi bakteri yang dapat menyebabkan penyebaran infeksi. Namun, manfaat lain yang harus dipertimbangkan: terlihat dan merasa bersih adalah penting bagi perasaan kesejahteraan dan kepercayaan diri untuk berinteraksi dengan baik secara sosial. Secara komprehensif kebersihan personal dimaksudkan adalah meningkatkan dan memelihara kesehatan mulut, mata, telinga, kaki dan kuku, rambut dan genitalia, mandi dan perawatan kulit.³²

a. Oral Higiene

Penyakit mulut adalah penyakit yang paling umum di seluruh dunia. Lima puluh sampai sembilan puluh persen dari populasi

³¹ Ishwar Dayal and Mirza S. Saiyadin, "Cross-Cultural Validation of Motivation-Hygiene Theory", Source: Indian Journal of Industrial Relations, Vol. 6, No. 2 (1970), pp. 171-183. (Pub: Shri Ram Centre for Industrial Relations and Human Resources, Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/27760947>, Accessed: 06/03/2012 03:03).

³² Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p, 2.pdf.

orang dewasa di Inggris dan Amerika Serikat menderita beberapa bentuk masalah gusi (Coventry et al., 2000). Plak terlihat di 72% dari populasi Inggris yang memiliki gigi, 43% usia 15 sampai 18 tahun memiliki plak dan *gingivitis* (radang gusi) (Harker & Morris, 2005).³³ Kesehatan mulut didefinisikan sebagai bersih, fungsional dan rongga mulut nyaman, bebas dari infeksi, bebas dari plak dan puing-puing untuk memastikan struktur dan jaringan dari mulut disimpan dalam kondisi sehat' (Departemen Kesehatan, 2001).³⁴

b. Perawatan Mata

Mata adalah organ penglihatan yang menginformasikan tentang dunia sekitarnya lebih dari empat indra lainnya. Kita menggunakan mata kita di hampir setiap kegiatan yang kita lakukan, untuk bekerja atau bersantai. Setiap hari lain 100 orang mulai kehilangan penglihatan mereka (Royal National Institute for the Blind, 2007). Sekitar dua juta orang di Inggris melaporkan mengalami masalah penglihatan, mulai dari tidak mampu melihat teman di seberang jalan atau membaca kertas koran menjadi terdaftar sebagai buta. Jumlah orang dengan masalah penglihatan meningkat bukan hanya karena meningkatnya jumlah orang tua tetapi juga karena kejadian pandangan yang mempengaruhi penyakit seperti diabetes juga meningkat.³⁵

c. Perawatan Telinga

Satu dari lima orang telah kehilangan pendengaran yang sering dengan serangan bertahap (Royal National Institute for Deaf People (RNID), 2004). Gangguan pendengaran tidak selalu diakui sampai berdampak pada kemampuan seseorang untuk

³³ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 38

³⁴ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 39.

³⁵ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 84.

berkomunikasi secara efektif (Tolson, 2002). Perkiraan RNID bahwa dua juta orang di Inggris mempunyai alat bantu dengar dan tiga juta orang lainnya memiliki tingkat gangguan pendengaran. Hanya 75% dari orang dengan alat bantu dengar menggunakannya secara teratur (RNID, 2009a).³⁶

d. Perawatan Kaki dan Kuku

Mobilitas merupakan kegiatan penting dari hidup, terutama ketika mempertimbangkan kebebasan melakukan perawatan diri. Perawatan kaki dan perawatan kuku merupakan dasar untuk mobilitas, kenyamanan dan kemandirian (Bryant & Beinlich, 1999).³⁷

e. Perawatan Rambut

Rambut memiliki tiga tujuan utama: mempertahankan suhu tubuh untuk menjamin kelangsungan hidup, transmisi informasi sensorik penting untuk otak dan mengekspresikan identitas gender. Sepanjang sejarah, rambut melambangkan daya tarik dan daya tarik seks (Batchelor, 2001) serta keyakinan agama dan budaya menyoroti (Williams, 1995). Rambut di tubuh dikaitkan dengan pertumbuhan dan kedewasaan dan variasi alamnya yang penting bagi citra diri (Sinclair, 2007). Rambut mengkilap dengan tekstur halus umumnya dianggap sehat dan menarik. Rambut tekstur dan bersinar berhubungan dengan sifat permukaan rambut, sedangkan integritas dan kesehatan ujung rambut berkaitan dengan korteks rambut. Rambut bervariasi dalam jenis dan warna.³⁸

³⁶ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 126.

³⁷ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 167.

³⁸ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 200.

f. Perawatan Kulit

Menurut Thibodeau & Patton tahun 2008, setiap inci persegi kulit mengandung jutaan sel dan ratusan kelenjar keringat, kelenjar minyak (sebaceous), pembuluh darah dan ujung saraf. Kulit terdiri dari tiga lapisan: epidermis, dermis dan jaringan subkutan. Epidermis adalah lapisan paling atas dari kulit yang meskipun relatif tipis, bertindak sebagai lapisan tangguh pelindung terluar. Sel-sel epidermis terus shedding (exfoliating) dan pembaharuan. Siklus mengganti semua sel membutuhkan waktu sekitar satu bulan, maka kulit sebagai organ bisa regenerasi, yang memungkinkan.³⁹

g. Fungsi perlindungan Kulit

Menurut Cooper tahun 2005 dan Watkins tahun 2008, keutuhan sebuah kulit sehat adalah bertujuan untuk melindungi organ internal dari infeksi dan paparan zat berbahaya,⁴⁰ antara lain: (1) Pemeliharaan terhadap penghalang fisik lingkungan eksternal, misalnya trauma, racun, dan sinar ultraviolet. (2) Struktur kulit termasuk sebum yang asam dan melindungi terhadap penyusupan oleh bakteri. (3) Pencegahan kehilangan cairan, seperti air dan darah. (4) Perlindungan imunologi. (5) Regulasi suhu melalui produksi keringat dan perubahan dalam ukuran pembuluh darah. (6) Reseptor nyeri bertindak sebagai perlindungan terhadap bahaya. (7) Pembentukan Vitamin D.

h. Pentingnya Mandi

Menurut Ronda & Falce tahun 2002, memiliki kesempatan untuk mandi akan memenuhi kebutuhan biopsikososial seseorang. Terapi mandi meredakan efek dari infeksi dan kondisi kulit. Menurut Sheppard & Brenner tahun 2000, perasaan lebih baik karena menghilangkan bau badan dan meningkatkan penampilan,

³⁹ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 274.

⁴⁰ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 275.

kebutuhan budaya terpenuhi dan mandi dapat menginduksi perasaan kenyamanan dan relaksasi atau stimulasi.⁴¹

5. Personal Higiene dalam Perspektif Islam

Islam menetapkan berbagai macam peristilahan dalam membangun konsep kebersihan. Sebagai contoh adalah *tazkiyyah*, *ṭahārah*, *naẓāfah*, dan *fiṭrah*. Guna membangun perilaku bersih terdapat istilah ikhlas, *ṭhib al-nafs*, *ketulusan kalbu*, bersih dari dosa, tobat, dan lain-lain sehingga makna bersih amat holistik karena menyangkut berbagai persoalan kehidupan, baik dunia dan akhirat.

Al-Quran menyatakan istilah *ṭahārah* sebanyak 31 kata dan *tazkiyyah* sebanyak 59 kata. Sementara dalam hadis, kata *naẓāfah* dapat kita lihat dalam riwayat bukan hadis *al-naẓāfatu min al-īman*. Pada implementasinya, istilah *ṭahārah* dan *naẓāfah* ternyata kebersihan yang bersifat lahiriyah dan maknawiyah. Sementara dalam fikih digunakan istilah *ṭahārah*. Pada kitab-kitab klasik dikhususkan *bāb al-ṭahārah* yang biasanya disandingkan dengan *bāb al-najāṣah*. Dalam bab tersebut dibahas masalah air dan tanah, wudu, mandi, mandi *jinābat*, tayamum, dan lain-lain. Namun demikian, ketika Allah menerangkan tentang penggunaan air, *ṭahārah* disandingkan pula dengan kesucian secara maknawiyah. Maknawiyah yang dimaksudkan ialah kesucian dari hadas, baik hadas besar maupun hadas kecil. Suci dari keduanya merupakan syarat untuk dapat melaksanakan ibadah, seperti salat dan thawaf.

Bersih secara konkrit adalah kebersihan dari kotoran atau sesuatu yang dinilai kotor. Kotoran yang melekat pada badan, pakaian, dan tempat tinggal yang mengakibatkan seseorang tak nyaman dengan kotoran tersebut. Badan yang terkena tanah atau kotoran tertentu misalnya dinilai kotor secara jasmaniah, namun tidak selamanya berarti tidak suci. Jadi, ada perbedaan antara bersih dan suci. Orang yang tampak bersih belum tentu dianggap suci. Kebersihan merupakan hal yang amat fitri bagi makhluk hidup, utamanya makhluk bernyawa. Islam mengajarkan bahwa kebersihan saja belum cukup, tetapi harus disertai kesucian. Kebersihan ada kalanya menggunakan istilah *ṭahārah*

⁴¹ Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p. 230.

atau *tazkiyyah*. Semuanya berkaitan dengan kebersihan dan kesucian, baik *hissiyyah* maupun *ma'nawiyah*. Bahkan terkadang digunakan lafal *fitrah*.

Konsep kebersihan yang amat jami' (komprehensif) dalam Islam, namun belum dimaknai secara kontekstual dalam rangka membangun kebersihan raga dan jiwa. Oleh karenanya dalam upaya membangun keseimbangan ini, konseptualisasi kebersihan dan kesucian harus digalakkan. Adalah naif jika hanya mementingkan satu di antara kebersihan dan kesucian. Barangkali hal ini yang mengakibatkan orang Islam sering bersuci tetapi tidak bersih, sementara non-muslim tidak suci tetapi bersih. Sebagaimana diketahui bahwa Nabi Muhammad Saw adalah tokoh kebersihan, kesucian, dan pelestarian lingkungan.⁴²

Kesehatan merupakan salah satu unsur penting dan utama dalam melaksanakan ibadah kepada Allah dan bekerja serta aktivitas lain. Imam al-Shaṭibhi dalam *al-Ihkām fī Uṣūl al-Ahkām* mengatakan bahwa tujuan kehadiran agama Islam dalam rangka menjaga agama, jiwa, akal, jasmani, harta dan keturunan. Oleh karena itu, dalam melaksanakan tujuan kehadiran Islam, kesehatan memegang peranan utama. Tanpa adanya kondisi kesehatan maka seseorang akan sulit melaksanakan berbagai upaya untuk memenuhi kewajiban pokok.⁴³

Khasanah keilmuan Islam mencatat dua terminologi populer yang artinya sehat, yaitu *al-ṣiḥah* dan *al-afīah*. Menurut salah satu ulama, makna *al-ṣiḥah* adalah bentuk kesehatan yang meliputi jasmani atau raga atau lahiriah. Sedangkan *al-afīah* adalah bentuk kesehatan yang meliputi rohani atau jiwa atau batiniah. Islam sudah memberikan petunjuk secara jelas, komplit dan terpadu tentang pentingnya menjaga kesehatan, baik secara jasmani maupun rohani.

⁴² Aburrahman, *Konsep Kebersihan Dalam Islam*, Perwakilan Pimpinan Pusat Persatuan Islam Republik Arab Mesir, <http://persis.or.id>, 2008.

⁴³ Hadi Mulyanto, <http://www.dakwatuna.com/pentingnya-menjaga-kesehatan-dalam-prespektif-islam>. Artikel. 2015.

a. Konsep menjaga kesehatan jasmani menurut Islam

Islam mengajarkan umatnya untuk selalu menjaga kesehatan jasmani. Konsep kesehatan jasmani menurut Islam adalah sebagai berikut:

- 1) Menjaga *ṭahārāh*, artinya menjaga kesucian dan kebersihan dari semua aspek mulai dari sekujur badan, makanan, pakaian, tempat tinggal maupun lingkungan. Imam Suyuthi, ‘Abd al-Hamid al-Qudhat dan ulama yang lain menyatakan bahwa menjaga kesucian dan kebersihan dalam Islam termasuk bagian ibadah sebagai bentuk *qurbāt*, bagian dari *ta‘abbud*, merupakan kewajiban, sebagai kunci ibadah.
- 2) Menjaga makanan, artinya agar memakan makanan yang baik dan halal, baik secara dzat maupun cara mendapatkannya. Makanan merupakan salah satu penentu seseorang menjadi sehat. Firman Allah Swt dalam surah al-Qur’an:

وَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي أَنْتُمْ بِهِ
مُؤْمِنُونَ

“Dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang Allah telah rezekikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya”. (QS. al-Mā‘idah: 88).

Allah Swt juga berfirman:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا
خُطَوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ

“Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah setan; karena sesungguhnya setan itu adalah musuh yang nyata bagimu.” (QS. al-Baqarah ayat 168).

- 3) Olah-raga, yang dianjurkan oleh Nabi Muhammad Saw seperti berkuda, berenang dan memanah. Olahraga bertujuan untuk menjadikan manusia sehat dan kuat. Sehat dalam Islam dipandang sebagai nikmat kedua terbaik setelah Iman. Selain itu, banyak ibadah dalam Islam membutuhkan tubuh yang kuat seperti shalat, puasa, haji, dan juga jihad, dan Allah Swt menyukai mukmin yang kuat.

b. Konsep menjaga kesehatan rohani menurut Islam

Islam juga memerintahkan kepada umatnya untuk menjaga kesehatan rohani. Konsep kesehatan rohani dalam Islam adalah sebagai berikut:

- 1) Memperbanyak ibadah, artinya memperbanyak melakukan hal-hal yang diperintahkan oleh Allah Swt. Seorang hamba akan merasa tenang, tentram dan damai dengan melakukan ibadah. Ibadah tidak hanya sebatas shalat, akan tetapi makna ibadah dalam interpretasi yang sangat luas adalah semua perkara/pekerjaan yang diniatkan untuk mencari ridha Allah Swt berfirman dalam al-Qur'an:

وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ

“Dan Aku tidak menciptakan jin dan manusia melainkan supaya mereka menyembah-Ku.” (QS. adz-Dzaariyaat: 56).

- 2) Memperbanyak dzikir, artinya memperbanyak mengingat Allah Swt, baik dalam keadaan senang maupun susah, pada waktu siang maupun malam, dalam situasi sepi maupun ramai. Allah Swt berfirman dalam al-Qur'an:

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

“(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram.” (QS. al-Ra'd: 28).

- 3) Ber-*husnuzzan* (berbaik sangka), artinya keadaan jiwa dengan berprasangka baik/ berpikiran positif. Baik itu berprasangka baik kepada Allah Swt maupun sesama manusia. Allah Swt berfirman dalam al-Qur'an:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبَ بَعْضُكُم بَعْضًا أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ

“Hai orang-orang yang beriman, jauhilah kebanyakan dari prasangka, sesungguhnya sebagian prasangka itu adalah dosa dan janganlah kamu mencari-cari kesalahan orang lain dan

janganlah sebahagian kamu menggunjing sebahagian yang lain. Sukakah salah seorang di antara kamu memakan daging saudaranya yang sudah mati? Maka tentulah kamu merasa jijik kepadanya. Dan bertakwalah kepada Allah. Sesungguhnya Allah Maha Penerima tobat lagi Maha Penyayang.”⁴⁴

- 4) Ikhlas, pada dasarnya ikhlas adalah memurnikan perbuatan dari pengaruh-pengaruh makhluk.
- 5) Sabar, yaitu sabar dalam melaksanakan ketaatan dan dalam menjauhi kemaksiatan. Ibrahim al-Khawwas berkata: “Sabar yaitu teguh berpegang kepada al-Quran dan as-sunnah”. “Sabar yaitu teguh menghadapi segala macam cobaan dengan sikap dan perilaku yang baik”. Abu ‘Ali al-Daqqaq berkata: “Sabar yaitu sikap tidak mencela takdir. Allah Swt berfirman dalam al-Qur’an:

قُلْ يَا عِبَادِ الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا رَبَّكُمْ لِلَّذِينَ أَحْسَنُوا فِي هَذِهِ الدُّنْيَا حَسَنَةٌ وَأَرْضُ اللَّهِ وَاسِعَةٌ إِنَّمَا يُوَفَّى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ

“Katakanlah: "Hai hamba-hamba-Ku yang beriman, bertakwalah kepada Tuhanmu". Orang-orang yang berbuat baik di dunia ini memperoleh kebaikan. Dan bumi Allah itu adalah luas. Sesungguhnya hanya orang-orang yang bersabarlah yang dicukupkan pahala mereka tanpa batas.”⁴⁵

- 6) Bersyukur, menurut kamus Al-Mu‘jam al-Wasit, bersyukur adalah mengakui adanya kenikmatan dan menampakkannya serta memuji (atas) pemberian nikmat tersebut (dengan hati, lidah dan perbuatan). Sedangkan makna syukur secara syar’i adalah menggunakan nikmat Allah Swt untuk dibelanjakan kepada hal-hal yang di ridhoi dan dicintai Allah. Allah Swt berfirman dalam al-Qur’an:

قَبَائِيَّ آلَاءِ رَبِّكُمْ أَكْذِبَانِ

⁴⁴ (QS. al-Hujuraat: 12).

⁴⁵ (QS. az-Zumar: 10).

“Maka nikmat Tuhan kamu yang manakah yang kamu dustakan?” (QS. ar-Rahmaan: 13).

- 7) Menjaga hati, artinya menjaga kesucian diri dari segala tuduhan, fitnah dan perbuatan keji seperti hasud, riya’, sombong, *tul al-amal*, bakhil, dan ‘*ujb*. Hal ini dapat dilakukan mulai dari memelihara hati (qalbu) untuk tidak membuat rencana dan angan-angan yang buruk.⁴⁶

E. Model Perilaku Kesehatan

Model adalah suatu kerangka kerja atau kerangka berpikir di dalam menyelesaikan suatu keadaan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan minuman serta lingkungan.⁴⁷ Model dalam promosi kesehatan adalah suatu kerangka berpikir dalam mempengaruhi orang lain agar sesuai dengan kaidah atau norma kesehatan yang berlaku.⁴⁸ Beberapa pendekatan teori perilaku yang sering digunakan dalam penelitian kesehatan, antara lain teori Laurence W. Green,⁴⁹ Nancy K. Janz & Marshall H. Becker,⁵⁰ Karen Glanz.⁵¹

Berikut dipaparkan model-model perilaku kesehatan tersebut antara lain:

⁴⁶ Hadi Mulyanto, <http://www.dakwatuna.com/pentingnya-menjaga-kesehatan-dalam-perspektif-islam>. Artikel. 2015.

⁴⁷ Curtis, Valerie, Bernadette, *Bagaimana Menyusun Program Promosi Higiene*, Unicef, Yayasan Dian Desa: 2010.

⁴⁸ Syafrudin, Yudhia F., *Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*, bab 3, hal 37, (Jakarta: TIM): 2009.

⁴⁹ Laurence W. Green, *Health Education Planning*, (London: The John Hopkins University Mayfield Publishing Co, 1980).

⁵⁰ Nancy K. Janz., Marshall H. Becker., “*The Health Belief Model: A Decade Later*”, Department of Health Behavior and Health Education, The University of Michigan. School of Public Health, 1420 Washington. Heights, Ann Arbor, 1974. MI 48109. 10.1177_109019818401100101 HBM 2012.pdf, download 30 april 2012.

⁵¹ Karen Glanz, *Health Behavior and Health Education*, 2nd ed, chap five, page 92, Manufactured In The United States Of America On Lyons Falls Turin Book (p. Cm- Jossey-Bass Health Series, 1996).

1. *The Health Belief Model*

The Health Belief Model (HBM) atau model kepercayaan kesehatan dikembangkan oleh Nancy dan Marshall, pada tahun 1974. Monograf pendidikan kesehatan mencurahkan seluruh masalah kepada model kepercayaan kesehatan dan perilaku kesehatan pribadi. Risalah temuan ini diringkas dari penelitian yang menerapkan *HBM* sebagai formulasi konseptual untuk memahami mengapa orang melakukan atau tidak melakukan berbagai tindakan kesehatan terkait, dan memberikan dukungan yang cukup untuk model.⁵²

Selama dekade yang telah berlalu sejak publikasi monograf ini, *HBM* tersebut terus menjadi kerangka kerja utama untuk menjelaskan dan memprediksi penerimaan rekomendasi perawatan kesehatan dan medis. Kelemahan model *HBM* adalah: (1) Kepercayaan-kepercayaan kesehatan bersaing dengan kepercayaan-kepercayaan serta sikap-sikap lain, yang juga mempengaruhi perilaku. (2) Penelitian psikologi sosial selama puluhan tahun membuktikan bahwa pembentukan kepercayaan seseorang sesungguhnya lebih sering mengikuti perubahan perilaku dan bukan mendahuluinya.

Menurut *Health Belief Model*, secara umum bahwa kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung pada dua keyakinan kesehatan (*health belief*), yaitu pertimbangan adanya ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka (*perceived threat of injury or illness*) dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian.

2. *Antecedent Behavior Consequences Theory*

Sulzer, Azaroff, Mayer (1977), yang dikenal dengan model *Antecedent-Behavior-Consequences (ABC)* atau pendahulu-perilaku-konsekuensi mengungkapkan bahwa perilaku merupakan suatu proses dan sekaligus hasil interaksi antara pendahulu-perilaku-konsekuensi.

⁵² Nancy K. Janz., Marshall H. Becker., "The Health Belief Model: A Decade Later", Department of Health Behavior and Health Education, The University of Michigan. School of Public Health, 1420 Washington. Heights, Ann Arbor, (A critical, review of 29 *HBM*-related investigations published during the period 1974-1984). MI 48109. 10.1177_109019818401100101 *HBM* 2012. Pdf, download 30 april 2012.

Pengaruh kejadian sebelumnya pada gangguan perilaku relatif dipelajari oleh analisis perilaku terapan. Satu set studi tentang penilaian dan pengobatan gangguan perilaku terpilih untuk ulasan berdasarkan relevansinya dengan topik kejadian sebelumnya. Studi ini dikategorikan sebagai berfokus pada penilaian kejadian sebelumnya, perawatan pendahuluan untuk gangguan perilaku dipertahankan baik dengan penguatan positif atau negatif, dan kasus-kasus khusus kejadian sebelumnya pada gangguan perilaku.⁵³

Studi bisa menyelidiki efek kekurangan pada gangguan perilaku dipertahankan oleh perhatian dengan berbagai periode isolasi sebelum sesi di mana perhatian adalah bergantung pada perilaku maladaptif. Sebaliknya, efek jenuh pada perilaku maladaptif dapat ditunjukkan dengan mengatur jadwal berbasis waktu dari perhatian dengan tetap mempertahankan kontingensi antara perilaku maladaptif dan perhatian. Demikian pula, efek kurang dari rangsangan mirip dengan yang diduga memelihara otomatis diperkuat masalah perilaku, dapat meningkatkan kepercayaan dari interpretasi, tentang kontingensi tersebut.

3. *Theory of Reasoned Action*

Theory of reasoned action (TRA) atau teori perilaku beralasan, menurut Ajzen dan Fishbein 1980 yang dikutip dari Carolyn L. Blue tahun 1995, adalah model nilai harapan dengan penekanan pada sikap, norma-norma subyektif, niat dan perilaku yang diarahkan ke fokus khusus. Model nilai harapan memberikan kerangka untuk memahami hubungan antara sikap dan keyakinan yang mendasarinya seseorang. Harapan hasil adalah keyakinan bahwa perilaku tertentu akan memimpin atau tidak akan mengarah ke hasil yang diberikan, sedangkan nilai hasil adalah evaluasi seseorang atau nilai subyektif yang ditempatkan pada hasil tersebut. Secara Aljabar, hubungan ini dapat ditunjukkan sebagai $Attitude = \Sigma \text{Harapan} \times \text{Nilai}$. Seorang individu lebih termotivasi untuk melakukan perilaku yang akan menghasilkan

⁵³ Richard G. Smith., Brian A. Iwata., “*Antecedent Influences On Behavior Disorders*”, *Journal Of Applied Behavior Analysis* 1997, 30, 343 Number 2 (Summer 1997). University Of North Texas And University Of Florida. Pdf, Diakses Dari [Http://Www.Gobookce.Net/](http://Www.Gobookce.Net/) tanggal 23 – 06 – 2013.

suatu hasil yang sangat dihargai. Ketika seseorang tidak percaya bahwa tindakan akan menyebabkan hasil tertentu atau hasilnya tidak dihargai, individu akan kurang termotivasi untuk melakukan suatu perilaku. Karena sifat spesifik model ini menawarkan suatu pendekatan untuk memahami dan memprediksi niat latihan dan atau perilaku.⁵⁴

4. Teori *PRECEDE*

Teori *Precede* dikembangkan oleh Lawrence W. Green tahun 1980. Green menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu *behavior causes dan non behavior causes*. Selanjutnya faktor perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu: *predisposing, reinforcing, and enabling constucts in educational/ecological diagnosis and evaluation (PRECEDE)*. *Precede* merupakan arahan dalam fase diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan atau promosi kesehatan.⁵⁵ Secara sederhana model *Precede* Green adalah *Behavior* merupakan gabungan fungsi *Predisposing factors, Enabling factors* dan *Reinforcing factors*. Komponen kedua adalah dibuat dengan strategi implementasi dari berbagai tindakan dasar, yang dipelajari dari pengkajian pase awal. Komponen kedua ini disebut *PROCEED for policy, regulatory, and organizational constucts in educational and environmental development*.⁵⁶

Bekerja menggunakan *Precede* sangat menyerupai pemecahan misteri. Orang diajak berpikir deduktif, untuk mulai dengan akibat akhir dan bekerja kebelakang ke arah sebab-sebab yang sebenarnya. Pada

⁵⁴ Carolyn L. Blue., "The Predictive Capacity of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior in Exercise Research: An Integrated Literature Review", *Research in Nursing & Health*, 18, 105 - 121. Made available courtesy of Wiley-Blackwell: The definitive version is available at <http://www3.interscience.wiley.com>. Pdf, diakses dari <http://www.gobookee.net/> tanggal 23 – 06 – 2013.

⁵⁵ Laurence W. Green, alih bahasa Zullazmi Mamdy, *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Depdikbud RI, 1990.

⁵⁶ Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter. *Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach*. 2 ed. London: Mayfield Publishing Company, 2000 page 9.

tahap pertama mulai dengan mempertimbangkan kualitas hidup. Dengan mengukur sejumlah masalah umum yang menyakut orang-orang di dalam populasi. berbagai masalah sosial yang dialami oleh komuniti tertentu merupakan barometer yang baik untuk kualitas hidup di sana.

Kemudian tahap kedua adalah mengidentifikasi masalah kesehatan spesifik yang ada hubungannya dengan masalah sosial. Dengan menggunakan data yang ada yang dikumpulkan dengan penyelidikan yang tepat bersama-sama dengan penemuan epidemiologis. Tindakan berhati-hati akan menjamin bahwa data yang ada sah dan informasi dan asumsi penting yang mendasar.

Tahap ketiga, mengidentifikasi perilaku khusus yang berhubungan dengan kesehatan yang terlihat berkaitan dengan masalah kesehatan yang terpilih sebagai masalah yang paling pantas untuk mendapatkan perhatian. Sangat penting mengidentifikasi berbagai perilaku dengan sangat spesifik dan digolongkan dengan hati-hati. Faktor non perilaku merupakan kategori masalah kesehatan yang mencakupi faktor ekonomi, genetik dan lingkungan, meskipun tidak langsung, tetapi sangat kuat dalam mempengaruhi kesehatan.

Tahap keempat adalah mengidentifikasi tiga faktor yang mempunyai potensi dalam mempengaruhi perilaku kesehatan: faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor-faktor predisposisi, yakni sikap, kepercayaan, nilai dan presepsi seseorang, memudahkan atau merintangai motivasi pribadi untuk berubah. Faktor-faktor pemungkin dapat dianggap sebagai penghalang yang diciptakan terutama oleh kekuatan atau sistem sosial. Keterbatasan fasilitas, tidak memadainya tenaga atau sumber daya komuniti, rendahnya pendapatan atau tidak adanya asuransi kesehatan, dan bahkan hukum dan undang-undang yang terbatas adalah contoh faktor pemungkin. Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan agar perilaku yang diharapkan terjadi juga digolongkan ke dalam faktor pemungkin. Faktor penguat adalah faktor-faktor yang berkaitan dengan balikan yang diterima pihak yang memperoleh pendidikan dari orang lain, yang hasilnya mungkin mendorong atau melemahkan perubahan perilaku. Kemudian mengkategorikan faktor-faktor yang nampaknya mempunyai dampak langsung terhadap perilaku ke dalam tiga kelas tersebut.

Tahap kelima memutuskan dengan pasti faktor-faktor mana di antara faktor-faktor yang membentuk tiga kelas tersebut yang akan dijadikan fokus intervensi. Keputusan ini diambil berdasarkan tingkat pentingnya faktor tersebut dan sumber daya tersedia untuk mempengaruhinya.

Tahap enam, dengan informasi diagnostik yang terorganisasi dengan jitu dan sistematis, yang merupakan pengembang aktual dan pelaksanaan program. Jika dia selalu mempertimbangkan keterbatasan sumber daya yang dimiliki, kendala waktu, dan kemampuan, intervensi pendidikan yang tepat guna hampir dapat dipastikan akan terbukti dengan sendirinya dari diagnosis faktor-faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Apa yang tinggal hanyalah penyeleksian kombinasi intervensi yang tepat dan pengukuran masalah dan sumber daya administratif.

Tahap tujuh evaluasi merupakan bagian integral dan berkesinambungan dari seluruh kegiatan yang menggunakan seluruh kerangka-kerja ini. Kendati kita membicarakan komponen evaluasi *Precede* dengan cukup rinci, kriteria untuk evaluasi sesungguhnya berada di dalam kerangka-kerja ini, yakni di sepanjang prosedur diagnostik. Misalnya, sejak awal di dalam kerangka-kerja ini, menekankan pentingnya menyatakan tujuan program dan tujuan perilaku sehingga penerimaan yang baku ditentukan sebelum evaluasi, bukan sesudahnya.⁵⁷

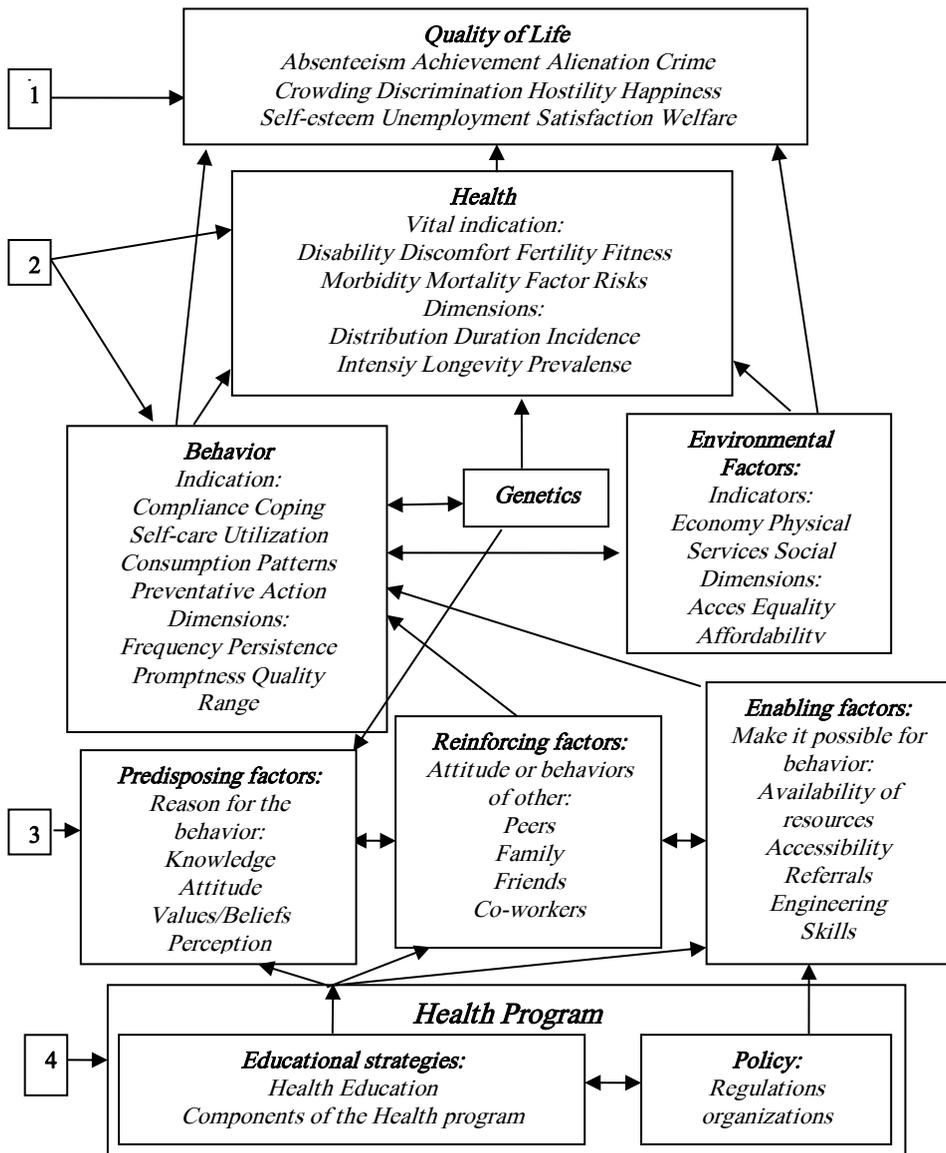
Gambar model *Precede-Proceed* Laurence W. Green dan Marshall W. Kreuter⁵⁸, dalam *Health Education, Creating Strategies for School and Community Health*,⁵⁹ dapat dilihat pada gambar 2.1.

⁵⁷ Lawrence W. Green. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Translated by Zullazmi Mamdy. Jakarta: Depdikbud RI, 1990, page 27.

⁵⁸ Laurence W. Green., Marshall W. Kreuter., *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*. Second ed. London: Mayfield Publishing Co, 2000.

⁵⁹ Glen G. Gilbert, Robin G. Sawyer, Elisa Bert McNeill, *Health Education, Creating Strategies for School and Community Health*. Third ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

Gambar 2.1
Contextual Considerations for Behavior Change: Intervention/ Method Selection (Modifikasi *PRECEDE* oleh Laurence W. Green tahun 2008 dan *PROCEED* oleh Marshall W. Kreuter tahun 2000)



5. Bloom's Taxonomy

Pada tahun 1956, Benjamin Samuel Bloom, seorang psikolog bidang pendidikan yang melakukan penelitian dan pengembangan mengenai kemampuan berpikir dalam proses pembelajaran, bersama, Englehart, Furst, Hill dan Krathwohl, mereka berhasil mengenalkan kerangka konsep kemampuan berpikir yang dinamakan *Bloom's Taxonomy*. Taksonomi Bloom membagi tujuan pendidikan menjadi tiga domain perilaku/ ranah kemampuan intelektual (*intellectual behaviors*) yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotorik (*psychomotor*).

Ranah kognitif berisi perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan, dan keterampilan berpikir. Pengetahuan adalah hasil penginderaan atau hasil tahu terhadap objek melalui indra yang dimiliki. Ranah afektif mencakup perilaku terkait dengan emosi, seperti perasaan, nilai, minat, motivasi, dan sikap. Menurut Campbell (1950) sikap adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lainnya. Newcomb lebih lanjut menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, artinya fungsi sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan. Sedangkan ranah psikomotorik berisi perilaku yang menekankan fungsi manipulatif dan keterampilan motorik. Perilaku adalah totalitas pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal.

Menurut Bloom terbentuknya perilaku dimulai pada domain kognitif, dimulai dari tahu terhadap stimulus sehingga menimbulkan pengetahuan baru. Pengetahuan baru ini selanjutnya akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap baru, yang pada akhirnya akan menimbulkan respon yang lebih tinggi lagi yaitu adanya tindakan sehubungan dengan stimulus atau objek tersebut.⁶⁰

⁶⁰ Benyamin Bloom, S., Englehart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., dan Krathwohl, D.R. 1956. *The Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.

6. Social Cognitive Theory

Social *Cognitive Theory* (SCT) adalah teori yang dikembangkan oleh Albert Bandura tahun 2010, dari *Social Learning Theory* (SLT) tahun 1971. Dalam *Behavioral change models*, secara umum menekankan kepada hubungan timbal balik (*reciprocal determinism*) antara individu, perilaku dan lingkungan.⁶¹

7. Social Change Theory

Social Change Theory adalah teori yang dikembangkan oleh Hendrik L. Blum (1974), yang mengatakan bahwa ada empat determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok atau masyarakat, secara berturut-turut besar pengaruh tersebut terhadap kesehatan adalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Disamping determinan-determinan derajat kesehatan tersebut masih terdapat faktor lain yang mempengaruhi atau menentukan terwujudnya kesehatan seseorang, yaitu faktor internal individu.⁶² Selanjutnya Blum mendefinisikan sehat sebagai kondisi secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat.

8. Teori Behavior Intention

Teori *Behavior Intention* dikembangkan oleh Snehendu Kar (1988) berdasarkan analisis terhadap niat bertindak atau berperilaku.⁶³ Kar menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik-tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari; (1) Niat seseorang untuk bertindak

⁶¹ Razieh Tadayon Nabavi, *Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory*, Research Gate. Article. 2012.

⁶² Henrik L. Blum, *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. Human Science Press, New York. 1974. Departemen Kesehatan RI. 2008.

⁶³ Nikos L. D. Chatzisarantis & Martin S. Hagger, "Mindfulness and the Intention-Behavior Relationship Within the Theory of Planned Behavior", School of Psychology, University of Plymouth, Drake Circus, PL4 8AA, Devon, United Kingdom; e-mail: nikos.chatzisarantisplymouth.ac.uk. © 2007 by the Society for Personality and Social Psychology, Inc. Pdf, hal 663, download 22/06/2013.

sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*). (2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*). (3) Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*). (4) Otonomi pribadi untuk mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*). (5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak (*action situation*). Secara matematis model ini dirumuskan bahwa *Behavior* merupakan gabungan fungsi *Behavior Intention*, *Social Support*, *Accessibility of Information*, *Personal Autonomy* dan *Action Situation*.

9. Teori *Thoughts & Feelings*

Teori *Thoughts and Feelings* atau teori pemikiran dan perasaan dari WHO (1990), menganalisis bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Misalnya, alasan seseorang atau masyarakat tidak mau berobat ke fasilitas kesehatan, mungkin karena tidak percaya terhadap fasilitas yang ada, mungkin karena tidak tahu manfaat fasilitas kesehatan, mungkin tidak mempunyai uang, mungkin tidak suka dengan tenaga kesehatan yang ada, dan lain-lain. Selanjutnya teori *Thoughts And Feelings* dapat disederhanakan bahwa *Behavior* merupakan gabungan fungsi dari *Thoughts and Feelings*, *Personal Reference*, *Resources* dan *Culture*.

Bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan (*Thoughts And Feeling*), atau pertimbangan pribadi seseorang terhadap objek atau stimulus. Faktor selanjutnya adalah faktor *personal references*, faktor sumber daya (*resources*) serta faktor sosial budaya (*culture*) setempat. Adanya orang lain yang menjadi referensi, sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang mendukung perilaku dan latar-belakang budaya seseorang atau masyarakat merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku. Misalnya, seseorang yang mengambil wudhu di kulah, alasannya karena dia yakin kalau wudhu yang sah atau afdol kalau dilakukan di kulah (*thoughts and feelings*), atau karena tokoh idolanya melakukan wudhu di kulah (*personal reference*), faktor lain juga karena tidak ada tempat wudhu selain di kulah (*resources*), faktor lain lagi mungkin karena kebudayaan keluarga, kelompok atau masyarakat yang wudhu di kulah. Bentuk dari

thoughts and feeling adalah pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek kesehatan.⁶⁴

10. Perilaku dalam Pandangan Ilmuan Muslim

Menurut Ibnu Miskawaih (320-421H/940-1030M) dan Al-Ghazali (450-505H/1058-1111M), ada tiga teori penting mengenai tujuan mempelajari etika. *Pertama*, mempelajari etika sebagai studi murni teoritis, yang berusaha memahami ciri kesusilaan atau moralitas, tetapi tanpa maksud mempengaruhi perilaku orang yang mempelajarinya. *Kedua*, mempelajari etika sebagai bagian dari usaha untuk meningkatkan sikap dan perilaku dalam kehidupan sehari-hari. *Ketiga*, karena etika merupakan subyek teoritis yang berkenaan dengan usaha menemukan kebenaran tentang hal-hal moral, maka dalam penyelidikan etis harus terdapat kritik yang terus menerus mengenai standar moralitas yang ada, sehingga etika menjadi subyek praktis.⁶⁵ Prinsip-prinsip moral dipelajari dengan maksud menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Ia bahkan dengan lebih tegas menyatakan bahwa pengetahuan (terutama akhlaq) yang tidak diamalkan tidak lebih baik daripada kebodohan.

Menurut Quasem, etika al-Ghazali bersifat *teleologis* (aliran filsafat yang mengajarkan bahwa segala ciptaan di dunia ini ada tujuannya), etika mengajarkan bahwa manusia punya tujuan yang agung, yaitu kebahagiaan akherat. Oleh karena itu, suatu perbuatan (amal) dikatakan baik apabila amal tersebut menghasilkan pengaruh pada jiwa yang membuatnya mengarah pada tujuan tersebut, dan dikatakan buruk kalau perbuatan tersebut menghalangi jiwa mencapai tujuan tersebut.⁶⁶ Derajat baik dan buruk suatu perbuatan didasarkan pada seberapa jauh pengaruh yang ditimbulkan perbuatan tersebut

⁶⁴ Soekidjo Notoatmodjo, *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta: 2010.

⁶⁵ M. Abul Quasem, Kamil, *Etika Al-Ghazali: Etika Majmuk di dalam Islam*. Terj. J. Mahyudin. Bandung: Pustaka, 1988, hlm. 13.

⁶⁶ M. Abul Quasem, Kamil, *Etika Al-Ghazali: Etika Majmuk di dalam Islam*. Terj. J. Mahyudin. Bandung: Pustaka, 1988, hlm. 14.

terhadap jiwa pelakunya. Dengan demikian, suatu amal perbuatan dianggap baik atau buruk selaras dengan apakah akibatnya bermanfaat atau merugikan bagi suatu tujuan. Suatu perbuatan, oleh karena itu, tidak punya nilai moral intrinsik yang otonom. Pandangan al-Ghazali yang demikian berbeda dengan pandangan kaum Mu'tazilah yang menyatakan bahwa kebaikan dan keburukan adalah nilai-nilai yang intrinsik pada perbuatan moral, dan bahwa syariah memerintahkan atau melarang jenis perbuatan tertentu disebabkan karena perbuatan itu sendiri adalah baik atau buruk.

Etika dilukiskan sebagai ilmu rasional dan juga sebagai ilmu keagamaan. Bagi al-Ghazali bahwa nalar (akal) dan syariah itu saling melengkapi; akal saja tidak cukup dalam kehidupan moral dan begitu pula wahyu; keduanya perlu digabungkan. Al-Ghazali mengatakan bahwa seseorang yang mengandalkan kepercayaan penuh (*mahdhat-taqlid*) terpisah seluruhnya dari akal adalah *dungu*, dan orang yang puas dengan akal belaka, yang lepas dari al-Quran dan as-sunnah adalah *tertipu*. Gabungkanlah kedua prinsip tersebut, sebab ilmu rasional bagaikan makanan yang mengandung racun, dan ilmu keagamaan adalah sebagai obat penawarnya.⁶⁷

Menekankan mengenai pentingnya akal (*moral reasoning*) dalam etika, al-Ghazali menyatakan bahwa moralitas bukanlah suatu hukum yang dipaksakan kepada manusia oleh Allah Swt atau Rasul-Nya ataupun oleh sesama manusia; moralitas merupakan hukum yang bisa dipahaminya sendiri dan dapat dipilihnya sebagai bimbingan, sebab ia tahu masuk akal sekali untuk berbuat demikian; ia sendiri melihat dengan akal, benar atau salahnya suatu perbuatan. Banyak faktor yang mempengaruhi akal dalam tugas ini; barangkali bimbingan supernatural tak langsung, yang pasti tentu adat kebiasaan dan etos masyarakatnya sendiri, serta simpati yang merupakan satu bagian dari piranti mental alami manusia.⁶⁸

⁶⁷ M. Abul Quasem, Kamil, *Etika Al-Ghazali: Etika Majemuk di dalam Islam*. Terj. J. Mahyudin. Bandung: Pustaka, 1988, hlm. 16.

⁶⁸ M. Abul Quasem, Kamil, *Etika Al-Ghazali: Etika Majemuk di dalam Islam*. Terj. J. Mahyudin. Bandung: Pustaka, 1988, hlm. 24.

Etika sebagai pengobatan rohani sama pentingnya dengan kedokteran untuk memelihara kesehatan jasmani. Kepentingan sebagai pengobatan melalui metode perawatan dapat dipraktikkan, baik dalam kedokteran maupun filsafat moral. Metode pengobatan etika atau filsafat moral sama halnya dengan metode kedokteran yang bersifat preventif dan kuratif.⁶⁹ Ibnu Miskawaih menyatakan bahwa perawatan tubuh dibagi menjadi dua, yaitu memelihara dan mengobati. Demikian juga dalam perawatan mental, yakni menjaga kesehatan agar tidak sakit dan berusaha memulihkannya bila telah hilang dengan cara mengobatinya.

Al-Ghazali mencontohkan adanya keadaan sehat dan sakit pada badan adalah dalam rangka menjelaskan kondisi sehat dan sakitnya jiwa. Pada dasarnya sebuah kesehatan badan berada pada tahapan normalitas kondisinya dan sakit badan yang bersumber dari kecenderungan kondisi badan untuk selalu menjauhi ranah normalitas.⁷⁰ Demikian pula normalitas yang ada pada akhlaq juga merupakan gambaran kesehatan jiwa dan sebuah kecenderungan untuk selalu menjauhi normalitas, yang dalam hal ini merupakan gambaran dari sebuah penyakit atau gangguan.

Menurut Ibnu Sina (370-428H/980-1037M) ilmu terbagi menjadi dua, yaitu ilmu yang tak kekal dan ilmu yang kekal (hikmah). Berdasarkan tujuannya, maka ilmu dapat dibagi menjadi ilmu yang praktis dan yang teoritis. Ilmu teoritis seperti ilmu kealaman, matematika, ilmu ketuhanan dan ilmu Kulli. Sedangkan ilmu yang praktis adalah ilmu akhlak, ilmu pengurusan rumah, ilmu pengurusan kota dan ilmu nabi (shari'ah).⁷¹ Pemikiran pendidikan Ibnu Sina dalam falsafat praktis (ilmu praktis) pada prinsipnya berkaitan dengan cara

⁶⁹ Mustain, "Etika dan Ajaran Moral Filsafat Islam: Pemikiran Para Filosof Muslim Tentang Kebahagiaan", *Ulumuna jurnal Studi Keislaman*, Volume 17 Nomor 1 2013, (191-215), 192.

⁷⁰ Khafidhi, *Peranan Akal dan Qalb dalam Pendidikan Akhlaq: Studi Pemikiran Al-Ghazali*, (Semarang: Program Pascasarjana Institut Agama Islam Negeri Walisongo, 2013), 16.

⁷¹ Ramayulis dan Samsul Nizar, *Ensiklopedi Tokoh Pendidikan Islam: Mengenal Tokoh Pendidikan Islam di Dunia Islam dan Indonesia*. Jakarta: Quantum Teaching, 2005, hlm. 30.

mengatur dan membimbing manusia dalam berbagai tahap dan sistem. Diawali dari pendidikan individu yaitu bagaimana seseorang mengendalikan diri (akhlak), kemudian dilanjutkan dengan bimbingan kepada keluarga (takbiral manzil), lalu meluas ke masyarakat (tadbir al-madinat) dan akhirnya kepada seluruh umat manusia. Sehingga dapat dilihat bahwa pemikiran pendidikan Ibnu Sina bersifat komprehensif.⁷² Sementara itu pandangan-pandangan Ibnu Sina dalam bidang politik hampir tidak dapat dipisahkan dari pandangannya dalam bidang agama, karena menurutnya hampir semua cabang ilmu keislaman berhubungan dengan politik, ilmu ini selanjutnya ia bagi menjadi empat cabang yaitu ilmu akhlak, ilmu cara mengatur rumah tangga, ilmu tata negara, dan ilmu tentang kenabian. Ilmu politik ini juga masuk dalam ilmu pendidikan, karena ilmu pendidikan merupakan ilmu yang berada pada garis terdepan dalam menyiapkan kader-kader yang siap untuk melaksanakan tugas-tugas pemerintahan.⁷³

Ibnu Sina menerangkan tujuan pendidikan memiliki tiga fungsi yang kesemuanya bersifat normatif. Pertama, tujuan itu menentukan haluan bagi proses pendidikan. Kedua, tujuan itu bukan hanya menentukan haluan yang dituju tetapi juga sekaligus memberikan rangsangan. Ketiga, tujuan itu adalah nilai, dan jika dipandang bernilai, dan jika diinginkan, tentulah akan mendorong anak didik untuk mengeluarkan tenaga yang diperlukan untuk mencapainya.⁷⁴ Selain itu, tujuan pendidikan yang paling esensial yaitu harus membentuk manusia yang berkepribadian akhlak mulia. Ibnu Sina mengemukakan bahwa ukuran akhlak mulia tersebut dijabarkan secara luas yang meliputi segala aspek kehidupan manusia. Aspek-aspek kehidupan yang menjadi syarat bagi terwujudnya suatu sosok pribadi berakhlak mulia meliputi aspek pribadi, sosial, dan spiritual. Ketiganya harus berfungsi secara integral dan komprehensif. Pembentukan akhlak mulia ini juga bertujuan untuk mencapai kebahagiaan (sa'adah).

⁷² Abudin nata, *Studi Islam Komprehensif*. Jakarta: Kencana, 2015.

⁷³ Jalaluddin, *Filsafat Pendidikan Islam*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 1996.

⁷⁴ Fathor Rachman Ustman, "Pemikiran Pendidikan Ibnu Sina". *Tadris*, Vol 5. No 1. 2010. Pdf.

Untuk menciptakan seorang manusia yang berakhlak, maka harus dimulai dari dirinya sendiri, lalu ditunjang oleh kesehatan jasmani dan rohani. Bila kondisi ini dimiliki, maka manusia akan mampu menjalankan proses mu'amalah dengan teman pergaulan dan lingkungannya, serta mampu mendekati diri kepada Allah, dan pada akhirnya mampu melakukan ma'rifat kepada Allah. Kondisi demikian merupakan puncak dari tujuan pendidikan manusia.⁷⁵ Mengenai pendidikan yang bersifat jasmani, Ibnu Sina mengatakan hendaknya tujuan pendidikan tidak melupakan pembinaan fisik dan semua yang berkaitan, seperti olahraga, makan, minum, tidur dan menjaga kebersihan.⁷⁶ Melalui pendidikan jasmani seorang anak diarahkan agar terbina pertumbuhan fisiknya dan cerdas otaknya. Sedangkan pendidikan budi pekerti diharapkan seorang anak memiliki kebiasaan bersopan santun dalam pergaulan hidup sehari-hari.

⁷⁵ Ramayulis dan Samsul Nizar, *Ensiklopedi Tokoh Pendidikan Islam: Mengenal Tokoh Pendidikan Islam di Dunia Islam dan Indonesia*. Jakarta: Quantum Teaching, 2005, hlm. 32.

⁷⁶ Abu 'Alī al-Ḥusain Ibnu 'Alī Ibnu Sina, *al-Qānūn fī al-Ṭibb*, Juz I (Beirut: Dar al-Fikr, 1994), 278.

Bab III

Praktik Personal Higiene Santri di Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah

Status kesehatan individu atau kelompok dipengaruhi oleh berbagai faktor. Beberapa faktor yang berpengaruh antara lain: pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merespon suatu penyakit. Dalam rangka menurunkan dan memerangi penyakit menular serta peningkatan derajat kesehatan dalam sebuah komunitas atau kelompok, diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, khususnya tentang penyakit menular. Hal ini dimaksudkan agar terjadi perubahan sikap yang kemudian diikuti dengan perubahan perilaku. Hasil akhir yang akan didapat adalah menurunnya angka kesakitan dalam sebuah kelompok atau komunitas, termasuk di dalamnya komunitas pondok pesantren.

Pada awal penelitian pengambilan sampel akan dilakukan di wilayah Depok, dengan pertimbangan banyak pondok pesantren yang sudah lama berdiri dan pondok pesantren yang baru didirikan, dan dengan populasi yang heterogen. Setelah melakukan survei awal terhadap lima pondok pesantren, ternyata tidak ditemukan pesantren yang memenuhi kriteria sebagai unit pembanding, yaitu sampel pondok pesantren yang menggunakan kulah sebagai salah satu sumber air untuk keperluan sehari-hari seperti mandi, mencuci pakaian termasuk berwudhu. Pada akhirnya pondok pesantren Al Hamidiyah Depok diambil dan dijadikan unit sampel yang mewakili pondok pesantren yang mempunyai akses air untuk keperluan sehari-hari seperti mandi, mencuci pakaian termasuk berwudhu berasal dari sumur bor/pompa tanpa kulah. Sedangkan pondok pesantren Qothrotul Falah dari Provinsi Banten, diambil sebagai unit sampel yang mewakili pondok pesantren yang mempunyai akses air untuk keperluan sehari-hari bersumber dari sumur bor dan kulah.

Selanjutnya dilakukan pendataan calon sampel atau responden

pada tiap-tiap pondok pesantren yang memenuhi persyaratan sesuai kriteria inklusi dan eksklusif. Kemudian dilakukan *random sampling* untuk mendapatkan sampel sebanyak 52 santri dari masing-masing pondok pesantren terdiri dari 26 orang santri puteri dan 26 orang santri putera. Karena keterbatasan sampel, maka data kuantitatif masing-masing pondok pesantren diambil secara total sampling, yaitu 56 santri dari pondok pesantren Al Hamidiyah dan 41 santri dari pondok pesantren Qothrotul Falah.

Deskripsi karakteristik masing-masing pondok pesantren sebagai unit sampel dan santri sebagai responden diperlukan sebagai faktor risiko terhadap perilaku personal hygiene di pondok pesantren. Argumentasi ini akan dibuktikan dengan membahas beberapa hal yaitu: gambaran umum tempat penelitian, praktik personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan praktik personal hygiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah.

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Perkembangan pesantren di Indonesia cukup menggembirakan. Tahun 2012 sudah terdapat sebanyak 27.230 pondok pesantren yang tersebar di seluruh Indonesia.¹ A. Qodri A. Azizy mengklasifikasikan tipologi pesantren menjadi lima tipe. *Pertama*, tipe I yaitu pesantren yang hanya menyelenggarakan pendidikan formal dengan menerapkan kurikulum nasional, baik yang hanya memiliki sekolah keagamaan (MI, MTs, MA, dan Perguruan Tinggi Agama Islam), maupun yang juga memiliki sekolah umum (SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi Umum), seperti Pesantren Tebu Ireng Jombang. *Kedua*, tipe II yaitu pesantren yang menyelenggarakan pendidikan keagamaan dalam bentuk madrasah dan mengajarkan ilmu-ilmu umum meski tidak menerapkan kurikulum nasional, seperti Pondok Pesantren Gontor Ponorogo, Pesantren Maslakul Huda Kajen Pati (Matholi'ul Falah) dan Darul Rohman Jakarta. *Ketiga*, tipe III yaitu pesantren yang hanya

¹ Zamakhsyari Dhofier menyebutkan lima unsur pondok pesantren, yang meliputi: masjid, pondok, pengajaran kitab-kitab Islam klasik, santri dan kyai. Lihat Zamakhsyari Dhofier, *Tradisi Pesantren: Studi tentang Pandangan Hidup Kyai*, (Jakarta: LP3ES, 1982), 44.

mengajarkan ilmu-ilmu agama dalam bentuk madrasah diniyah, contohnya adalah Pesantren Salafiyah Langitan Tuban, Pesantren Lirboyo Kediri, dll. *Keempat*, tipe IV yaitu pesantren yang hanya sekedar menjadi tempat pengajian (*majlis ta'lim*). *Kelima*, tipe V yaitu pesantren yang berkembang menjadi tempat asrama anak-anak pelajar sekolah umum dan mahasiswa.²

Populasi pondok pesantren terbesar berada di pulau Jawa, yaitu 78,60% dari jumlah seluruh pondok pesantren di Indonesia. Apabila dikelompokkan menurut tipologinya, semua pondok pesantren dapat dibedakan menjadi dua: pondok pesantren salafiyah dan pondok pesantren *khalafiyah/ashriyah*. Apabila dilihat berdasarkan tipologi pondok pesantren tersebut, maka sebanyak 53,10% dari jumlah pondok pesantren merupakan pesantren salafiyah, 28,38% pondok pesantren *khalafiyah/ashriyah*, serta 18,52% pondok pesantren kombinasi. Data tersebut menunjukkan bahwa pondok pesantren di Indonesia sebagian besar merupakan tipologi salafiyah, yang pembelajarannya masih murni mengaji dan membahas kitab kuning. Sebagian lain sudah modern dengan pengembangan pembelajaran ilmu sains dan sebagian lagi mengkombinasikan pembelajaran kitab kuning dan ilmu sains serta ilmu pengetahuan dan teknologi.³

Pondok pesantren salaf, salafi atau salafiyah adalah tipe pondok pesantren tradisional di Indonesia. Kata "*salaf*" berasal dari bahasa Arab yang secara literal bermakna yang dulu atau yang sudah lewat. Secara istilah, salaf berkonotasi pada sebuah pesantren tradisional yang menganut sistem pendidikan kuno yaitu sistem wetonan, bandongan dan sorogan. Pengertian ini kemudian berkembang seiring dinamika pesantren salaf itu sendiri. Saat ini pesantren salaf bermakna sebuah pesantren yang murni mengajarkan ilmu agama baik dengan sistem tradisional maupun sistem klasikal (jenjang kelas) yang umum disebut

² Lihat Ahmad Qodri Abdillah Azizy, "Memberdayakan Pesantren dan Madrasah" dalam Abdurrohman Mas'ud, dkk, *Dinamika Pesantren dan Madrasah (Cet. I)*, (Semarang: Fakultas Tarbiyah IAIN Walisongo Semarang dan Pustaka Pelajar, 2002), 8.

³ Kementerian Agama Republik Indonesia, *Analisis Statistik Pendidikan Islam Tahun 2011/2012*. <http://pendis.kemenag.go.id/>. 2011, artikel, pdf, hal. 70-73.

dengan madrasah diniyah atau menganut kedua sistem itu. Pesantren salaf dengan santri yang cukup banyak biasanya menganut kedua sistem sorogan/wetonan dan klasikal sekaligus. Perkembangan berikutnya, sebuah pesantren disebut salaf selagi terdapat sistem pendidikan tradisional dan klasikal, walaupun dikombinasikan dengan pendidikan formal yang mengikuti kurikulum Kemdikbud atau Kemenag.⁴

Sementara pondok pesantren modern atau *khalafiyah*/*ashriyah* merupakan kebalikan dari pondok pesantren salaf atau tradisional. Namun demikian tidak ada definisi dan kriteria pasti tentang pesantren modern. Pondok modern Gontor merupakan pelopor dari pesantren modern.⁵ Pondok ini secara sistematis dan bertahap memperkenalkan sistem baru bagi dunia pesantren. Reformasi sistem ini membuat pesantren tidak hanya disukai oleh kalangan masyarakat pedesaan, tapi juga menarik masyarakat perkotaan untuk menyekolahkan anaknya di pesantren. Meski demikian terdapat kritik terhadap sistem pendidikan

⁴ Ciri khas pesantren salaf antara lain: *pertama*, penekanan pada penguasaan kitab klasik atau kitab kuning atau disebut dengan kitab gundul. *Kedua*, memberlakukan sistem pengajian sorogan, dan wetonan, bandongan. *Ketiga*, walaupun telah memperkenalkan sistem klasikal, namun materi tetap berfokus pada kitab-kitab kuning. *Kcempat*, hubungan emosional kyai-santri lebih dekat dibanding pesantren Al Hamidiyah. *Kelima*, materi pelajaran umum tidak atau sangat sedikit diajarkan. *Kcenam*, pondok salaf yang murni tidak memiliki lembaga pendidikan formal SD/MI MTS/SMPSMA/MA apalagi perguruan tinggi. *Ketujuh*, pimpinan pondok pesantren salaf umumnya adalah kyai yang secara kultural berafiliasi ke organisasi NU (Nahdlatul Ulama) *Kedelapan*, biaya pendidikan relatif murah. *Kesembilan*, menekankan pada perilaku yang sopan dan santun. *Kesepuluh*, memiliki karakteristik atau ciri khas, yang tidak dimiliki oleh lembaga pendidikan lainnya. *Kesebelas*, santri mukim. Lihat Marwan Sarijo, *Sejarah Pondok Pesantren di Indonesia*, (Jakarta: Dharma Bakti, 1980), 9.

⁵ Istilah Modern dalam istilah Gontor berkonotasi pada nilai-nilai komodernan yang positif seperti disiplin, rapi, tepat waktu, kerja keras. Termasuk nilai modern yang bersifat fisik yang tergambar dalam cara berpakaian dengan simbol dasi, jas, dan rambut pendek ala militer. Beberapa unsur yang menjadi ciri khas pondok pesantren modern di antaranya: *pertama*, penekanan pada bahasa Arab percakapan; *Kedua*, memakai buku literatur bahasa Arab kontemporer. *Ketiga*, memiliki sekolah formal di bawah Diknas dan/atau Kemenag dari SD/MI MTS/SMP MA/SMA maupun sekolah tinggi; *Kcempat*, tidak memakai sistem sorogan, wetonan dan bandongan.

pesantren modern, yaitu lemahnya santri modern pada penguasaan kitab kuning klasik (*kutūb at-turāth*) dan terlalu fokus pada penguasaan bahasa Arab modern dan ringan.

Terlepas dari tipologi pesantren salaf dan Al Hamidiyah, penelitian ini akan dilakukan di dua pesantren yang berbeda. Gambaran umum tentang tempat penelitian, yaitu Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan Pondok pesantren Qothrotul Falah, juga tentang sarana dan prasarana serta pelayanan kesehatan yang ada dijelaskan sebagai berikut.

1. Pondok Pesantren Al Hamidiyah

Pondok pesantren Al Hamidiyah didirikan oleh KH Achmad Sjaichu (Ketua PBNU 1979) pada 17 Juli 1988. Pesantren ini beralamat di Jalan Raya Depok, Sawangan KM 2, No 12 Rangkapan Jaya, Kota Depok 16435. Lokasi pondok pesantren ada di perkotaan atau urban (wilayah yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat pemukiman perkotaan), terletak di sekitar permukiman penduduk. Pesantren ini didirikan guna mewujudkan cita-cita luhur pendirinya untuk mengembangkan dunia pendidikan dan dakwah Islamiah melalui pesantren. Basis keilmuan pesantren yang dimiliki KH. Achmad Sjaichu yang diperkaya dengan berbagai pengalaman membuatnya memutuskan untuk menekuni dunia pesantren dengan konsep dan kesadaran yang lebih maju. Melalui pesantren, KH. Achmad Sjaichu ingin mengkader da'i dan ulama yang berwawasan luas dan memiliki kedalaman ilmu.⁶ Hal ini dikarenakan kesadaran tentang makna kehadiran para juru dakwah dan ulama ditengah-tengah masyarakat yang bergerak maju dan cepat.

KH. Achmad Sjaichu merasakan keprihatinan yang mendalam atas kenyataan makin langkanya ulama dan juru dakwah. Dari segi kuantitas, banyak ulama yang wafat, namun dari segi kualitas, sistem pendidikan dan pengajaran dalam lembaga pesantren masih harus lebih disempurnakan. Menurutnya, para juru dakwah dan ulama perlu dipersiapkan sejak dini dengan seperangkat ilmu dan keterampilan yang cukup untuk menyertai perkembangan kehidupan modern yang kian

⁶ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

kompleks. KH. Achmad Sjaichu kemudian berikhtiar dengan mendirikan pesantren sebagai jawaban atas keprihatinan dan kekhawatiran tersebut. Ia merasa perlu mendirikan pesantren yang lebih memiliki kualitas dan kuantitas; mencetak santri jadi ulama. Akhirnya pada tahun 1987 Menteri Agama H. Munawir Sjadzali meletakkan batu pertama, mengawali pembangunan pesantren.⁷

Secara fisik, bangunan pesantren Al Hamidiyah dirancang dan ditangani langsung pengawasannya oleh Ir. H. Mochamad Sutjahjo Sjaichu, putra ketiga KH Achmad Sjaichu. Bersamaan dengan itu dilakukan perencanaan berbagai program pendidikan di bawah koordinasi (almarhum) DR. H. Fahmi D. Saifuddin. Sementara pembangunan fisik berjalan, persiapan pembukaan pesantren juga dilakukan. Rapat-rapat yayasan menghasilkan keputusan perlunya segera dibentuk suatu badan pengelola. Maka kemudian dicarilah tenaga-tenaga yang siap untuk menjalankannya. Seperangkat kepengurusan dipersiapkan, dan tepat tanggal 17 Juli 1988, pondok Pesantren Al Hamidiyah dibuka. Pesantren menerima murid pertama sebanyak 150 siswa untuk Madrasah Aliyah, dan 120 untuk Madrasah Tsanawiyah. Dari jumlah tersebut, 75 santri putra dan 40 santri putri bermukim di asrama. Pendirian pondok pesantren sejalan dengan usaha kementerian agama saat itu untuk mengadakan proyek percontohan pendidikan madrasah dengan materi pendidikan terdiri dari 70% substansi agama dan 25% substansi umum yang disebut MAPK (Madrasah Aliyah Program Khusus).⁸

Membangun pondok pesantren bukan sekedar membangun bangunan fisik belaka. Tapi lebih dari itu, adalah membangun manusia, mempersiapkan ulama yang mampu menjawab tantangan zaman.⁹ Saat banyak pesantren berlomba mencetak santri yang pandai wiraswasta atau menguasai teknologi, Al Hamidiyah tetap dengan misi utamanya,

⁷ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

⁸ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

⁹ Hal ini disampaikan oleh menteri agama, Munawwir Sadzali pada acara peresmian yang dihadiri alim ulama, pemerintah, dan tokoh masyarakat. Menteri Agama juga menyatakan bahwa program yang menekankan pengajaran bidang studi agama adalah jawaban atas kelangkaan ulama yang sedang dirasakan umat Islam dewasa ini, khususnya di Indonesia.

yaitu mencetak ulama. Kehadiran Al Hamidiyah sebagai pesantren salafiyah di tanah air terbilang baru dibandingkan pesantren salaf lain seperti pesantren Tebu Ireng Jombang, Lirboyo Kediri, atau pesantren salafiyah lain. Kendati begitu, Al Hamidiyah mengalami perkembangan yang pesat. Beragam tingkat pendidikan digelar mulai dari taman kanak-kanak (TK) hingga Tarbiyah Mu'allimin-Mu'allimat (TMM) yang setara dengan madrasah tsanawiyah dan madrasah aliyah. Jumlah santrinya mencapai ribuan orang. Semula hanya warga Jabotabek yang mendaftar. Namun belakangan santri dari luar daerah pun bermunculan.

Sebagai pesantren salaf, kitab klasik atau kitab kuning adalah menu utama. Kitab klasik yang dikaji para santri antara lain *Ta'lim al-Muta'allim*, *Arba'in al-Nawāwī*, *al-Jawāhir al-Kalāmiyah*, *Waṣāya li al-Abnā'*, *Matan al-Ghāyah al-Taqrīb*, *al-Amthilah al-Taṣrifiyah*, *Nadzam al-'Imrīti*, *al-Mutammimah*, *Tafsīr Jalālain*, dan *Husun ul-Hamīdīyah*. Tenaga pengajar terdiri dari para kyai, ustadz, dan sarjana lulusan perguruan tinggi negeri atau swasta dalam dan luar negeri. Ada juga alumni yang ikut nimbrung mengajar.

Al Hamidiyah melakukan penyempurnaan sistem pendidikan di pesantren. Sebagaimana harapan almarhum kyai Sjaichu, pesantren Al Hamidiyah tidak saja berkuat pada pengembangan ilmu keagamaan semata. Pondok pesantren Al Hamidiyah juga mengembangkan pendidikan lain, seperti TK, TPQ, MTs, MA, pengajian pesantren, majelis ta'lim, bahasa Arab, komputer, perpustakaan, klinik, dan koperasi. Pondok pesantren Al Hamidiyah memiliki lembaga bahasa Arab dan bahasa Inggris. Sebagai penunjang pendidikan formal, terdapat program ekstrakurikuler seperti marching band, pramuka, hajir marawis, qasidah, lembaga al-Quran dan dakwah, tata boga, dan olahraga. Dengan demikian, Al Hamidiyah memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern yang lazim dikenal dengan sistem salafiyah ashriyah.¹⁰

Pesantren Al Hamidiyah menggunakan kurikulum dan sistem pembelajaran tingkat satuan pendidikan tahun 2006 dan kurikulum berbasis kompetensi tahun 2004. Sistem pendidikan integral pesantren

¹⁰ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

menyatukan seluruh aktivitas yang berhubungan dengan proses pendidikan, termasuk di dalamnya proses belajar mengajar untuk mencapai tujuan pendidikan dan pengajaran pesantren. Hingga saat ini Pondok Pesantren Al Hamidiyah mempunyai beberapa jenjang pendidikan.¹¹ *Pertama*, Kelompok Bermain (Play Group) dan Taman Kanak-kanak (TK). Play group resmi dibuka pada 18 Juli 1991. Sedangkan TK resmi dibuka pada 18 Juli 1991. Tujuan utamanya adalah untuk pembentukan sikap, watak dan kepribadian anak yang berahlakul karimah, menjadi pribadi yang kreatif dan mandiri melalui aktivitas pembelajaran yang kreatif dalam bentuk permainan yang menyenangkan sesuai dengan kondisi anak usia bermain. *Kedua*, Taman Pendidikan Al-Qur'an (TPQ) yang diresmikan pada 17 Juli 1991. TPQ adalah pendidikan non-formal yang menerapkan kurikulum paduan antara LPPTKA dengan kurikulum muatan lokal pesantren. *Ketiga*, Sekolah Dasar Islam Terpadu (SDIT) Al Hamidiyah yang dibuka pada 17 Juli 2003. SDIT ini menggunakan Kurikulum Berbasis Teknologi, dengan menekankan ketercapaian kompetensi murid. Pembelajaran ditujukan untuk mengembangkan kecerdasan majemuk yang dimiliki anak, dan diadakan program perbaikan dalam upaya pencapaian ketuntasan belajar. *Keempat*, Madrasah Tsanawiyah (MTs) yang setaraf dengan SMP dengan ciri khas agama Islam yang diselenggarakan Depag dengan ditambah muatan-muatan kepesantrenan. Jumlah santri MTs adalah sebanyak 382 orang. *Kelima*, Madrasah Aliyah (MA) yang setaraf dengan SMU, ditambah muatan-muatan kepesantrenan, dengan jumlah santri MA adalah sebanyak 270 orang. *Ke-enam*, Perguruan Tinggi (Sekolah Tinggi Ilmu Agama) dengan jenjang S1 dan D-III.¹²

Visi pondok pesantren Al Hamidiyah adalah mencetak ulama, karena ulama memiliki pengertian sebagai pewaris nabi. Karenanya, dalam keseharian santri Al Hamidiyah dilatih mempraktikkan cara hidup berdasar ajaran Nabi Muhammad Saw. Al Hamidiyah juga mengembangkan kurikulum berbasis kompetensi (KBK) terhadap pengajar. Hal ini dikarenakan sebelum mengulama-kan santri, guru harus mengulamakan diri sendiri. Demi tujuan tersebut, pesantren

¹¹ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

¹² Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

menerapkan praktik *muḥādārah* (ceramah) ke tengah masyarakat. Program yang disebut kegiatan pengabdian masyarakat (KPM) ini dilakukan sepekan sekali. Kegiatan ini semula hanya dilaksanakan di sekitar Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi. Namun saat ini kegiatan tersebut sudah merambah ke Jawa Timur dan Bali.¹³ Sumber air bersih utama yang digunakan adalah sumur bor/pompa.

2. Pondok Pesantren Qothrotul Falah

Pondok pesantren Qothrotul Falah secara resmi didirikan pada tahun 1991 oleh KH. Achmad Syatibi Hanbali. Lokasi pesantren berada di sekitar pemukiman penduduk daerah pedesaan, tepatnya di jalan Sampay-Cileles, Km. 5 Sumur Bandung, Kecamatan Cikur, Kabupaten Lebak, Provinsi Banten 42356. Lokasi pondok pesantren ada di perdesaan atau rural (wilayah yang mempunyai kegiatan utama pertanian dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat pemukiman perdesaan), terletak di sekitar permukiman penduduk. Pesantren ini berdiri dengan visi bernuansa islami, unggul dalam presentasi, menjunjung tinggi tradisi, santun dalam bersikap, diminati masyarakat dan meraih kemuliaan hidup dalam kebahagiaan masa depan.¹⁴

Awalnya KH. Hanbali, ayah dari KH. Achmad Syatibi Hanbali, yang masih berstatus lajang dan baru berumur 26 tahun pada tahun 1961 membentuk majlis mudzakaroh kecil-kecilan. KH. Hanbali dalam majlis tersebut mengajarkan kitab-kitab sumber keagamaan dalam berbagai bidang, baik bidang fikih, bidang tauhid, dan bidang taSawuf.¹⁵ Sebagai seorang tokoh agama yang kharismatik, pendirian majlis tersebut dimaksudkan untuk memenuhi pendidikan keagamaan yang mampu

¹³ Profil Pondok Pesantren Al Hamidiyah, Depok, 2014

¹⁴ Profil Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, 2013.

¹⁵ Dalam bidang fikih diajarkan kitab *Kifāyah al-Akhyar*, *I'ānah al-Thalibin*, *Kāsyifah al-Saja*, *Safinah al-Najah*, *Fath al-Wahhab*, *Fath al-Mu'in*, *Riyadh al-Badi'ah*, dll. Bidang tauhid yang diajarkan adalah kitab *Fath al-Majid*, *Kifāyah al-'Awwam*, dll. Bidang taSawuf KH. Hanbali mengajarkan kitab *Ihya' Ulum al-Din*, *Bidayah al-Hidayah*, *Minhaj al-'Abidin*, *Kifāyah al-Adzqiya'*, *Nashaih al-'Ibad*, *Sullam al-Taufiq*, dll. Lihat Profil Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, 2013.

mencetak kader-kader ulama yang berdedikasi tinggi terhadap agama dan negara, berakhlak mulia dan memiliki jiwa kepemimpinan amanah.

Pada tahun 1961, KH. Hanbali semula hanya bermaksud mengamalkan ilmu agamanya kepada sanak keluarga dan kerabatnya. Pada perkembangan selanjutnya KH. Hanbali berfikiran untuk mendirikan lembaga pendidikan agama yang independen. Kemudian lahirlah Pondok Pesantren Qothrotul Falah.¹⁶

Pada 1991, atas harapan dan desakan masyarakat pada lembaga pendidikan yang berkualitas, KH. Achmad Syatibi Hanbali beserta sesepuh masyarakat yang diwakili Drs. H. Achmad Djazuli (almarhum), mendaftarkan Pondok Pesantren Qothrotul Falah ke Kantor Notaris Nuzwar SH, dengan No. 08, 31 Juli 1991, untuk dibuatkan akte pendirian ponpes secara resmi. Pondok Pesantren Qothrotul Falah, dari tahun ke tahun, terus menuai perkembangan pesat. Ini terlihat dari jumlah santri yang ingin nyantri salaf ataupun menimba ilmu umum (MTs dan SMA) yang terus bertambah. Seiring kuantitas santri yang kian bertambah itu, sarana pendidikanpun kian banyak. Gedung-gedung asrama santri putra-putri dan pendidikan pun berdiri kokoh di sekitar Ponpes.

Figur sentral seorang kyai sangat dibutuhkan dalam pengelolaan Pondok Pesantren. Karena itu, KH. Achmad Syatibi Hanbali sebagai figur sentral Ponpes harus pandai-pandai menyaring aneka usulan dari berbagai kalangan. KH. Achmad Syatibi Hanbali tidak segan-segan dan sungkan-sungkan berdialog dengan masyarakat dan para santri tentang apa-apa yang menjadi kekurangan di Ponpesnya, agar kekurangan tersebut dapat diminimalkan.

Pondok Pesantren Qothrotul Falah menerapkan sistem kurikulum terpadu yaitu kurikulum dari Kemdiknas/Kemenag dengan pengembangan kurikulum pesantren, yaitu madrasah diniyah dan pengajian kitab kuning. Jenjang pendidikan pada pesantren Qothrotul Falah yaitu Madrasah Tsanawiyah (MTs), Sekolah Menengah Atas (SMA), madrasah diniyah kitab kuning. Saat ini, total jumlah santri MTs dan SMA adalah sebanyak 242, terdiri dari santri MTs sebanyak

¹⁶ Profil Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, 2013.

114 orang dengan pembagian santri putra 51 orang dan santri putri 77 orang, ditambah jumlah santri SMA sebanyak 128 orang dengan pembagian santri putra 61 orang dan santri putri 53 orang. Sedangkan jumlah tenaga pengajar adalah sebanyak 43 orang. Selain itu terdapat bagian keamanan guru dan pembina kamar guna memantau keseharian mereka. Jika terdapat pelanggaran oleh santri, maka akan diberikan sanksi sesuai jenis pelanggaran yang dilakukan. Sanksi yang diberikan berupa sanksi ringan, sedang maupun sanksi yang berat seperti pengeluaran dari pesantren. Hal ini tentunya dilakukan setelah dilakukan perjanjian dan pembuatan komitmen dengan wali santri. Semua ini dimaksudkan sebagai bagian dari pengendalian sosial.¹⁷

Sistem pengajaran di pondok pesantren Qothrotul Falah, pada awalnya sangat kental dengan nuansa dan pendekatan salafi. Pengajian kitab kuning dilakukan dengan sistem sorogan (santri membaca kitab di hadapan guru), sistem bondongan (guru membaca kitab di hadapan para santri), dan sistem musyawarah ala pondok pesantren klasik. Namun seiring tuntutan zaman yang kian kompetitif, pihak pengelola pesantren kemudian memasukkan sistem pengajaran bahasa Arab modern, bahasa Inggris, mendirikan pendidikan formal (MTs dan SMA), dan berbagai kegiatan ekstra. Kegiatan ekstra yang diajarkan meliputi: hidup berorganisasi, kepramukaan, PMR (Palang Merah Remaja), paskibra, olah raga, drum band, kesenian marawis, kasidah, komputer, *muḥaḍarah* dan qira'ah al-Qur'an. Para santri dituntut menguasai keilmuan modern, di samping harus menguasai keilmuan salaf.¹⁸ Adat-istiadat tentu juga diadopsi oleh pesantren, seperti diba'an, ngupat pada pertengahan bulan Ramadhan. Pesantren menganggap adat ini sebagai kebiasaan baik yang tetap perlu dilakukan. Pihak pesantren menilai sesuatu sebagai hal yang baik apabila sesuai dengan al-Quran dan Hadis. Hal yang tidak baik adalah yang menyalahi keduanya. Hal ini seringkali ditekankan pihak pesantren dalam berbagai kesempatan, pengajian, kultum, dan lain lain.

¹⁷ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

¹⁸ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

Pesantren ini berada di tanah seluas 21.000m², dengan luas bangunan 15.000 m². Secara fisik, pesantren ini mempunyai beberapa bangunan permanen yang terdiri dari sebuah masjid, sebuah gedung utama/kantor, gedung belajar sekolah/tempat belajar sebanyak 10 bangunan, empat asrama putra dan 14 asrama putri, serta beberapa bangunan yang digunakan sebagai laboratorium IPA, perpustakaan, koperasi dan ruang guru.¹⁹ Guna memenuhi kebutuhan listrik seluruh pondok pesantren Qothrotul Falah, digunakan sumber daya listrik dari PLN dan generator yang digunakan jika listrik PLN padam.²⁰

Sementara interaksi sosial antar santri, anggota pondok dan masyarakat di lingkungan sekitar Pesantren Qothrotul Falah dirasa sangat bagus. Masyarakat sekitar pesantren turut shalat berjamaah di masjid pesantren. Masyarakat juga sering melibatkan santri dalam acara tasyakuran, tahlilan, atau kegiatan lain. Kesenian santri seperti marawis juga biasa tampil pada kegiatan-kegiatan masyarakat sekitar. Begitu pula sebaliknya, pihak pesantren tidak jarang melibatkan masyarakat dalam beberapa program pesantren.

Bicara kemakmuran di pesantren tentu saja tidak mudah dan sangat tergantung pada sumber daya yang ada dan jumlah santri. Pesantren Qothrotul Falah mempunyai unit usaha berupa koperasi dan bengkel. Usaha pesantren dijalankan sepenuhnya untuk kepentingan pesantren dan para guru.²¹ Pemenuhan kebutuhan guru dan pesantren dimaksudkan untuk memperlancar kegiatan belajar mengajar karena pendidikan dan akhlak para santri sepenuhnya menjadi tanggungjawab pesantren. Pesantren memberikan kepercayaan sepenuhnya kepada santri untuk mengakses seluruh informasi yang ada di pesantren. Secara moral pesantren juga bertanggungjawan mengarahkan santri menjadi pribadi yang baik.

¹⁹ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

²⁰ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

²¹ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

Terkait dengan kesehatan santri, Pesantren Qothrotul Falah tidak memiliki poskestren. Namun demikian, pihak pesantren bekerjasama dengan puskesmas kecamatan. Sedangkan fasilitas kesehatan terdekat adalah bidan yang membuka praktik tidak jauh dari lokasi pesantren.²² Terkait informasi tentang kesehatan kepada santri di pesantren, terdapat pegawai kesehatan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak yang mengadakan kegiatan berkala di pesantren. Bahkan terkadang ada ahli gizi dari puskesmas memberikan penyuluhan tentang gizi, kesehatan reproduksi, kesehatan lingkungan dan lain sebagainya.²³

Secara doktrinal, pihak pesantren telah menanamkan ajaran-ajaran Islam tentang pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan.²⁴ Pesantren melakukan kerjabakti untuk menjaga kebersihan dan melakukan cek kesehatan sepekan sekali. Jika terdapat santri yang sakit, sehari dua hari, maka akan ditangani oleh tim kesehatan pesantren atau langsung dibawa ke puskesmas atau bidan, tergantung jenis sakit yang diderita. Santri senantiasa ditekankan untuk menjaga diri dari najis yang ringan, najis sedang dan najis berat. Kebersihan dilakukan dengan penjadualan piket kamar, lingkungan, kapling masjid, kamar mandi, dll. Pesantren juga mendirikan “Gerakan Santri Peduli” yang tugas utamanya adalah membersihkan lingkungan dan penanaman pohon/bunga.

Sementara fasilitas lain guna mendukung proses pembelajaran, Pesantren Qothrotul Falah memiliki beberapa ruang kelas, ruang belajar, kamar tidur, ruang makan, kamar mandi, ruang cuci baju, jemuran, toilet dan lain-lain. Semua ruangan tersebut memiliki ventilasi yang cukup. Namun demikian, tempat cuci tangan belum tersedia sepenuhnya di

²² Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

²³ Pesantren menganggap keberadaan sebuah poskestren dalam sebuah pesantren merupakan sesuatu yang sangat dibutuhkan. Jumlah santri yang banyak memungkinkan terjadinya pola hidup yang kurang sehat. Selain itu juga untuk mempermudah penanganan jika ada santri yang terkena sakit. Lebih jelasnya bisa dilihat dalam kuesioner Pondok Pesantren Qothrotul Falah.

²⁴ Dalam hadis disebutkan bahwa kebersihan adalah sebagian dari iman. Selain itu terdapat hadis yang menerangkan perlunya memanfaatkan masa sehat sebelum datang masa sakit.

sejumlah ruangan yang ada. Tempat cuci tangan hanya tersedia di ruang makan dan asrama guru dan lapangan futsal.²⁵ ²⁶ Pengurus Pesantren Qothrotul Falah menjelaskan bahwa kondisi fisik pondok pesantren mempengaruhi kemampuan santri untuk berperilaku hygiene. Diakui oleh pihak pesantren bahwa masih banyak kekuarangan dalam sarana dan prasarana yang dimiliki pesantren. Bangunan yang ada masih jauh dari standar kesehatan. Namun pesantren berupaya membuat bangunan terbaik sesuai standar yang ditetapkan oleh pemberi dana. Pesantren juga tidak memiliki tenaga kesehatan khusus untuk menangani santri yang sakit.

Terkait pembuangan limbah, Pesantren Qothrotul Falah memiliki sarana pembuangan limbah dengan saluran pembuangan yang terbuka. Pembuangan kotoran dalam septic tank tertutup. Sedangkan pembuangan sampah dilakukan secara terbuka. Sampah yang ada dikelola menjadi kompos dan sebagian lagi dibakar. Adapun jenis bahan bakar/energi utama yang digunakan untuk memasak di Pesantren Qothrotul Falah adalah gas elpiji dan kayu bakar.²⁷

Sementara dalam hal ketersediaan air bersih, sumber air bersih utama Pesantren Qothrotul Falah adalah sumur bor/pompa. Pesantren menyediakan banyak kran air untuk wudhu dan mencuci untuk para santri, sehingga untuk sarasa air bersih dirasa sudah mencukupi. Sumber air tambahan adalah berupa satu kulah dengan ukuran $\pm 20 \times 4$ m². Kulah yang ada terbuat dari tanah yang digunakan untuk menampung air hujan dan dipergunakan untuk mencuci, mandi serta berwudhu. Kulah dipakai bersama-sama oleh santri laki-laki. Kulah akan menampung banyak air pada saat musim hujan dan mengering pada saat musim kemarau. Air kulah berwarna coklat karena bercampur tanah liat.²⁸ Dari segi kebersihan tentu kurang maksimal, karena air kulah biasanya dipakai secara bersama-sama oleh banyak santri. Tidak jarang terdapat santri

²⁵ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

²⁶ Profil Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, 2013.

²⁷ Hasil wawancara dengan pengurus Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, Nopember. 2014.

²⁸ Hasil wawancara dan pengamatan di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, tanggal 2 November 2014.

yang kondisinya tidak sehat secara fisik dan kemudian berpengaruh pada santri lain.

Pesantren menganggap bahwa kesucian air dalam kulah tak perlu diragukan selama airnya melebihi dua kulah.²⁹ Jadi kebersihan dan kesucian dua hal berbeda. Kotor belum tentu tidak suci tapi jelas tidak sehat. Dalam konteks suci badan dan tempat, bukan suci batin, suci berarti tidak ada najis, baik najis ringan, najis sedang maupun najis berat. Sedangkan bersih berarti ketiadaan kotoran yang mengganggu kesehatan dalam diri seseorang, dalam hal ini santri. Kotoran bisa berupa sampah, kotoran hewan, kekumuhan dan sejenisnya. Pelaksanaan ibadah apapun, tanpa kebersihan fisik dan batin, tidak akan diterima. Oleh karenanya, diterimanya ibadah juga tergantung pada kebersihan. Jika ibadah adalah wujud nyata pelaksanaan keimanan, maka sarannya juga menjadi bagian dari keimanan itu sendiri.³⁰

Jumlah air banyak atau sedikit akan berpengaruh pada cara penggunaannya dalam bersuci. Terdapat kelonggaran dalam penggunaan air yang banyak dalam bersuci, selagi karakter air aslinya tidak berubah. Tetapi pada air yang sedikit terdapat beberapa ketentuan yang berlaku. Air banyak seringkali disebut dengan “dua *qullah*”. Pada umumnya, menggunakan ukuran volume benda cair dengan liter, meter kubik atau barrel. Istilah *qullah* adalah ukuran volume air yang digunakan pada masa Rasulullah sewaktu masih hidup. Dalam kitab *fiqh Tuhfatul Thullab* dan *Fathul Qaribul Mujib*, disebutkan bahwa ukuran volume dua *qullah* adalah 500 *rithl* atau liter yang digunakan oleh orang Baghdad.

Para ulama kontemporer mencoba mengukur dua *qullah* dengan besaran yang banyak digunakan sekarang. Dua *qullah* dalam ukuran masa kini kira-kira sejumlah 270 liter. Air sejumlah itu apabila terpercik oleh air bekas wudhu, maka air tersebut akan tetap suci dan mensucikan. Selama air tersebut tidak berubah karakter aslinya (warna, bau serta rasa) karena terkena najis, maka tetap bisa digunakan untuk berwudhu

²⁹ Hasil wawancara dan pengamatan di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, tanggal 2 November 2014.

³⁰ Keterangan ini disampaikan oleh pimpinan Pesantren Qothrotul Falah. Lihat kuesioner penelitian.

lagi. Tetapi apabila air dalam wadah kurang dari 270 liter digunakan untuk berwudhu atau mandi janabah, kemudian kemasukan air yang sudah digunakan untuk berwudhu, maka air itu dianggap *musta'mal* (sudah digunakan). Air tersebut suci secara fisik, tapi tidak bisa digunakan untuk bersuci, walaupun masih bisa digunakan untuk keperluan lain seperti mencuci tangan biasa.

Kondisi air di ember tetap suci mensucikan jika tidak ada air bekas bersuci atau barang najis yang masuk ke dalamnya. Tetapi jika sudah terkena air bekas bersuci atau barang najis, maka status air tersebut menjadi *musta'mal* (air yang sudah terpakai bersuci) atau menjadi *mutanajjis* (air terkena najis). Dikatakan *musta'mal* apabila air dalam ember tersebut terciprat atau terpercik air bekas bersuci, seperti berwudhu. Artinya air dalam ember tersebut tidak bisa lagi digunakan untuk bersuci, seperti untuk mandi janabah, diambil untuk berwudhu atau membersihkan hadas saat buang air besar. Jika air dalam ember terciprat najis, misalnya kemasukan kotoran cicak atau terciprat air kencing kita, maka status air dalam ember tersebut menjadi *mutanajjis*. Air dalam ember tersebut tidak bisa digunakan lagi, baik untuk membersihkan maupun untuk diminum. Hal yang patut diwaspadai adalah air wudhu yang menetes di ember, sementara ember tersebut berukuran kecil yang menampung air kurang dari dua *qullah*, karena air ember menjadi *musta'mal*. Berbeda halnya dengan air yang keluar dari kran. Air kran lebih aman jika kita gunakan untuk berwudhu.

Dengan demikian air dalam fungsinya untuk bersuci dapat dibedakan menjadi dua. *Pertama*, air yang dapat digunakan untuk bersuci, yaitu air *tahhir mu'tahhir* (air suci dan mensucikan). Kategori ini adalah air yang bisa digunakan untuk bermacam-macam fungsi (multifungsi). Air jenis ini bisa digunakan untuk keperluan makan, minum, dapat digunakan untuk menghilangkan najis, dan aktivitas berwudhu serta mandi janabah. Syarat air suci dan mensucikan adalah: (1) Belum pernah dipakai untuk bersuci sebelumnya. Air yang sudah terpakai dan kurang dari dua *qullah* serta telah dipakai untuk berwudhu tidak dapat (sah) digunakan berwudhu lagi. Air tersebut masih dianggap suci, namun tidak mensucikan. (2) Air yang tidak mengalir, terhitung banyak jika memenuhi ukuran minimal dua *qullah*. (3) Air

mutlak, definisi air mutlak di dalam Fiqih Lima Mazhab karya M. Jawad Mughniyah adalah air yang menurut sifat asalnya,. Sebagai contoh adalah air yang turun dari langit atau keluar dari bumi, air hujan, air laut, air sungai, air telaga. Begitu juga air yang masih tetap namanya walaupun berubah karena sesuatu yang sulit dihindari. Sesuatu yang sulit dihindari sehingga tidak merubah kesucian air adalah seperti tanah, debu, atau sebab lain seperti kejatuhan daun. Menurut kesepakatan ulama, air mutlak adalah suci mensucikan.

Kedua, air yang tidak dapat digunakan untuk bersuci. Kategori ini dibedakan menjadi air *musta'mal* dan air *mutanajjis*. Air *musta'mal* adalah air yang telah digunakan untuk keperluan bersuci, baik dalam berwudhu, mandi maupun mencuci najis. Kendati air *musta'mal* adalah suci, namun tidak bisa digunakan untuk bersuci lagi. Air tersebut bisa diistilahkan dengan air *tahhir ghairu mutahhir*. Status air *musta'mal* bisa digunakan untuk minum dan membersihkan benda-benda yang tidak najis. Terkecuali jika jumlah *musta'mal* tersebut lebih dari dua *qullah*, maka air tersebut tetap suci mensucikan selama tak terkena najis yang membuatnya berubah dari salah satu karakter aslinya, seperti bau, rasa maupun warna. Sementara air *mutanajjis* adalah air yang kurang dari dua *qullah* dan terkena najis. Bisa dikatakan air *mutanajjis* pula air yang lebih dari dua *qullah* tapi terkena najis hingga berubah salah satu sifat asli airnya. Air seperti ini sama sekali tidak bisa digunakan, baik untuk dikonsumsi, baik makan maupun minum, dan aktivitas bersuci. Jika air ini digunakan, maka benda apapun yang terkena cipratan atau guyuran airnya menjadi najis pula.³¹

B. Praktik Personal Higiene Santri di Pondok Pesantren Al Hamidiyah

Praktik personal higiene santri merupakan penjelasan secara rinci tentang karakteristik masing-masing responden di pondok pesantren. Praktik personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah akan diuraikan meliputi skor pengetahuan, sikap dan perilaku; deskripsi responden; karakteristik orang tua dan prevalensi penyakit.

³¹ Wahbah Az-Zuhaili, *Fikih Islam: Wa Adillatuhu*. Jilid 1. Edisi Indonesia. Depok: Gema Insani, 2011, hal. 202.

1. Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Distribusi nilai skor rata-rata pengetahuan, sikap dan perilaku di pondok pesantren Al Hamidiyah, seperti yang disajikan pada tabel 3.1.

Tabel 3.1. Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal
Pengetahuan	29,98	30,0	6,2	17-42
Sikap	28,41	29,0	2,7	22-33
Perilaku	19,38	20,0	1,15	15-21

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa nilai mean atau ukuran rata-rata pengetahuan responden di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah 29,98, skor tertinggi 42 dan skor terendah 17. Nilai rata-rata skor pengetahuan didapatkan dari rata-rata jawaban responden atas semua pertanyaan tentang pengetahuan terhadap personal higiene di pondok pesantren, melalui kuesioner yang diberikan, mencakup 13 pertanyaan.³²

Mean/ average adalah ukuran rata-rata yang merupakan hasil dari jumlah semua nilai pengukuran dibagi banyaknya pengukuran. Keuntungan nilai mean adalah mudah menghitungnya dan melibatkan seluruh data dalam perhitungan. Namun kelemahan dari nilai mean adalah sangat dipengaruhi oleh nilai ekstrim, baik ekstrim tinggi maupun rendah. Oleh karena itu pada kelompok data yang mempunyai nilai ekstrim atau distribusi data yang miring, mean tidak dapat mewakili rata-rata kumpulan nilai pengamatan.

Nilai median pengetahuan adalah 30, selanjutnya nilai median merupakan nilai yang dipakai untuk menentukan *cut of point* pengetahuan responden, karena distribusi data mempunyai nilai ekstrim atau tidak normal, artinya nilai pengetahuan dikatakan baik jika mempunyai skor \geq nilai median, dan dikatakan kurang jika $<$ nilai median. Median adalah nilai dimana setengah banyaknya pengamatan

³² Kuesioner penelitian pada lembar pernyataan pengetahuan responden tentang personal higiene.

mempunyai nilai dibawahnya dan setengahnya lagi mempunyai nilai di atasnya. Penghitungan median hanya mempertimbangkan urutan nilai hasil pengukuran, beda besar antar nilai diabaikan, sehingga median tidak dipengaruhi oleh nilai ekstrim.³³ Standar deviasi didapatkan dari perbedaan rentang nilai dari masing-masing responden. Makin besar standar deviasi, maka makin besar rentang nilai antar masing-masing responden dan semakin besar variasi nilai, begitu juga sebaliknya. Nilai minimal dan nilai maksimal merupakan nilai terendah dan nilai tertinggi dari semua responden.

Tabel 3.1 juga memperlihatkan bahwa nilai rata-rata skor sikap santri adalah 28,41, skor terendah 22 dan tertinggi 33. Nilai rata-rata skor sikap didapatkan dari rata-rata jawaban responden atas semua pertanyaan tentang sikap responden terhadap personal hygiene di pondok pesantren, melalui kuesioner yang diberikan, mencakup 11 pertanyaan. Sedangkan nilai median sikap adalah 29, yang selanjutnya merupakan nilai *cut of point* sikap responden terhadap personal hygiene.³⁴

Selanjutnya tabel 3.1 juga memperlihatkan bahwa nilai rata-rata skor perilaku adalah 19,38, skor perilaku paling rendah 15 dan tertinggi 21. Nilai rata-rata skor perilaku didapatkan dari rata-rata jawaban responden atas semua pertanyaan tentang praktik responden terhadap personal hygiene di pondok pesantren, melalui kuesioner yang diberikan, mencakup 17 pertanyaan.³⁵ Sedangkan nilai median perilaku adalah 20, yang selanjutnya merupakan nilai *cut of point* perilaku responden terhadap personal hygiene di pondok pesantren.

2. Deskripsi Responden

Gambaran distribusi responden di pondok pesantren Al Hamidiyah meliputi distribusi responden berdasarkan jenis kelamin;

³³ Sutanto Priyo Hastono, *Analisis Data Kesehatan* (Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007), hal 72

³⁴ Kuesioner penelitian pada lembar pernyataan sikap responden terhadap personal hygiene.

³⁵ Kuesioner penelitian pada lembar pernyataan responden terhadap perilaku personal hygiene.

distribusi umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren, frekuensi sakit; distribusi pengetahuan, sikap, perilaku.

a. Jenis kelamin

Distribusi jenis kelamin responden di pondok pesantren Al Hamidiyah disajikan pada tabel 3.2.

Tabel 3.2. Distribusi Responden berdasarkan Jenis kelamin di Pesantren Al Hamidiyah

Jenis Kelamin	Responden	
	n	%
Perempuan	23	41,1
Laki-laki	33	58,9
Total	56	100

Tabel 3.2 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin tampak bahwa responden perempuan lebih sedikit yaitu 41,1%, sedangkan responden laki-laki lebih banyak yaitu 58,9%.

b. Rata-rata umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren dan frekuensi sakit

Distribusi umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren dan frekuensi sakit responden di pondok pesantren Al Hamidiyah, disajikan pada tabel 3.3.

Tabel 3.3. Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal dan Frekuensi Sakit di pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-maksimal
Umur	15,63	16,0	0,62	15-17
Jumlah teman sekamar	14,14	14,0	2,7	8-18
Lama tinggal di Pesantren	28,66	35,5	16,11	4-48
Frekuensi sakit	1,45	1,00	1,22	0-5

Berdasarkan tabel 3.3 tampak bahwa rata rata umur responden di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah 15,63 tahun. Umur tertua adalah 17 tahun dan termuda 15 tahun, dengan standar deviasi 0,62. Berdasarkan jumlah teman sekamar, rata-rata teman sekamar responden 14,14, teman sekamar paling banyak 18 orang dan paling sedikit 8 orang dengan standar deviasi 2,7. Berdasarkan peraturan dalam keputusan menteri pekerjaan umum no. 306/KPTS/1989 dikatakan bahwa standar ukuran sebuah kamar tidur adalah 3m x 3m dengan penghuni 1-2 orang.^{36 37}

Rata-rata lama responden tinggal di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah 28,66 (29 bulan). Paling lama tinggal di pesantren 48 bulan, dan paling sebentar tinggal di pesantren 4 bulan, dengan standar deviasi 16,11. Frekuensi responden menderita sakit rata-rata 1,45 kali, dengan standar deviasi 1,22. Nilai frekuensi sakit dimulai dari 0 yang artinya tidak pernah sakit, dan tertinggi adalah 5 yang berarti responden pernah mengalami 5 kali sakit selama 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren. Distribusi responden yang sakit adalah sebanyak 75,0% dengan frekuensi terbanyak adalah 1 kali sakit (33,9%), kemudian diikuti oleh 3 kali sakit (19,6%), 2 kali sakit 17,9%, dan selebihnya merata yaitu 4 kali dan 5 kali sakit masing-masing 1,8%. Sedangkan yang tidak pernah sakit sebanyak 25,0%.

c. Distribusi Pengetahuan, sikap dan perilaku

Gambaran pengetahuan, sikap dan perilaku responden di pondok pesantren Al Hamidiyah disajikan pada tabel 3.4.

³⁶ Kementerian Pekerjaan Umum Republik Indonesia. Keputusan Menteri Pekerjaan Umum No 37. Jakarta: 1989.

³⁷ Kementerian Permukiman Republik Indonesia. Keputusan Menteri Permukiman No. 403/Kpts/M/2002 tentang Prasarana Wilayah. Jakarta: 2002.

Tabel 3.4. Distribusi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Kategori	Responden	
		n	%
Pengetahuan	Baik	41	73,2
	Kurang	15	26,8
	Total	56	100
Sikap	Baik	34	60,7
	Kurang	22	39,3
	Total	56	100
Perilaku	Baik	46	82,1
	Kurang	10	17,9
	Total	56	100

Tabel 3.4 menunjukkan bahwa berdasarkan distribusi pengetahuan tampak sebagian besar responden di pondok pesantren Al Hamidiyah mempunyai pengetahuan yang baik yaitu 73,2%, sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang hanya 26,8%. Berdasarkan distribusi sikap tampak bahwa sebagian besar responden di pondok pesantren Al Hamidiyah mempunyai sikap yang baik yaitu 60,7%, dan 39,3% sisanya mempunyai sikap kurang. Menurut distribusi perilaku terlihat bahwa sebagian besar responden di pondok pesantren Al Hamidiyah mempunyai perilaku yang baik yaitu 82,1%, dan hanya 17,9% responden yang mempunyai perilaku kurang terhadap personal hygiene.

3. Karakteristik Orang Tua

Gambaran karakteristik orang tua responden di pondok pesantren Al Hamidiyah meliputi tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga, seperti yang disajikan pada tabel 3.5.

Tabel 3.5. Karakteristik Orang Tua Responden di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Kategori	Responden	
		n	%
Pendidikan Ibu	Tinggi	54	96,4
	Rendah	2	3,6
	Total	56	100
Pendidikan Ayah	Tinggi	54	96,4
	Rendah	2	3,6
	Total	56	100
Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	31	55,4
	Bekerja	25	44,6
	Total	56	100
Pekerjaan Ayah	Bekerja	43	76,8
	Tidak Bekerja	13	23,2
	Total	56	100
Pendapatan Keluarga	Tinggi	53	94,6
	Rendah	3	5,4
	Total	56	100

Pada tabel 3.5 terlihat bahwa berdasarkan pendidikan ibu maka sebagian besar ibu responden mempunyai pendidikan tinggi yaitu 96,4%, dan hanya 3,6% yang mempunyai pendidikan rendah. Begitu juga dengan distribusi pendidikan ayah menunjukkan bahwa sebagian besar ayah responden berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 96,4% dan hanya 3,6% yang berpendidikan rendah. Distribusi karakteristik orang tua berdasarkan pekerjaan ibu menunjukkan bahwa ibu tidak bekerja lebih banyak yaitu 55,4%, sedangkan 44,6% bekerja. Ibu dikategorikan bekerja jika ibu meninggalkan rumah setiap hari untuk bekerja di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan, dan dikatakan tidak bekerja jika ibu hanya ibu rumah tangga yang tidak ada kegiatan rutin yang menghasilkan uang di luar rumah. Ibu tidak bekerja dikategorikan tidak beresiko terhadap perilaku personal hygiene responden karena mempunyai kesempatan mendidik anak.

Pada tabel 3.5 juga terlihat bahwa berdasarkan distribusi pekerjaan ayah menunjukkan sebagian besar ayah responden bekerja yaitu 76,8% dan hanya sebagian kecil yang tidak bekerja yaitu 23,2%.

Distribusi pendapatan keluarga menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai keluarga berpendapatan tinggi yaitu 94,6% dan hanya sebagian kecil keluarga responden yang berpendapatan rendah yaitu 5,4%.

4. Prevalensi Penyakit

Gambaran prevalensi penyakit di pondok pesantren Al Hamidiyah meliputi prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, demam, prevalensi penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu), dan pelayanan kesehatan. Prevalensi penyakit adalah angka kejadian kesakitan yang pernah dialami responden atau santri dalam 6 bulan terakhir selama tinggal di pondok. Prevalensi penyakit di pondok pesantren Al Hamidiyah disajikan pada tabel 3.6.

Tabel 3.6. Prevalensi Penyakit di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Kategori	Responden	
		n	%
Gatal-gatal	Tidak	42	75,0
	Ya	14	25,0
	Total	56	100
Skabies	Tidak	36	64,3
	Ya	20	35,7
	Total	56	100
Batuk Pilek	Tidak	28	50,0
	Ya	28	50,0
	Total	56	100
Diare	Tidak	47	83,9
	Ya	9	16,2
	Total	56	100
Demam	Tidak	38	67,9
	Ya	18	32,1
	Total	56	100
Prevalensi Penyakit lain	Tidak	33	58,9
	Ya	23	41,1
	Total	56	100
Pelayanan Kesehatan	Ya	32	57,1
	Tidak	24	42,9
	Total	56	100

Pada tabel 3.6 tampak bahwa berdasarkan kejadian gatal-gatal maka responden di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak yang tidak mengalami gatal-gatal yaitu 75,0% dan hanya 25,0% yang mengalami gatal-gatal. Distribusi status penyakit berdasarkan kejadian skabies tampak bahwa lebih banyak responden yang tidak mengalami skabies yaitu 64,3%, dan 35,7% yang mengalami skabies. Distribusi status penyakit berdasarkan kejadian batuk pilek tampak sama yaitu responden yang mengalami batuk pilek sebanyak 50,0% dan yang tidak mengalami batuk pilek 50,0%. Distribusi kejadian diare menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mengalami diare yaitu 83,9% dan hanya 16,2% yang mengalami diare. Distribusi status penyakit berdasarkan kejadian demam maka tampak bahwa responden di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak yang tidak mengalami demam yaitu 67,9%, dan hanya 32,1% yang mengalami demam.

Pada tabel 3.6 juga memperlihatkan bahwa berdasarkan distribusi kejadian penyakit lain, tampak lebih banyak responden yang tidak mengalami yaitu 58,9% dibandingkan 41,1% responden yang mengalami.

Untuk distribusi responden yang pergi berobat ke pelayanan kesehatan pada saat mengalami sakit, tabel 3.6 memperlihatkan bahwa jumlah responden yang memanfaatkan layanan kesehatan lebih banyak yaitu 57,1%, sedangkan yang tidak sebanyak 42,9%. Urutan fasilitas kesehatan yang didatangi responden untuk berobat pada saat sakit adalah puskesmas sebanyak 96,4%, dokter praktik sebanyak 89,3%, poskestren 75,0%, dan Rumah Sakit sebanyak 58,9%. Responden dikatakan berobat jika pergi ke pelayanan kesehatan yaitu Poskestren, Rumah sakit umum, Rumah sakit swasta, Puskesmas/ pustu, Klinik/ balai kesehatan, Dokter praktik, Perawat praktik atau Bidan praktik, dan dikatakan tidak berobat jika responden tidak pergi berobat atau berobat ke dukun dan atau pergi berobat ke orang pintar.

C. **Praktik Personal Higiene Santri di Pondok Pesantren Qothrotul Falah**

Seperti halnya di pondok pesantren Al Hamidiyah, praktik personal higiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah juga diuraikan meliputi skor pengetahuan, sikap dan perilaku; deskripsi sampel; karakteristik orang tua dan prevalensi penyakit.

1. **Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku**

Distribusi nilai skor rata-rata pengetahuan, sikap dan perilaku di pondok pesantren Qothrotul Falah, disajikan pada tabel 3.7.

Tabel 3.7. Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal
Pengetahuan	26,92	29,0	7,08	14-40
Sikap	28,53	29,0	2,09	23-32
Perilaku	18,56	19,0	1,7	14-22

Pada tabel 3.1 tampak bahwa nilai rata-rata skor pengetahuan responden di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah 26,92. Skor pengetahuan tertinggi 40 dan skor terendah 14, dengan standar deviasi 7,08. Berdasarkan nilai rata-rata skor sikap responden adalah 28,53. Skor sikap paling tinggi adalah 32 dan skor paling rendah 23, dengan standar deviasi 2,09. Berdasarkan nilai rata-rata skor perilaku responden adalah 18,56. Skor perilaku paling tinggi yaitu 22, dan paling rendah 14, dengan standar deviasi 1,7.

2. **Deskripsi Responden**

Gambaran distribusi responden di pondok pesantren Qothrotul Falah meliputi distribusi jenis kelamin; distribusi umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren, frekuensi sakit; distribusi pengetahuan, sikap, perilaku.

a. Jenis kelamin

Distribusi jenis kelamin responden di pondok pesantren Qothrotul Falah, disajikan pada tabel 3.8.

Tabel 3.8. Distribusi Responden
Berdasarkan Jenis Kelamin di Pesantren Qothrotul Falah

Jenis Kelamin	Responden	
	n	%
Perempuan	22	53,7
Laki-laki	19	46,3
Total	41	100

Pada tabel 3.8 tampak bahwa berdasarkan jenis kelamin distribusi jumlah responden perempuan di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak yaitu 53,7% dan laki-laki 46,3%.

b. Rata-rata umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren dan frekuensi sakit

Distribusi umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren dan frekuensi sakit responden di pondok pesantren Qothrotul Falah, disajikan pada tabel 3.9.

Tabel 3.9. Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar,
Lama Tinggal dan Frekuensi Sakit di pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal- maksimal
Umur	13,66	13,0	1,67	11-16
Jumlah teman sekamar	22,68	23,0	3,14	18-30
Lama tinggal di Pesantren	3,73	4,0	0,5	3-5
Frekuensi sakit	0,8	1,0	0,71	0-3

Pada tabel 3.9 tampak bahwa berdasarkan umur responden di pondok pesantren Qothrotul Falah rata-rata 13,66 tahun, umur

tertua adalah 16 tahun dan umur termuda 11 tahun, dengan standar deviasi 1,67. Berdasarkan jumlah teman sekamar responden rata-rata berjumlah 22,68 (23) orang. Teman sekamar paling banyak adalah 30 orang dan paling sedikit 18 orang, dengan standar deviasi 3,14. Berdasarkan lama responden tinggal di pesantren rata-rata adalah 3,73 bulan, tinggal di pesantren paling lama 5 bulan dan paling sebentar 3 bulan, dengan standar deviasi 0,5. Berdasarkan frekuensi responden menderita sakit rata-rata 0,8 (1) kali. Frekuensi sakit responden mulai dari 0 yang artinya tidak pernah sakit dan tertinggi 3 kali mengalami sakit selama 6 bulan terakhir, dengan standar deviasi 0,71.

c. Distribusi Pengetahuan, Sikap, Perilaku

Gambaran tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku responden di pondok pesantren Al Hamidiyah, disajikan pada tabel 3.10.

Tabel 3.10. Distribusi Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Responden di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Kategori	Responden	
		n	%
Pengetahuan	Baik	25	61,0
	Kurang	16	39,0
	Total	41	100
Sikap	Baik	28	68,3
	Kurang	13	31,7
	Total	41	100
Perilaku	Baik	24	58,5
	Kurang	17	41,5
	Total	41	100

Pada tabel 3.10 tampak bahwa deskripsi responden berdasarkan pengetahuan maka sebagian besar responden mempunyai pengetahuan baik yaitu 61,0%, sedangkan 39,0% mempunyai pengetahuan kurang. Deskripsi responden berdasarkan sikap

menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap baik yaitu 68,3%, sedangkan 31,7% mempunyai sikap kurang. Deskripsi responden berdasarkan perilaku menunjukkan bahwa lebih banyak responden yang mempunyai perilaku baik yaitu 58,5%, sedangkan 41,5% mempunyai perilaku kurang.

3. Karakteristik Orang Tua

Gambaran karakteristik orang tua responden di pondok pesantren Qothrotul Falah meliputi tingkat pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga, yang disajikan pada tabel 3.11.

Tabel 3.11. Karakteristik Orang Tua Responden di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Kategori	Responden	
		Jumlah	%
Pendidikan Ibu	Tinggi	16	39,0
	Rendah	25	61,0
	Total	41	100
Pendidikan Ayah	Tinggi	18	43,9
	Rendah	23	56,1
	Total	41	100
Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	28	68,3
	Bekerja	13	31,7
	Total	41	100
Pekerjaan Ayah	Bekerja	24	58,5
	Tidak Bekerja	17	41,5
	Total	41	100
Pendapatan Keluarga	Tinggi	14	34,1
	Rendah	27	65,9
	Total	41	100

Pada tabel 3.11 terlihat bahwa karakteristik orang tua berdasarkan pendidikan ibu maka sebagian besar ibu responden mempunyai pendidikan rendah yaitu 61,0%, dan 39,0% ibu mempunyai pendidikan tinggi. Distribusi karakteristik orang tua berdasarkan berpendidikan ayah, maka lebih banyak ayah yang mempunyai

pendidikan rendah yaitu 56,1% dibandingkan dengan yang mempunyai berpendidikan tinggi sebesar 43,9%. Distribusi karakteristik orang tua berdasarkan pekerjaan ibu sebagian besar responden mempunyai ibu yang tidak bekerja yaitu 68,3%, sedangkan ibu bekerja hanya sebesar 31,7%. Distribusi karakteristik orang tua berdasarkan pekerjaan ayah, lebih banyak ayah yang bekerja yaitu 58,5% dibandingkan dengan ayah yang tidak bekerja sebesar 41,5%. Distribusi karakteristik orang tua berdasarkan pendapatan keluarga bahwa lebih banyak keluarga yang mempunyai pendapatan rendah yaitu 65,9%, sedangkan responden dengan keluarga berpendapatan tinggi sebesar 34,1%.

4. Prevalensi Penyakit

Gambaran prevalensi penyakit di pondok pesantren Qothrotul Falah meliputi prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, demam, prevalensi penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu), dan pelayanan kesehatan. Deskripsi angka kejadian kesakitan yang pernah dialami santri dalam 6 bulan terakhir selama tinggal di pondok pesantren Qothrotul Falah disajikan pada tabel 3.12.

Tabel 3.12. Prevalensi Penyakit di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Kategori	Responden	
		n	%
Gatal-gatal	Tidak	22	53,7
	Ya	19	46,3
	Total	41	100
Skabies	Tidak	20	48,8
	Ya	21	51,2
	Total	41	100
Batuk Pilek	Tidak	22	53,7
	Ya	19	46,3
	Total	41	100
Diare	Tidak	21	51,2
	Ya	20	48,8
	Total	41	100
Demam	Tidak	36	87,8
	Ya	5	12,2
	Total	41	100
Prevalensi Penyakit lain	Tidak	31	75,6
	Ya	10	24,4
	Total	41	100
Pelayanan Kesehatan	Tidak	22	53,7
	Ya	19	46,3
	Total	41	100

Pada tabel 3.12 tampak bahwa berdasarkan kejadian gatal-gatal maka responden di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak yang tidak mengalami gatal-gatal yaitu 53,7%, dan yang mengalami gatal-gatal sebesar 46,3%. Distribusi status penyakit berdasarkan kejadian skabies tampak bahwa responden di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak mengalami skabies yaitu 51,2%, dan 48,8% tidak mengalami skabies. Distribusi berdasarkan kejadian batuk pilek pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak yang tidak mengalami yaitu 53,7%, dan 46,3% yang mengalami batuk pilek. Distribusi kejadian diare pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak yang tidak mengalami diare yaitu 51,2%, sedangkan yang mengalami diare 48,8%. Distribusi kejadian demam pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah sebagian besar

responden tidak mengalami demam yaitu 87,8%, dan yang mengalami demam hanya 12,2%. Distribusi kejadian penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu), sebagian besar responden tidak mengalami yaitu 75,6%, dan yang mengalami kejadian penyakit lain ada 24,4%. Tabel 3.12 juga memperlihatkan bahwa distribusi responden yang berobat ke pelayanan kesehatan pada saat sakit lebih besar yaitu 53,7%. Sedangkan yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan ada 46,3%. Adapun urutan tempat pelayanan kesehatan yang didatangi responden untuk berobat adalah dokter praktik sebanyak 97,0%, Poskestren sebanyak 90,2%, Rumah sakit sebanyak 87,8%, dan Puskesmas sebanyak 68,3%.

Bab IV

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Personal Higiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah

Seperti telah dikemukakan bahwa perilaku personal hygiene adalah suatu pemahaman, sikap dan praktik yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri, meningkatkan rasa percaya diri, menciptakan keindahan dan mencegah timbulnya penyakit.¹ Secara komprehensif kebersihan diri dimaksudkan adalah meningkatkan dan memelihara kebersihan badan, kesehatan mulut, rambut, genitalia, dan kuku, mandi serta perawatan kulit.²

Perilaku personal hygiene santri pada studi ini merupakan variabel dependen yang menentukan nilai praktik kebersihan diri santri sehari-hari di pondok pesantren, kemudian dihubungkan dengan semua variabel independen yang diteliti untuk melihat keterkaitan hubungan kedua variabel tersebut. Nilai perilaku personal hygiene santri meliputi nilai praktik keseharian santri terhadap mandi, mencuci tangan, menggosok gigi, mencuci rambut, istinja', menggunting kuku, mengganti pakaian, menggunakan handuk, dan berwudhu. Sehingga nilai perilaku merupakan nilai gabungan semua praktik kebersihan diri santri sehari-hari di pondok pesantren, baik kesehatan secara umum dan dalam perspektif Islam.

Lawrence Green tahun 1980 mengembangkan Teori *Precede*, untuk menganalisa perilaku manusia dari segi kesehatan. Bahwa kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu *behavior causes* dan *non behavior causes*. *Precede* merupakan

¹ Patricia A. Potter & Anne Griffin Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition, ISBN: 978-0-323-06784-3, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, 2009, p, 849-853.

² Lindsay Dingwall, *Personal Hygiene Care*, 1st Edition, ISBN 978-1-4051-6307-1, John Wiley & Sons Ltd., pub, United Kingdom., 2010, p, 2.pdf.

arahan dalam fase diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan atau promosi kesehatan.³ (1) *Predisposing factors*, yaitu faktor-faktor yang mendasari terjadinya perilaku, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, budaya serta karakteristik individu. (2) *Enabling factors*, yaitu faktor-faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku yang berwujud lingkungan fisik, seperti: ketersediaan fasilitas-fasilitas dan sarana-sarana kesehatan. (3) *Reinforcing factors*, yaitu faktor-faktor yang memperkuat terjadinya perilaku, yang terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku yang mendukung, seperti dukungan dari keluarga, teman, petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Secara sederhana model *precede* Green adalah *behavior* merupakan gabungan fungsi *predisposing factors*, *enabling factors* dan *reinforcing factors*. Komponen kedua disebut *Proceed for policy, regulatory and organizational constucts in educational and environmental development*, dibuat dengan strategi implementasi berbagai tindakan dasar, yang dipelajari dari pengkajian pase awal.⁴

Dengan menggunakan desain *cross-sectional*, maka interpretasi setiap tabel distribusi hubungan yang ditampilkan adalah persentase baris. Dan hasil uji hubungan pada setiap angka yang terdapat nilai sel kurang dari lima atau tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang digunakan adalah *fisher's exact test*.⁵ Pada uji kenormalan, didapatkan bahwa distribusi data tidak normal, sehingga prosedur uji yang digunakan adalah dengan pendekatan uji statistik non parametrik.⁶ Prosedur non parametrik mempunyai kelebihan bisa digunakan pada data dengan distribusi normal ataupun tidak normal, pada data nominal,

³ Laurence W. Green, alih bahasa Zullazmi Mamdy, *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Depdikbud RI, 1990.

⁴ Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter. *Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach*. 2 ed. London: Mayfield Publishing Company, 2000 page 9.

⁵ Sopiyyudin Dahlan, *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2012, hal 130.

⁶ Sutanto Priyo Hastono, *Analisis Data Kesehatan* (Jakarta: FKM Universitas Indonesia, 2007), hal 92.

ordinal, interval maupun rasio.⁷ Selanjutnya untuk mengetahui besar atau kekuatan hubungan dua variabel pada penelitian ini adalah dengan menginterpretasikan nilai *odds ratio* (OR). *Odds* adalah istilah yang menunjukkan rasio antara dua nilai variabel dikotomi.⁸

Selanjutnya untuk melihat peran dan kontribusi faktor-faktor risiko terhadap perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah dibahas secara mendalam tentang: Faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor dominan terhadap perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah dan faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor dominan terhadap perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah.

A. Faktor-faktor yang Berpengaruh dan Faktor Dominan terhadap Perilaku Personal Hygiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah

Faktor-faktor yang mempengaruhi dan faktor dominan terhadap perilaku personal hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah diuraikan menjadi dua bagian meliputi: Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku hygiene di pesantren Al Hamidiyah dan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku hygiene di pesantren Al Hamidiyah.

1. Faktor yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Personal Hygiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku selanjutnya dibahas meliputi: *predisposing factors*, *enabling factor*, *reinforcing factors* dan *environment factors*.

a. *Predisposing factors*

Predisposing factors atau faktor-faktor yang mendasari terjadinya perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah adalah faktor jenis kelamin, pengetahuan dan sikap.

⁷ Singgih Santoso, *Statistik Nonparametrik : Konsep Dan Aplikasi Dengan Spss* (Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2010).

⁸ Bisma Murti, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997, hal 184.

1) Jenis kelamin

Hasil analisis bivariat hubungan antara jenis kelamin responden terhadap perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Jenis Kelamin							
Perempuan	17	73,9	6	26,1	0,39	0,09- 1,58	0,29
Laki-laki	29	87,9	4	12,1			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji statistik diperoleh *p value* atau nilai $p=0,29$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, nilai $OR=0,39$. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin perempuan dengan laki-laki dalam praktik kebersihan diri di pondok pesantren Al Hamidiyah atau tidak terbukti secara statistik bahwa jenis kelamin perempuan lebih baik dalam berperilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah.

Secara konseptual, berdasarkan studi kepustakaan dan hasil-hasil penelitian-penelitian sebelumnya menemukan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih berisiko tidak hygiene dibandingkan perempuan. Pada penelitian ini juga, uji hubungan dilakukan dengan variabel jenis kelamin perempuan diberi koding berperilaku baik atau sebagai referensi/ pembanding, artinya membandingkan laki-laki terhadap perempuan dan jenis kelamin laki-laki dianggap berisiko untuk berperilaku tidak hygiene. Namun pada tabel 4.1 tampak kecenderungan bahwa perilaku personal hygiene santri laki-laki lebih baik (87,9%) dibandingkan dengan santri perempuan (73,9%).

Hasil yang ditemukan pada penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di negara Timur Tengah yaitu negara Palestina pada tahun 2014, oleh Mohamed Rusli A, Farid AW Ghrayeb, Mohd Ismail I, Nahed F Ghrayeb, Ayesha Al Rifai, menemukan bahwa 5,32% perempuan dan 10,74% laki-laki tidak pernah mencuci tangan setelah menggunakan toilet.⁹ Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Bevin Cohen Benjamin A Miko, Laurie Conway, Allan Gilman, Samuel L Seward, Elaine Larson di New York City pada tahun 2011, didapatkan hasil bahwa perempuan yang mencuci tangan setelah menggunakan toilet lebih banyak yaitu 87,10% dibandingkan laki-laki yang hanya 65,30%.¹⁰ Dalam jurnal hasil penelitian yang dilakukan oleh Carmem Lucia Pessoa-Silva, yang berjudul *attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates* dikatakan bahwa perilaku *hand hygiene* yang merupakan bagian dari personal hygiene dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya gender.¹¹ Tetapi hasil penelitian ini memperlihatkan hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Eli Marlina 2011, bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku personal hygiene dengan *p value* 0,75.¹² Temuan ini juga sejalan dengan

⁹ Mohamed Rusli A, Farid AW Ghrayeb, Mohd Ismail I, Nahed F Ghrayeb, Ayesha Al Rifai, "Hygiene Behavior and Hygiene-Related Facilities among Aschool Adolescents in Palestine," *International Medical Journal* 21, (2014).

¹⁰ Bevin Cohen Benjamin A Miko, Laurie Conway, Allan Gilman, Samuel L Seward, Elaine Larson, "Determinants of Personal and Household Hygiene among College Students in New York City 2011," *American Journal of Infection Control* 40, (2012).

¹¹ Klara Posfay Barbe Carmem Lucia Pessoa Silva, Riccardo Pfister, Sylvie Touveneau, Thomas V Perneger, Didier Pittet, "Attitudes and Perceptions toward Hand Hygiene among Healthcare Workers Caring for Critically Ill Neonates," *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 26, (2005), hal 1

¹² Eli Marlina Hutagaol, *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan Dan Sikap Dengan Kebersihan Diri Penghuni Panti Unit Pelaksana Teknis Daerah Abdi Darma Asih Di Kecamatan Binjai Utara Kota Binjai Tahun 2010* (Medan: USU, 2010), hal 3

hasil penelitian tentang hubungan antara jenis kelamin dengan prevalensi skabies. Hasil penelitian Baur (2013) di India¹³, dan juga Chosidow (2006) di Inggris¹⁴, menunjukkan bahwa wanita cenderung memiliki prevalensi skabies yang lebih tinggi sebesar 56% dibandingkan laki-laki. Menurut kedua penelitian ini, wanita memiliki tingkat prevalensi skabies yang lebih tinggi diduga disebabkan beberapa faktor seperti sikap dan perilaku wanita yang lebih senang berada dalam ruangan dengan kontak satu sama lain yang lebih dekat sehingga lebih rentan terhadap infeksi skabies.

Hasil penelitian ini salah satunya kemungkinan adalah dipengaruhi oleh jumlah responden perempuan yang lebih sedikit dari jumlah responden laki-laki. Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-1, atas nama F., di pesantren Al Hamidiyah, *“murid disini lebih banyak anak cowoknya”*.¹⁵

Dalam Islam, kitab mandi mencakup 28 bab,¹⁶ dan setiap muslim wajib menjaga kebersihan baik laki-laki maupun perempuan tanpa pengecualian. Allah Swt berfirman dalam surah al-Maa'idah:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلَاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ
وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى
الكَعْبَيْنِ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا

¹³ Baur B., Sarkar J., Manna N., Bandyopadhyay L. *The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India*. Journal of Dental and Medical Sciences 3. 2013 1-6.

¹⁴ Olivier Chosidow, *Scabies*. The New England journal of Medicine. 2006, page 35,1-16.

¹⁵ Hasil wawancara dengan Responden laki-laki ke-1 atas nama Faris M., di Pondok Pesantren Al Hamidiyah Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015

¹⁶ Muhammad Nashiruddin Al-Albani, *Ringkasan Shahih Bukhari, tentang: Kitab Mandi*, Gema Insani Press, dalam: hadith.al-islam.com : Sofyan Efendi, hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis, email: sofyanmadinah.cc, opi.110mb.com. 2007

*“Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu hendak mengerjakan salat, maka basuhlah mukamu dan tanganmu sampai dengan siku, dan sapulah kepalamu dan (basuh) kakimu sampai dengan kedua mata kaki, dan jika kamu junub maka mandilah”.*¹⁷

Hadis-hadis tentang wajib menjaga kebersihan, dalam kumpulan hadis kebersihan¹⁸, antara lain: *pertama*, Abdullah bin Umar Ra berkata, bahwa Rasulullah Saw bersabda:

إِذَا جَاءَ أَحَدُكُمْ الْجُمُعَةَ فَلْيَغْتَسِلْ

“Jika salah seorang di antara kalian mendatangi shalat jumat maka hendaknya dia mandi.” (HR. Bukhari dan Muslim).¹⁹

Kedua, hadis yang diriwayatkan oleh Sahabat Salman Al-Farisi bahwa Nabi bersabda:

لَا يَغْتَسِلُ رَجُلٌ يَوْمَ الْجُمُعَةِ وَيَتَطَهَّرُ مَا اسْتَطَاعَ مِنْ طَهْرٍ
وَيَدَّهِنُ مِنْ دُهْنِهِ أَوْ يَمَسُّ مِنْ طِيبٍ بَيْنَهُ ثُمَّ يَخْرُجُ فَلَا يَفْرُقُ
بَيْنَ اثْنَيْنِ ثُمَّ يُصَلِّي مَا كُتِبَ لَهُ ثُمَّ يُنْصِتُ إِذَا تَكَلَّمَ الْإِمَامُ إِلَّا
عُفِرَ لَهُ مَا بَيْنَهُ وَبَيْنَ الْجُمُعَةِ الْأُخْرَى

“Tidaklah seorang laki-laki mandi pada hari jumat lalu berwudhu semaksimal mungkin, memakai minyak (pada rambutnya), dan memakai wewangian di rumahnya, lalu dia keluar rumah menuju masjid, dan dia tidak memisahkan antara dua orang (dari tempat duduk keduanya), kemudian dia mengerjakan shalat yang telah ditetapkan baginya dan dia diam ketika imam berkhotbah. Tidaklah dia mengerjakan semua itu kecuali akan diampuni dosa-dosanya yang ada antara jumat itu dengan jumat depannya.” (HR. Bukhari).²⁰

¹⁷ QS. al-Maa'idah: 6).

¹⁸ Muhammad Faiz Almath, *1100 hadis Terpilih (Sinar Ajaran Muhammad)*, tentang: *Kebersihan*, Gema Insani Press, dalam: Sofyan Efendi, *hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis*, email: sofyanmadinah.cc, <http://opi.110mb.com>. 2007.

¹⁹ HR. Al-Bukhari no. 877 dan Muslim no. 844.

²⁰ HR. Al-Bukhari no. 883.

Ketiga, Ibnu Umar Ra dalam sebuah hadis meriwayatkan:

عَنْ ابْنِ عُمَرَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمَا أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ: طَهَّرُوا هَذِهِ الْأَجْسَادَ طَهَّرَكُمُ اللَّهُ فَإِنَّهُ لَيْسَ عَبْدٌ يَبِيْتُ طَاهِرًا إِلَّا بَاتَ مَعَهُ مَلَكٌ فِي شِعَارِهِ لَا يَقْلِبُ سَاعَةً مِنَ اللَّيْلِ إِلَّا قَالَ: اللَّهُمَّ اغْفِرْ لِعَبْدِكَ فَإِنَّهُ بَاتَ طَاهِرًا.

“Abdullah bin Umar radhiyallahu ‘anhuma berkata: “Bahwa Rasulullah shallallahu ‘alaihi wasallam bersabda: “Bersihkanlah jasad-jasad ini semoga Allah membersihkan kalian, karena sesungguhnya tidaklah seorang hamba bermalam suatu malam dalam keadaan suci melainkan seorang malaikat akan bermalam bersamanya di dalam selimutnya, tidaklah dia bergerak pada suatu waktu dari malam melainkan malaikat itu berdoa: “Wahai Allah, ampunilah untuk hamba-Mu sesungguhnya dia tidur malam dalam keadaan suci.” (HR. Thabrani).²¹

Mencuci tangan sangat dianjurkan setelah melakukan kegiatan yang memungkinkan tangan kita tercemar/ kotor seperti buang air besar dan buang air kecil.²² Dalam Islam membasuh tangan minimal lima kali dalam sehari sudah dilakukan pada saat berwudhu. hadis-hadis tentang mencuci tangan, yang sangat dianjurkan dalam Islam sebagai salah satu cara menjaga kebersihan²³. Disebutkan dalam hadis riwayat Imam Muslim:

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ أَنَّ النَّبِيَّ -صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ- قَالَ « إِذَا اسْتَيْقِظَ أَحَدُكُمْ مِنْ نَوْمِهِ فَلَا يَغْمِسُ يَدَهُ فِي الْإِنَاءِ حَتَّى يَغْسِلَهَا ثَلَاثًا فَإِنَّهُ لَا يَدْرِي أَيْنَ بَاتَتْ يَدُهُ. »

²¹ HR. Ath Thabrani dan dihasankan oleh Al Albani di dalam kita shahih Al Jami', no. 3936.

²² TSSM Provinsi Jawa Timur, "Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stbm) : Islam Itu Bersih, Islam Itu Sehat, Islam Tidak Merusak Lingkungan," (Surabaya: Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2013), hal 6

²³ Muhammad Faiz Almath, *1100 hadis Terpilih (Sinar Ajaran Muhammad), tentang: Kebersihan*, Gema Insani Press, dalam: Sofyan Efendi, hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis, email: sofyanmadinah.cc, <http://opi.110mb.com>. 2007

“*Abu Hurairah meriwayatkan bahwa Nabi Muhammad bersabda: “Jika salah seorang dari kalian bangun dari tidurnya maka janganlah dia mencelupkan tangannya ke bejana sampai dia membasuhnya tiga kali, karena sesungguhnya dia tidak mengetahui dimanakah tangannya bermalam.” (HR. Muslim).*”

Bersiwak/ menggosok gigi termasuk dalam upaya meningkatkan kebersihan diri. Kebiasaan *dalam* menggosok gigi sudah ada sejak Nabi Muhammad Saw dan para sahabat. hadis tentang anjuran menggosok gigi adalah²⁴, antara lain:

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ - رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ - أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ - صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ - قَالَ «لَوْلَا أَنْ أَشْتَقَّ عَلَى أُمَّتِي لِأَمْرِهِمْ كُلِّ صَلَاةٍ بَوْضُوءٍ وَمَعَ كُلِّ وَضُوءٍ بِسُوءِ الْبَسْوَاكِ»

“*Abu Hurairah meriwayatkan bahwa Rasulullah shallallahu ‘alaihi wasallam bersabda: “Jika aku tidak memberatkan atas umatku maka aku akan perintahkan mereka untuk bersiwak setiap kali akan shalat dengan wudhu dan setiap kali wudhu.” (HR Ahmad).*”²⁵

Imam Ahmad meriwayatkan:

عَنْ عَائِشَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهَا قَالَتْ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ - صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ - «السُّوَاكُ مَطْهَرَةٌ لِلْفَمِ مَرْضَاءٌ لِلرَّبِّ.»

“*Aisyah berkata, Rasulullah bersabda: “Siwak dapat membesihkan mulut dan mendatangkan keridhaan untuk Rabb.” (HR. Ahmad).*”²⁶

Imam Bukhari meriwayatkan hadis dari Huzaiifah:

عَنْ حُذَيْفَةَ بْنِ الْيَمَانَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ : كَانَ رَسُولُ اللَّهِ إِذَا قَامَ مِنَ اللَّيْلِ يَشْتَوِسُ فَأَهَّ بِالسُّوَاكِ

²⁴ Abu Muawiah, "Keutamaan Menyikat Gigi," in *Al Atsariyah.com: Meniti Jejak As Salaf Ash Shalih* (2010), hal 3-6

²⁵ HR. Ahmad dan dishahihkan oleh al-Albani di dalam kitab *Shahih al-Jami'*, no. 200.

²⁶ HR. Ahmad dan dishahihkan oleh al-Albani di dalam kitab *Shahih al-Jami'*, 3695.

Dari Hudzaifah Ibnul Yaman Ra, dia berkata: “Adalah Rasulullah jika bangun dari malam dia mencuci dan menggosok mulutnya dengan siwak”. (HR. Bukhori).

Imam Muslim meriwayatkan sebuah hadis:

رَوَى شَرِيحُ بْنُ هَانِيٍّ قَالَ : سَأَلْتُ عَائِشَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهَا
بِأَيِّ شَيْءٍ يَبْدَأُ النَّبِيُّ إِذَا دَخَلَ بَيْتَهُ ؟ قَالَتْ : بِالسَّوَاكِ , رَوَاهُ
مُسْلِمٌ

Telah meriwayatkan Syuraih bin Hani, beliau berkata :”Aku bertanya kepada ‘Aisyah : “Apa yang dilakukan pertama kali oleh Rasulullah jika dia memasuki rumahnya?” Beliau menjawab: “Bersiwak”. (HR. Muslim).

Membersihkan kemaluan atau istinja’ setelah buang air kecil maupun buang air besar, termasuk dalam menjaga kebersihan diri. Istinja’ adalah istilah dalam Islam yang artinya membersihkan sesuatu dari tempat keluarnya dengan batu atau air. Beberapa hadis yang menjelaskan tentang istinja’, diantaranya adalah²⁷: Imam Bukhari dan Muslim meriwayatkan:

عَنْ أَنَسِ بْنِ مَالِكٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ: كَانَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى
اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَدْخُلُ الْخَلَاءَ فَأَحْمِلُ أَنَا وَغُلَامٌ نَحْوِي إِدَاوَةً
مِنْ مَاءٍ وَعَنْزَةٌ فَيَسْتَنْجِي بِالْمَاءِ , مُتَّفَقٌ عَلَيْهِ

Dari Anas Radliyallaahu 'anhu berkata: Pernah Rasulullah Shallallaahu 'alaihi wa Sallam masuk ke kakus lalu aku dan seorang pemuda yang sebaya denganku membawakan bejana berisi air dan sebatang tongkat kemudian beliau bersuci dengan air tersebut. (HR. Bukhari Muslim).

Memotong kuku merupakan salah satu adab dalam Islam. Dalam sebuah hadis diriwayatkan:

²⁷ Muhammad Nashiruddin Al-Albani, *Ringkasan Shahih Bukhari, tentang: Kitab Wudhu, Penjelasan bab 20 beristinja dengan batu*, Gemma Insani Press, dalam: hadith.al-islam.com.: Sofyan Efendi, *hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis*, email: sofyanmadinah.cc, opi.110mb.com. 2007, hal 3

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ عَنِ النَّبِيِّ -صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ- قَالَ «الْفِطْرَةُ خَمْسٌ - أَوْ خَمْسٌ مِنَ الْفِطْرَةِ - الْخِتَانُ وَالْإِسْتِحْدَادُ وَتَقْلِيمُ الْأظْفَارِ وَتَنْفُ الْإِبْطِ وَقَصُّ الشَّارِبِ»

“Abu Hurairah radhiyallahu ‘anhu meriwayatkan bahwa Nabi Muhammad shallallahu ‘alaihi wasallam bersabda: “Fitrah ada lima atau lima perkara dari fitrah; berkhitan, menghabiskan bulu kemaluan, memotong kuku, mencabut bulu ketiak dan menipiskan kumis.” (HR. Bukhari dan Muslim).

Dikatakan dalam sebuah sumber bahwa menurut Imam An Nawawi sunnah memotong kuku itu diawali dari jari kanan keseluruhannya dan mulai dari jari kelingking sampai ibu jari. Kemudian dilanjutkan tangan kiri juga dimulai dari jari kelingking menuju ibu jari. Sementara itu alat memotong kuku dapat menggunakan gunting, pisau, atau benda khas pemotong kuku yang tidak menyebabkan mudharat pada kuku atau jari. Setelah memotong kuku dianjurkan untuk segera mencuci tangan.²⁸

Terkait mengganti pakaian, hadis riwayat ath-Thahawi Ra menyebutkan, *“Siapa yang mengenakan pakaian hendaklah dengan yang bersih”*.²⁹

Hadis lain adalah:

عَنْ ابْنِ عَبَّاسٍ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: النَّبَسُوا مِنْ ثِيَابِكُمُ الْبَيَاضَ؛ فَإِنَّهَا مِنْ خَيْرِ ثِيَابِكُمْ

Dari Ibnu Abbas Ra, ia berkata: Rasulullah Saw bersabda: “Pakailah pakaian berwarna putih. Karena pakaian putih adalah pakaian yang paling baik”.(HR. Abu Daud dan Tirmidzi).

²⁸ Islam, Indah. "Sunnah Rasul: Adab Memotong Kuku." *Media Islam Generasi Baru*, 2015, hal 2

²⁹ Muhammad Faiz Almath, *1100 hadis Terpilih (Sinar Ajaran Muhammad)*, tentang: Kebersihan, Gema Insani Press, dalam: Sofyan Efendi, *hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis*, email: sofyanmadinah.cc, <http://opi.110mb.com>. 2007

2) Pengetahuan

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pengetahuan							
Baik	34	82,9	7	17,1	1,21	0,27-5,46	1,01
Kurang	12	80,0	3	20,0			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,01$ dengan nilai $OR=1,21$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, atau tidak ada perbedaan proporsi antara santri yang mempunyai pengetahuan baik dengan santri yang mempunyai pengetahuan kurang terhadap praktik kebersihan diri di pesantren Al Hamidiyah atau tidak terbukti secara statistik bahwa santri yang berpengetahuan baik mempunyai perilaku personal hygiene baik di pondok pesantren Al Hamidiyah.

Namun hasil analisis tabel 4.2 menunjukkan bahwa tampak kecenderungan, lebih banyak responden yang berpengetahuan baik dan mempunyai perilaku yang baik yaitu 82,9%, dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang dan berperilaku baik yaitu sebanyak 80,0%. Sebaliknya responden yang mempunyai pengetahuan kurang dan berperilaku kurang hanya sedikit yaitu 20%. Artinya bahwa pengetahuan cenderung mempengaruhi perilaku responden walaupun secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna.

Pada penelitian kuantitatif bermakna secara statistik belum tentu bahwa perbedaan tersebut juga bermakna dipandang dari segi substansi. Semakin besar sampel yang dianalisis akan semakin besar menghasilkan kemungkinan berbeda bermakna. Dengan sampel besar, perbedaan-perbedaan sangat kecil atau bahkan tidak mempunyai manfaat secara substansi atau klinis dapat berubah menjadi bermakna secara statistik, dan sebaliknya. Oleh karena itu dalam melakukan analisis tidak hanya dilihat dari aspek statistik semata, namun juga harus dilihat atau dinilai kegunaannya dari segi substansi atau klinis.³⁰

Hasil yang ditemukan pada penelitian ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Green (1980) yang mengatakan bahwa pengetahuan sangat mempengaruhi perilaku dan pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku kesehatan.³¹ Sementara dalam pernyataan lain dikatakan oleh Mc. Guire (1996) dalam teori perubahan perilaku bahwa perubahan perilaku kesehatan didahului dengan perubahan pengetahuan, pengetahuan merupakan prakondisi terjadinya perubahan perilaku kesehatan.³² Menurut *Bloom's Taxonomy* (1956) terbentuknya perilaku dimulai pada domain kognitif tahap tahu terhadap stimulus sehingga menimbulkan pengetahuan baru, selanjutnya akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap baru, yang pada akhirnya akan menimbulkan respon tindakan dengan stimulus tersebut.³³

³⁰ Sutanto Priyo Hastono, *Analisis Data Kesehatan* (Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007).

³¹ Lawrence W. Green, *Health Education Planning a Diagnostic Approach*, trans., Mamdy Sulasmi, Tafal el Zarfi, and Kresno Sudarti (Mayfield Publishing Company, 1980).

³² Elder J.P. Graef A.J., Booth E.M., *Komunikasi Untuk Kesehatan Dan Perubahan Perilaku*, trans., M Hasanbasri (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1996).

³³ Benyamin Bloom, S., Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., dan Krathwohl, D.R. 1956. *The Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Carmem Lucia P.S., (2005) yang berjudul *Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates*, hasil penelitian mengungkapkan bahwa perilaku *hand hygiene* yang merupakan bagian dari perilaku personal higiene dipengaruhi oleh beberapa faktor individu diantaranya adalah pengetahuan.³⁴ Penelitian lain oleh Alemagno dari Kent State University Ohio tahun 2010, yang berjudul *Online learning to improve hand hygiene knowledge and compliance among health care workers*, mendapatkan hasil bahwa 97% partisipan dalam pembelajaran online tentang *hand hygiene* sangat efektif untuk meningkatkan perilaku kesehatan para tenaga kesehatan.³⁵

Di Indonesia penelitian yang menemukan hasil berbeda dengan penelitian ini, yang menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan perilaku antara lain dilakukan oleh Fidyawati (2012) tentang hubungan antara pengetahuan dan perilaku personal higiene remaja putri dengan nilai signifikansi 0,01 yang bermakna secara statistik. Penelitian lain dilakukan oleh Luthfiana (2014), menemukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan personal higiene dengan perilaku personal higiene pada remaja saat menstruasi dengan nilai signifikansi 0,02.³⁶ Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Dien Nursal (2007) tentang *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual murid SMU*, menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi

³⁴ Carmem Lucia Pessoa Silva, Klara Posfay Barbe, Riccardo Pfister, Sylvie Touveneau, Thomas V Perneger, Didier Pittet, "Attitudes and Perceptions toward Hand Hygiene among Healthcare Workers Caring for Critically Ill Neonates," *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 26, (2005), hal 2

³⁵ Sharon M Guten Sonia A Alemagno, Shawn Warthman, Elizabeth Young, David S Mackay, "Online Learning to Improve Hand Hygiene Knowledge and Compliance among Health Care Workers," *The Journal of Continuing Education in Nursing* 41, (2010).

³⁶ Fidyawati, *Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Dengan Perilaku Personal Higiene Remaja Putri Smpn 1 Scyegan Sleman Yogyakarta* (Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2012).

perilaku seseorang salah satu diantaranya adalah pengetahuan.³⁷ Di Nanggroe Aceh Darussalam penelitian oleh Iswahyudi Haryono (2008) menyimpulkan bahwa, pengetahuan santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dari santri yang tidak diberi intervensi kultum. Pengambil kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten bahwa pendidikan kesehatan lingkungan melalui metode kultum dapat digunakan sebagai salah satu upaya promosi kesehatan di pesantren, masjid maupun forum pengajian. Pesanten juga perlu menyediakan jamban dengan perbandingan satu jamban untuk 15 santri, tersedia air bersih yang mencukupi dari segi kuantitas dan kontinuitas, dan pada bak wudhu dilengkapi dengan kran atau disediakan gayung dengan perbandingan satu kran air atau gayung untuk lima orang santri.³⁸

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nisa A.R dan Anindita S., pada tahun 2010 yang berjudul, *Hubungan pengetahuan orang tua dengan perilaku kesehatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan*, menghasilkan kesimpulan bahwa pengetahuan orang tua tidak signifikan mempengaruhi perilaku kesehatan pada anak dengan *p value* 0,22.³⁹

Tidak terbuktinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan perilaku personal higiene pada penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh sampel pada penelitian ini sangat terbatas sehingga dapat terjadi bias, terutama bias informasi.⁴⁰ Kemungkinan lain adalah rancangan studi yang digunakan adalah potong lintang yang mempelajari

³⁷ Dien Nursal, "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Murid Smu Negeri Di Kota Padang," Fakultas Kedokteran (Padang: Universitas Andalas, 2007), hal 4

³⁸ Iswahyudi Haryono, Yayi Suryo Prabandari, Widodo Hariyono. "Pendidikan Kesehatan Lingkungan Melalui Kultum, di ". Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 24, No. 1, 2008. hal 8-15.

³⁹ Anindita Soctadji Nisa Alifia Rahmi, "Hubungan Pengetahuan Orang Tua Dengan Perilaku Kesehatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan" (Universitas Diponegoro, 2010).

⁴⁰ Rani Sauriasari, *Bias, Confounding and Fallacies in Epidemiology*.

hubungan paparan dengan cara mengamati secara serentak dan pada saat yang sama tanpa memberi perlakuan.⁴¹

Namun demikian, bahwa walaupun secara statistik tidak ada hubungan bermakna tetapi terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang berpengetahuan baik mempunyai perilaku yang baik. Kecenderungan bahwa sebagian besar responden mempunyai perilaku yang baik, didukung oleh hasil wawancara dengan responden.

Hasil wawancara dengan Responden perempuan ke-1 atas nama K., di pondok pesantren Al Hamidiyah, *“setahu saya mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 2 kali sehari”*. *“kalau mau makan cuci tangan gak mesti pakai sabun kalau habis istinja baru pakai sabun”*. *“kalau keramas tiap hari atau 2 hari sekali”*. *“memotong kuku seminggu sekali.”*⁴²

Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-1, atas nama F., di pesantren Al Hamidiyah, *“jadi kalau menggosok gigi waktunya habis sarapan pagi dan sebelum tidur malam ya bu? Saya memang dua kala sehari tetapi waktunya biasanya kalau mandi pagi dan mandi sore”*.⁴³

Mencari ilmu pengetahuan/ knowledge merupakan kewajiban bagi setiap kaum muslim, sangat banyak perintah Allah Swt tentang kewajiban untuk terus belajar, karena itu sangat penting bagi setiap muslim untuk senantiasa belajar dalam rangka meningkatkan pengetahuan. Dalam al-Quran dikatakan bahwa Allah Swt akan meninggikan derajat orang-orang yang berilmu yaitu dalam surat al-Mujadalah:

⁴¹ Bisma Murti, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997, hal 104

⁴² Hasil wawancara dengan Responden perempuan ke-1 atas nama Kairun N., di Pondok Pesantren Al Hamidiyah Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015.

⁴³ Hasil wawancara dengan Responden laki-laki ke-1 atas nama Faris M., di Pondok Pesantren Al Hamidiyah Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015

يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ

“Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.”⁴⁴

Dalam hadis Muslim Ra, dikatakan:

مَنْ سَلَكَ طَرِيقًا يَلْتَمِسُ فِيهِ عِلْمًا سَهَّلَ اللَّهُ لَهُ طَرِيقًا إِلَى الْجَنَّةِ
(رواه مسلم)

“Barang siapa yang menempuh suatu jalan untuk menuntut ilmu, Allah akan memudahkan baginya jalan ke surga.” (HR. Muslim).⁴⁵

Dalam HR. Ibnu Majah Ra:

طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ
“Menuntut ilmu itu diwajibkan bagi setiap orang Islam”. (HR. Ibnu Majah, al-Baihaqi, Ibnu Abdil Barr, dan Ibnu Adi, dari Anas bin Malik).⁴⁶

3) Sikap

Hasil analisis hubungan antara sikap dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.3.

⁴⁴ (QS. al-Mujādalah: 11).

⁴⁵ Al Hadis yang diriwayatkan oleh Muslim di dalam Shahih-nya dari Hadis Abu Hurairah dalam Al-Ilmu tahqiq.

⁴⁶ Muhammad Faiz Almath, *1100 Hadis Terpilih (Sinar Ajaran Muhammad), tentang: Ilmu Pengetahuan dan Kebodohan*, Gema Insani Press, dalam: Sofyan Efendi, *hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar Hadis*, email: sofyannadinah.cc, <http://opi.110mb.com>. 2007.

Tabel 4.3. Hubungan antara Sikap dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Sikap							
Baik	29	85,3	5	14,7	1,7	0,43-6,75	0,49
Kurang	17	77,3	5	22,7			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,49$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, nilai OR 1,21. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara santri yang mempunyai sikap baik dengan santri yang mempunyai pengetahuan kurang terhadap praktik kebersihan diri di pesantren Al Hamidiyah atau tidak terbukti secara statistik bahwa santri yang mempunyai sikap baik mempunyai perilaku personal hygiene baik.

Namun tabel 4.3 juga menunjukkan kecenderungan bahwa responden yang mempunyai sikap baik dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 85,3%, dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap kurang dan berperilaku baik yaitu 77,3%. Sebaliknya responden yang mempunyai sikap kurang dan berperilaku kurang lebih banyak dibandingkan dengan yang sikapnya baik dan perilakunya kurang yaitu 22,7.

Hasil penelitian ini adalah sejalan dengan hasil penelitian Eli Marlina H. tahun 2011 tentang hubungan sikap terhadap kebersihan diri, dengan nilai signifikansi 0,09 ($p = 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara sikap dengan perilaku personal hygiene.⁴⁷

⁴⁷ Eli Marlina Hutagaol, *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Dengan Kebersihan Diri Penghuni Panti Unit Pelaksana Teknis Daerah Abdi Darma Asih di Kecamatan Binjai Utara Kota Binjai tahun 2010* (Medan:

Hasil yang ditemukan pada penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Klara Posfay Barbe and Carmem Lucia Pessoa Silva, mengungkapkan bahwa perilaku *hand hygiene* yang merupakan bagian dari perilaku personal higiene dipengaruhi oleh beberapa faktor individu diantaranya adalah *attitude* atau sikap.⁴⁸ Penelitian lain juga menyebutkan bahwa sikap/ *attitude* mempengaruhi perilaku.⁴⁹ Penelitian lain oleh Iswahyudi Haryono (2008) di Nanggroe Aceh Darussalam yang mengatakan bahwa sikap santri yang diberi pendidikan kesehatan lingkungan melalui kultum lebih baik dari santri yang tidak diberi intervensi kultum.⁵⁰

Sikap adalah penilaian seseorang terhadap objek psikologis atau perasaan suka atau tidak suka terhadap objek tertentu.⁵¹ Sedangkan menurut Berkowitz sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan secara lebih spesifik.⁵²

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk dapat sampai kepada perilaku kesehatan tertentu. Dalam model perilaku kesehatan *The health belief model*, dikatakan bahwa jika seseorang dihubungkan dengan perilaku kesehatan, maka cenderung ada dua kemungkinan sikap yang ditunjukkan yaitu pertama adalah keinginan untuk menghindari penyakit atau jika

USU, 2010), hal 5.

⁴⁸ Klara Posfay Barbe Carmem Lucia Pessoa Silva, Riccardo Pfister, Sylvie Touveneau, Thomas V Perneger, Didier Pittet, "Attitudes and Perceptions toward Hand Hygiene among Healthcare Workers Caring for Critically Ill Neonates," *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 26, (2005), hal 3.

⁴⁹ Dien Nursal, "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Murid Smu Negeri Di Kota Padang," Fakultas Kedokteran (Padang: Universitas Andalas, 2007), hal 5.

⁵⁰ Iswahyudi Haryono, Yayi Suryo Prabandari, Widodo Hariyono. "Pendidikan Kesehatan Lingkungan Melalui Kultum, di ". *Berita Kedokteran Masyarakat*, Vol. 24, No. 1, 2008. hal 8-15.

⁵¹ Allen Edwards, *Techniques of Attitude Scale Construction* (Appleton: Century Croft Inc, 1957).

⁵² Leonard Berkowitz, *Social Psychology*, vol. 3 (Scott, Foresman and Company, 1972).

sakit harus sembuh dan yang kedua adalah keyakinan bahwa tindakan kesehatan khusus akan mencegah atau memperbaiki sakit.⁵³ Dalam dimensi model khusus, dikatakan perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap, yang secara khusus model ini menegaskan bahwa,⁵⁴ (1) kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), individu sangat bervariasi dalam perasaan terhadap kerentanan seseorang untuk suatu kondisi, misalnya dalam kasus penyakit medis yang dibangun dari pertanyaan seperti kepercayaan dalam diagnosis, dan kerentanan terhadap penyakit pada umumnya. Dengan demikian, dimensi ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang dari risiko kondisi tertular. (2) keparahan yang dirasakan (*perceived severity*), perasaan tentang keseriusan tertular penyakit (atau meninggalkannya tidak diobati) juga bervariasi dari orang ke orang. Dimensi ini meliputi evaluasi konsekuensi baik medis/ klinis (misalnya, kematian, cacat, dan nyeri) dan konsekuensi sosial yang mungkin (misalnya, efek dari kondisi pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). (3) manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*), individu tidak akan diharapkan untuk menerima tindakan kesehatan yang dianjurkan, kecuali hal itu dianggap sebagai layak dan berkhasiat. (4) hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*), potensi aspek negatif dari tindakan kesehatan tertentu dapat bertindak sebagai hambatan untuk melakukan perilaku yang dianjurkan.

Menurut *Theory of Reasoned Action* secara umum menghubungkan keyakinan, sikap, kehendak, dan perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah dengan mengetahui kehendak (*intention*) orang tersebut. Seorang individu lebih termotivasi untuk melakukan perilaku yang akan menghasilkan suatu hasil yang sangat dihargai. Ketika seseorang tidak percaya bahwa

⁵³ Marshal H Becker Nancy K Janz, *The Health Belief Model: A Decade Later* (1984), hal 1.

⁵⁴ Marshal H Becker Nancy K Janz, *The Health Belief Model: A Decade Later* (1984), hal 3.

tindakan akan menyebabkan hasil tertentu atau hasilnya tidak dihargai, individu akan kurang termotivasi untuk melakukan suatu perilaku.⁵⁵

Menurut *Social cognitif theory*, dalam Bambang S (2009), secara umum faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan menekankan kepada hubungan timbal balik (*reciprocal determinism*) antara perilaku, individu dan lingkungan.⁵⁶

Hasil wawancara dengan Responden perempuan ke-1 atas nama K., di pondok pesantren Al Hamidiyah, “saya setuju meggosok gigi 2 kali sehari dan saya pun melalukannya.” “Saya setuju sebaiknya mandi 2 kali sehari tapi kadang saya mandi 3 kali sehari jika beraktivitas padat.” “Saya juga setuju menggunting kuku dilakukan ketika kuku sudah panjang, kira-kira seminggu sekali.” “Yang saya tahu keramas 2 hari sekali, tetapi karena rambut saya lebih cepat kotor maka saya keramas sehari sekali.” “Menurut saya mengganti pakaian jika sudah tidak nyaman.”⁵⁷

b. *Reinforcing Factor*

Reinforcing factor adalah model peristiwa yang terjadi di lingkungan yang mengikuti perilaku, baik memperkuat, memperlemah, atau menghentikan perilaku.⁵⁸ Meliputi (1) *Positive reinforcement*, merupakan peristiwa menyenangkan yang

⁵⁵ Carolyn L. Blue., “The Predictive Capacity of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior in Exercise Research: An Integrated Literature Review”, *Research in Nursing & Health*, 18, 105 - 121. Made available courtesy of Wiley-Blackwell: The definitive version is available at <http://www3.interscience.wiley.com>. Pdf, diakses dari <http://www.gobookee.net/> tanggal 23 – 06 – 2013.

⁵⁶ Bambang Setiaji, “Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Merokok Pekerja Sektor Informal Studi Quasi Eksperimen Pada Tukang Ojek” Desertasi, Universitas Indonesia, 2009.

⁵⁷ Hasil wawancara dengan Kairun N., di Pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015.

⁵⁸ Richard G. Smith., Brian A. Iwata., “*Antecedent Influences On Behavior Disorders*”, *Journal Of Applied Behavior Analysis* 1997, 30, 370 Number 2 (Summer 1997). University Of North Texas And University Of Florida. Pdf, Diakses Dari [Http://Www.Gobookee.Net/](http://Www.Gobookee.Net/) tanggal 23 – 06 – 2013.

mengikuti suatu peristiwa tertentu. (2) *Negative reinforcement*, peristiwa yang secara terus menerus tidak menyenangkan, yang menguatkan suatu perilaku tertentu. (3) *Punishment*, merupakan konsekuensi negatif yang menekan atau memperlemah perilaku. *Reinforcing factors* terjadinya perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah adalah faktor pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga.

1) Pendidikan Ibu

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4. Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pendidikan Ibu							
Tinggi	45	83,3	9	16,7	5,0	0,28- 87,54	0,32
Rendah	1	50,0	1	50,0			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,32$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara ibu yang berpendidikan tinggi dengan ibu yang berpendidikan rendah terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah, atau tidak terbukti secara statistik bahwa ibu yang mempunyai pendidikan tinggi juga responden mempunyai perilaku personal hygiene baik. Namun berdasarkan tabel 4.4 juga tampak bahwa kecenderungan hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku personal hygiene menunjukkan sebagian besar responden yang mempunyai ibu berpendidikan tinggi mempunyai berperilaku baik yaitu sebanyak

83,3%, dengan nilai OR=5,0. Sedangkan responden yang mempunyai ibu berpendidikan rendah dan perilakunya baik hanya 50,0%. Juga terlihat bahwa responden yang mempunyai ibu dengan pendidikan rendah dan perilaku kurang lebih banyak dibandingkan responden dengan ibu berpendidikan tinggi dan perilaku kurang. Hal ini menunjukkan kesesuaian dengan teori yang ada bahwa pendidikan mempengaruhi pengetahuan.

Hasil yang ditemukan pada penelitian ini berbeda dengan hasil yang penelitian Awik Hidayati (2004) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan orang tua yaitu ayah dan ibu mempengaruhi perilaku belajar anaknya sehingga mempengaruhi prestasi belajarnya juga.⁵⁹

Berdasarkan teori-teori yang ada bahwa pendidikan sangat mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin baik perilaku. Lawrence Green dalam teori *Precede* menyebutkan bahwa *educational* atau pendidikan merupakan salah satu faktor utama atau *behavior causes* dalam perubahan perilaku kesehatan.⁶⁰ Begitu juga dalam teori *Procced* yang merupakan strategi implementasi dari berbagai tindakan dasar, yang dipelajari dari pengkajian fase awal perubahan perilaku.⁶¹ Menurut teori Bloom, perilaku merupakan totalitas pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Selanjutnya Bloom seorang ahli psikologi pendidikan mengatakan bahwa perilaku dimulai pada domain kognitif, tahu terhadap stimulus sehingga menimbulkan pengetahuan baru. Pengetahuan baru ini selanjutnya akan menimbulkan respon

⁵⁹ Awik Hidayati, "Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua Terhadap Prestasi Belajar," *Jurnal Pendidikan* 13, (2004), hal 5.

⁶⁰ Laurence W Green, alih bahasa Zullazmi Mamdy, *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Depdikbud RI, 1990.

⁶¹ Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter. *Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach*. 2 ed. London: Mayfield Publishing Company, 2000 page 9.

batin dalam bentuk sikap baru, yang pada akhirnya akan menimbulkan respon yang lebih tinggi yaitu adanya tindakan.⁶² Dalam pendidikan kesehatan baik kedokteran maupun keperawatan, pendidikan tentang personal higiene merupakan hal yang utama dan penting, yang mempengaruhi sikap dan perilaku sehat misalnya perilaku *hand hygiene*. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Erasmus V., menyatakan bahwa perilaku *hand hygiene* dokter lebih rendah dibandingkan dengan perawat, karena pada saat menjalani pendidikan kurang ditekankan dan dilatih tentang keterampilan *hand hygiene* sehingga pada saat di dunia kerja kebiasaan *hand hygiene* yang baik tidak terbentuk.⁶³ Pendidikan adalah hal yang sangat penting dalam Islam, pendidikan akan meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki sikap serta perilaku (akhlak).

Allah Swt berfirman dalam al-Qur'an surah al 'Alaq:

اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ

*"Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu Yang menciptakan."*⁶⁴

الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ

*"Yang mengajar (manusia) dengan perantaraan kalam."*⁶⁵

عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ

⁶² Bloom, B.S., Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., dan Krathwohl, D.R. 1956. *The Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.

⁶³ Erasmus V., W. Brouwer, E. F. van Beeck, A. Oenema, T. J. Daha, J. H. Richardus, M. C., Vos, J. Brug, "A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene among Hospital Workers: Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection," *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 30, (2009), hal 1.

⁶⁴ (QS. al 'Alaq: 1).

⁶⁵ (QS. al 'Alaq: 4).

*Dia mengajarkan kepada manusia apa yang tidak diketahuinya.*⁶⁶

Hadis-hadis tentang keutamaan menuntut ilmu, dalam kumpulan hadis “Ilmu Pengetahuan dan Kebodohan”⁶⁷, antara lain:

مَنْ أَرَادَ الدُّنْيَا فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ، وَمَنْ أَرَادَ الْآخِرَةَ فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ،
وَمَنْ أَرَادَهُمَا فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ

"Barang siapa menginginkan soal-soal yang berhubungan dengan dunia, wajiblah ia memiliki ilmunya ; dan barang siapa yang ingin (selamat dan berbahagia) di akhirat, wajiblah ia mengetahui ilmunya pula; dan barangsiapa yang menginginkan kedua-duanya, wajiblah ia memiliki ilmu kedua-duanya pula". (HR. Bukhari dan Muslim).

مَنْ خَرَجَ فِي طَلْبِ الْعِلْمِ فَهُوَ فِي سَبِيلِ اللَّهِ حَتَّى يَرْجِعَ

"Barang siapa yang keluar untuk mencari ilmu maka ia berada di jalan Allah hingga ia pulang". (HR. Tirmidzi).

إِذَا مَرَرْتُمْ بَرِيَاضِ الْجَنَّةِ فَارْتَعُوا ، قَالُوا : يَا رَسُولَ اللَّهِ ، وَمَا
رِيَاضُ الْجَنَّةِ ؟ قَالَ : مَجَالِسُ الْعِلْمِ

"Apabila kamu melewati taman-taman surga, minumlah hingga puas. Para sahabat bertanya,"Ya Rasulullah, apa yang dimaksud taman-taman surga itu?" Nabi Saw menjawab, "majelis-majelis ta'lim/ilmu." (HR. Thabrani).

عَنْ عَبْدِ اللَّهِ بْنِ مَسْعُودٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ : قَالَ النَّبِيُّ
صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: لَأَحْسَدَ إِلَّا فِي اثْنَتَيْنِ : رَجُلٌ آتَاهُ اللَّهُ مَالًا
فَسَيَّلَ عَلَى هَلِكْتِهِ فِي الْحَقِّ ، وَ رَجُلٌ آتَاهُ اللَّهُ الْحِكْمَةَ فَهُوَ
يَقْضِي بِهَا وَيُعَلِّمُهَا

*Dari Abdullah bin Mas'ud Ra. Nabi Muhamad pernah bersabda:
"anganlah ingin seperti orang lain, kecuali seperti dua orang ini.
Pertama orang yang diberi Allah kekayaan berlimpah dan ia*

⁶⁶ (QS. al 'Alaq: 5).

⁶⁷ Muhammad Faiz Almath, 1100 hadis Terpilih (Sinar Ajaran Muhammad), tentang: Ilmu Pengetahuan dan Kebodohan, Gema Insani Press, dalam: Sofyan Efendi, hadisWeb, Kumpulan dan Referensi Belajar hadis, email: sofyannadinah.cc, http://opi.110mb.com. 2007.

membelanjakannya secara benar, kedua orang yang diberi Allah al-Hikmah dan ia berperilaku sesuai dengannya dan mengajarkannya kepada orang lain.” (HR. Bukhari).

إِنَّ مِنْ أَشَدِّ النَّاسِ عَذَابًا يَوْمَ الْقِيَامَةِ عَالِمٌ لَمْ يَنْفَعَهُ اللَّهُ بِعِلْمِهِ

“Orang yang paling pedih siksaannya pada hari kiamat ialah seorang alim yang Allah menjadikan ilmunya tidak bermanfaat.” (HR. Baihaqi).

2) Pendidikan Ayah

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5. Hubungan antara Pendidikan Ayah dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pddkn Ayah							
Tinggi	45	83,3	9	16,7	5,0	0,28- 87,54	0,32
Rendah	1	50,0	1	50,0			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mempunyai ayah berpendidikan tinggi berperilaku baik yaitu sebanyak 83,3%, sedangkan responden yang mempunyai ayah berpendidikan rendah dan perilakunya baik hanya 50 %. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,32$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku terlihat bahwa kecenderungan responden dengan ayah berpendidikan tinggi dan berperilaku baik lebih banyak, artinya bahwa pendidikan ayah mendukung perilaku. Sama seperti referensi sebelumnya dalam penelitian yang dilakukan oleh Awik

Hidayati dengan judul Pengaruh Tingkat Pendidikan dan Pola Asuh Orang tua terhadap Prestasi Belajar mengatakan bahwa tingkat pendidikan orang tua yaitu ayah dan ibu mempengaruhi perilaku belajar anaknya sehingga mempengaruhi prestasi belajarnya juga.⁶⁸ Terlihat juga bahwa responden yang mempunyai ayah dengan pendidikan rendah dan perilaku kurang lebih besar dibandingkan responden dengan ayah berpendidikan tinggi dan perilaku kurang. Hal ini menunjukkan kesesuaian dan mendukung secara konsep.

3) Pekerjaan Ibu

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Hubungan antara Pekerjaan Ibu dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pekerjaan Ibu							
Tidak Bekerja	29	93,5	2	6,5	6,82	1,29- 35,92	0,02
Bekerja	17	68,0	8	32,0			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ibu tidak bekerja dan berperilaku baik lebih besar yaitu 93,5%, daripada responden yang mempunyai ibu bekerja dan perilakunya baik yaitu 68,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,02$, artinya ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan perilaku personal hygiene, atau responden di pesantren Al Hamidiyah yang mempunyai ibu yang tidak bekerja mempunyai peluang berperilaku personal hygiene yang baik sebesar (OR) = 6,82 (95%

⁶⁸ Awik Hidayati, "Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua Terhadap Prestasi Belajar," Jurnal Pendidikan 13, (2004), hal 6.

CI: 1,29-35,92) dibandingkan dengan responden yang mempunyai ibu bekerja.

Pada distribusi hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku terlihat kecenderungan bahwa responden yang mempunyai ibu tidak bekerja lebih banyak berperilaku baik dibandingkan responden yang mempunyai ibu bekerja. Begitu juga dengan responden yang mempunyai ibu bekerja lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang mempunyai ibu tidak bekerja.

Variabel pekerjaan ibu dikategorikan ibu tidak bekerja mempengaruhi responden berperilaku lebih baik dari ibu yang bekerja, dengan harapan ibu tidak bekerja lebih banyak waktu untuk berinteraksi dengan responden.

4) Pekerjaan Ayah

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ayah dengan perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7. Hubungan antara Pekerjaan Ayah dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>valu</i> c
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pekerjaan Ayah							
Bekerja	34	79,1	9	20,9			
Tidak Bekerja	12	92,3	1	7,7	0,31	0,03- 2,75	0,42
Jumlah	46	82,1	1 0	17,9			

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ayah dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ayah bekerja dan berperilaku baik lebih sedikit yaitu 79,1%, sedangkan responden yang mempunyai ayah tidak bekerja dan perilakunya baik ada 92,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,42$, artinya

tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ayah dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara pekerjaan ayah dengan perilaku terlihat bahwa kecenderungan responden dengan ayah bekerja dan berperilaku baik lebih banyak, artinya pekerjaan ayah cenderung mendukung responden untuk berperilaku baik, walaupun secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna. Sedangkan ayah bekerja dan perilaku kurang lebih banyak dari ayah tidak bekerja dan perilaku kurang.

Variabel pekerjaan ayah dikategorikan bahwa ayah bekerja mempengaruhi responden berperilaku lebih baik dari ayah tidak bekerja, dengan harapan ayah yang bekerja dapat mempengaruhi pendapatan keluarga menjadi lebih baik.

Penelitian yang berjudul Hubungan antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru yang dilakukan oleh Amelda Lisu Pare, Ridwan Amiruddin, dan Ida Leida menunjukkan bahwa pekerjaan bukan merupakan faktor resiko perilaku seseorang untuk berobat atau tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan perilaku.⁶⁹

5) Pendapatan Keluarga

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku personal hygiene di pesantren al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.8.

⁶⁹ Ridwan Amiruddin Amelda Lisu Pare, Ida Leida, "Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien Tb Paru" (Universitas Hasanudin, 2012), hal 6.

Tabel 4.8. Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pendapatan							
Tinggi	44	83,0	9	17,0	2,44	0,20- 29,93	0,45
Rendah	2	66,7	1	33,3			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pendapatan keluarga tinggi dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 83,0%, sedangkan responden yang mempunyai pendapatan rendah dan perilakunya baik hanya 66,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,45$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku terlihat kecenderungan bahwa responden yang pendapatan keluarganya tinggi lebih banyak berperilaku baik dibandingkan responden yang pendapatan keluarganya rendah. Begitu juga dengan responden yang pendapatan keluarganya rendah lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang pendapatan keluarganya tinggi, walaupun secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna.

Pendapatan merupakan salah satu bentuk rezeki yang Allah Swt berikan kepada hamba-Nya. Dengan kelapangan rezeki yang ada, supaya membuat seorang hamba pandai bersyukur. Terkait dengan rezeki, dalam Al Qur'an surah Al Isra' Allah Swt berfirman:

إِنَّ رَبَّكَ يَبْسُطُ الرِّزْقَ لِمَنْ يَشَاءُ وَيَقْدِرُ إِنَّهُ كَانَ بَعْبَادِهِ
خَبِيرًا بَصِيرًا

“Sesungguhnya Tuhanmu melapangkan rezeki kepada siapa yang Dia kehendaki dan menyempitkannya; sesungguhnya Dia Maha

Mengetahui lagi Maha Melihat akan hamba-hamba-Nya". (QS. al-Israa': 30).

c. *Enabling Factor*

Enabling factor atau faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan yang merupakan usaha responden mencari pertolongan pengobatan pada saat mengalami masalah kesehatan atau sakit. Hasil analisis hubungan antara yankes terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9. Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Yankes							
Ya	30	93,8	2	6,3	7,5	1,42-39,61	0,01
Tidak	16	66,7	8	33,3			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang berobat ke pelayanan kesehatan dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 93,8%, sedangkan responden yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan dan perilakunya baik ada sebanyak 66,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku personal hygiene, atau pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku personal hygiene dengan besar peluang (OR) = 7,5 (95% CI : 1,42-39,61) pada responden di pondok pesantren Al Hamidiyah yang pergi berobat ke pelayanan kesehatan pada saat mengalami masalah kesehatan untuk berperilaku hygiene.

Pada distribusi hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang berobat

ke pelayanan kesehatan lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang tidak berobat. Begitu juga dengan responden yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang berobat. Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2 atas nama P., di pesantren Al Hamidiyah:

“Dipesantren kami telah disediakan klinik untuk santri yang sakit, di klinik tersebut sudah banyak fasilitas untuk menunjang kesembuhan santri yang sakit walaupun klinik yang kami dirikan bukan dibawah campur tangan puskesmas.” “Saya pernah terkena penyakit demam berdarah, kemudian saya di bawa ke Rumah Sakit untuk rawat inap dan mendapatkan pengobatan yang intensif.” “Setiap menstruasi saya selalu mengalami sakit perut yang cukup parah dan saya selalu di bawa ke klinik untuk diberi obat.” “Jika obat yang saya minum dari dokter habis dan saya belum juga sembuh, biasanya saya memberikan resep dokter ke klinik dan diberikan obat dari klinik dengan obat yang sama.”⁷⁰

d. *Environment Factors*

Environment Factors adalah faktor lingkungan yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku. Faktor lingkungan yang mempengaruhi perilaku personal hygiene di pesantren Al Hamidiyah adalah prevalensi atau angka kejadian kesakitan yang dialami responden selama tinggal di pondok, meliputi prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, dan demam. Sedangkan prevalensi penyakit lain yang dimaksud meliputi penyakit gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu yang dijadikan satu faktor karena prevalensinya sedikit atau jarang terjadi.

1) Prevalensi gatal-gatal

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit gatal-gatal dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.10.

⁷⁰ Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2, atas nama Puteri B., di pondok pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015.

Tabel 4.10. Hubungan antara Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Gatal-gatal							
Tidak	35	83,3	7	16,7	1,36	0,30-6,18	0,69
Ya	11	78,6	3	21,4			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara penyakit gatal-gatal dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami gatal-gatal dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 83,3%, dibandingkan dengan responden yang mengalami gatal-gatal sebanyak 78,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,69$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit gatal-gatal dengan perilaku personal higiene.

Pada distribusi hubungan antara penyakit gatal-gatal dengan perilaku responden, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami gatal-gatal mempunyai perilaku baik. Sebaliknya responden yang mengalami gatal-gatal lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami gatal-gatal. Artinya bahwa penyakit gatal-gatal mempunyai hubungan dengan perilaku personal higiene responden.

Penyakit kulit seperti gatal-gatal sangat erat kaitannya dengan kebersihan, sedangkan kebersihan salah satunya berkaitan erat dengan kebiasaan mandi seseorang. Dalam Islam, mandi dan berwudhu sangat diutamakan, untuk menjaga kebersihan diri dan kesucian.

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2 atas nama P., di pesantren Al Hamidiyah: *“saya tidak pernah mengalami gatal-gatal selama berada di pesantren ini.” “Kebersihan air dan lingkungan di pesantren kami selalu terjaga, oleh karena itu*

santri-santri disini jarang mengalami gatal-gatal atau sakit kulit”⁷¹

2) Prevalensi Skabies

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit skabies dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.11.

Tabel 4.11. Hubungan antara Prevalensi Skabies dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Skabies							
Tidak	33	91,7	3	8,3	5,92	1,32- 26,46	0,02
Ya	13	65,0	7	35,0			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis bivariat antara hubungan penyakit skabies dengan perilaku personal hygiene menunjukkan bahwa responden yang tidak skabies dan berperilaku baik ada lebih banyak yaitu 91,7%, sedangkan responden yang skabies dan perilakunya baik ada 65,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,02$ artinya ada hubungan yang signifikan antara prevalen penyakit skabies dengan perilaku personal hygiene, atau perilaku personal hygiene mempengaruhi prevalensi skabies dengan besar risiko (OR) = 5,92 (95% CI : 1,32-26,46) pada responden di pondok pesantren Al Hamidiyah yang tidak hygiene untuk terkena penyakit skabies.

Pada distribusi hubungan antara penyakit skabies dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang tidak skabies lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang skabies. Begitu juga dengan responden yang skabies lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang tidak skabies.

⁷¹ Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2, atas nama Puteri B., di pondok pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015

3) Prevalensi Batuk Pilek

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit batuk pilek dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.12.

Tabel 4.12. Hubungan antara Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Batuk pilek							
Tidak	23	82,1	5	17,9	1,0	0,25-3,92	1,00
Ya	23	82,1	5	17,9			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara batuk pilek dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak batuk pilek dan berperilaku baik yaitu sebanyak 82,1% dan responden yang batuk pilek dan perilakunya baik juga ada 82,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,00$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara batuk pilek dengan perilaku personal hygiene.

Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-1 atas nama F. di pesantren Al Hamidiyah: *“Batuk pilek kadang-kadang, paling-paling kalau lagi dingin, sama teman-teman juga kadang-kadang batuk pilek”* *“paling berobat ke klinik pesantren kalau gak sembuh”*.⁷²

4) Prevalensi Diare

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit diare dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.13.

⁷² Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-1, atas nama Faris M., di pondok pesantren Al Hamidiyah Pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015

Tabel 4.13. Hubungan antara Prevalensi Diare dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Diare							
Tidak	39	83,0	8	17,0	1,39	0,24- 7,98	0,70
Ya	7	77,8	2	22,2			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara diare dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami diare dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 83,0%, dibandingkan dengan responden yang mengalami diare dan berperilaku baik yaitu sebanyak 80,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,70$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara diare dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara diare dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami diare mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mengalami diare, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami diare. Artinya bahwa diare mempunyai hubungan dengan perilaku personal hygiene responden.

David Kay, Annette Pruss, Lorna Fewtrell, dan Jamie Bartram (2012), melakukan review literatur dan tertuang dalam sebuah jurnal atikel yang berjudul: *Estimating the Burden of Disease from Water, Sanitation, and Hygiene at a Global Level*, mengungkapkan bahwa berbagai macam penyakit tersebar melalui air, sanitasi, dan tingkat kebersihan seseorang. Diantara banyak penyakit itu, yang paling banyak kejadiannya adalah diare.⁷³

⁷³ David Kay, Annette Pruss, Lorna Fewtrell, Jamie Bartram, "Estimating the Burden of Disease from Water, Sanitation, and Hygiene at a Global Level," *Environmental Health Perspectives Journal* 110, (2002), hal 1.

Penelitian yang berjudul Hubungan Antara praktik Personal Higiene dan Sarana Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kabupaten Cilacap, dengan desain *case-control* memberikan hasil bahwa hubungan antara praktik personal higiene ibu balita dan sarana sanitasi lingkungan dengan kejadian diare pada anak balita secara berurutan adalah variabel personal hygiene dengan $p=0,01$, kualitas jamban dengan $p=0,01$, kualitas pembuangan air limbah dengan $p=0,01$ dan variabel jenis tempat sampah dengan $p=0,01$.⁷⁴

Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-2 atas nama R., di pesantren Al Hamidiyah: “*Murid disini jarang sih terkena diare, paling masuk angin flu flu biasa dan berobatnya ke klinik*”⁷⁵

5) Prevalensi Demam

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit diare dengan perilaku personal higiene responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.14.

Tabel 4.14. Hubungan antara Prevalensi Demam dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Demam							
Tidak	33	86,8	5	13,2	2,53	0,62-10,25	0,26
Ya	13	72,2	5	27,8			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara diare dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami demam dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 86,8%,

⁷⁴ Muhajirin, “Hubungan Antara praktik *Personal Hygiene* Ibu Balita dan Sarana Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Kecamatan Kabupaten Cilacap”, pdf, diakses pada 19/04/2012.

⁷⁵ Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-2, atas nama Rivandy S., di pondok pesantren Al Hamidiyah Pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015.

dibandingkan dengan responden yang mengalami demam dan berperilaku baik yaitu sebanyak 72,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,26$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara demam dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara demam dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami demam mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mengalami demam, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami demam. Artinya bahwa demam mempunyai hubungan dengan perilaku personal hygiene responden.

Demam merupakan salah satu gejala dan tanda bahwa dalam tubuh manusia terjadi reaksi inflamasi atau reaksi normal untuk mempertahankan tubuh dari serangan agen pencetus infeksi. Penelitian di Australia yang dilakukan oleh Elizabeth Mc Donald tahun 2010, mengatakan dalam jurnal penelitian bahwa kurangnya/ miskinnya kebersihan personal dan domestik menjadi penyebab utama tingginya angka kejadian demam di daerah terpencil Suku Aborigin di Australia.⁷⁶

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-1 atas nama K. di pondok pesantren Al Hamidiyah: *"Biasanya teman-teman yang datang ke klinik dipesantren karena sakit demam, biasanya karena perubahan cuaca, ada juga yang datang berobat ke klinik karena sakit perut waktu menstruasi."*⁷⁷

6) Prevalensi Penyakit lain

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu) dengan perilaku personal hygiene

⁷⁶ David Brewster Elizabeth Mc Donald, Ross Bailie, Jocelyn Grace, "An Ecological Approach to Health Promotion in Remote Australian Aboriginal Communities," *Health Promotion International* 25, (2010), hal 1

⁷⁷ Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Khairun N., di Pesantren Al Hamidiyah, Sawangan, Depok, tanggal 30 Juli 2015

responden di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.15.

Tabel 4.15. Hubungan antara Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>valuc</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Penyakit Lain							
Tidak	28	84,8	5	15,2	1,55	0,39- 6,14	0,72
Ya	18	78,3	5	21,7			
Jumlah	46	82,1	10	17,9			

Hasil analisis hubungan antara penyakit lain dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami penyakit lain dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 84,8%, dibandingkan dengan responden yang mengalami penyakit lain dan berperilaku baik yaitu sebanyak 78,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,72$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit lain dengan perilaku personal hygiene. Pada distribusi hubungan antara penyakit lain dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami pebyakit lain mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mengalami penyakit lain, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami penyakit lain. Artinya bahwa penyakit lain mempunyai hubungan dengan perilaku personal hygiene responden.

2. Faktor Dominan Yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Personal Higiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah

Untuk melihat secara bersamaan hubungan antara semua variabel bebas atau variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah, digunakan analisis multivariat jenis uji regresi logistik metode *backward*. Menggunakan uji regresi logistik adalah karena uji regresi logistik merupakan salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis

hubungan satu variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat dikotom/ katagorik. Metode backward adalah memasukkan semua variabel ke dalam model, kemudian satu persatu variabel independen dikeluarkan dari model berdasarkan kriteria kemaknaan statistik. Variabel yang pertama kali dikeluarkan adalah variabel yang mempunyai korelasi parsial terkecil dengan variabel dependen. Kriteria pengeluaran (P-out) adalah 0,10, artinya variabel yang mempunyai nilai p lebih besar atau sama dengan 0,10 dikeluarkan dari model.

a. Hasil Analisis Bivariat

Hasil akhir analisis bivariat menggunakan uji kai kuadrat (*chi square*) variabel independen terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren Al Hamidiyah, dapat dilihat pada tabel 4.16 berikut ini.

Tabel 4.16. Hasil Uji Regresi Logistik

Variabel	<i>P value</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
Pelayanan Kesehatan	0,01	7,5	1,42-39,61
Pekerjaan Ibu	0,02	6,82	1,29-35,92
Skabies	0,02	5,92	1,32-26,46

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren Al Hamidiyah adalah pelayanan kesehatan, pekerjaan ibu dan prevalensi skabies.

b. Analisis Multivariat

Hasil akhir analisis multivariat metode *backward* variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene responden di pesantren Al Hamidiyah dapat dilihat pada tabel 4.17.

Tabel 4.17. Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Al Hamidiyah

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp (B)	95% CI for xp(B)	
							Lower	Upper
Skabies	-1,95	0,88	4,83	1	0,02	0,14	0,02	0,8
Yankes	-1,88	0,94	3,95	1	0,04	0,15	0,02	0,97
Kerja Ibu	-1,83	0,95	3,7	1	0,05	0,16	0,02	1,03
Konstanta	0,95	0,75	1,62	1	0,2	2,59		

Tabel 4.17 menunjukkan bahwa tidak ada variabel yang mempunyai nilai $p \geq 0,10$, dan ada tiga variabel yang masuk dalam model akhir. Artinya variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah prevalensi skabies, pelayanan kesehatan, dan pekerjaan ibu. Hasil uji kekuatan hubungan dari yang besar ke yang kecil adalah pekerjaan ibu dengan nilai $OR=0,16$, pelayanan kesehatan dengan $OR=0,15$, dan skabies dengan nilai $OR 0,14$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu.

B. Faktor-faktor yang Berpengaruh dan Faktor Dominan Terhadap Perilaku Personal Hygiene di Pondok Pesantren Qothrotul Falah

Seperti halnya di pondok pesantren Al Hamidiyah, maka faktor-faktor yang mempengaruhi dan faktor dominan terhadap perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah juga akan diuraikan menjadi dua bagian yaitu meliputi: Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku hygiene di pesantren Qothrotul Falah dan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku hygiene di pesantren Qothrotul Falah.

1. Faktor yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Personal Hygiene di Pondok Pesantren Qothrotul Falah

Selanjutnya faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dibahas meliputi: *predisposing factors, enabling factor, reinforcing factors dan environment factors.*

a. *Predisposing Factors*

Predisposing *factors* meliputi jenis kelamin, pengetahuan dan sikap terhadap perilaku higiene di pesantren Qothrotul Falah.

1) Jenis kelamin

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin responden terhadap perilaku personal higiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.18.

Tabel 4.18. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Jenis Kelamin							
Perempuan	18	81,1	4	18,2	9,75	2,28- 41,66	0,01
Laki-laki	6	31,6	13	68,4			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku menunjukkan bahwa responden perempuan dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 81,1%, dibandingkan dengan responden laki laki yang perilakunya baik sebanyak 31,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$, artinya ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku personal higiene, atau responden perempuan di pesantren Qothrotul Falah berpeluang mempunyai perilaku personal higiene baik sebesar (OR) = 9,75 (95% CI: 2,28-41,66) dibandingkan dengan responden laki laki.

Hasil wawancara dengan responden laki-laki ke-1, atas nama A, di pesantren Qothrotul Falah: “*seingat saya kalau murid laki-laki semua pernah ngalami gatal-gatal waktu baru masuk.*” “*Kalau untuk tempat wudhu, pagi biasanya anak laki-laki mandi dan wudhu di kulah belakang pesantren, lalu kalau siang biasanya wudhu di pondok walaupun ada juga yang di kulah, alasannya*

karena agak jauh dan tempatnya terbuka, tapi kalau di pondok airnya terbatas. Kalau cewek gak ada yang pakai kulah.”⁷⁸

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama S, di pesantren Qothrotul Falah: Peneliti diantar oleh santri puteri ke satu lokasi dekat bangunan pondok, lalu berkata: “*Nah bu, disini tempat semua kegiatan bersih-bersih dan cuci-cuci jadi satu, tempat wudhu, kamar mandi, wc, tempat nyuci pakaian dan tempat menjemur.*”⁷⁹ Tampak beberapa santri puteri sedang mencuci pakaian, dan tampak juga tempat menjemur pakaian menggunakan tali tambang, tempatnya terbuka disinari matahari serta dipenuhi jemuran pakaian perempuan.

2) Pengetahuan

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.19.

Tabel 4.19. Hubungan antara Pengetahuan dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pengetahuan							
Baik	16	64,0	9	36,0	1,77	0,49-6,36	0,37
Kurang	8	50,0	8	50,0			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 64,0%, dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang dan

⁷⁸ Hasil Wawancara dengan responden laki-laki ke-1, atas nama Alvi, di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

⁷⁹ Hasil Observasi dan Wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Sakinah, di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

berperilaku baik yaitu sebanyak 50,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,37$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku personal hygiene. Pada distribusi hubungan antara pengetahuan dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang berpengetahuan baik mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mempunyai pengetahuan kurang, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang berpengetahuan baik. Artinya bahwa pengetahuan mempengaruhi perilaku personal hygiene responden.

Hasil Wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama F., di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, *“mandi dua kali sehari pagi jam 4 dan sore jam 4” “setau saya mengganti pakaian 2 kali sehari tapi kalau masih bersih 1 kali sehari”. “mencuci tangan setiap wudhu” “keramas dua kali seminggu” “mengganti pembalut 2 kali sehari pada hari-hari awal menstruasi, setelah itu 1 kali ganti dalam sehari” “memotong kuku biasanya saat kuku sudah panjang dan kotor”*.⁸⁰

3) Sikap

Hasil analisis hubungan antara sikap dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.20.

Tabel 4.20.
Hubungan antara Sikap dengan Perilaku
di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Sikap							
Baik	18	64,3	10	35,7	2,10	0,55-7,99	0,27
Kurang	6	46,2	7	53,8			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

⁸⁰ Hasil Observasi dan Wawancara dengan responden perempuan ke-2, atas nama Farihatul A., di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

Hasil analisis hubungan antara sikap dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai sikap baik dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 64,3%, dibandingkan dengan responden yang bersikap kurang dan berperilaku baik yaitu sebanyak 46,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,27$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara sikap dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang bersikap baik mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mempunyai sikap kurang, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang bersikap baik. Artinya bahwa sikap mempengaruhi perilaku personal hygiene responden.

b. *Reinforcing Factor*

Reinforcing factors meliputi pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga.

1) Pendidikan Ibu

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.20.

Tabel 4.21.
Hubungan antara Pendidikan Ibu
dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pendidikan Ibu							
Tinggi	11	68,8	5	31,3	2,03	0,54- 7,57	0,28
Rendah	13	52,0	12	48,0			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ibu dengan

pendidikan tinggi dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 68,8%, dibandingkan dengan responden yang mempunyai ibu dengan pendidikan rendah dan berperilaku baik yaitu sebanyak 52,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,28$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan perilaku personal hygiene responden, atau pendidikan ibu tidak mempengaruhi perilaku personal hygiene responden.

Tetapi meskipun pada distribusi hubungan antara pendidikan ibu dengan perilaku tidak berhubungan secara statistik, namun terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang mempunyai ibu berpendidikan tinggi mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mempunyai ibu dengan pendidikan rendah, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai ibu berpendidikan tinggi.

2) Pendidikan Ayah

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.22.

Tabel 4.22.
Hubungan antara Pendidikan Ayah
dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pendidikan Ayah							
Tinggi	13	72,2	5	27,8	2,83	0,76- 10,58	0,11
Rendah	11	47,8	12	52,2			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ayah dengan pendidikan tinggi dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 72,2%, dibandingkan dengan responden yang

mempunyai ayah dengan pendidikan rendah dan berperilaku baik yaitu sebanyak 47,8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,11$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ayah dengan perilaku personal hygiene responden, atau pendidikan ayah tidak mempengaruhi perilaku personal hygiene responden di di pesantren Qothrotul Falah.

Tetapi meskipun pada distribusi hubungan antara pendidikan ayah dengan perilaku tidak berhubungan secara statistik, namun terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang mempunyai ayah berpendidikan tinggi mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mempunyai ayah dengan pendidikan rendah, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai ayah berpendidikan tinggi.

3) Pekerjaan Ibu

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.23.

Tabel 4.23. Hubungan antara Pekerjaan Ibu dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pekerjaan Ibu							
Tidak Bekerja	15	53,6	13	46,4	0,51	0,12- 2,06	0,34
Bekerja	9	69,2	4	30,8			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ibu tidak bekerja dan berperilaku baik ada sebanyak 53,6%, sedangkan responden yang mempunyai ibu bekerja dan berperilaku baik adalah 69,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,34$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku, terlihat bahwa responden dengan ibu bekerja lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden dengan ibu yang tidak bekerja. Begitu juga dengan responden dengan ibu tidak bekerja lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden dengan ibu bekerja.

4) Pekerjaan Ayah

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ayah dengan perilaku personal higiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.24.

Tabel 4.24. Hubungan antara Pekerjaan Ayah dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>valuc</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pekerjaan Ayah							
Bekerja	14	58,3	10	41,7	0,98	0,27- 3,46	0,97
Tidak Bekerja	10	58,8	7	41,2			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ayah dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai ayah bekerja dan berperilaku baik sebanyak 58,3%, hampir sama dengan jumlah responden yang mempunyai ayah tidak bekerja dan perilakunya baik yaitu sebanyak 58,8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,97$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ayah dengan perilaku personal higiene atau pekerjaan ayah tidak mempengaruhi perilaku personal higiene responden di pesantren Qothrotul Falah.

5) Pendapatan Keluarga

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku personal higiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.25.

Tabel 4.25. Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Pendapatan							
Tinggi	9	64,3	5	35,7	1,44	0,38- 5,45	0,59
Rendah	15	55,6	12	44,4			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pendapatan keluarga tinggi dan berperilaku baik lebih banyak yaitu sebanyak 64,3%, dibandingkan dengan responden yang mempunyai pendapatan keluarga rendah dan berperilaku baik yaitu sebanyak 55,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,59$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan perilaku personal hygiene responden, atau pendapatan keluarga tidak mempengaruhi perilaku personal hygiene responden di di pesantren Qothrotul Falah.

Tetapi meskipun pada distribusi hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku tidak berhubungan secara statistik, namun terdapat kecenderungan bahwa lebih banyak responden yang mempunyai pendapatan keluarga tinggi mempunyai perilaku yang baik. Sebaliknya responden yang mempunyai pendapatan keluarga rendah, lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai pendapatan keluarga tinggi.

c. *Enabling Factor*

Enabling factor, seperti di pesantren Al Hamidiyah, faktor pemungkin terjadinya perilaku personal hygiene di pesantren Qothrotul Falah adalah pelayanan kesehatan, adalah merupakan usaha responden mencari pertolongan pengobatan pada saat mengalami masalah kesehatan. Hasil analisis bivariat antara

elayanan kesehatan terhadap perilaku personal higiene di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.26.

Tabel 4.26. Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Yankes							
Ya	19	86,4	3	13,6	17,73	3,62-86,89	0,01
Tidak	5	26,3	14	73,7			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang berobat ke pelayanan kesehatan dan berperilaku baik yaitu lebih banyak yaitu 53,3%, sedangkan responden yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan dan perilakunya baik ada 26,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku personal higiene, atau pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku personal higiene dengan besar peluang (OR) = 17,73 (95% CI : 3,62-86,89) pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah yang pergi berobat ke pelayanan kesehatan untuk higiene.

Pada distribusi hubungan antara pelayanan kesehatan dengan perilaku, juga menunjukkan kecenderungan bahwa responden yang berobat ke yankes lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang tidak berobat ke yankes. Begitu juga sebaliknya responden yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan lebih banyak berperilaku kurang baik dibandingkan responden yang berobat.

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Sakinah, di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, *“Di pesantren ini kami tidak memiliki Pos kesehatan pesantren, kami hanya memiliki UKS yang dibuat oleh santri-santri namun tidak dicampur-tangani oleh Puskesmas, dan hanya menyediakan obat-*

obatan sederhana” “Jika ada santri yang sakit akan dibawa ke Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan” “Jika santri yang sakit tidak terlalu parah atau hanya pusing saja diberikan obat dari UKS dan istirahat di asrama”⁸¹.

d. *Environment Factor*

Environment Factors, seperti halnya di pesantren Al Hamidiyah, faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku personal higiene di pesantren tradisioanal adalah prevalensi atau angka kejadian kesakitan yang dialami responden selama tinggal di pondok, meliputi prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, dan demam. Sedangkan prevalensi penyakit lain yang dimaksud meliputi penyakit gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu yang dijadikan satu faktor karena prevalensinya sedikit atau jarang terjadi.

1) Prevalensi Gatal-Gatal

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit gatal-gatal dengan perilaku personal higiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.27.

Tabel 4.27. Hubungan antara Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Gatal-gatal							
Tidak	17	77,3	5	22,7	5,83	1,49-22,82	0,01
Ya	7	36,8	12	63,2			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara gatal-gatal dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak gatal-gatal dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 77,3%, sedangkan responden

⁸¹ Hasil Wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Sakinah, di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

yang gatal-gatal dan perilakunya baik ada sebanyak 36,8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara kejadian gatal-gatal dengan perilaku personal higiene, dan perilaku personal higiene mempengaruhi prevalensi gatal-gatal dengan besar risiko (OR) = 17,73 (95% CI : 3,62-86,89) pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah yang tidak higiene untuk terjadi gatal-gatal.

Pada distribusi hubungan antara gatal-gatal dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang tidak gatal-gatal lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang gatal-gatal. Begitu juga dengan responden yang gatal-gatal lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang tidak gatal-gatal.

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2, atas nama F., di pondok pesantren Qothrotul Falah, *“Hampir semua sih bu santri di sini pernah mengalami gatal-gatal waktu baru masuk”*⁸²

2) Prevalensi Skabies

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit skabies dengan perilaku personal higiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.28.

Tabel 4.28. Hubungan antara Prevalensi Skabies dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Skabies							
Tidak	17	85,0	3	15,0	11,33	2,46- 52,14	0,01
Ya	7	33,3	14	66,7			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

⁸² Hasil Wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Farihatul A., di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

Hasil analisis hubungan antara skabies dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak skabies dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 85,0%, sedangkan responden yang skabies dan perilakunya baik ada sejumlah 33,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara kejadian skabies dengan perilaku personal hygiene, dan perilaku personal hygiene mempengaruhi prevalensi skabies dengan besar risiko (OR) = 11,33 (95% CI: 2,46-52,14) pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah yang tidak hygiene untuk terkena penyakit skabies.

Pada distribusi hubungan antara skabies dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang tidak skabies lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang skabies. Begitu juga dengan responden yang skabies lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan dengan responden yang tidak skabies.

3) Prevalensi Batuk Pilek

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit batuk pilek dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.29.

Tabel 4.29. Hubungan antara Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> <i>value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Batuk pilek							
Tidak	17	77,3	5	22,7	5,83	1,49- 22,82	0,01
Ya	7	36,8	12	63,2			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara batuk pilek dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak batuk pilek dan berperilaku baik lebih banyak yaitu ada 77,3%, sedangkan

responden yang batuk pilek dan perilakunya baik ada sebanyak 36,8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara kejadian batuk pilek dengan perilaku personal higiene, dan perilaku personal higiene mempengaruhi kejadian batuk pilek dengan besar risiko (OR) = 5,83 (95% CI: 1,49-22,82) pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah yang tidak higiene untuk terkena batuk pilek. Pada distribusi hubungan antara batuk pilek dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang tidak batuk pilek lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang batuk pilek Begitu juga dengan responden yang batuk pilek lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang tidak batuk pilek.

4) Prevalensi Diare

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit diare dengan perilaku personal higiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.30.

Tabel 4.30. Hubungan antara Prevalensi Diare dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Diare							
Tidak	18	85,7	3	14,3	14,0	2,97- 66,09	0,01
Ya	6	30,0	14	70,0			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara diare dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak diare dan berperilaku baik yaitu sebanyak 85,7%, dan responden yang diare dan perilakunya baik ada 30,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,01$ artinya ada hubungan yang signifikan antara kejadian diare dengan perilaku personal higiene, dan perilaku personal higiene mempengaruhi kejadian diare dengan besar risiko (OR) =

14,0 (95% CI : 2,97-66,09) pada responden di pondok pesantren Qothrotul Falah yang tidak higiene untuk terkena diare.

Pada distribusi hubungan antara diare dengan perilaku, terdapat kecenderungan bahwa responden yang tidak diare lebih banyak yang berperilaku baik dibandingkan responden yang diare. Begitu juga dengan responden yang diare lebih banyak berperilaku kurang dibandingkan responden yang tidak diare.

Hasil wawancara dengan responden perempuan ke-2, atas nama F., di pondok pesantren Qothrotul Falah, *“kalau diare kadang ada juga santri puteri yang ngalami, pertama sakit perut telat makan gitu, lalu buang buang air tapi minum obat warung sembuh sendiri gak sampai dibawa ke Puskesmas”*⁸³

5) Prevalensi Demam

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit diare dengan perilaku personal higiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.31.

Tabel 4.31. Hubungan antara Prevalensi Demam dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Demam							
Tidak	22	61,1	14	38,9	2,35	0,34-15,92	0,63
Ya	2	40,0	3	60,0			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara demam dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami demam dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 61,1%, dibandingkan dengan responden yang mengalami demam sebanyak 40,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,63$, artinya tidak ada

⁸³ Hasil Wawancara dengan responden perempuan ke-1, atas nama Farihatul A., di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Tanggal 2 Nopember 2014

hubungan yang signifikan antara demam dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara demam dengan perilaku responden, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami demam mempunyai perilaku baik. Sebaliknya responden yang mengalami demam lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami demam. Artinya bahwa penyakit demam mempunyai hubungan dengan perilaku personal hygiene responden.

6) Prevalensi Penyakit Lain

Hasil analisis hubungan antara prevalensi penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu) dengan perilaku personal hygiene responden di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.32.

Tabel 4.32. Hubungan antara Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P value</i>
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%			
Penyakit Lain							
Tidak	18	64,3	10	35,7	2,10	0,55-7,99	0,27
Ya	6	46,2	7	53,8			
Jumlah	24	58,5	17	41,5			

Hasil analisis hubungan antara penyakit lain dengan perilaku menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami penyakit lain dan berperilaku baik lebih banyak yaitu 64,3%, dibandingkan dengan responden yang mengalami penyakit lain sebanyak 46,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,27$, artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit lain dengan perilaku personal hygiene.

Pada distribusi hubungan antara penyakit lain dengan perilaku responden, terdapat kecenderungan bahwa sebagian besar responden yang tidak mengalami prevalensi penyakit lain mempunyai perilaku baik. Sebaliknya responden yang mengalami

penyakit lain lebih banyak yang berperilaku kurang baik dibandingkan dengan yang tidak mengalami penyakit lain. Artinya bahwa penyakit penyakit lain mempunyai hubungan dengan perilaku personal higiene responden.

Hasil wawancara dengan Responden laki-laki ke-1 atas nama M di pesantren Qothrotul Falah: *“saya sering pusing, mata berkunang kunang, kalau pagi, siang juga. Tapi hampir semua, teman teman saya juga begitu katanya, sering lemes jadi kalau sudah begitu kurang konsentrasi belajar”*. Perut juga kadang sakit, kenapa ya bu?⁸⁴.

2. Faktor Dominan yang Mempengaruhi Perilaku Personal Higiene di Pondok Pesantren Qothrotul Falah

Seperti halnya uji multivariat, maka untuk melihat variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah, digunakan analisis multivariat jenis uji regresi logistik metode *backward*. Menggunakan uji regresi logistik adalah variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat katagorik. Metode backward adalah masukkan semua variabel ke dalam model, kemudian satu persatu variabel independen dikeluarkan dari model. Kriteria pengeluaran (P-out) adalah 0,10, artinya variabel yang mempunyai nilai p lebih besar atau sama dengan 0,10 akan dikeluarkan dari model.

a. Hasil Analisis Bivariat

Hasil akhir analisis bivariat menggunakan uji kai kuadrat (*chi square*) variabel independen terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 4.33 berikut ini.

⁸⁴ Hasil wawancara dengan Responden ke-1 atas nama M di Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Banten, tanggal 2 Nopember 2014

Tabel 4.33.
 Hasil Uji Regresi Logistik di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	P value	OR	95% CI
Jenis kelamin	0,01	9,75	2,28-41,66
Pelayanan Kesehatan	0,01	17,73	3,62-86,89
Gatal-gatal	0,01	5,83	1,49-22,82
Skabies	0,01	11,33	2,46-52,14
Batuk Pilek	0,01	5,83	1,49-22,82
Diare	0,01	14,0	2,97-66,09

Tabel 4.33 menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Qothrotul Falah adalah variabel jenis kelamin, pelayanan kesehatan, prevalensi gatal-gatal, skabies, batuk pilek, dan prevalensi diare.

b. Analisis Multivariat

Hasil akhir analisis multivariat metode *backward* variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene responden di pesantren Qothrotul Falah dapat dilihat pada tabel 4.34.

Tabel 4.34.
 Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Qothrotul Falah

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% CI	
							Lower	Upper
Gatal-gatal	-0,74	1,46	0,25	1	0,61	0,48	0,03	8,34
Skabies	-1,67	1,62	1,05	1	0,3	0,19	0,01	4,52
Batuk pilek	-2,12	1,52	1,82	1	0,18	0,12	0,01	2,61
Diare	-1,33	1,17	1,29	1	0,26	0,26	0,03	2,62
Yankes	-2,38	1,34	3,13	1	0,08	0,09	0,01	1,3
Sex	-0,87	1,16	0,55	1	0,46	0,42	0,04	4,11
Pddk Ayah	-1,15	1,34	0,73	1	0,39	0,32	0,02	4,43
Konstanta	4,95	2,13	5,36	1	0,02	141,63		
Skabies	-2,05	1,41	2,09	1	0,14	0,12	0,01	2,06
Batuk pilek	-2,33	1,53	2,31	1	0,12	0,09	0,01	1,96
Diare	-1,47	1,14	1,65	1	0,19	0,22	0,02	2,16
Yankes	-2,1	1,15	3,3	1	0,06	0,12	0,01	1,17
Sex	-0,96	1,11	0,73	1	0,39	0,38	0,04	3,42
Pddk Ayah	-1,25	1,31	0,9	1	0,34	0,28	0,02	3,74
Konstanta	4,88	2,11	5,32	1	0,02	131,17		
Skabies	-2,5	1,33	3,47	1	0,06	0,08	0,01	1,13
Batuk pilek	-2,58	1,45	3,15	1	0,07	0,07	0,01	1,31
Diare	-1,50	1,13	1,75	1	0,18	0,22	0,02	2,05
Yankes	-2,08	1,13	3,37	1	0,06	0,12	0,01	1,15
Pddk Ayah	-1,21	1,21	0,97	1	0,32	0,29	0,02	3,26
Konstanta	4,77	2,07	5,28	1	0,02	117,86		
Skabies	-2,81	1,26	4,95	1	0,03	0,06	0,01	0,71
Batuk pilek	-2,27	1,29	3,05	1	0,08	0,1	0,01	1,31
Diare	-1,27	1,05	1,45	1	0,23	0,28	0,03	2,21
Yankes	-1,99	1,08	3,37	1	0,07	0,13	0,01	1,14
Konstanta	3,96	1,64	5,82	1	0,02	52,34		
Skabies	-2,98	1,21	6,02	1	0,01	0,05	0,01	0,55
Batuk pilek	-2,31	1,23	3,48	1	0,06	0,1	0,01	1,12
Yankes	-2,44	1,00	5,85	1	0,02	0,08	0,01	0,63
Konstanta	3,59	1,46	6,05	1	0,01	36,28		

Tabel 4.34. menunjukkan lima langkah hasil analisis multivariat metode *backward* faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah. *Pertama*, tampak bahwa tujuh variabel yaitu prevalensi gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, pelayanan kesehatan, jenis kelamin, dan pendidikan ayah. Dari ketujuh variabel tersebut variabel gatal-gatal mempunyai p *value* paling besar yaitu 0,61, sehingga dikeluarkan dari model. Setelah variabel gatal-gatal dikeluarkan, tersisa enam variabel yaitu prevalensi skabies, batuk pilek, diare, pelayanan kesehatan, jenis kelamin, dan pendidikan ayah. *Kedua*, variabel jenis kelamin mempunyai nilai p paling besar yaitu 0,39, maka dikeluarkan dari model. Setelah jenis kelamin dikeluarkan maka tersisa lima variabel yaitu prevalensi skabies, batuk pilek, diare, pelayanan kesehatan, dan pendidikan ayah. *Ketiga*, pendidikan ayah mempunyai nilai p paling besar yaitu 0,32, maka variabel ini dikeluarkan dari model, dan tersisa 4 variabel yaitu prevalensi skabies, batuk pilek, diare, dan pelayanan kesehatan. *Ke-empat*, prevalensi diare mempunyai nilai p paling besar yaitu 0,23 dan dikeluarkan dari model, sehingga tinggal 3 variabel yang tersisa. *Kelima*, langkah akhir tidak ada lagi variabel yang dikeluarkan atau tidak ada lagi variabel yang mempunyai nilai $p \geq 0,10$, dan tinggal tiga variabel yang masuk dalam model akhir.

Pada model akhir analisis multivariat metode *backward*, tampak bahwa variabel yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi skabies, prevalensi batuk pilek dan pelayanan kesehatan, dengan hasil uji kekuatan menunjukkan hubungan yang lemah. Hasil uji kekuatan hubungan dari yang besar ke yang kecil yaitu prevalensi batuk pilek dengan nilai $OR=0,1$, pelayanan kesehatan nilai $OR=0,08$, dan prevalensi skabies dengan nilai $OR=0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek.

Bab V

Perbandingan Perilaku Personal Higiene di Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah

Pondok pesantren adalah institusi pendidikan yang memiliki karakter khas, dan mempunyai peran yang sangat signifikan terhadap ilmu-ilmu keagamaan, pengembangan dan pengendali sistem moral masyarakat dan peran sebagai agen transformasi sosial.

Pesantren salaf adalah bentuk asli dari lembaga pesantren. Secara sederhana definisi pesantren salaf adalah sebuah pesantren yang menganut sistem tradisional di mana di dalamnya hanya mengajarkan ilmu-ilmu agama dan tidak mengajarkan ilmu umum. Sedangkan pesantren modern adalah pesantren yang menganut sistem pendidikan yang mengajarkan ilmu agama dan ilmu umum, santri bisa berbicara bahasa Arab, tetapi kurang memahami kitab gundul (kitab kuning). Pada umumnya pesantren yang dulu salaf murni, sekarang sudah beradaptasi dan kombinasi dengan sistem modern. Pesantren melaksanakan pendidikan formal dan sistem pembelajaran bahasa Arab atau Inggris aktif, di samping pendidikan kitab kuning (Pesantren kombinasi).

Studi ini tidak melihat dan tidak membedakan antara pesantren modern, pesantren kombinasi dan pesantren tradisional. Penelitian yang dilakukan di pondok pesantren Al Hamidiyah dan pesantren Qothrotul Falah ini fokus pada permasalahan personal higiene di kedua pesantren tersebut. Sedangkan yang membedakan antara kedua pesantren tersebut adalah keberadaan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air bersih yang digunakan. Pesantren Al Hamidiyah memanfaatkan sumur bor sebagai sumber air bersih, sedangkan pesantren Qothrotul Falah, selain menggunakan sumur bor sebagai sumber air bersih, juga menggunakan

kulah sebagai salah satu sumber air untuk berwudhu dan keperluan sehari-hari.

Selanjutnya untuk melihat perbandingan, baik persamaan dan perbedaan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan di pondok pesantren Qothrotul Falah akan dibahas tentang: perbedaan karakteristik responden, perbedaan faktor-faktor yang berpengaruh, peran dan kontribusi persamaan dan perbedaan faktor dominan.

A. Perbedaan Karakteristik Responden

Perbandingan karakteristik antara responden pondok pesantren Al Hamidiyah dengan pondok pesantren Qothrotul Falah akan diuraikan meliputi: perbedaan nilai rata-rata skor pengetahuan, sikap dan perilaku; perbedaan rata-rata umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren, dan frekuensi sakit; perbedaan *predisposing factors*; perbedaan *reinforcing factors*; perbedaan *enabling factor*; dan perbedaan *environment factors*.

1. Perbedaan Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Perbedaan nilai rata-rata skor pengetahuan, sikap dan perilaku antara responden pondok pesantren Al Hamidiyah dengan pondok pesantren Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1. Perbedaan Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Pondok Pesantren	Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-maksimal
Al Hamidiyah	Pengetahuan	29,98	30,0	6,2	17-42
	Sikap	28,41	29,0	2,7	22-33
	Perilaku	19,38	20,0	1,15	15-21
Qothrotul Falah	Pengetahuan	26,92	29,0	7,08	14-40
	Sikap	28,53	29,0	2,09	23-32
	Perilaku	18,56	19,0	1,7	14-22

Perbedaan nilai rata-rata skor pengetahuan, nilai median, nilai minimal dan nilai maksimal di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih tinggi dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah,

dengan rentang deviasi lebih kecil. Ini menunjukkan bahwa pengetahuan santri di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih baik dibandingkan dengan pengetahuan santri di pondok pesantren Qothrotul Falah. Di pondok pesantren Qothrotul Falah, nilai rata-rata skor sikap sedikit lebih tinggi, nilai median sama, nilai minimal lebih besar, nilai maksimal lebih kecil dan nilai rentang deviasi lebih kecil. Ini menunjukkan bahwa sikap santri di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih baik dibandingkan dengan sikap santri di pondok pesantren Al Hamidiyah. Di pondok pesantren Al Hamidiyah, nilai rata-rata skor perilaku sedikit lebih tinggi, nilai median lebih tinggi, nilai maksimal lebih rendah, nilai minimal lebih tinggi, sementara rentang deviasi lebih kecil. Ini menunjukkan bahwa perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah maupun di pondok pesantren Qothrotul Falah hampir sama.

2. Perbedaan Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit

Perbedaan rata-rata umur, jumlah teman sekamar, lama tinggal di pesantren, dan frekuensi sakit antara responden pondok pesantren Al Hamidiyah dengan Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Perbedaan Rata Rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit

Pondok Pesantren	Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-maksimal
Al Hamidiyah	Umur	15,63	16,0	0,62	15-17
	Jumlah teman sekamar	14,14	14,0	2,7	8-18
	Lama tinggal di Pesantren	28,66	35,5	16,11	4-48
	Frekuensi sakit	1,45	1,0	1,22	0-5
Qothrotul Falah	Umur	13,66	13,0	1,67	11-16
	Jumlah teman sekamar	22,68	23,0	3,14	18-30
	Lama tinggal di Pesantren	3,73	4,0	0,5	3-5
	Frekuensi sakit	0,8	1,0	0,71	0-3

Perbedaan rata-rata umur dan umur maksimal-minimal responden di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih tua dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Rentang deviasi umur lebih kecil di pondok pesantren Al Hamidiyah dibandingkan dengan pondok pesantren Qothrotul Falah. Rata-rata santri di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih tua dapat terjadi karena perbedaan faktor lama tinggal di pesantren dimana santri di pesantren Al Hamidiyah rata-rata lebih lama tinggal di pesantren.

Perbedaan rata-rata jumlah teman sekamar lebih sedikit di pondok pesantren Al Hamidiyah, begitu juga dengan jumlah maksimal dan minimal teman sekamar lebih sedikit di pondok pesantren Al Hamidiyah, dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Rentang deviasi jumlah teman sekamar lebih kecil di pondok pesantren Al Hamidiyah dibandingkan dengan pondok pesantren Qothrotul Falah. Rata-rata jumlah teman sekamar santri di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak, hal ini dapat menyebabkan tingginya prevalensi penyakit terutama penyakit menular.

Rata-rata lama tinggal di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih lama dibandingkan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Waktu minimal tinggal di pondok pesantren Al Hamidiyah sedikit lebih lama dari pondok pesantren Qothrotul Falah, sedangkan waktu maksimalnya jauh lebih lama di pondok pesantren Al Hamidiyah. Nilai deviasi lama tinggal di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih lama dari pondok pesantren Qothrotul Falah. Rata-rata lama tinggal di pondok pesantren dapat mempengaruhi rata-rata umur dan frekuensi sakit santri di pondok pesantren Al Hamidiyah.

Rata-rata frekuensi responden menderita sakit di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih sering daripada di pondok pesantren Qothrotul Falah. Frekuensi sakit minimal di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah sama yaitu tidak pernah sakit, sedangkan frekuensi sakit maksimal di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih tinggi dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Rentang deviasi frekuensi sakit di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih tinggi dibandingkan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Rata-rata

frekuensi responden menderita sakit di pondok pesantren Al Hamidiyah dapat dipengaruhi oleh faktor antara lain lama tinggal di pesantren.

3. Perbedaan *Predisposing Factors*

Perbedaan faktor-faktor yang mendasari perilaku personal higiene antara responden di pesantren Al Hamidiyah dengan pesantren Qothrotul Falah meliputi perbedaan faktor jenis kelamin, pengetahuan, sikap dan perilaku, dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut:

Tabel 5.3. Perbedaan *Predisposing Factors*

Pondok Pesantren	Variabel	Kategori	Responden		
			n	%	
Al Hamidiyah	Jenis kelamin	Perempuan	23	41,1	
		Laki-laki	33	58,9	
	Pengetahuan	Baik	41	73,2	
		Kurang	15	26,8	
	Sikap	Baik	34	60,7	
		Kurang	22	39,3	
	Perilaku	Baik	46	82,1	
		Kurang	10	17,9	
			Total	56	100,0
	Qothrotul Falah	Jenis kelamin	Perempuan	22	53,7
Laki-laki			19	46,3	
Pengetahuan		Baik	25	61,0	
		Kurang	16	39,0	
Sikap		Baik	28	68,3	
		Kurang	13	31,7	
Perilaku		Baik	24	58,5	
		Kurang	17	41,5	
		Total	41	100,0	

Tampak bahwa jumlah santri putera di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan di pondok pesantren Qothrotul Falah santri puteri lebih banyak. Perbedaan berdasarkan pengetahuan, responden di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak yang mempunyai pengetahuan baik dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Perbedaan berdasarkan sikap, responden yang mempunyai sikap baik lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah dibandingkan dengan responden di pondok pesantren

Al Hamidiyah. Perbedaan responden berdasarkan perilaku, distribusi perilaku personal hygiene responden baik di pondok pesantren Al Hamidiyah maupun di pondok pesantren Qothrotul Falah sama sama mempunyai perilaku baik, tetapi dibandingkan dengan pondok pesantren Qothrotul Falah persentase responden yang berperilaku baik lebih banyak di pondok pesantren Al Hamidiyah.

4. Perbedaan *Reinforcing Factors*

Perbedaan faktor-faktor yang memperkuat terjadinya perilaku personal hygiene antara responden di pesantren Al Hamidiyah dengan pesantren Qothrotul Falah meliputi perbedaan faktor pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga, dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4. Perbedaan Reinforcing Factors

Pondok Pesantren	Variabel	Kategori	Responden	
			n	%
Al Hamidiyah	Pendidikan Ibu	Tinggi	54	96,4
		Rendah	2	3,6
	Pendidikan Ayah	Tinggi	54	96,4
		Rendah	2	3,6
	Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	31	55,4
		Bekerja	25	44,6
	Pekerjaan Ayah	Bekerja	43	76,8
		Tidak Bekerja	13	23,2
	Pendapatan	Tinggi	53	94,6
	Keluarga	Rendah	3	5,4
		Total	56	100
Qothrotul Falah	Pendidikan Ibu	Tinggi	16	39,0
		Rendah	25	61,0
	Pendidikan Ayah	Tinggi	18	43,9
		Rendah	23	56,1
	Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	28	68,3
		Bekerja	13	31,7
	Pekerjaan Ayah	Bekerja	24	58,5
		Tidak Bekerja	17	41,5
	Pendapatan	Tinggi	14	34,1
	Keluarga	Rendah	27	65,9
		Total	41	100

Tampak bahwa perbedaan pendidikan ibu responden, di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak ibu yang berpendidikan tinggi, sedangkan ibu responden yang berpendidikan rendah lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi ayah responden yang berpendidikan tinggi di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan ayah responden yang berpendidikan rendah lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi frekuensi ibu responden yang tidak bekerja di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan ibu responden yang bekerja lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi ayah responden yang bekerja di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan ayah responden yang tidak bekerja lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Perbedaan distribusi berdasarkan pendapatan keluarga, di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak keluarga pendapatan keluarga tinggi, sedangkan responden yang pendapatan keluarganya rendah lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah.

5. Perbedaan *Enabling Factor*

Perbedaan faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku personal higiene antara responden di pesantren Al Hamidiyah dengan pesantren Qothrotul Falah adalah perbedaan faktor pelayanan kesehatan, dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Perbedaan Enabling Factor

Pondok Pesantren	Variabel	Kategori	Responden	
			n	%
Al Hamidiyah	Pelayanan Kesehatan	Ya	32	57,1
		Tidak	24	42,9
		Total	56	100
Qothrotul Falah	Pelayanan Kesehatan	Ya	22	53,7
		Tidak	19	46,3
		Total	41	100

Faktor pemungkin terjadinya perilaku personal higiene di pesantren adalah pelayanan kesehatan, merupakan usaha responden

mencari pertolongan pengobatan pada saat mengalami masalah kesehatan. Perbedaan distribusi responden yang berobat atau memeriksakan diri pada saat mengalami masalah kesehatan atau sakit ke pelayanan kesehatan adalah lebih banyak santri di pondok pesantren Al Hamidiyah yang memeriksakan diri, namun demikian baik di pondok pesantren Al Hamidiyah maupun di pondok pesantren Qothrotul Falah, distribusi responden yang berobat pada saat mengalami masalah kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak pergi berobat.

6. Perbedaan *Environment Factors*

Perbedaan faktor lingkungan antara responden di pesantren Al Hamidiyah dengan pesantren Qothrotul Falah meliputi perbedaan prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, demam dan prevalensi penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu). Perbedaan *environment factors* dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6. Perbedaan Environment Factors

Pondok Pesantren	Variabel	Kategori	Responden	
			n	%
Al Hamidiyah	Gatal-gatal	Tidak	42	75,0
		Ya	14	25,0
	Skabies	Tidak	36	64,3
		Ya	20	35,7
	Batuk Pilek	Tidak	28	50,0
		Ya	28	50,0
	Diare	Tidak	47	83,9
		Ya	9	16,2
	Demam	Tidak	38	67,9
		Ya	18	32,1
Prevalensi Penyakit lain	Tidak	33	58,9	
	Ya	23	41,1	
	Total		56	100
Qothrotul Falah	Gatal-gatal	Tidak	22	53,7
		Ya	19	46,3
	Skabies	Tidak	20	48,8
		Ya	21	51,2
	Batuk Pilek	Tidak	22	53,7
		Ya	19	46,3
	Diare	Tidak	21	51,2
		Ya	20	48,8
	Demam	Tidak	36	87,8
		Ya	5	12,2
Prevalensi Penyakit lain	Tidak	31	75,6	
	Ya	10	24,4	
	Total		41	100

Distribusi responden yang tidak mengalami gatal-gatal di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami gatal-gatal lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi responden yang tidak mengalami skabies di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami skabies lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi frekuensi responden yang tidak mengalami batuk pilek di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami batuk pilek lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Al Hamidiyah.

Distribusi frekuensi responden yang tidak mengalami diare di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami diare lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi frekuensi responden yang tidak mengalami demam di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami demam lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Al Hamidiyah. Distribusi frekuensi responden yang tidak mengalami penyakit lain di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak, sedangkan responden yang mengalami penyakit lain lebih sedikit dibandingkan dengan di pondok pesantren Al Hamidiyah.

B. Perbandingan Faktor yang Berpengaruh

Persamaan dan perbedaan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene antara responden di pondok pesantren Al Hamidiyah dengan di pesantren Qothrotul Falah diuraikan meliputi perbedaan pengaruh *predisposing factors*; perbedaan pengaruh *reinforcing factors*; perbedaan pengaruh *enabling factor*; dan perbedaan pengaruh *environment factors*.

1. Perbandingan *Predisposing Factors*

Persamaan dan perbedaan *predisposing factors* yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene antara responden di pondok pesantren Al Hamidiyah dengan di pesantren Qothrotul Falah diuraikan meliputi perbedaan pengaruh faktor jenis kelamin, pengetahuan dan sikap, dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7. Perbandingan Predisposing Factors

Pondok Pesantren	Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> value	
		Baik		Kurang					
		n	%	n	%				
Al Hamidiyah	Jenis								
	Kelamin								
	Perempuan	17	73,9	6	26,1	0,39	0,09-1,58	0,29	
	Laki-laki	29	87,9	4	12,1				
	Jumlah	46	82,1	10	17,9				
	Pengetahuan								
	Baik	34	82,9	7	17,1	1,21	0,27-5,46	1,00	
	Kurang	12	80,0	3	20,0				
	Jumlah	46	82,1	10	17,9				
	Sikap								
Baik	29	85,3	5	14,7	1,7	0,43-6,75	0,49		
Kurang	17	77,3	5	22,7					
Jumlah	46	82,1	10	17,9					
Qothrotul Falah	Jenis								
	Kelamin								
	Perempuan	18	81,1	4	18,2	9,75	2,28-41,66	0,01	
	Laki-laki	6	31,6	13	68,4				
	Jumlah	24	58,5	17	41,5				
	Pengetahuan								
	Baik	16	64,0	9	36,0	1,77	0,49-6,36	0,37	
	Kurang	8	50,0	8	50,0				
	Jumlah	24	58,5	17	41,5				
	Sikap								
Baik	18	64,3	10	35,7	5,83	1,49-22,82	0,01		
Kurang	6	46,2	7	53,8					
Jumlah	24	58,5	17	41,5					

Perbedaan hubungan faktor yang berpengaruh antara jenis kelamin responden dengan perilaku personal higiene, lebih banyak responden laki-laki yang berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, dan responden perempuan yang berperilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Al Hamidiyah. Distribusi hubungan antara pengetahuan dengan perilaku, lebih banyak responden yang mempunyai pengetahuan baik dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah. Distribusi hubungan antara sikap dengan perilaku, lebih banyak responden yang mempunyai sikap baik dan berperilaku baik di pondok

pesantren Al Hamidiyah dibandingkan dengan di pondok pesantren Qothrotul Falah, sedangkan responden yang mempunyai sikap kurang dan berperilaku baik lebih banyak di pondok pesantren Al Hamidiyah.

2. Perbandingan *Reinforcing Factors*

Persamaan dan perbedaan *reinforcing factors* yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene antara responden di pondok pesantren Al Hamidiyah dengan di pesantren Qothrotul Falah diuraikan meliputi perbedaan pengaruh faktor pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah dan pendapatan keluarga, dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8. Perbandingan Reinforcing Factors

Pondok Pesantren	Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P</i> value
		Baik		Kurang				
		n	%	n	%			
Al Hamidiyah	Pddkn Ibu							
	Tinggi	45	83,3	9	16,7	5,0	0,28-87,54	0,32
	Rendah	1	50,0	1	50,0			
	Pddkn Ayah							
	Tinggi	45	83,3	9	16,7	5,0	0,28-87,54	0,32
	Rendah	1	50,0	1	50,0			
	Pekerjaan Ibu					6,82	1,29-35,92	0,02
	Tdk Bekerja	29	93,5	2	6,5			
	Bekerja	17	68,0	8	32,0			
	Pekerjaan Ayah							
	Bekerja	34	79,1	9	20,9	0,31	0,03-2,75	0,42
	Tidak Bekerja	12	92,3	1	7,7			
Pendapatan								
Tinggi	44	83,0	9	17,0	2,44	0,20-29,93	0,45	
Rendah	2	66,7	1	33,3				
Jumlah	46	82,1	10	17,9				
Qothrotul Falah	Pddkn Ibu							
	Tinggi	11	68,8	5	31,3	2,03	0,54-7,57	0,28
	Rendah	13	52,0	12	48,0			
	Pddkn Ayah							
	Tinggi	13	72,2	5	27,8	1,77	0,49-6,36	0,37
	Rendah	11	47,8	12	52,2			
	Pekerjaan Ibu					0,51	0,12-2,06	0,34
	Tidak Bekerja	15	53,6	13	46,4			
	Bekerja	9	69,2	4	30,8			
	Pekerjaan Ayah							
	Bekerja	14	58,3	10	41,7	0,98	0,27-3,46	0,97
	Tidak Bekerja	10	58,8	7	41,2			
Pendapatan								
Tinggi	9	64,3	5	35,7	1,44	0,38-5,45	0,59	
Rendah	15	55,6	12	44,4				
Jumlah	24	58,5	17	41,5				

Hubungan antara pendidikan ibu dan perilaku, lebih banyak responden yang mempunyai ibu berpendidikan tinggi dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden dengan ibu berpendidikan rendah dan berperilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara pendidikan ayah dan perilaku, lebih banyak responden yang mempunyai ayah berpendidikan tinggi dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden dengan ayah berpendidikan rendah dan berperilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara pekerjaan ibu dan perilaku responden, lebih banyak responden yang mempunyai ibu tidak bekerja dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, responden dengan ibu bekerja serta mempunyai perilaku kurang juga lebih banyak di pondok pesantren Al Hamidiyah. Distribusi hubungan antara pekerjaan ayah dan perilaku responden, lebih banyak responden yang mempunyai ayah bekerja dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden dengan ayah tidak bekerja serta mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara pendapatan keluarga dan perilaku responden, lebih banyak responden dengan pendapatan keluarga tinggi dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden dengan pendapatan keluarga rendah dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara pelayanan kesehatan dan perilaku responden, lebih banyak responden yang periksa ke pelayanan kesehatan dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang tidak periksa ke pelayanan kesehatan dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah.

3. Perbandingan *Enabling Factor*

Persamaan dan perbedaan *enabling factor* yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene antara responden di pondok pesantren Al Hamidiyah dengan di pesantren Qothrotul Falah adalah perbedaan faktor pelayanan kesehatan, dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Perbandingan Enabling Factor

Pondok Pesantren	Variabel	Perilaku				OR	95% CI	P value
		Baik		Kurang				
		n	%	n	%			
Al Hamidiyah	Yankes							
	Ya	30	93,8	2	6,3	7,5	1,42-39,61	0,01
	Tidak	16	66,7	8	33,3			
	Jumlah	46	82,1	10	17,9			
Qothrotul Falah	Yankes							
	Ya	19	86,4	3	13,6	17,73	3,62-86,89	0,01
	Tidak	5	26,3	4	73,7			
	Jumlah	24	58,5	7	41,5			

4. Perbandingan *Environment Factors*

Persamaan dan perbedaan *environment factors* yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene antara responden di pondok pesantren Al Hamidiyah dengan di pesantren Qothrotul Falah meliputi perbedaan prevalensi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare, demam dan prevalensi penyakit lain. Perbedaan pengaruh *environment factors* dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10. Perbandingan Environment Factors

Pondok Pesantren	Variabel	Perilaku				OR	95% CI	<i>P value</i>
		Baik		Kurang				
		n	%	n	%			
Al Hamidiyah	Gatal-gatal							
	Tidak	35	83,3	7	16,7	1,36	0,30-6,18	0,69
	Ya	11	78,6	3	21,4			
	Skabies							
	Tidak	33	91,7	3	8,3	5,92	1,32-26,46	0,02
	Ya	13	65,0	7	35,0			
	Batuk pilek							
	Tidak	23	82,1	5	17,9	1,0	0,25-3,92	1,00
	Ya	23	82,1	5	17,9			
	Diare							
	Tidak	39	83,0	8	17,0	1,39	0,24-7,98	0,70
	Ya	7	77,8	2	22,2			
	Demam							
	Tidak	33	86,8	5	13,2	2,53	0,62-10,25	0,26
Ya	13	72,2	5	27,8				
Penyakit Lain								
Tidak	28	84,8	5	15,2	1,55	0,39-6,14	0,72	
Ya	18	78,3	5	21,7				
Qothrotul Falah	Gatal-gatal							
	Tidak	17	77,3	5	22,7	5,83	1,49-22,82	0,01
	Ya	7	36,8	12	63,2			
	Skabies							
	Tidak	17	85,0	3	15,0	11,33	2,46-52,14	0,01
	Ya	7	33,3	14	66,7			
	Batuk pilek							
	Tidak	17	77,3	5	22,7	5,83	1,49-22,82	0,01
	Ya	7	36,8	12	63,2			
	Diare							
	Tidak	18	85,7	3	14,3	14,0	2,97-66,09	0,01
	Ya	6	30,0	14	70,0			
	Demam							
	Tidak	22	61,1	14	38,9	2,35	0,34-15,92	0,63
Ya	2	40,0	3	60,0				
Penyakit Lain								
Tidak	18	64,3	10	35,7	2,10	0,55-7,99	0,27	
Ya	6	46,2	7	53,8				

Hubungan antara gatal-gatal dan perilaku, lebih banyak responden yang tidak mengalami gatal-gatal dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang mengalami gatal-gatal dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara skabies dan perilaku responden, lebih banyak responden yang tidak mengalami skabies dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang mengalami skabies dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara batuk pilek dan perilaku responden, lebih banyak responden yang tidak mengalami batuk pilek dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang mengalami batuk pilek dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara diare dan perilaku responden, lebih banyak responden yang tidak mengalami diare dan berperilaku baik di pondok pesantren Qothrotul Falah, sedangkan responden yang mengalami diare dan mempunyai perilaku kurang juga lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara demam dan perilaku responden, lebih banyak responden yang tidak mengalami demam dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang mengalami demam dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah. Hubungan antara penyakit lain dan perilaku responden, lebih banyak responden yang tidak mengalami penyakit lain dan berperilaku baik di pondok pesantren Al Hamidiyah, sedangkan responden yang mengalami penyakit lain dan mempunyai perilaku kurang lebih banyak di pondok pesantren Qothrotul Falah.

C. Peran dan Kontribusi Persamaan dan Perbedaan Faktor Dominan

Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu, pelayanan kesehatan dan prevalensi skabies. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu.

Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek, pelayanan kesehatan dan prevalensi skabies. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek.

Perbandingan, baik perbedaan maupun persamaan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah, dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11.
Persamaan dan Perbedaan Faktor Dominan

Variabel	<i>B</i>	<i>S.E</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>95% CI for Exp(B)</i>	
							<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Pondok Pesantren Al Hamidiyah								
Skabies	-1,95	0,88	4,83	1	0,02	0,14	0,02	0,80
Yankes	-1,88	0,94	3,95	1	0,04	0,15	0,02	0,97
Kerja Ibu	-1,83	0,95	3,70	1	0,05	0,16	0,02	1,03
Konstanta	0,95	0,75	1,62	1	0,20	2,59		
Pondok Pesantren Qothrotul Falah								
Skabies	-2,98	1,21	6,02	1	0,01	0,05	0,01	0,55
Batuk pilek	-2,31	1,23	3,48	1	0,06	0,1	0,01	1,12
Yankes	-2,44	1,00	5,85	1	0,02	0,08	0,01	0,63
Konstanta	3,59	1,46	6,05	1	0,01	36,28		

1. Peran Faktor Pembeda

Hasil akhir analisis menunjukkan bahwa terdapat tiga faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene pada masing-masing pondok pesantren. Dua faktor yang sama yang berpengaruh baik di pondok pesantren Al Hamidiyah maupun di pondok pesantren Qothrotul Falah secara berurut pengaruhnya dari yang besar ke yang kecil adalah pelayanan kesehatan dan prevalensi skabies. Faktor yang berbeda yang berpengaruh terhadap perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu, yang sekaligus

merupakan faktor dominan yang mempengaruhi perilaku personal hygiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah. Sedangkan faktor dominan yang mempengaruhi perilaku personal santri di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek.

Pekerjaan ibu adalah faktor pembeda yang mempengaruhi perilaku personal hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah artinya ibu yang tidak bekerja akan memberi peluang atau berkontribusi terhadap santri untuk berperilaku hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah. Dalam hal ini, Ibu tidak bekerja dikategorikan tidak beresiko terhadap perilaku personal hygiene responden karena mempunyai kesempatan mendidik anak. Sebaliknya, bagi santri yang mempunyai ibu yang bekerja, maka akan mempengaruhi santri untuk berperilaku tidak hygiene di pondok pesantren Al Hamidiyah.

Dalam Islam, seorang ayah bertanggungjawab memberikan nafkah bagi anak-anak dan keluarganya, sedang ibu bertanggungjawab mengasuh anak-anak dan mengatur rumah tangga. Firman Allah Swt:

الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى
بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ.

Kaum laki-laki itu adalah pemimpin bagi kaum wanita, karena Allah telah melebihkan sebagian mereka (laki-laki) atas sebagian yang lain (wanita), dan karena laki-laki telah menafkahkan sebagian dari harta mereka.¹

Allah Swt juga berfirman:

وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ.

Dan bagi ayah berkewajiban memberi nafkah dan memberi pakaian kepada ibu (dan anaknya) dengan cara yang ma'ruf.²

¹ (QS. an-Nisaa': 34).

² (QS. al-Baqarah: 233).

Dari Abu Hurairah Ra, ia berkata: Rasulullah Saw bersabda:

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ ص: دِينَارٌ أَنْفَقْتَهُ فِي سَبِيلِ اللَّهِ
وَدِينَارٌ أَنْفَقْتَهُ فِي رَقَبَةٍ وَدِينَارٌ تَصَدَّقْتَ بِهِ عَلَى مِسْكِينٍ وَدِينَارٌ أَنْفَقْتَهُ
عَلَى أَهْلِكَ أَعْظَمُهَا أَجْرًا الَّذِي أَنْفَقْتَهُ عَلَى أَهْلِكَ.

“Satu dinar kamu infaqkan fii sabiilillah, satu dinar kamu pergunakan untuk memerdekakan budak, satu dinar kamu sedekahkan kepada orang miskin, dan satu dinar yang kamu belanjakan untuk keluargamu, maka yang paling besar pahalanya ialah yang kamu belanjakan untuk keluargamu”. (HR. Muslim juz 2, hal. 692).

Dalam hal mendidik anak, dalam Islam juga sudah ditegaskan, Allah Swt juga berfirman:

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَى وَهْنٍ وَفِصَالَهُ فِي
عَامَيْنِ أَنْ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ

*Dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu- bapanya; ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepadaKu dan kepada dua orang ibu bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu.*³

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ
*Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan.*⁴

Faktor dominan yang ada di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah batuk pilek. Artinya santri yang tidak mengalami kejadian batuk pilek di pondok pesantren Qothrotul Falah berpeluang untuk berperilaku lebih higiene, sebaliknya bagi santri yang mengalami kejadian batuk pilek akan mempengaruhi untuk berperilaku tidak higiene. Berdasarkan analisis statistik data kuantitatif terdapat kepadatan kamar dengan rata-

³ (QS. Luqman:14).

⁴ (QS. al-Baqarah: 233).

rata teman sekamar responden 14 orang, dan berdasarkan hasil wawancara dengan pimpinan pondok pesantren Qothrotul Falah bahwa jenis bahan bakar/ energi utama yang digunakan untuk memasak selain elpiji adalah kayu bakar, kedua faktor ini dapat menambah pengaruh terhadap meningkatnya kejadian/ prevalensi batuk pilek di pondok pesantren.

Pneumonia merupakan penyebab kesakitan dan kematian nomor satu pada balita, terutama di negara berkembang. Berbagai faktor risiko berperan pada kejadian dan beratnya penyakit, serta kematian, yaitu kurang gizi, pemberian ASI yang tidak eksklusif, kepadatan hunian (crowding), polusi udara di dalam ruangan, kemiskinan, pendidikan ibu kurang, ketidak-tahuan, dan akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan.⁵

2. Peran Faktor yang Sama

Pada persamaan faktor dominan yang mempengaruhi perilaku personal hygiene, terdapat dua variabel yang sama pada masing-masing pondok pesantren yang mempengaruhi, faktor tersebut adalah pelayanan kesehatan dan skabies.

Visi kementerian kesehatan adalah masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan, dengan misi; (1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat mandiri, (2) Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan, (3) Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan, (4) Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. Salah satu strategi pembangunan kesehatan adalah; meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti dengan mengutamakan pada upaya promotif dan preventif. Untuk kepentingan tersebut perlu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi; rumah sakit, puskesmas, laboratorium dan fasilitas lainnya, baik yang dikelola oleh pemerintah

⁵ Cissy B. Kartasmita, "Pneumonia Pembunuh Balita", *Buletin Jendela Epidemiologi*, Volume 3, September 2010, (22-26), 26.

maupun yang dikelola swasta. Berdasarkan profil kesehatan tahun 2009, diketahui jumlah rumah sakit sebanyak 1.523 buah, terdiri rumah sakit milik Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Propinsi/ Kab/kota sebanyak 559 buah, milik TNI/Polri sebanyak 121 buah, milik BUMN/kementerian lain sebanyak 66 buah, dan milik swasta sebanyak 777 buah. Jumlah Puskesmas sebanyak 9.005 buah yang terdiri dari Puskesmas dengan perawatan sebanyak 2.920 buah dan Puskesmas tanpa perawatan sebanyak 6.085 buah.⁶

Berdasarkan hasil survei di lapangan, ada indikasi meningkatnya *Demand* masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Selain itu Indonesia telah ikut menandatangani *Mutual Recognition Arrangement (MRA) on Health Services*, sehingga sektor kesehatan termasuk dalam kesepakatan pasar bebas atau globalisasi. Untuk itu maka fasilitas kesehatan termasuk puskesmas perlu secara terus menerus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, disertai pembinaan dari pemerintah pusat dan pemerintah propinsi/ kabupaten kota.

Sistem rujukan di Indonesia merupakan kendala yang sangat besar bagi pembangunan ekonomi karena dengan kondisi seperti itu penduduk tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan yang tepat secara tepat waktu dan sesuai kebutuhan.

Dampak dari situasi tersebut sangat merugikan bagi keluarga yang terpaksa harus mengeluarkan biaya untuk pelayanan kesehatan, sehingga mengurangi pengeluaran untuk makanan dan pendidikan. Selain itu keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat berarti hari kerja yang tersita semakin banyak dan terancam hilangnya pendapatan. Kaum perempuan khususnya sangat terkena dampak ini dikarenakan mereka pada umumnya berkontribusi juga terhadap pendapatan rumah tangga sekaligus berperan besar mengurus

⁶ Kementerian Kesehatan, *Riset Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Balitbangkes, 2011.

kebutuhan logistik rumah tangga serta mengurus kesejahteraan anggota keluarga.⁷

Skabies adalah penyakit yang disebabkan oleh ektoparasit, yang umumnya terabaikan sehingga menjadi masalah kesehatan yang umum di seluruh dunia.⁸ Skabies dapat menjangkiti semua orang pada semua umur, ras dan level sosial ekonomi.⁹ Ektoparasit adalah organisme parasit yang hidup pada permukaan tubuh inang, menghisap darah atau mencari makan pada rambut, bulu, kulit dan menghisap cairan tubuh inang.¹⁰ Infestasi ektoparasit bersifat sporadik, epidemik dan endemik. Infestasi ektoparasit pada kulit keberadaannya membuat rasa tidak nyaman, dapat menyebabkan kehidupan yang tidak sehat.¹¹

Tungau ektoparasit penyebab skabies adalah *Sarcoptes scabiei* varian hominis termasuk ordo *Acariformes*, family *Sarcoptidae*, Genus *Sarcoptes*. *Sarcoptes scabiei* varian hominis menular melalui kontak manusia dengan manusia. Sedangkan *Sarcoptes scabiei* var *mange* ditransmisikan ke manusia melalui kontak dengan berbagai hewan liar, hewan yang didomestikasi dan hewan ternak. Nama *Sarcoptes scabiei* adalah turunan dari kata Yunani yaitu *sarx* yang berarti kulit dan *koptein* yang berarti potongan dan kata latin *scabere* yang berarti untuk menggaruk. Secara harfiah skabies berarti gatal pada kulit sehingga muncul aktivitas menggaruk kulit yang gatal tersebut. Saat ini istilah skabies berarti lesi kulit yang muncul oleh aktivitas tungau.¹²

⁷ Australia Indonesia Partnership For Health Systems Strengthening (AIPHSS), *Menguatkan Akses Kualitas Pelayanan Kesehatan, Mengurangi Kemiskinan*. NTT: Artikel, 2014.

⁸ Heukelbach J, Feldmeier H. *Scabies*. *Lancet* 367. 2006. Page 1767-1774.

⁹ Raza N., Qadir S. N. R., Agna H. *Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan: case-control study*. Eastern Mediterranean Health Journal 15. 2009. Page 1-6

¹⁰ Triplehorn C.A., Johnson N.F., *Borror and delong's introduction to the study of insect*. Ed. 7. Thomson Brooks/Cole: Belmont. 2005

¹¹ Ciftci IK., Karaca S, Dogru O, Cetinkaya Z., Kulac K. *Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey*. Korean Journal of Parasitology 44. 2006. Page 95-98.

¹² Bandi K.M., Saikumar C. *Sarcoptic mange-a zoonotic ectoparasitic skin disease*. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 4839. 2012. Page 1-2.

Prevalensi skabies di seluruh dunia sekitar 300 juta kasus per tahun.¹³ Pada negara industri seperti di Jerman, skabies terjadi secara sporadik atau dalam bentuk endemik yang panjang.¹⁴ Prevalensi skabies di India adalah 20,4%.¹⁵ Zayyid tahun 2010 melaporkan sebesar 31% prevalensi skabies pada anak berusia 10-12 tahun di Penang Malaysia.¹⁶ Kline (2013) melaporkan skabies umumnya endemic pada suku Aborigin di Australia dan Negara di Oceania dengan prevalensi 30%.¹⁷ Prevalensi skabies di Indonesia berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008 adalah 5,6%-12,95%. Skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering.¹⁸ Insiden dan prevalensi skabies masih sangat tinggi di Indonesia terutama pada lingkungan masyarakat pesantren. Hasil penelitian Ma'rufi mengatakan bahwa prevalensi scabies pada pondok pesantren di Kabupaten Lamongan 64,2%. Faktor yang mengakibatkan tingginya prevalensi skabies antara lain personal hygiene yang buruk, pengetahuan, sikap dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat.¹⁹

¹³ Olivier Chosidow. *Scabies*. The new england journal of medicine. 2006, page 35,1-16.

¹⁴ Ariza, L., Walter, B., Worth, C., Brockmann, S., Weber, M.L. and Feldmeier, H. *Investigation of a Scabies Outbreak in a Kindergarten in Constance, Germany*. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2012. 32, 373-380.

¹⁵ Baur B., Sarkar J., Manna N., Bandyopadhyay L. *The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India*. *Journal of Dental and Medical Sciences* 3. 2013 1-6.

¹⁶ Zayyid M., Saadah M.S., Adil R., Rohela A.R., Jamaiah, I. *Prevalence of scabies and head lice among children in a welfare home in Pulau Pinang, Malaysia*. *Tropical Biomedicine* 27. 2010. 442-446.

¹⁷ Kline K., James S. McCarthy, Pearson M., Loukas A., & Hotez P. *Neglected tropical diseases of oceania: review of their prevalence, distribution, and opportunities for control*. *Plos neglected tropical diseases*, 7. 2013. Page 17-55.

¹⁸ Azizah dan Setiyowati. *Hubungan tingkat pengetahuan ibu pemulung tentang personal hygiene dengan kejadian skabies pada balita di tempat pembuangan akhir kota semarang*. *Dinamika Kebidanan* 1. 2011. Page 1-5.

¹⁹ Ma'rufi I., Keman S., Notobroto HB. *Faktor sanitasi lingkungan yang berperan terhadap prevalensi penyakit skabies studi pada santri di pondok pesantren kabupaten Lamongan*. *Jurnal kesehatan lingkungan*, 2. 2005. Page

Pada dasarnya pengetahuan tentang faktor penyebab skabies masih kurang, sehingga penyakit ini dianggap sebagai penyakit biasa saja karena tidak membahayakan jiwa. Masyarakat tidak mengetahui bahwa luka akibat garukan dari penderita skabies menyebabkan infeksi sekunder dari bakteri *Staphylococcus* ataupun jamur kulit berakibat kerusakan jaringan kulit yang akut.²⁰

Pencegahan penyakit skabies menjadi tantangan di masa depan. Hal ini didasarkan beberapa fakta adanya efek samping obat yang tidak diharapkan, resistensi obat dan kendala diagnosis skabies serta masih diperlukannya penelitian yang panjang terkait dengan penggunaan tanaman sebagai obat. Beberapa literatur melaporkan adanya resistensi *scabiei* terhadap obat anti skabies yang telah diuji baik secara *in vitro* maupun secara *in vivo*.²¹

Rendahnya tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi skabies. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan tentang personal hygiene juga semakin rendah. Akibatnya menjadi kurang peduli tentang pentingnya personal higienis dan perannya dalam hygiene rendah terhadap penyebaran penyakit. Perlu program kesehatan umum untuk mendidik populasi mengerti aspek pencegahan penyakit.²²

Pendidikan kesehatan merupakan solusi yang paling tepat untuk mencegah prevalensi skabies yang hampir ada di seluruh dunia mulai abad 17. Pendidikan kepada masyarakat dapat dilakukan melalui penyuluhan atau sosialisasi seputar penyakit skabies, faktor-faktor penyebab, penanganan jika terinfeksi. Hal yang paling penting adalah pendidikan tentang personal hygiene dan lingkungan yang efektif dalam mencegah skabies yang bersifat endemik, epidemik dan sporadik.²³

11-18.

²⁰ Heukelbach J., Feldmeier H. *Scabies. Lancet* 367. 2006. Page 1767-1774.

²¹ Wardana A. H., Manurung J., Iskandar T. *Skabies: tantangan penyakit zoonosis masa kini dan masa datang. Wartazoa* 16. 2006. Hal, 1-13.

²² Raza N., Qadir S. N. R., Agna H. *Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan. Case-control Study. Eastern Mediterranean Health Journal* 15. 2009. Page 1-6.

²³ Yahmi Ira Setyaningrum. *Skabies Penyakit Kulit yang Terabaikan:*

Pemanfaatan pelayanan kesehatan di pesantren Al Hamidiyah dan di pesantren Qothrotul Falah terbanyak adalah puskesmas, belum ada Poskestren baik di pesantren Al Hamidiyah maupun di pesantren Qothrotul Falah.

Prevalensi, Tantangan dan Pendidikan Sebagai Solusi Pencegahan. Seminar Nasional X Pendidikan Biologi FKIP UNS. 2014.

Bab VI

Penutup

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis berdasarkan metodologi yang digunakan terhadap semua data yang diperoleh, kemudian dibandingkan dengan kajian terdahulu yang relevan dan sesuai tujuan penelitian, maka studi ini membuktikan bahwa perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan yang ada di pondok pesantren. Kurangnya pelayanan kesehatan yang ada di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah mempengaruhi kejadian atau prevalensi skabies di kedua pondok pesantren. Masih rendahnya perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah merupakan faktor dominan terhadap prevalensi batuk pilek. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu. Temuan-temuan yang memperkuat kesimpulan dari studi ini dipaparkan sebagai berikut:

- 1. Distribusi Karakteristik Responden terhadap Praktik Personal Higiene Santri di Pondok Pesantren Al Hamidiyah dan di Pondok Pesantren Qothrotul Falah**
 - a. (1) Distribusi rata-rata skor pengetahuan, sikap dan perilaku di pondok pesantren Al Hamidiyah lebih banyak responden yang mempunyai skor pengetahuan, sikap dan perilaku tinggi, (2) Tinggal di pondok pesantren rata-rata lama, (3) Frekuensi sakit rata-rata lebih sering, (4) Distribusi berdasarkan jenis kelamin lebih banyak santri laki-laki, (5) Distribusi berdasarkan pengetahuan, sikap dan perilaku sebagian besar santri mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku baik.

- b. (1) Distribusi tingkat pendidikan ibu responden di pondok pesantren Al Hamidiyah, lebih banyak ibu berpendidikan tinggi, begitu juga dengan tingkat berpendidikan ayah, (2) Distribusi pekerjaan ibu lebih banyak ibu yang bekerja, begitu juga dengan ayah lebih banyak yang bekerja, (3) Distribusi pendapatan keluarga sebagian besar keluarga berpendapatan tinggi.
- c. (1) Distribusi berdasarkan status sakit di pondok pesantren Al Hamidiyah sebagian besar santri tidak mengalami gatal-gatal, skabies, diare dan demam, frekuensi santri yang mengalami batuk pilek sama besar dengan yang tidak mengalami, (2) Distribusi yang mengalami kejadian penyakit lain (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu) hampir merata yang mengalami dengan yang tidak mengalami. (3) Distribusi responden yang berobat ke pelayanan kesehatan, lebih banyak santri yang pergi berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, dengan urutan puskesmas, praktik dokter, poskestren dan rumah sakit.
- d. (1) Distribusi rata-rata skor pengetahuan, sikap dan perilaku di pondok pesantren Qothrotul Falah lebih banyak responden yang mempunyai skor pengetahuan, sikap dan perilaku tinggi, (2) Rata-rata lama tinggal di pondok sebentar, (3) Rata-rata frekuensi sakit jarang, (4) Distribusi berdasarkan jenis kelamin lebih banyak santri perempuan, (5) Distribusi berdasarkan pengetahuan, sikap dan perilaku; sebagian besar santri di pondok pesantren Al Hamidiyah mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku baik. (6) Rata-rata jumlah teman sekamar lebih banyak.
- e. Distribusi karakteristik orang tua di pondok pesantren Qothrotul Falah: tingkat pendidikan ibu responden lebih banyak berpendidikan rendah, begitu juga dengan berpendidikan ayah; lebih banyak ibu yang bekerja, dan lebih banyak ayah yang bekerja; sebagian besar pendapatan keluarga rendah.
- f. Distribusi status penyakit di pondok pesantren Qothrotul Falah: sebagian besar santri tidak mengalami demam, dan lebih banyak santri yang tidak mengalami gatal-gatal, skabies, diare dan batuk pilek; sebagian besar santri tidak mengalami prevalensi penyakit lain; dan lebih banyak santri yang pergi berobat ke fasilitas

pelayanan kesehatan, dengan urutan puskesmas, praktik dokter, poskestren dan rumah sakit.

2. Faktor-faktor yang Berpengaruh dan Faktor Dominan

- a. Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu, pelayanan kesehatan dan prevalensi skabies. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu.
- b. Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek, pelayanan kesehatan dan prevalensi skabies. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren Qothrotul Falah adalah prevalensi batuk pilek.

3. Perbandingan Perilaku Personal Higiene

- a. Pengetahuan tentang perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah rata-rata lebih baik; jumlah teman sekamar lebih sedikit; tingkat pendidikan ibu dan ayah lebih banyak yang berpendidikan tinggi; pendapatan keluarga sebagian besar tinggi; dan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pesantren adalah pekerjaan ibu.
- b. Sikap santri terhadap perilaku personal higiene di pondok pesantren Qothrotul Falah rata-rata lebih baik; lama tinggal santri di pondok pesantren rata-rata sebentar; frekuensi sakit santri lebih rendah; dan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri adalah prevalensi batuk pilek.

B. Rekomendasi

1. Untuk Akademisi

Agar memperoleh hasil yang lebih valid lagi maka perlu dilakukan penelitian lanjut terhadap kebersihan khususnya pada santri puteri dan pola penggunaan kulah dengan menggunakan desain longitudinal, baik kohor atau eksperimen untuk menemukan model atau

perilaku spesifik bagi pondok pesantren pengguna kulah, sehingga kulah dapat menjadi sumber air yang suci dan bersih sesuai ajaran Islam yang sempurna.

2. Untuk Pembuat Kebijakan

- a. Menjadikan skala prioritas masalah penyakit menular di komunitas pondok pesantren, terlebih di pondok pesantren yang masih menggunakan kulah sebagai akses air bersih.
- b. Merumuskan pedoman pengelolaan air bersih berdasarkan sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun dan kualitas air bagi pengelola pondok pesantren semua tipe, *ashriyah, salafiyah, dan salafiyah ashriyah*.
- c. Meninjau dan merumuskan kembali Keputusan bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Agama Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tentang peningkatan kesehatan pada pondok pesantren, dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren.

3. Untuk Pengelola Program

- a. Pengelola Pondok Pesantren
Menjalin dan mengembangkan kerjasama dengan puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat guna meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku santri terhadap kebersihan diri.
- b. Pelayanan Kesehatan
(1) Mempertegas tugas dan tanggungjawab terhadap kesehatan di pondok pesantren, (2) Memperbaiki kerjasama dan upaya skrining serta pemantauan terutama terhadap prevalensi penyakit menular di pondok pesantren, (3) Mengembangkan panduan teknik pembinaan untuk Poskestren, (4) Meningkatkan kemampuan petugas terhadap pembinaan Poskestren, (5) Menjadikan program Poskestren sebagai peluang untuk mengembangkan promosi dan pencegahan penyakit menular yang berbasis komunitas.

Daftar Pustaka

A. Buku

- Al-Qaradhawi, Yusuf. *Fikih Thaharah*. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar, 2004.
- Amin, Haedari. *Transformasi Pesantren*. Jakarta: Lekdis & Media Nusantara, 2006.
- Amra, Anshar. *Definisi Dan Jenis-Jenis Penelitian. Mahasiswa Program Doktor Program Studi Teknik Geodesi Dan Geomatika*. Bandung: Sekolah Pasca Sarjana Institut Teknologi Bandung, 2010.
- Azizy, Ahmad Qodri Abdillah. "Memberdayakan Pesantren dan Madrasah" dalam Abdurrohman Mas'ud, dkk. *Dinamika Pesantren dan Madrasah (Cet. I)*. Semarang: Fakultas Tarbiyah IAIN Walisongo Semarang dan Pustaka Pelajar, 2002.
- Az-Zuhayli, Wahbah. *Fikih Islam : Wa Adillatuhu*. Vol. 1. Depok: Gema Insani, 2011.
- Azra, Azyumardi. *Sejarah Perkembangan Madrasah*. Jakarta: Dirjen Pembinaan Kelembagaan Agama Islam Depag RI, 2000.
- . Surau: Pendidikan Islam Tradisional Dalam Transisi Dan Modernisasi. Translated by Iding Rasyidin. Ciputat: PT. Logos Wacana Ilmu, 2003.
- Bachtiar Adang, Kusdinar Achmad. *Paket Mata Ajaran: Metodologi Penelitian Kesehatan*. Depok: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2008.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Agama, Depag RI Puslit IAIN Jakarta. *Peran Pesantren Dalam Penyelenggaraan Program Wajar 9 Tahun*. Jakarta: Laporan Penelitian, 1999.
- Berkowitz, Leonard. *Social Psychology*. Vol. 3: Scott, Foresman and Company, 1972.
- Dahlan Sopiudin, *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2012.
- David G. Kleinbaum, Lawrence L. Kupper, Hal Morgenstern. *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative*. New York: Nostrand Reinhold, 1982.
- Dhofier, Zamakhsyari. *Tradisi Pesantren: Studi tentang Pandangan Hidup Kyai*. Jakarta: LP3ES, 1982.
- Farouki, Suha Taji. *Modern Muslim Intellectuals and the Qur'an*. Toronto: Oxford University Press, 2006.

- Fatah, H Rohadi Abdul, Taufik, M Tata, Bisri, Abdul Mukti. Rekontruksi Pesantren Masa Depan. Jakarta: PT. Listafariska Putra, 2005.
- Gilbert, Glen G., Sawyer, Robin G., McNeill, Elisa Beth. Health Education, Creating Strategies for School and Community Health. 3 ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010.
- Glanz Karen. Health Behavior and Health Education. 2 ed. Manufactured in the United States of America on Lyons Falls Turin Book, 1996.
- Glaser Barney G, Strauss Anselm L. The Discovery of Grounded Theory. New York: Aldin Publishing Company, 1980.
- Graef A.J., Elder J.P., Booth E.M. *Komunikasi Untuk Kesehatan Dan Perubahan Perilaku*. Translated by M Hasanbasri. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1996.
- Green W. Lawrence, Health Education Planning a Diagnostic Approach. Translated by Mamdy Sulasmi, Tafal el Zarfi and Kresno Sudarti: Mayfield Publishing Company, 1980.
- , Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik. Translated by Zullazmi Mamdy. Jakarta: Depdikbud RI, 1990.
- Green W. Lawrence, Marshall W. Kreuter. Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach. 2 ed. London: Mayfield Publishing Company, 2000.
- Hasbullah. Sejarah Pendidikan Islam Di Indonesia (Lintas Sejarah Pertumbuhan Dan Perkembangan). Jakarta: Lembaga Studi Islam dan Kemasyarakatan (LSIK), 1999.
- Hastono, Sutanto Priyo. Analisis Data Kesehatan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007.
- Hielmy, Irfan. Modernisasi Pesantren, Meningkatkan Kualitas Umat Menjaga Ukhuwah. Jakarta: Penerbit Nuansa, 2003.
- Kemas, Departemen Kesehatan Direktur Promkes Dirjen. Promosi Kesehatan. Jakarta, 2000.
- Khafidhi. Peranan Akal dan Qalb dalam Pendidikan Akhlaq: Studi Pemikiran Al-Ghazali. Semarang: Program Pascasarjana Institut Agama Islam Negeri Walisongo, 2013.
- Kodim, Nasrin. *Bahan Kuliah Program Pascasarjana Program Studi Epidemiologi*. Jakarta: Universitas Indonesia, 2006.

- L, Clasen TF, Haller. Water Quality Interventions to Prevent Diarrhoea: Cost and Cost-Effectiveness. Geneva: World Health Organisation, 2008.
- Lapau, Buchari. Prinsip Dan Metode Epidemiologi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2011.
- Lemeshow Stanley, Hosmer W. David Jr., Klar Janelle, Lwanga K. Stephen, Adequacy of Sample Size in Health Studies Geneva: World Health Organization, 1997.
- Luknis Sabri, Sutanto Priyo Hastono Statistik Kesehatan. Jakarta: Rajawali Press, 2008.
- Lwanga K. Stephen and Lemeshow Stanley, Sample size determination in health studies, a practical manual, Geneva: World Health Organization, 2014.
- Madjid, Nurcholish. Bilik-Bilik Pesantren: Sebuah Potret Perjalanan. Jakarta: Paramadina, 1997.
- Mary Evelyn Tucker, John A. Grim. The Emerging Alliance World Religions and Ecology: Daedalus, 2001.
- Mastuki, Elsha M. Ishom. Intelektualisme Pesantren. Jakarta: Diva Pustaka, 2006.
- Mas'ud Abdurrahman, *Dinamika Pesantren Dan Madrasah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2002.
- Millestein. *Promoting the Health of Adolescent*. Toronto: Oxford University Press, 1993.
- Muhadjir, Noeng. Metodologi Keilmuan: Paradigma Kualitatif, Kuantitatif, Dan Mixed. 5 ed. Yogyakarta: Rake Sarasin, 2007.
- Murti, Bisma. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
- Mustain. "Etika Dan Ajaran Moral Filsafat Islam: Pemikiran Para Filosof Muslim Tentang Kebahagiaan", *Ulumuna Jurnal Studi Keislaman*, Volume 17 Nomor 1 (Juni) 2013, (191-215).
- Nancy K Janz, Marshal H Becker. *The Health Belief Model: A Decade Later*, 1984.
- Nata Abudin, *Studi Islam Komprehensif*, Jakarta: Kencana 2011.
- Nata Abudin, *Studi Islam Komprehensif*, Jakarta: Kencana 2015.
- Nizar, Samsul. *Memperbincangkan Dinamika Intelektual Dan Pemikiran Hamka Tentang Pendidikan Islam*. Jakarta: Prenada Media Group, 2008.
- Nola J Pender, Nola P Pender, Carolyn L Murdaugh, Mary Ann Persons. *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson Education, 2014.

- Notoatmodjo, Soekidjo. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta, 2010.
- Paramadina, Jurnal Pemikiran Islam. Perspektif Jender Dalam Islam. Jakarta: Yayasan Paramadina, 2007.
- Potter A Patricia, Webb. *Health Promotion and Patient Education*. London: Chapman And Hall, 1994.
- Potter A Patricia, Perry Anne Griffin. *Basic Nursing Essentials for Practice*. 6 ed. Philadelphia: Mosby Publication Elsevier St. Louis Missouri, 2007.
- , *Fundamentals of Nursing*. 7 ed. Philadelphia: Mosby Publication Elsevier St. Louis Missouri, 2008.
- , *Fundamentals of Nursing*. 7 ed. Philadelphia: Mosby Publication Elsevier St. Louis Missouri, 2009.
- Quasem Abul. M., Kamil, Etika Al-Ghazali: Etika Majemuk di dalam Islam. Terj. J. Mahyudin. Bandung: Pustaka, 1988.
- Ramayulis dan Nizar Samsul, *Ensiklopedi Tokoh Pendidikan Islam: Mengenal Tokoh Pendidikan Islam di Dunia Islam dan Indonesia*. Jakarta: Quantum Teaching, 2005.
- R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström. *Basic Epidemiology*. Geneva: WHO, 1993.
- Rahman, Fazlur. *Islam and Modernity (Transformation of an Intellectual Tradition)*. London: University of Chicago Press, 1982.
- Rianti, Emy. *Epidemiologi Dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info, 2010.
- Richard Goldsmith Burges, Julia Brannen. *Mixing Method: Qualitative and Quantitative Research*. Gower: Pub Sage Aldershot, 1992.
- Santoso, Singgih. *Statistik Nonparametrik: Konsep Dan Aplikasi Dengan Spss*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2010.
- Sanusi, M., *Terapi Kesehatan Warisan Kedokteran Islam Klasik*, Najah, Yogyakarta: 2012.
- Sarijo, Marwan. *Sejarah Pondok Pesantren di Indonesia*. Jakarta: Dharma Bakti, 1980.
- Schulze, Reinhard. *A Modern History of the Islamic World*. New York: I.B. Touris & Co. Ltd, 1995.
- Sina Ibnu, *Kitab Assiyasah*, Mesir: Majalah al-Masyrik, 1906.
- Skinner, Burrhus Frederic. *The Behavior of Organisms*. New York: Knopf, 1991.
- Smith, Virginia. *Clean a History of Personal Hygiene and Purity*. 1 ed. New York: Oxford University Press Inc, 2007.

- Snehendu, Kar. *A Psychological of Health Behavior Health Values: Achiving High Level Wellness*, 1983.
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta, 2011.
- Syafrudin, Yudhia F. *Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM, 2009.
- Wahjoetomo. *Perguruan Tinggi Pesantren*. Jakarta: Gema Insani Press, 1997.
- Yasmadi. *Modernisasi Pesantren, Kritikan Nurcholish Madjid Terhadap Pendidikan Islam Tradisional*. Jakarta: Ciputat Press, 2002.
- Zakaria Azra'ie, Muhayat Athiah. *Ibnu Sahnun: Pemikir Pertama Pendidikan Islam*. Jakarta: Yayasan Pesantren Al-Quran (YPA), 2008.
- Zarkasyi, Abdullah Syukri. *Gontor Dan Pembaharuan Pendidikan Pesantren*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2005.

B. Jurnal

- Abdel-Hady El-Gilany, Karima Badawi, Sanaa El-Fedawy. "Menstrual Hygiene among Adolescent Schoolgirls in Mansoura Egypt." *Reproductive Health Matters* 13 (2005).
- Abouleish Ezzat, *Contributions Of Islam To Medicine*, Associate Professor of Anesthesiology University of Pittsburgh School of Medicine and Director of Obstetric Anesthesia Magee-Womens Hospital, *The Journal of IMA* (1979).
- A.C. Triplehorn, F.N. Johnson, Borror and delong's introduction to the study of insect. Ed. 7. Thomson Brooks/Cole: Belmont. (2005).
- A.H. Mahpudin, Renti Mahkota. "Faktor Lingkungan Fisik Rumah, Respon Biologis Dan Kejadian Tbc Paru Di Indonesia." *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 1 no 4 (2007).
- Amelda Lisu Pare, Ridwan Amiruddin, Ida Leida. "Hubungan Antara Pekerjaan, Pmo, Pelayanan Kesehatan, Dulungan Keluarga Dan Diskriminasi Dengan Perilaku Berobat Pasien Tb Paru." *Artikel, Universitas Hasanudin* (2012).
- Andersen Flemming, et al. "Comparison of the Effect of Glycerol and Triamcinolone Acetonide on Cumulative Skin Irritation in a Randomized Trial." *Journal of the American Academy of Dermatology* 56 (2007).
- Annette Pruss, David Kay, Lorna Fewtrell, Jamie Bartram. "Estimating the Burden of Disease from Water, Sanitation, and Hygiene at a

- Global Level." *Environmental Health Perspectives Journal* 110 (2002).
- B. Baur, J. Sarkar, N. Manna, L. Bandyopadhyay. The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India. *Journal of Dental and Medical Sciences* 3 (2013).
- Benjamin A Miko, Bevin Cohen, Laurie Conway, Allan Gilman, Samuel L Seward, Elaine Larson. "Determinants of Personal and Household Hygiene among College Students in New York City 2011." *American Journal of Infection Control* 40 (2012).
- Carmem Lucia Pessoa Silva, Klara Posfay Barbe, Riccardo Pfister, Sylvie Touveneau, Thomas V Perneger, Didier Pittet. "Attitudes and Perceptions toward Hand Hygiene among Healthcare Workers Caring for Critically Ill Neonates." *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 26 (2005).
- Chosidow Olivier , "Scabies". *The new england journal of medicine* (2006).
- Creswell W. John, "The Mixed Methods Research". *Pub Sage Journals* (2009).
- Dingwall, Lindsay. "Personal Hygiene Care." *School of Nursing and Midwifery University of Dundee* 1 (2010).
- Elizabeth Mc Donald, David Brewster, Ross Bailie, Jocelyn Grace. "An Ecological Approach to Health Promotion in Remote Australian Aboriginal Communities." *Health Promotion International* 25 (2010).
- Farid AW Ghrayeb, Mohamed Rusli A, Mohd Ismail I, Nahed F Ghrayeb, Ayesha Al Rifai. "Hygiene Behavior and Hygiene-Related Facilities among Aschool Adolescents in Palestine." *International Medical Journal* 21 (2014).
- H. A. Wardana, J. Manurung, T. Iskandar. "Skabies: tantangan penyakit zoonosis masa kini dan masa datang". *Wartazoa* 16 (2006).
- Haryono Iswahyudi, Prabandari Suryo Yayi, Hariyono Widodo. "Pendidikan Kesehatan Lingkungan Melalui Kultum ". *Berita Kedokteran Masyarakat* 24 (2008).
- Hidayati, Awik. "Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua Terhadap Prestasi Belajar." *Jurnal Pendidikan* 13 (2014).
- Herryanto. *Model Peningkatan Higiene Sanitasi Pondok Pesantren Di Kabupaten Tangerang* (2011).

- Ishwar Dayal, Mirza S. Saiyadin. "Cross-Cultural Validation of Motivation-Hygiene Theory." *Indian Journal of Industrial Relations* 6 (2012).
- Janz Nancy K., Marshall H. Becker. "The Health Belief Model: A Decade Later." (2012).
- John M. Boyce M.D., Didier Pittet M.D. "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care." *Infection Control and Hospital Epidemiology* 23 (2012).
- Kartasmita B. Cissy. "Pneumonia Pembunuh Balita", *Buletin Jendela Epidemiologi* 3 (2010).
- K. Kline, S. James, McCarthy, M. Pearson, A. Loukas, P. Hotez. "Neglected tropical diseases of oecania: review of their prevalence, distribution, and opportunities for control". *Plos neglected tropical diseases* 7 (2013).
- K.I. Ciftci, S. Karaca, O. Dogru, Z. Cetinkaya, K. Kulac. Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey. *Korean Journal of Parasitology* 44 (2006).
- L. Ariza, B. Walter, C. Worth, S. Brockmann, M.L. Weber, and H. Feldmeier. "Investigation of a Scabies Outbreak in a Kindergarten in Constance, Germany. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* (2013).
- Mahmud S, Pappas G, Hadden WC. "Prevalence of Head Lice and Hygiene Practices among Women over Twelve Years of Age in Sindh, Balochistan, and North West Frontier Province: National Health Survey of Pakistan, 1990-1994." *Parasit Vectors* 4 no 11 (2011).
- McDonald Elizabeth, Bailie Ross, Grace Jocelyn, Brewster David. "An Ecological Approach to Health Promotion in Remote Australian Aboriginal Communities." *Health Promotion International* 25 (2010).
- M.K. Bandi, C. Saikumar. Sarcoptic mange-a zoonotic ectoparasitic skin disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 4839 (2012).
- Mertens M. Donna, "Mixed Methods Research". Gallaudet University. *Pub Sage Journals* (2010).
- N. Raza, R.N.S. Qadir, H. Agna. "Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan: case-control study". *Eastern Mediterranean Health Journal* 15 (2009).

- Nikos L. D. Chatzisarantis, Martin S. Hagger. "Mindfulness and the Intention-Behavior Relationship within the Theory of Planned Behavior." (2007).
- Sandriana, Ibnu Indra Fajarwati, A Rachman Watief. "Perilaku Personal Hygiene Genitalia Santriwati Di Pesantren Ummul Mukminin Makassar, South Sulawesi". Makasar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin, Pengabdian Masyarakat (2014).
- Sarkar, M. "Personal Hygiene among Primary School Children Living in a Slum of Kolkata, India." *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 15 no 3 (2013).
- Setiyowati, Ifa Nur Azizah Widyah. "Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Pemulung Tentang Personal Hygiene Dengan Kejadian Skabies Pada Balita Di Tempat Pembuangan Akhir Kota Semarang." *Jurnal Dinamika Kebidanan* 1 (2011).
- Smith G. Richard, Iwata A. Brian. "Antecedent Influences on Behavior Disorders." *Journal Of Applied Behavior Analysis* 30 (1997).
- Sonia A Alemagno, Sharon M Guten, Shawn Warthman, Elizabeth Young, David S Mackay. "Online Learning to Improve Hand Hygiene Knowledge and Compliance among Health Care Workers." *The Journal of Continuing Education in Nursing* 41 (2010).
- Trihono, Gitawati Retno, "Hubungan Antara Penyakit Menular dengan Kemiskinan di Indonesia". (Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Farmasi, Balitbangkes). *Jurnal Penyakit Menular Indonesia* 1 (2009).
- V. Erasmus, W. Brouwer, E. F. van Beeck, A. Oenema, T. J. Daha, J. H. Richardus, M. C., Vos, J. Brug, "A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene among Hospital Workers: Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection," *Infection Control and Hospital Epidemiology Journal* 30 (2009).

C. Artikel

- Aburrahman. "Konsep Kebersihan Dalam Islam. Perwakilan Pimpinan Pusat Persatuan Islam Republik Arab Mesir." (2008). <http://persis.or.id>.
- Al-Albani, Muhammad Nashiruddin. "Kumpulan Hadits Dari Shahih Muslim, Tentang: Kitab Bersuci." (2007).
- ". "Ringkasan Shahih Bukhari, Tentang: Kitab Haid." (2007).

- ."Ringkasan Shahih Bukhari, Tentang: Kitab Mandi." (2007).
- Al-Fadhil Waluyo, Mutiara Islam. Hadits Tentang Kebersihan. 2013
 Almanhaj.or.id., "Mukmin Yang Kuat Lebih Baik Dan Lebih Dicintai
 Oleh Allâh Subhanahu wa Ta'ala". Artikel Hadits bag. 1. 2014
- Almath, Muhammad Faiz. "1100 Hadits Terpilih (Sinar Ajaran
 Muhammad), Tentang: Kebersihan." (2007).
- Amirin, Tatang M. "Populasi dan Sampel Penelitian: Pengambilan
 Sampel dari Populasi tak Terhingga dan tak Jelas."
 Tatangmanguny.wordpress.com. (2011).
- Asep Herry Hernawan, dkk. "Konsep Dasar Kurikulum."
 kurtek.upi.edu/psb/wp-content/uploads/Modul-Konsep.pdf.
 (2011).
- Association, American Dental. "A Healthy Mouth for Life. Oral
 Longevity (Pdf)." www.orallongevity.ada.org. (2008).
- Bahraen, Rachanul. "Makalah Penyuluhan Kesehatan Di Ma'had Abu
 Hurairah Mataram Lombok." www.muslimafiyah.com. (2012)
- Bloom Benyamin S., Engelhart M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., dan
 Krathwohl D.R. *The Taxonomy of Educational Objectives The
 Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive
 Domain*. New York: David McKay. (1956).
- Blum L. Henrik, *Planning for Health: Development and Application of
 Social Change Theory*. Human Science Press, New York. 1974.
 Departemen Kesehatan RI (2008).
- C.L., Blue. "The Predictive Capacity of the Theory of Reasoned Action
 and the Theory of Planned Behavior in Exercise Behavior: An
 Integrated Literature Review." Made available courtesy of
 Wiley-Blackwell: <http://www.3.interscience.wiley.com>.
<http://www.gobookee.net/>. Pdf. (1995)
- Curtis V, Cairncross S. Effect of Washing Hands with Soap on
 Diarrhoea Risk in the Community: A Systematic Review: *Lancet
 Infectious Diseases* (2003).
- David Adams, Jacki Wadson. *The Art of Hair Colouring*. London:
 Thomson Learning (2005).
- Dirjen Dikti, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. *Revitalisasi
 Peran Pesantren* (2012).
- Edwards, Allen. *Techniques of Attitude Scale Construction*. Appleton:
 Century Croft Inc (1957).
- Edward, Taylor B. "Definisi Kebudayaan Menurut Para Ahli."
- H. S. Mastuki, Elsha M. Ishom. "Intelektualisme Pesantren."
<http://www.islamonline.net/IslamAwarenessgmail.com>. (2006).

- Hermawan, Deri. "Definisi Model Dan Simulasi." (2010).<http://yanazmi.blogspot.com/2009/05/model-simulasi.html>.
- Hillary Eva, Nursing In Islam, 1St Conference For Muslim Health Professionals In Tanzania, Article, 2014
- Iftaa, Al Lajnah Ad Daimah lil Buhuts al 'Ilmiyyah wa al. "Tata Cara Wudhu, Ringkasan Cara Wudhu Yang Benar Sesuai Sunnah." (2011). Artikel, kaahil.wordpress.com.
- Ikhsan, Abu. "Pentingnya Personal Hygiene Dalam Meningkatkan Kekhusuan Sholat Berjama'ah." (2011). <http://www.addthis.com/bookmark>.
- Indonesia, Kamus Bahasa. "Definisi Mandi." (2013).<http://kamusbahasaindonesia.org>.
- Isa, Abdulloh bin Salam Abu. "Ringkasan Syarah Arba'in an-Nawawi - Syaikh Shalih Alu Syaikh Hafizhohulloh: Suci Adalah Sebagian Dari Iman, Hadits Ke-23 (Hr. Muslim)." (2007). <http://opi.110mb.com>.
- Indah, Islam. "Sunnah Rasul: Adab Memotong Kuku." In *Islampos: Media Islam Generasi Baru*, 2015.
- Islami, Artikel. Tata Cara Wudhu Yang Benar Sesuai Petunjuk Rasulullah Shalallahu 'Alaihi Wa Sallam. 2013.
- Jamil, Abdul. "Jumlah Santri Di Indonesia Terus Bertambah." www.hidayatullah.com/read/18117/21/07/2011.
- Kasule Hasan Omar, "Rufaidah bint Sa'ad - Historical Roots of the Nursing Profession in Islam", paper presented at the 3rd International Nursing Conference, Brunei Darussalam. Article, 1998
- LC, Anwar Abu Bakar. Al-Muyassar, Al-Quran Dan Terjemahnya. Al-A'la (Yang Paling Tinggi), Surah Ke-87, Ayat 14. Translated by Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Quran. Bandung: Sinar Baru Algensindo, 2007. Reprint 2.
- Al-Muyassar, Al-Quran Dan Terjemahnya. Al-Baqarah (Sapi Betina), Surah Ke-2, Ayat 222. Translated by Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Quran. Bandung: Sinar Baru Algensindo, 2007. Reprint, 2.
- Al-Muyassar, Al-Quran Dan Terjemahnya. Muhammad (Nabi Muhammad), Surah Ke-47 Ayat 7. Translated by Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Quran. Bandung: Sinar Baru Algensindo, 2007. Reprint, 2.

- Malang, Litbang Pondok Pesantren Al-Khoiroh. "Pondok Pesantren Modern." www.alkhoiroh.net/2011/09/pondok-pesantren-modern. [accessed 29 Oktober 2013].
- Mansyur Muchtarudin. Pendekatan Kedokteran Keluarga Pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra-Sekolah. Jakarta: Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (2010).
- Muawiah, Abu. "Keutamaan Menyikat Gigi." In Al Atsariyah.com: Meniti Jejak As Salaf Ash Shaleh (2015).
- Nabavi Tadayon Razieh, Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory, Research Gate. Article (2012).
- Nisa Alifia Rahmi, Anindita Soetadji. "Hubungan Pengetahuan Orang Tua Dengan Perilaku Kesehatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan." Universitas Diponegoro (2010).
- Nursal Dien. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Murid Smu Negeri Di Kota Padang." Padang: Universitas Andalas (2007).
- Pesantren. "Artikel Disertasi Rujukan." Desember (2010).
- Poskestren. "Pembentukan Poskestren Dengan Menggunakan Pola Pendekatan Desa Siaga Di Pesantren Al-Munawarah Kabupaten Merangin". harisn73.files.wordpress.com. Pdf (2007)
- Pondok Pesantren Al-Awwabin,, Profil, Depok (2013).
- Pondok Pesantren Al-Hamidiyah, Profil, Depok (2014).
- Pondok Pesantren Al-Karimiyah, Profil, Depok (2013).
- Pondok Pesantren Qothrotul Falah, Profil, Banten (2013).
- Rahardjo, Mudjia. "Analisis Data Penelitian Kualitatif: Sebuah Pengalaman Empirik." www.mudjiarahardjo.com [accessed 11 Juni 2010].
- Rahardjo, Mudjia. "Jenis Dan Metode Penelitian Kualitatif." www.mudjiarahardjo.com [accessed 2 Juni 2010].
- Ratna. "Sunnah Rasul: Adab Memotong Kuku." Asy Syariah (2007).
- Riyadi Selamat, "Peran Ajaran dan Pemikiran Islam dalam Bidang Kesehatan", Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga Kementerian Kesehatan. Artikel (2012).
- RI, Kementerian Agama. "Analisis Statistik Pendidikan Islam Tahun 2011/2012." <http://pendis.kemenag.go.id/>. Pdf.
- , Kakanwil Kemenag Jabar Sambut Delegasi Kementerian Pendidikan Negara Bangladesh Pekapontren & Penamas (2012).
- RI, Kementerian Kesehatan. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Agama Republik Indonesia Dan

- Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 1067/Menkes/Skb/Viii/2002, Nomor 385 Tahun 2002, Nomor 37 Tahun 2002, Tentang: Peningkatan Kesehatan Pada Pondok Pesantren Dan Institusi Keagamaan Lainnya. Jakarta (2002).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2269/Menkes/Per/Xi/2011 Tentang: Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat. Jakarta (2011).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2013, Tentang: Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren. Jakarta (2013).
- Riset Fasilitas Kesehatan. Jakarta: Balitbangkes (2011).
- Undang Undang No. 23 Tahun 1992, Tentang: Kesehatan. Jakarta (1992).
- RI, Kementerian Pekerjaan Umum. Keputusan Menteri Pekerjaan Umum No. 37 Tahun 1989. Jakarta (1989).
- RI, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Undang Undang No. 20 Tahun 2003, Tentang: Sistem Pendidikan Nasional. Jakarta (2003).
- RI, Undang-Undang Dasar (1945).
- RI, Kementerian Permukiman. Keputusan Menteri Permukiman No. 403/Kpts/M/2002, Tentang: Prasarana Wilayah. Jakarta (2002).
- Rudito, Bambang. "Pranata Sosial, Dosen Antropologi Fakultas Ilmu Sosial Dan Politik Universitas Andalas, Padang. "[http://Www.Depsos.Go.Id/Unduh/Bambang_Rudito% 20.Pdf](http://Www.Depsos.Go.Id/Unduh/Bambang_Rudito%20.Pdf)[accessed 19 April 2012].
- Sarwono, Jonathan. "Strategi Pengumpulan Data Primer Secara Online."
- Sauriasari, Rani. Bias, Confounding and Fallacies in Epidemiology (2013).
- Setyaningrum Ira Yahmi. Skabies Penyakit Kulit yang Terabaikan: Prevalensi, Tantangan dan Pendidikan Sebagai Solusi Pencegahan. Seminar Nasional X Pendidikan Biologi FKIP UNS (2014).
- Setiawan parta, "Definisi Ekonomi Menurut Para Ahli". <https://www.google.co.id> (2015).
- Soekanto, Soerjono. "Kamus Sosiologi, Dalam Nilai Dan Norma". (2009). agsasman3yk.files.wordpress.com.
- Sofa, "Kupas Tuntas Metode Penelitian Kualitatif Bagian 1". (2008). massofa.wordpress.com/kupas-tuntas-metode-penelitian-kualitatif.

- Sofyan, Efendi. "Kumpulan Hadits Dari Shahih Muslim: Kitab Bersuci (Shahih Muslim 330)." (2007).
- Sridianti, "Pengertian Lingkungan hidup menurut para ahli". <https://www.google.co.id> (2015).
- Stacey, Aisha. "The Importance of Personal Hygiene in Islam." *Islamic Morals and Practices* (2009).
- The Toolkit on Hygiene, Sanitation, Water. "Anal Cleansing." (2005). Wikipedia .com [accessed 7 November 2013].
- Timur, TSSM Provinsi Jawa. "Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) : Islam Itu Bersih, Islam Itu Sehat, Islam Tidak Merusak Lingkungan." Surabaya: Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2013).
- WHO. Personal Hygiene 5th Standard.
- . Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: World Health Organization can be obtained from WHO Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (2005).
- . Combating Waterborne Disease at the Household Level. Geneva: World Health Organization (2007).
- . The Global Burden of Disease. Geneva: World Health Organization (2008).
- . Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva. (2005).

D. Desertasi dan Laporan

- Atmawikarta, Arum. "Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (Mp-Asi) Formula Tempe Terhadap Diare, Aktivitas Fisik Dan Pertumbuhan, Bayi Status Gizi Baik Usia 6-12 Bulan Di Bogor Jawa Barat." Disertasi, Universitas Indonesia, 2007.
- Badri, Mohammad. *Hygiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo*. 2008.
- Damayanti, Rita. "Peran Bio-Psikososial Terhadap Perilaku Beresiko Tertular Hiv Pada Remaja Sltu Di Dki." Disertasi, Universitas Indonesia, 2007.
- Fidyawati. *Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Dengan Perilaku Personal Higyene Remaja Putri Smpn 1 Seyegan Sleman Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2012.

- Hutagaol, Eli Marlina. Hubungan Karakteristik, Pengetahuan Dan Sikap Dengan Kebersihan Diri Penghuni Panti Unit Pelaksana Teknis Daerah Abdi Darma *Asih Di Kecamatan Binjai Utara Kota Binjai Tahun 2010*. Medan: USU, 2010.
- Krianto, Tri. "Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Pengendalian Vektor Dengue: Studi Intervensi Pada Murid-Murid Sekolah Dasar Negeri Di Kota Depok." Desertasi, Universitas Indonesia, 2008.
- Kodim Nasrin, "Hubungan Lingkungan Sosiodemografi dengan Hipertensi yang Tidak Terkendali pada Calon Jamaah Haji Indonesia", Desertasi, Universitas Indonesia, 2004.
- Nugroho, Arsad Rahim Ali. *Perilaku Kesehatan Dan Proses Perubahan*. Polewali Mandar: Dinas Kesehatan Polewali Mandar, 2012.
- Rochadi, Kintoko R. "Hubungan Konfirmatas dengan Perilaku Merokok Pada Remaja Sekolah SMU Negeri di 5 Wilayah DKI Jakarta." Desertasi, Universitas Indonesia, 2004.
- Sanusa, Herry Noer Aly. "Pemikiran K.H. Imam Zarkasyi: Praksisnya Pada Pondok Modern Gontor." Desertasi, UIN Syarif Hidayatullah, 2008.
- Setiaji Bambang, "Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Merokok Pekerja Sektor Informal Studi Quasi Eksperimen Pada Tukang Ojek" Desertasi, Universitas Indonesia, 2009.
- Syafi'i, Ahmad. "Orientasi Pengembangan Pendidikan Pesantren Tradisonal, Studi Kasus Pondok Pesantren Al-Masthuriyah Sukabumi." Desertasi, UIN Syarif Hidayatullah, 2008.
- Triwinarto Agus, "Tinggi Badan Dewasa dan Risiko Hipertensi". Disertasi, Universitas Indonesia, 2013.
- Zakharias, Giay. "Bidan Di Desa Terpencil Dan Hubungannya Dengan Perbaikan Perilaku Kesehatan Maternal Pada Masyarakat Lokal Papua." Disertasi, Universitas Indonesia, 2004.

Glosarium

Analisis	: Manajemen data hasil penelitian untuk diinterpretasi guna menjadi informasi yang bisa dibaca.
Bias	: Distorsi; sebuah penyajian yang dipenuhi prasangka atau kesalahan dalam memperkirakan sebuah nilai tertentu.
Bondongan	: Sistem kolektif atau melakukan pengajian secara bersama-sama di pondok pesantren.
Demam	: Suhu badan lebih tinggi daripada biasanya ditandai suhu badan melebihi 37°C disebabkan oleh penyakit atau peradangan.
Diare	: Suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar biasanya tiga kali atau lebih dalam sehari.
Distribusi	: Persebaran kasus atau penyakit atau masalah kesehatan yang ada.
<i>Enabling</i>	: Keadaan yang mungkin; keadaan yang memungkinkan sesuatu terjadi.
Endemik	: Penyakit yang berjangkit di suatu daerah atau pada suatu golongan masyarakat.
<i>Environment</i>	: Lingkungan yang memungkinkan atau mempengaruhi sesuatu terjadi.
Epidemik	: Penyakit menular yang berjangkit dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban
Faktor	: Hal yang ikut menyebabkan/ mempengaruhi.
Frekuensi	: Ukuran jumlah per peristiwa dalam satuan waktu yang diberikan.
Halaqah	: Lingkaran pertemuan atau pengajian yang dimana orang-orang ikut duduk melingkar.
Higiene	: Ilmu tentang kesehatan dan berbagai usaha untuk mempertahankan atau memperbaiki kesehatan.
Hubungan	: Keadaan berhubungan.

Infeksi	: Terkena hama; kemasukan bibit penyakit; ketularan penyakit.
Katagorik	: Bagian dari sistem klasifikasi atau golongan yang mempunyai sifat dan hubungan yang sama.
Kuesioner	: Serangkaian pertanyaan tertulis bertujuan mendapatkan tanggapan dari kelompok orang terpilih melalui wawancara pribadi.
Kulah	: Kolam tempat menyimpan air yang dibuat dari tanah, batu atau semen, yang berisi air yang menggenang yang dapat digunakan untuk mencuci dan berwudu.
Mean	: Nilai rata-rata dari beberapa buah data.
Median	: Nilai tengah dari data-data yang terurut.
Minimal	: Sedikit-dikitnya; sekurang-kurangnya; terkecil.
Modern	: Terbaru; mutakhir; sikap dan cara berpikir serta bertindak sesuai dengan tuntutan zaman.
Numerik	: Data statistik yang bersifat angka atau sistem angka memerlukan pengolahan yang cermat.
Parametrik	: Prosedur pengujian yang dilakukan berlandaskan distribusi karakteristiknya.
Pengetahuan	: Informasi atau maklumat yang diketahui yang telah dikombinasikan dengan pemahaman dan potensi untuk menindaki lantas melekat di benak seseorang.
Penyakit	: Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau kelainan sistem faal atau jaringan pada organ tubuh makhluk hidup.
Perilaku	: Reaksi individu terhadap stimulasi atau lingkungan.
Perspektif	: Menggambarkan suatu yang terlihat oleh mata dengan sudut pandang tertentu.
Personal	: Bersifat pribadi atau perorangan.
Pondok Pesantren	: Tempat santri dan santriwati atau siswa dan siswi tinggal atau mondok atau bermukim untuk belajar dan atau mengaji.
Poskestren	: Pos kesehatan pesantren, sebuah bidang yang bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan santri dan santriwati yang dapat memberikan solusi terbaik terhadap masalah-masalah yang terkait dengan

kesehatan. Prioritas pelayanan poskestren ditujukan bagi santri/santriwati, dewan guru, dan pegawai. Namun poskestren juga dapat diakses oleh masyarakat umum yang membutuhkan.

- Predisposing* : Pencetus; (1) kecenderungan khusus ke arah suatu keadaan atau perkembangan tertentu; (2) kecenderungan untuk menerima atau menolak sesuatu berdasarkan pengalaman dan norma yang dimilikinya.
- Reinforcing* : Penguat, yang menguatkan atau yang dipakai untuk memperkuat.
- Reliabilitas : Sesuatu yang bersifat reliabel atau ketelitian.
- Responden : Sampel atau subjek penelitian terpilih untuk menjawab pertanyaan yang diajukan untuk kepentingan penelitian.
- Skor : Jumlah angka yang didapatkan dari hasil pengukuran atas satu variabel.
- Sporadis : Keadaan penyebaran tumbuhan atau penyakit di suatu daerah yang tidak merata dan tidak tentu waktunya.
- Standar deviasi : Nilai statistik yang digunakan untuk menentukan bagaimana sebaran data dalam sampel, dan seberapa dekat titik data individu ke mean atau rata-rata nilai sampel.
- Statistik : Catatan angka-angka (bilangan), data yang berupa angka yang dikumpulkan, ditabulasi, digolong-golongkan sehingga dapat memberi informasi yang berarti mengenai suatu masalah atau gejala.
- Sampel : Sesuatu yang digunakan untuk menunjukkan sifat suatu kelompok atau karakteristik yang dimiliki oleh populasi.
- Sikap : Perbuatan atau tingkah laku yang dilakukan pada kehidupan sehari-hari.
- Skabies : Penyakit kulit yang disebabkan oleh kutu atau tungau mudah menular dari manusia ke manusia, dari hewan ke manusia dan sebaliknya.
- Sorongon : Sistem individual atau melakukan pengajian secara sendiri-sendiri di pondok pesantren.

- Tradisional : Sikap dan cara berpikir serta bertindak yang selalu berpegang teguh pada norma dan adat kebiasaan yang ada secara turun-temurun.
- Validitas : Sifat benar menurut bahan bukti yang ada, logika berpikir, atau kekuatan hukum.
- Variabel : Faktor atau unsur yang ikut menentukan perubahan atau peubah dalam penelitian.

Indeks

A

Abu Isa Abdullah bin Salam, 2
Al Hamidiyah, 7, 17, 18, 28, 29, 30,
32, 40, 41, 95, 96, 98, 99, 100,
101, 102, 111, 112, 114, 115,
116, 118, 119, 120, 122, 129,
130, 132, 138, 142, 143, 144,
147, 148, 149, 153, 154, 155,
157, 158, 159, 160, 161, 162,
164, 165, 166, 167, 168, 176,
178, 187, 188, 189, 190, 191,
192, 193, 194, 195, 196, 197,
198, 199, 200, 201, 202, 203,
204, 205, 212, 213, 214, 215
Analisis, 5, 9, 28, 39, 113, 129, 139,
167, 184, 185
Analisis Multivariat, 167, 185
Ayah, 48, 117, 123, 152, 153, 155,
173, 174, 175, 185, 193, 199
Azyumardi Azra, 5, 54

B

Banten, 8, 9, 28, 29, 95, 184
Batuk pilek, 9, 161, 162, 180, 185,
202, 204
Benyamin Bloom, 139
Bias, 142
Bivariat, 167, 184

C

Carolyn L. Blue, 146
CI, 130, 138, 143, 149, 153, 154,
155, 156, 157, 158, 159, 160,
161, 162, 164, 165, 167, 168,
169, 170, 171, 172, 173, 174,
175, 176, 177, 178, 179, 180,
181, 182, 183, 184, 185, 197,
199, 201, 202, 204

D

Data, 8, 26, 27, 28, 36, 37, 39, 97,
113, 129, 139
Demam, 9, 118, 125, 164, 165, 182,
195, 202, 203
Depok, 3, 24, 28, 29, 37, 95, 99,
132, 142, 147, 159, 160, 162,
164, 165
Diare, 118, 124, 162, 163, 181, 184,
185, 195, 202
Distribusi, 112, 114, 115, 116, 117,
118, 119, 120, 121, 122, 123,
125, 193, 196, 198, 213, 214,
215
Dominan, 129, 166, 168, 184, 215

E

Enabling, 128, 157, 176
Environment, 159, 178

F

Factors, 159, 168, 178, 195, 197,
202
Faktor, 21, 22, 83, 127, 129, 140,
141, 145, 159, 166, 168, 184,
204, 205, 215
Faktor-faktor, 129, 140, 168
Frekuensi, 36, 114, 115, 121, 122,
189, 213

G

Gambaran, 40, 99, 114, 115, 116,
118, 120, 122, 123, 124
Gatal-gatal, 9, 118, 124, 159, 178,
184, 185, 195, 202

H

Higiene, 19, 22, 23, 57, 95, 111,
120, 127, 129, 163, 166, 168,

184, 187, 213, 215
Hubungan, 10, 23, 24, 25, 130, 131,
138, 140, 141, 143, 144, 149,
153, 154, 155, 156, 157, 159,
160, 161, 162, 163, 164, 165,
168, 170, 171, 172, 173, 174,
175, 176, 178, 179, 180, 181,
182, 183, 200

I

Ibu, 35, 117, 123, 148, 149, 154,
163, 167, 172, 174, 193, 199,
204, 205
Islam, 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 18, 25,
33, 34, 36, 38, 40, 43, 44, 46, 47,
48, 49, 50, 51, 54, 57, 74, 75, 76,
89, 90, 91, 92, 93, 96, 100, 102,
107, 127, 132, 134, 136, 137,
143, 151, 160, 205, 206, 216

J

Jenis kelamin, 34, 114, 121, 130,
168, 184, 191
Jumlah teman sekamar, 114, 121,
189

K

Karakteristik, 116, 117, 123, 131,
144, 213
Kebersihan, 1, 13, 64, 74, 107, 131,
134, 144, 160
Keluarga, 11, 117, 123, 156, 175,
193
Kesihatan, 9, 12, 14, 15, 16, 24, 25,
29, 43, 55, 64, 70, 82, 107, 113,
119, 125, 128, 129, 139, 140,
141, 145, 147, 150, 156, 157,
167, 176, 184, 194, 208, 209,
216, 217
Kombinasi, 8, 27
Kualitas, 209
Kuesioner, 37, 112, 113

L

Laki-laki, 114, 121, 130, 169, 191,
197
Laurence W. Green, 26, 84, 86, 128
Lindsay Dingwall, 13, 127

M

Metodologi, 26, 29
Modern, 8, 98, 112, 114, 116, 117,
118, 129, 130, 132, 138, 142,
143, 149, 153, 154, 155, 156,
157, 159, 160, 161, 162, 164,
165, 166, 167
Muhammad Faiz Almath, 134, 151
Muhammad Nashiruddin Al-Albani,
132, 136

N

Nilai, 112, 113, 115, 127

O

Observasi, 23, 38, 169, 171
OR, 129, 130, 138, 143, 144, 149,
153, 154, 155, 156, 157, 158,
159, 160, 161, 162, 164, 165,
167, 168, 169, 170, 171, 172,
173, 174, 175, 176, 177, 178,
179, 180, 181, 182, 183, 184,
186, 197, 199, 201, 202

P

p value, 130, 131, 141, 186
P value, 130, 138, 143, 149, 153,
154, 155, 156, 157, 159, 160,
161, 162, 164, 165, 167, 168,
170, 171, 172, 173, 174, 175,
176, 178, 179, 180, 181, 182,
183, 184, 197, 199, 201, 202
Patricia A. Potter, 13, 127
Pekerjaan, 35, 115, 117, 123, 154,
155, 156, 167, 174, 175, 193,
199
Pelayanan, 119, 125, 156, 157, 167,
176, 184, 194, 209, 217

- Pendapatan, 35, 117, 123, 156, 157, 175, 193, 199
- Pendidikan*, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 35, 49, 50, 53, 54, 91, 92, 93, 102, 117, 123, 128, 141, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 172, 173, 193, 211, 212
- Penelitian, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38, 140, 145, 156, 163, 165, 187
- Pengaruh, 24, 147, 150, 153
- Pengetahuan, 10, 21, 22, 23, 34, 57, 112, 115, 116, 120, 122, 138, 140, 141, 144, 150, 151, 170, 188, 191, 197, 215
- Penyakit, 9, 10, 22, 70, 118, 124, 125, 141, 160, 165, 183, 195, 202, 203
- Perempuan, 114, 121, 130, 169, 191, 197
- Perilaku, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 56, 89, 112, 116, 120, 122, 127, 129, 130, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 147, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 191, 197, 199, 201, 202, 215
- Personal*, 13, 14, 19, 22, 56, 57, 65, 95, 111, 120, 127, 129, 131, 140, 163, 166, 168, 184, 187, 213, 215
- Pesantren, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 16, 19, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 36, 37, 52, 53, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 129, 130, 132, 138, 142, 143, 147, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 197, 199, 201, 202, 204, 213, 216
- Pingsan, 9
- pondok, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 52, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 138, 142, 147, 149, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 196, 197, 198, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217
- Pondok, 5, 7, 8, 10, 15, 19, 22, 23, 24, 34, 37, 111, 120, 129, 132, 142, 166, 168, 169, 170, 171, 177, 179, 182, 184
- Poskestren, 35, 36, 119, 125, 212, 217
- Praktik, 14, 95, 111, 120, 213
- Precede-Proceed*, 26, 84
- predisposing, 18, 36, 86, 128, 129, 168, 188, 196
- Predisposing*, 128, 129, 168
- Prevalensi, 22, 35, 112, 118, 124, 125, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 195, 210
- Primer, 26
-
- Q**
- Qothrotul Falah, 17, 18, 28, 29, 30, 39, 40, 41, 95, 96, 99, 103, 104,

106, 107, 108, 109, 120, 121, 123, 124, 125, 129, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 212, 213, 214, 215

R

Rata-rata, 114, 115, 121, 190, 214
Regresi Logistik, 167, 184
Reinforcing, 128, 147, 172
Responden, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 132, 142, 147, 183, 184, 191, 193, 194, 195, 213

S

Sakit, 114, 119, 121, 158
Sampel, 20, 23, 28, 29
Sampling, 29
Santri, 5, 10, 22, 23, 29, 52, 95, 107, 111, 120, 213
Sawangan, 37, 132, 142, 147, 159, 160, 162, 164, 165
Scabies, 21, 132
Sekamar, 114, 121
Seleksi, 167, 184
Signifikan, 20
Sikap, 10, 22, 34, 112, 116, 120, 122, 131, 143, 144, 145, 171, 188, 191, 197, 215
Skabies, 9, 10, 11, 22, 23, 24, 118, 124, 160, 161, 167, 179, 184, 185, 195, 202, 204, 209
Skor, 112, 120
Soekidjo Notoatmodjo, 14
Sofyan Efendi, 3, 132, 134, 136, 151
Statistik, 5, 9, 128, 129

T

tahārah, 3
Ṭahārah, 2, 3
Tabel, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 130, 138, 143, 144, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186
Teman, 114, 121, 122
The Health Belief Model, 145, 146
Tradisional, 54, 120, 121, 122, 123, 125, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185

U

Umur, 114, 115, 121
Umur,, 114, 121

V

Variabel, 24, 31, 32, 34, 112, 114, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 130, 138, 143, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 197, 199, 201, 202, 204

W

Wawancara, 38, 169, 170, 171, 177, 179, 182
Wilayah, 24, 25, 115

**NASKAH PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
DAN INFORMED CONSENT**

A. Naskah PSP

Assalamu'alaikum warahmatullah wabarakatuh,

Saya mahasiswa Program Doktor Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, sedang melakukan riset yang berjudul: "Personal Higiene dalam Perspektif Islam". Selanjutnya akan dilakukan pengisian kuesioner, wawancara langsung dan observasi tentang praktik personal higiene pada santri di pondok pesantren. Waktu yang dibutuhkan untuk pengisian kuesioner dan wawancara setiap responden adalah masing masing sekitar 30 menit.

Partisipasi Bapak Kyai/ Ustadz/ Santriawan/ Santriwati adalah bersifat sukarela tanpa paksaan dan bila tidak berkenan dapat menolak tanpa sanksi apapun. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya. Informasi tersebut hanya digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan.

Apabila Bapak Kyai/ Ustadz/ Santriawan/ Santriwati memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai riset ini, dapat menghubungi saya: Emy Rianti, handphone: 08129198...

B. Informed Consent

Saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai penelitian tentang: "Personal Higiene dalam Perspektif Islam". Saya mengerti bahwa partisipasi saya dilakukan secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Pernyataan bersedia menjadi responden:

Responden		Saksi / Peneliti	
Tgl/bulan/tahun	Tanda tangan	Tgl/bulan/tahun	Tanda tangan

I. KETERANGAN PONDOK PESANTREN						
A. WAWANCARA DENGAN PIMPINAN PONDOK						
1. TEMPAT PESANTREN						
1.	Provinsi					
2.	Kota					
3.	Kecamatan					
4.	Kelurahan					
5.	Alamat					
6.	Lokasi	a. Perkotaan			b. Perdesaan	
7.	Letak	a. Di sekitar permukiman penduduk			b. Jauh dari permukiman penduduk	
2. KARAKTERISTIK PESANTREN						
1.	Nama pesantren					
2.	Banyaknya santri laki-laki	.....	orang			
3.	Banyaknya santri perempuan	.....	orang			
4.	Banyaknya pengurus yang menetap	.....	orang			
5.	Kurikulum yang dipakai	a. Dikti		b. Lainnya		
6.	Kitab yang dipakai	a. Kitab kuning		b. Lainnya		
3. FASILITAS FISIK PESANTREN						
Bangunan						
1.	Luas tanah	.....	m ²			
2.	Luas bangunan	.....	m ²			
3.	Jumlah bangunan	a. Masjid/ musholla... bangunan b. Gedung utama/ kantor... bangunan c. Gedung sekolah/ tempat belajar... bangunan d. Asrama putera/ puteri... /... bangunan e. Lainnya... bangunan				
4.	Jenis bangunan	a. Permanen		b. Semi permanen		c. Tidak permanen
5.	Jumlah ruangan (Rg)	Jenis Ruangan	Tersedia 1. Ya 2. Tidak	Jumlah ruangan	Ventilasi: 1. Ada, cukup 2. Ada, tidak cukup 3. Tidak ada	Tempat cuci tangan: 1. Ada dgn sabun 2. Ada tanpa sabun 3. Tidak ada
		a. Rg kelas putera				
		b. Rg kelas puteri				
		c. Rg belajar putera				
		d. Rg belajar puteri				
		e. Km tidur putera				
		f. Km tidur puteri				

KUESIONER-DISERTASI-PH2016

		g. Rg makan				
		h. Km md putera				
		i. Km mnd puteri				
		j. Rg cuci baju				
		k. Rg jemuran				
		l. Rg cuci piring				
		m. Toilet putera				
		n. Toilet puteri				
		o. Lainnya				
Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)						
1.	Jumlah Poskestren	.....	poskestren			
2.	Jumlah tenaga poskestren	.....	orang			
3.	Fasilitas kesehatan terdekat	a. Poskestren b. RS umum c. RS swasta d. Puskesmas/ Pustu	e. Klinik / balai kesehatan f. Dokter praktik g. Perawat praktik h. Bidan praktik			
Kulah						
1.	Jumlah kulah yang dimiliki pesantren	....	kulah			
2.	Jumlah kulah yang dipergunakan	....	kulah			
3.	Banyaknya orang yang memakai kulah	....	orang			
Air Bersih						
1.	Sumber air utama yang digunakan	a. PDAM b. Sumur bor/pompa c. Sumur gali terlindung	d. Sumur gali tak terlindung e. Mata air terlindung			
2.	Ketersediaan air sepanjang tahun	a. Ada	b. Tidak			
3.	Kualitas air	a. Bersih dan jernih b. Keruh c. Berwarna	d. Berasa e. Berbusa f. Berbau			
Sarana Pembuangan Limbah						
1.	Ketersediaan pembuangan air limbah	a. Ada	b. Tidak (Stop, ke 2)			
	Jika ya, saluran pembuangan air limbah	a. Tertutup	b. Terbuka			
2.	Ketersediaan pembuangan sampah	a. Tertutup	b. Terbuka			
	Jika ya, maka sampah	a. Diangkat petugas b. Dikubur	c. Dibuat kompos d. Dibakar			
3.	Ketersediaan pembuangan kotoran	a. Sungai b. Kolam	c. Septic tank tertutup			
4.	Jenis bahan bakar/ energi utama yang digunakan untuk memasak?	a. Listrik b. Gas elpiji	c. Minyak tanah d. Kayu bakar			

Sumber Daya Listrik	
Ketersediaan sumber daya listrik	a. Ya b. Tidak (Stop)
Jika ya, jenis sumber yang digunakan	a. PLN b. Generator milik pesantren c. Lainnya ...
B. WAWANCARA MENDALAM DENGAN PIMPINAN PONDOK	
1.	Apakah pesantren memiliki fasilitas pos kesehatan pesantren (Poskestren)? (jika tidak, lanjut ke pertanyaan no. 3)
2.	Sejauh mana keberadaan poskestren sebagai akses pelayanan kesehatan mampu memberdayakan santri dan warga pondok untuk hidup sehat?
3.	Apa usaha promotif, preventif dan kuratif bagi kesehatan santri di pondok pesantren?
4.	Menurut bapak apakah sebuah pesantren membutuhkan poskestren? Sejauh mana?
5.	Menurut bapak apa makna suci dan bersih dalam Islam?
6.	Bagaimana aplikasi suci dan bersih dalam kehidupan sehari-hari di pesantren?
7.	Menurut bapak apa makna kebersihan adalah separuh dari iman?
8.	Apakah pesantren memiliki kulah dan apakah santri di pesantren mengambil wudhu di kulah?
9.	Bagaimana pendapat bapak tentang santri yang mengambil wudu di kulah dari segi kebersihan dan kesucian?
10.	Bagaimana interaksi sosial antar santri, anggota pondok dan masyarakat di lingkungan sekitar pondok pesantren?
11.	Apakah upaya pondok pesantren untuk mengalokasikan sumber-sumber daya yang ada guna mencapai kesejahteraan dan kemakmuran santri di pondok pesantren?
12.	Seperti apa kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat-istiadat, dan kemampuan-kemampuan lain yang didapat oleh santri sebagai anggota pondok pesantren?
13.	Apakah kondisi fisik pondok pesantren mempengaruhi kemampuan santri untuk berperilaku hygiene?
14.	Bagaimana peraturan dan kendali terhadap tingkah laku santri diterapkan di pondok?
15.	Bagaimana konsep pondok pesantren mengenai apa yang dianggap baik dan yang dianggap buruk terutama terhadap nilai kerohanian?
16.	Kurikulum apa yang dipakai di pesantren? Bagaimana aplikasi, dampak dan outputnya di masyarakat?
17.	Apakah ada media informasi tentang personal hygiene kepada santri di pesantren?
C. OBSERVASI FISIK PESANTREN	
1.	Luas tanah
2.	Luas bangunan
3.	Jumlah bangunan
4.	Jenis bangunan
5.	Jumlah keseluruhan ruangan
6.	Keberadaan ventilasi dan tempat mencuci tangan
7.	Keberadaan poskestren
8.	Keberadaan kulah
9.	Keberadaan air bersih dan sumber air bersih
10.	Keberadaan sarana pembuangan limbah
11.	Keberadaan sumber daya listrik
12.	Keberadaan fasilitas lain yang mendukung kesehatan, ekonomi dan kesejahteraan santri di pondok pesantren

KETERANGAN PENGUMPUL DATA	
1.	Nama pengumpul data
2.	Tgl-bln-thn. pengumpulan data
3.	Tanda tangan pengumpul data

II. KETERANGAN SANTRI (SANTRI MENGISI SENDIRI)			
A. DATA DEMOGRAFI			
ISILAH TITIK-TITIK DI BAWAH INI BENAR			
1.	No urut (diisi petugas pengumpul data)	.....
2.	Nama pondok pesantren	.....
3.	Nama santri (boleh tidak diisi)	.....
4.	Umur santri	.....	Tahun
LINGKARI SATU JAWABAN YANG BENAR			
5.	Jenis kelamin	a. Laki-laki	b. Perempuan
6.	Pendidikan terakhir ibu	a. Tidak tamat SD b. SD/ sederajat c. SLTP/ sederajat	d. SLTA/ sederajat e. D3/ sarjana f. Pascasarjana
7.	Pendidikan terakhir ayah	a. Tidak tamat SD b. SD/ sederajat c. SLTP/ sederajat	d. SLTA/ sederajat e. D3/ sarjana f. Pascasarjana
8.	Pekerjaan ibu sehari-hari	a. Tidak bekerja/ IRT b. TNI/ Polri/ PNS c. Wiraswasta/ pedagang	d. Petani/ nelayan/ buruh e. Lain-lain (dosen,
9.	Pekerjaan ayah sehari-hari	a. Tidak bekerja/ IRT b. TNI/ Polri/ PNS c. Wiraswasta/ pedagang	d. Petani/ nelayan/ buruh e. Lain-lain (dosen,
10.	Pendapatan keluarga per bulan	a. Rp 1000.000,- b. Rp 1000.000-Rp 2000.000,-	c. Rp 2000.000-Rp 5000.000,- d. Rp 5000.000,-
B. PELAYANAN KESEHATAN			
ISILAH TITIK-TITIK DI BAWAH INI BENAR			
1.	Jumlah teman sekamar	.....	Orang
2.	Lama tinggal di pesantren	.....	Bulan
LINGKARI SATU JAWABAN YANG BENAR			
3.	Apakah dalam 6 bulan terakhir tinggal di pondok adik pernah sakit	a. Ya	b. Tidak (Stop), ke C (pertanyaan pengetahuan)
LINGKARI JAWABAN YANG BENAR, PILIHAN JAWABAN BOLEH > 1			
4.	Apa sakit yang diderita dalam 6 bulan terakhir	a. Gatal-gatal b. Skabies/ kudis/ guduk/ koreng c. Batuk, pilek, pusing	d. Diare/ mencret e. Demam/ panas tinggi f. Sakit gigi
5.	Kemana pergi berobat?	a. Poskestren b. Rumah Sakit c. Puskesmas d. Pustu e. Dokter praktek	f. Perawat g. Bidan h. Orang pintar i. Dukun j. Lainnya

C. PENGETAHUAN LINGKARI JAWABAN YANG BENAR, PILIHAN JAWABAN BOLEH > 1, KECUALI PILIHAN JAWABAN YA DAN TIDAK			
1.	Apakah adik pernah mendengar tentang <i>personal hygiene</i> ? (Kebersihan diri)	a. Ya	b. Tidak
2.	Darimana adik mendapat informasi tentang <i>personal hygiene</i> ?	a. Orang tua/ Keluarga b. Bapak Ustadz/ Guru c. Petugas kesehatan d. Teman/ Tetangga	e. Televisi/ Radio f. Internet g. Koran h. Majalah i. Poster/ Leaflet
3.	Sebutkan tanda-tanda orang yang <u>tidak</u> <i>higiene</i> !	a. Badan, rambut, gigi, kotor dan bau b. Pakaian kotor	c. Kuku panjang d. Menderita penyakit kulit e. Tidak tahu
4.	Menurut adik, apakah <i>personal hygiene</i> itu penting?	a. Ya	b. Tidak
5.	Akibat jika seorang <u>tidak</u> bersih antara lain!	a. Badan, mulut dan pakain bau b. Badan gatal-gatal c. Tidak nyaman d. Tidak bersemangat/ kegiatan belajar terganggu	e. Mudah terkena penyakit kulit seperti kurap, kudis, jamur, panu f. Tidak sah solat g. Tidak tahu
6.	Apakah penyakit kulit dapat menular?	a. Ya	b. Tidak (Stop), ke pertanyaan no 3
7.	Cara penularan penyakit kulit antara lain adalah:	a. Kebersihan diri yang buruk b. Hunian yang padat c. Bersentuhan dengan penderita d. Tinggal satu kamar dengan penderita	e. Saling bertukar perlengkapan pribadi seperti pakaian, handuk, sisir dengan penderita f. Roh halus g. Tidak tahu
8.	Apakah penyakit kulit dapat dicegah?	a. Ya	b. Tidak (Stop), ke pertanyaan no 3
9.	Cara mencegah penyakit kulit antara lain:	a. Mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir b. Mandi, dan mengganti pakaian dengan teratur	c. Menggunting kuku secara teratur d. Istinja' dengan benar e. Tidak tahu
10.	Manfaat mandi adalah:	a. Bersih b. Sehat c. Segar	d. Nyaman e. Tidak tahu
11.	Waktu menggosok gigi adalah:	a. Setelah sarapan pagi b. Sebelum tidur malam	c. Tidak tahu
12.	Cara mencuci rambut adalah:	a. Menggunakan air mengalir b. Menggunakan sampo	c. Tidak tahu

KUESIONER-DISERTASI-PH2016

13.	Manfaat mencuci rambut adalah:	a. Membersihkan serpihan kulit kepala dan kotoran lain yang menempel dirambut	b. Membersihkan minyak dan debu dari kulit kepala	c. Tidak tahu
D. SIKAP				
ISIKAN KODE JAWABAN: 1= SETUJU, 2=RAGU-RAGU, 3=TIDAK SETUJU				
1.	Menggosok gigi minimal dua kali dalam sehari			<input type="checkbox"/>
2.	Sisir boleh dipakai secara bersama-sama dengan teman satu kamar			<input type="checkbox"/>
3.	Memakai handuk boleh secara bersama-sama dengan teman satu kamar			<input type="checkbox"/>
4.	Handuk tidak perlu dijemur di bawah sinar matahari			<input type="checkbox"/>
5.	Pakaian dalam boleh dijemur di kamar tidur supaya tidak tertukar atau hilang			<input type="checkbox"/>
6.	Istinja/ cebok setelah buang air besar harus menggunakan sabun dan air mengalir			<input type="checkbox"/>
7.	Mencuci tangan setiap mau makan tidak perlu menggunakan sabun			<input type="checkbox"/>
8.	Mengganti pakaian sehari-hari cukup sekali dalam satu hari			<input type="checkbox"/>
9.	Mengganti pakaian dalam cukup sekali dalam satu hari			<input type="checkbox"/>
10.	Mencuci rambut cukup sekali dalam seminggu			<input type="checkbox"/>
11.	Mengambil wudhu di satu kulah bersama-sama dengan santri lain tidak mengganggu kesehatan			<input type="checkbox"/>
E. PERILAKU				
ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK				
1.	Saya mandi satu kali dalam sehari			<input type="checkbox"/>
2.	Saya mandi menggunakan sabun mandi			<input type="checkbox"/>
3.	Saya mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, setelah buang air besar			<input type="checkbox"/>
4.	Saya mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, setiap mau makan			<input type="checkbox"/>
5.	Saya menggosok gigi menggunakan pasta gigi			<input type="checkbox"/>
6.	Saya menggosok gigi setiap habis sarapan dan sebelum tidur malam			<input type="checkbox"/>
7.	Saya mencuci rambut menggunakan sampo dan air mengalir			<input type="checkbox"/>
8.	Saya mencuci rambut satu kali dalam seminggu			<input type="checkbox"/>
9.	Saya memakai handuk bersama-sama dengan teman satu kamar			<input type="checkbox"/>
10.	Saya dan teman-teman satu kamar sering bertukar dalam menggunakan pakaian, sisir, dan sikat gigi			<input type="checkbox"/>
11.	Saya menggunting kuku satu kali seminggu			<input type="checkbox"/>
12.	Saya mengganti pakaian sehari-hari, dua kali dalam satu hari			<input type="checkbox"/>
13.	Saya mengganti pakaian dalam, dua kali dalam satu hari, atau setiap selesai mandi			<input type="checkbox"/>
14.	Saya menjemur pakaian di bawah sinar matahari			<input type="checkbox"/>
15.	Saya mengambil wudhu menggunakan air mengalir			<input type="checkbox"/>
16.	Saya mengambil wudhu menggunakan air yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa			<input type="checkbox"/>
17.	Saya mengambil wudhu langsung dari kulah bersama-sama dengan santri lain dalam satu kulah			<input type="checkbox"/>
KETERANGAN PENGUMPUL DATA				
1.	Nama pengumpul data			
2.	Tgl-bln-thn.pengumpulan data			
3.	Tanda tangan pengumpul data			

III. WAWANCARA MENDALAM DAN OBSERVASI DENGAN SANTRI	
A. WAWANCARA	
1.	Menurut adik, apa arti: a. Kebersihan diri b. Kebersihan dan kesucian dalam Islam
2.	Apa yang adik lakukan sehari-hari untuk menjaga: a. Kebersihan diri b. Kebersihan lingkungan
3.	Apakah adik pernah mengalami: a. Gangguan pada kulit/ gatal-gatal/ sakit lain pada kulit? b. Sakit selain pada kulit? c. Kalau iya, apa yang adik lakukan untuk mengatasi sakit yang diderita tersebut?
4.	Apa upaya sehari-hari yang dilakukan untuk mencegah penyakit? Apakah upaya tersebut mendapat dukungan dari pondok pesantren?
5.	Bagaimana praktik sehari-hari adik melakukan: a. Mandi b. Mencuci tangan? c. Menggosok gigi? d. Keramas atau mencuci rambut? e. Istinja atau membersihkan dubur dan atau kemaluan? f. Memotong kuku? g. Mengganti pakaian? h. Menjemur pakaian? i. Wudhu
6.	Apakah adik mengambil wudhu di kulah?
7.	Bagaimana pendapat adik tentang mengambil wudhu di kulah?
8.	Menurut adik, apa makna kebersihan adalah separuh daripada iman?
9.	Bagaimana praktek bersih dan suci dalam kehidupan sehari-hari di pesantren? Apakah sudah sesuai dengan kaidah Islam
B. OBSERVASI	
1.	Santri mengalami sakit pada kulit (termasuk wajah)
2.	Mengalami gatal-gatal pada kulit
3.	Alergi pada kulit
4.	Panu
5.	Batuk, pilek
6.	Kebersihan gigi
7.	Kebersihan kuku
8.	Pakaian bersih dan tidak bau
9.	Badan bersih dan tidak bau
10.	Tampak ceria dan bersemangat
11.	Mengikuti kegiatan pembelajaran
12.	Bertukar menggunakan alat pribadi (sikat gigi, sisir, handuk, pakaian dalam, dll)
13.	Perilaku Wudhu di kulah
KETERANGAN PENGUMPUL DATA	
1.	Nama pengumpul data
2.	Tgl-bln-thn. pengumpulan data
3.	Tanda tangan pengumpul data

Biodata Penulis

Emy Rianti, lahir di Krui Lampung 09 Oktober 1964, anak pertama dari pasangan Ayah bernama Amir Hamzah (Alm) dan Ibu bernama Nurzaruf. Menikah dengan A. Widyanto (Alm) pada tahun 1987 dan dikaruniai dua putra dan dua putri: Muhammad Amin Budiman, SIA., Din Fadhila, SE., Mizan Hasanah, S.Psi., dan Arief Rahman Saleh (Mhs semester IV); sudah mempunyai dua orang menantu Ari Sugeng Rizkianto dan Ety Rena Faulina, Amd.Rad.; serta dua orang cucu Rizki Satria Bagaskara dan Rizki Malika Najmussabah.

Menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar hingga Sekolah Menengah Atas Negeri di Lampung. Tahun 1983 hijrah ke Jakarta, lulus pendidikan Akademi Keperawatan di RSI Jakarta tahun 1987, Sarjana Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2001, Profesi Ners Universitas Indonesia tahun 2002, Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi Universitas Indonesia tahun 2006, dan Program Doktor Pengkajian Islam Konsentrasi Agama dan Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta tahun 2016.

Pada saat ini bekerja sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes RI Jakarta I. Pada tahun 2006-2010 selain sebagai Dosen, mendapat tugas tambahan sebagai Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Jakarta I, tahun 2007-2008 sebagai Kepala Unit Penjaminan Mutu, tahun 2007-2010 sebagai Pemimpin Redaksi Jurnal Kesehatan “*Health Quality*” Poltekkes Jakarta I, tahun 2008 bertugas sebagai Tenaga Kesehatan Haji Indonesia mendampingi Jamaah. Selain sebagai Dosen, tugas tambahan saat ini adalah sebagai Kasub Unit Penelitian Jurusan Kebidanan Poltekkes Jakarta I, Anggota Redaksi Jurnal “*Health Quality*”, Tim Pakar Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan (Risbinakes), dan Anggota Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jakarta I.

Hasil karya dalam bidang penelitian antara lain: Risiko Kanker Payudara Wanita pada Pasien Rawat Jalan di RS Dharmais (2011), Kesiapan Primigravida dalam Persalinan di Puskesmas Jagakarsa

Jakarta Selatan (2012), Pola Asuh Orang Tua dan Gangguan Perilaku pada Anak Usia Pra Sekolah di Pondok Labu Jakarta Selatan (2013), Pengaruh Kompres Hangat pada Perineum dalam Menurunkan Rasa Nyeri Ibu Paska Salin di Puskesmas Wilayah Jakarta Selatan (2014), Deviasi Perhitungan Taksiran Berat Janin Berdasarkan Metode Johnson-Toshack, Formula Sederhana dan Formula Dare pada Klien Persalinan di RSUP Fatmawati Jakarta (2015), Tinggi Badan Usia Dewasa dan Risiko Penyakit Diabetes Mellitus di RSUD Depok (2016), Percepatan Involusi Uteri melalui Latihan Otot Transversus Abdominis (PUPT Kemenkes RI tahun 2017).

Bergabung menjadi anggota Tim dalam penelitian Kemenkes RI antara lain: Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) Balitbangkes Kemenkes sebagai Penanggung jawab teknis Kabupaten Maumere Propinsi NTT (2011), Riset Pengendalian Malaria Ditjen PP&PL Kemenkes sebagai Penanggung jawab teknis Kabupaten Lombok Barat Propinsi NTB (2012), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Balitbangkes Kemenkes sebagai Penanggung jawab teknis wilayah Jakarta Barat, DKI (2013) dan sebagai anggota Tim Riset Pendidikan Tenaga Kesehatan Puslitbangkes (2017).

Hasil karya dalam bentuk buku adalah “Epidemiologi dalam Kebidanan” yang diterbitkan oleh CV. Trans Info Media Jakarta tahun 2009 dan edisi revisi tahun 2010, 2011, 2012. Sedangkan hasil karya dalam bentuk publikasi ilmiah antara lain: Status Gizi dan Kejadian Pneumonia pada Balita (2007), Model Kepatuhan Ibu Hamil terhadap Konsumsi Tablet Besi (2007), Lingkungan Fisik Rumah, Faktor Sosial Ekonomi dan Kejadian Pnemonia pada Balita (2008), Demand Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas (2012), Risiko Kanker Payudara Wanita (2012), serta Pola Asuh Orang Tua dan Gangguan Perilaku pada Anak Usia Pra Sekolah (2015).

Depok, Maret 2017
Penulis.