

HYGIENE > ISLAMIC

KK
TKM. 28/04
Bad
P

TESIS

**PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI SANTRI
MELALUI PEMBERDAYAAN *USTADZ* DI PONDOK PESANTREN
WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

MOHAMAD BADRI

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2003

**PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI SANTRI
MELALUI PEMBERDAYAAN *USTADZ* DI PONDOK PESANTREN
WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



Oleh :

MOHAMAD BADRI

NIM : 090214732 M

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003**

**PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI *SANTRI*
MELALUI PEMBERDAYAAN *USTADZ* DI PONDOK *PESANTREN*
WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga



oleh :
MOHAMAD BADRI
NIM : 090214732 M

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**
Tanggal 1 April 2004

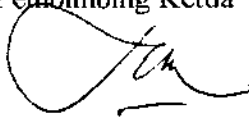
Lembar Pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 1 April 2004

Oleh

Pembimbing Ketua



Saenun dr. MS.

NIP. 130695881

Pembimbing

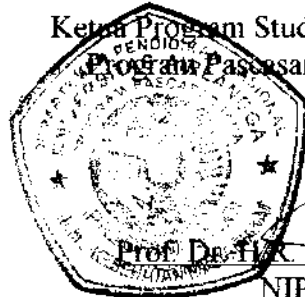


Dr. H. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH.

NIP. 130610104

Mengetahui :

Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pascasarjana Universitas Airlangga



Prof. Dr. H.K. Sudibjo H.P., dr., DTM.

NIP. 130359279

Telah diuji pada
Tanggal 1 April 2004
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Prof. Dr. M. Hanafi, dr., Sp.KJ.
Anggota : 1. Saenuh, dr., MS.
2. Dr. H. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH.
3. Oedojo S, dr., MPH, MA., Ph.D.
4. Dr. Hari Basuki, dr., M.Kes.
5. Moh. Zainal Fatah, Drs., MS., M.Kes.



UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji syukur kehadiran Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada dr. Saenun, MS., Pembimbing Ketua dan Dr. H. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH., Pembimbing yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan, dan saran yang dapat menambah semangat saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Akper Pemerintah Kabupaten Ponorogo yang telah memberikan bantuan finansial, sehingga meringankan beban saya dalam menyelesaikan tesis ini.


Dengan selesainya tesis ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Prof. H. Dr. Med. Puruhito, dr., atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P., atas kesempatan untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

3. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prof. Dr. H.R. Soedibjo, dr., DTM., atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti Program Magister.
4. Ketua Minat Studi Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan Pascasarjaba Universitas Airlangga, Prof. Dr. Rika S. Triyoga, dr., SKM., beserta seluruh dosen dan staf yang telah mendidik, membimbing dan membina saya selama mengikuti pendidikan.
5. Oedojo Sudirham, dr., MPH., MA., Ph.D., selaku penguji proposal dan penguji tesis pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
6. Prof. Dr. M. Hanafi, dr., Sp.KJ., selaku penguji proposal dan penguji tesis pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
7. Dr. Hari Basuki, dr., M.Kes., selaku penguji proposal dan penguji tesis pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
8. Moh. Zainal Fatah, Drs., MS., M.Kes., selaku instruktur pada ujian proposal dan ujian tesis pada program pascasarjan Universitas Airlangga Surabaya.
9. Pimpinan Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo, yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian.
10. Para *ustadz* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo, yang telah berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian ini.
11. Kepada semua pihak, teman-teman seangkatan minat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

12. Melalui kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada, kedua orang tua saya dan kedua mertua saya serta semua keluarga yang telah memberikan bantuan moril, materiil, waktu, tenaga dan spirit kepada saya selama mengikuti Program Pascasarjana di Universitas Airlangga Surabaya.

Akhirnya khusus untuk istri tercinta Gusti Ketut Tanti Setiati dan buah hati saya Fitriani Umi Hasanah dan Ahmad Hanif Nurfauzi atas segala pengorbanan dan do'anya yang tidak ternilai selama saya mengikuti pendidikan. Semoga Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang melimpahkan rahmat dan karuniaNya atas segala usaha kita semua dan menyertai perjalanan hidup ini.



Surabaya, 30 Januari 2004.

Penulis

RINGKASAN

PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI *SANTRI* MELALUI PEMBERDAYAAN *USTADZ* DI PONDOK *PESANTREN* WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003

Pemeliharaan kebersihan diri berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Seseorang dikatakan memiliki *personal hygiene* baik apabila orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, kuku, rambut, mulut dan gigi, kebersihan dan kerapian pakaiannya, kebersihan mata hidung dan telinga serta kebersihan alat kelaminnya.

Santri yang menderita penyakit kulit di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo penyakit scabies 99 kasus di tahun 2001 dan 124 kasus di tahun 2002, penyakit dermatitis 53 kasus di tahun 2001 dan 57 kasus di tahun 2002. Salah satu penyebab dari penyakit tersebut adalah pemeliharaan kebersihan diri yang kurang.

Pemberdayaan *ustadz* adalah usaha untuk memberdayakan *ustadz* sebagai penyambung antara *kyai* dan *santri*. Perubahan pada *ustadz* diharapkan berdampak pada perubahan *santri* terutama pemeliharaan kebersihan dirinya. Pemberdayaan *ustadz* pada penelitian ini dilakukan melalui mini lokakarya.

Permasalahan pada penelitian ini adalah Apakah pemberdayaan *ustadz* dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo ?

Tujuan khusus penelitian ini : (1) Mengetahui Kepedulian Pimpinan Pondok sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (2) Mengetahui kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (3) Mengetahui dana dari pondok untuk pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (4) Mengetahui pengembangan kreativitas yang ada di pondok sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (5) Mengetahui pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (6) Mengetahui sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. (7) Mengetahui tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

Penelitian ini merupakan penelitian pra eksperimental dengan rancangan penelitian "*The One-Group Pretest-Posttest Design*" Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner pengetahuan sebanyak 20 pertanyaan, kuisisioner sikap sebanyak 20 pertanyaan dengan Skala Likert, dan observasi tindakan dengan menggunakan daftar tilik yaitu mencuci rambut, mandi, menggosok gigi, dan mencuci tangan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa (1) Kepedulian Pimpinan Pondok cukup, (2) Kegiatan untuk menumbuh kembangkan upaya *personal hygiene* di Pondok adalah cukup, (3) Pendanaan pondok tentang *personal hygiene* adalah cukup, (4) Kreativitas *ustadz* dan *santri* dalam membuat pesan-pesan kesehatan di pondok adalah baik.

Analisis pada aspek pengetahuan, sikap dan tindakan menunjukkan ada peningkatan sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz*, dimana pada uji statistik menunjukkan p hitung lebih kecil dari α 0,05.

Pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya merupakan salah satu alternatif metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo.



SUMMARY

THE CHANGE OF PERSONAL HYGIENE CARE AMONG THE *SANTRIS* THROUGH THE *USTADZ* EMPOWERMENT IN THE *PESANTREN* WALI SONGO NGABAR VILLAGE PONOROGO IN 2003

Personal hygiene care means an action for keeping clean and health care for both physically and psychically. A person is classified as hygienic if he can keep himself and surrounding clean and healthy such as skin, nail, hair, mouth, teeth, eyes, nose, ears, vulva, water supply, cleanliness and neatness of wears, room air circulation, and sanitation. The fact that the personal hygiene of the *santris* in the *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo in 2002 was so poor that there was an increase of skin disease caused by such condition from 2001 to 2002. Findings on scabies disease suffered by the *santris* were 99 cases in 2001 and 124 cases in 2002. To reduce the scabies cases, the personal hygiene care with the *santri*-centered improvement should be conducted through the *ustadz* empowerment as the mediator between the *kyai* and the *santri* inside the *pesantren*. The problem attracting to be further researched was how far the *ustadz* empowerment could improve knowledge, attitude and behavior the *santris*' hygiene care.

The research objective were mainly directed to the fact findings closely related to the change of personal hygiene care among the *santris* in the *pesantren* Wali Songo before and after the *ustadz* empowerment program specifically as follows: (1) to find the hygiene care provided by the *kyai* as the top-level leader of the *pesantren*, (2) to identify the teaching-learning activities which be able to encourage the *santris*-centered hygiene care, (3) to know the amount of fund supplied by the *pesantren* authority for the *santris*' hygiene care, (4) to recognize the developing of the *santris*' creativity for their own hygiene care, (5) to review the *santris*' knowledge on hygiene care, (6) to observe the *santris*' attitude on hygiene care, and (7) to describe the behavior of the *santris* in the implementation of hygiene care.

This study was a pre-experimental research using "The One Group Pre-test-Post Test Design". The population compares the *santris* and *ustadz* staying in the *Pesantren* for male commonly called from 2001 to 2002 with the total number of 496 *santris* dan 50 *ustadz*s. The instruments used to collect data in this research were questionnaire on knowledge 20 items and on attitude 20 items with Likert scale as well as observation on behavior using check list such as washing hair, taking a bath, brushing teeth, and washing hands.

The result of data analysis showed: (1) the hygiene care of the *kyai* was enough, (2) the activities to encourage the personal hygiene care among the *santris* were enough, (3) the amount of fund supplied by the *pesantren* for personal hygiene care was enough, (4) the *ustadz* and *santris*' activities to make health message inside the *pesantren* was good. The data analysis on knowledge, attitude, and behavior of the *santris*' hygiene care showed improvement after the *ustadz* empowerment in which it was founded the value of $p < a 0,05$. Therefore, it is recommended that the *ustadz* empowerment through mini workshop should be used continuously as a solution model for further improvement.

ABSTRACT

THE CHANGE OF PERSONAL HYGIENE CARE AMONG THE *SANTRIS* THROUGH THE *USTADZ* EMPOWERMENT IN THE *PESANTREN* WALI SONGO NGABAR VILLAGE PONOROGO IN 2003

The research objectives were mainly directed to the fact findings closely related to the change of the personal hygiene care among the *santris* in the *Pesantren* Wali Songo before and after the *ustadz* empowerment program specifically as follows: (1) to find the hygiene care provided by the *kyai* as the top-level leader of the *pesantren*, (2) to identify the teaching-learning activities which be able to encourage the *santris*-centered hygiene care, (3) to know the amount of fund supplied by the *pesantren* authority for the *santris*' hygiene care, (4) to recognize the developing of the *santris*" creativity for their own hygiene care,(5) to review the *santris*' knowledge on hygiene care, (6) to observe the *santris*' attitude on hygiene care, and (7) to describe the behavior of the *santris* in the implementation of hygiene care.

This study was a pre experimental research using "The One Group Pretest-Post Test Design". The population comprises the *santris* and *ustadzs* staying in the Islamic boarding education house for male commonly called *pesantren* from 2002 to 2003 with the total number of 496 *santris* and 50 *ustadzs*. However, the sample size in this research were only 30 *santris* and 10 *ustadz*. The sampling technique use for the *santris* was systematic random sampling, but that for *ustadz* was purposive sampling.

The result of data analysis showed: (1) the hygiene care of the *kyai* was enough, (2) the activities to encourage the personal hygiene care among the *santris* were enough, (3) the amount of fund supplied by the *pesantren* for personal hygiene care was enough, (4) the *ustadz* and *santris*' activities to make health message inside the *pesantren* was good. Based on the result by using *Wilcoxon Signed Rank Test*, it was founded that knowledge, attitude, and behavior related to the personal hygiene care among the *santris* had undergone improvement after the *ustadz* empowerment with $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

It is recommended that the *ustadz* empowerment should be used more intensively for the improvement of the *santris*' hygiene care in the *pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo.

Keywords : *Ustadz* Empowerment, Personal Hygiene, *Pesantren*

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	ix
Summary	xi
Abstrak	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xviii
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	14
1.3 Rumusan Masalah	16
1.4 Tujuan Penelitian	16
1.4.1 Tujuan Umum	16
1.4.2 Tujuan Khusus	16

1.5. Manfaat Penelitian	17
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	19
2.1 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan	19
2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan	19
2.1.2 Strategi Promosi Kesehatan	22
2.1.3 Tujuan dan Sasaran	22
2.1.4 Bentuk Kegiatan Promosi Kesehatan	24
2.1.5 Indikator Kegiatan Promosi Kesehatan	27
2.2 Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	28
2.2.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat	28
2.2.2 Proses Pemberdayaan	31
2.3 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	33
2.3.1 Pengertian PHBS	33
2.3.2 Sasaran dan Ruang Lingkup PHBS	34
2.3.2 Hal hal yang perlu dilakukan untuk hidup sehat	35
2.3.3 Perilaku Kebiasaan Buruk yang mempengaruhi kesehatan	35
2.4 Pemeliharaan kebersihan diri / <i>Personal Hygiene</i>	37
2.4.1 Pengertian <i>Personal Hygiene</i>	37
2.4.2 Hubungan pemeliharaan kebersihan diri dan kebutuhan	39
2.4.3 Hubungan pemeliharaan kebersihan diri dengan hidup bersih dan sehat	40
2.4.4 Beberapa contoh aktifitas pemeliharaan kebersihan diri	41

2.4.5	Mencuci tangan yang benar	41
2.4.6	Cara penggunaan jamban yang sehat	42
2.4.7	Penggunaan kamar mandi yang sehat	42
2.4.8	Pemanfaatan air bersih dan sehat	43
2.4.9	Hubungan antara kesehatan dan pelaksanaan ibadah	43
2.4.10	Menjaga kebersihan kulit	44
2.4.11	Menjaga kebersihan kuku	45
2.4.12	Kebersihan rambut	46
2.4.13	Kebersihan mulut dan gigi	47
2.4.14	Kebersihan mata	47
2.4.15	Kebersihan telinga	48
2.4.16	kebersihan hidung	49
2.4.17	Kebersihan alat kelamin	49
2.5	Perilaku dan Perubahan Perilaku	50
2.5.1	Pengertian perilaku dan perilaku kesehatan	50
2.5.2	Ranah Perilaku	51
2.5.3	Determinan Perilaku dan Perilaku Kesehatan	52
2.5.4	Teori Perubahan Perilaku	53
2.5.4.1	Teori Kognitif Sosial	53
2.5.4.2	Teori Aksi Beralasan	54
2.5.4.3	Precede-Proceed Model	55
2.5.4.4	Teori Diffusi Inovasi	59

2.6 Mini lokakarya kesehatan	63
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	65
3.1. Kerangka Konsep	65
3.2. Hipotesis Penelitian	66
Bab 4 METODE PENELITIAN	68
4.1. Rancangan Penelitian	68
4.2. Populasi, Sampel, Besar sampel, dan Tehnik pengambilan sampel.....	68
4.2.1 Populasi	68
4.2.2 Sampel dan Besar Sampel	69
4.2.3 Tehnik Pengambilan Sampel	69
4.3. Prosedur Penelitian	70
4.4. Variabel Penelitian	71
4.5. Definisi Operasional	71
4.6. Instrumen Penelitian	73
4.7. Lokasi dan Waktu Penelitian	74
4.8. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	74
4.9. Cara Analisis Data	75
Bab 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	77
5.1 Gambaran Daerah Wilayah Penelitian	77
5.2 Letak Geografis	78
5.3 Jumlah <i>Santri</i>	79
5.4 Jumlah <i>Ustadz</i>	80

5.5 Sarana dan Fasilitas	81
5.6 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian	82
5.7 Karakteristik <i>ustadz</i> dan <i>santri</i>	84
5.8. Karakteristik Sosial Budaya	84
5.9 Hasil Penelitian	86
BAB 6 PEMBAHASAN	94
6.1 Kepedulian Pimpinan Pondok	94
6.2 Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya <i>personal hygiene</i>	96
6.3 Pendanaan/sarana dari pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri ..	98
6.4 Pengembangan Kreativitas di Pondok	99
6.5 Pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri <i>santri</i>	101
6.6 Sikap pemeliharaan kebersihan diri <i>santri</i>	103
6.7 Tindakan pemeliharaan kebersihan diri <i>santri</i>	106
6.8 Keterbatasan penelitian	108
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	110
7.1 Kesimpulan	110
7.2 Saran	111
Daftar Pustaka	113
Daftar Istilah	118

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jenis Penyakit di Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo th 2001-2002	10
Tabel 1.2 Jumlah <i>Santri</i> dan <i>Ustadz</i> yang tinggal di asrama Pondok Ngabar tahun 2002-2003	12
Tabel 2.1 Sasaran PHBS untuk masing-masing tatanan	34
Tabel 2.2 Atribut yang merupakan faktor penentu utama pada kecepatan dan ke- luasan difusi	60
Tabel 4.1 Definisi operasional variabel	71
Tabel 5.1 Jumlah <i>Santri</i> di Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo tahun 2002-2003	79
Tabel 5.2 Jumlah <i>ustadz</i> tahun 2002-2003 di Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo tahun 2002-2003	80
Tabel 5.3 Sarana dan fasilitas di Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo tahun 2002-2003	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori Aksi Beralasan	55
Gambar 2.2 Precede-Proceed Model	56
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	65
Gambar 4.1 Prosedur Penelitian	70
Denah Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo.....	156
Foto 9 Buah Kamar Mandi Yang Belum Memakai Pintu.....	158



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal mini lokakarya	119
Lampiran 2 : Materi Mini Lokakarya	121
Lampiran 3 : Kuisisioner Pengetahuan Pemeliharaan kebersihan diri	125
Lampiran 4 : Sikap <i>santri</i> terhadap Pemeliharaan Kebersihan diri	128
Lampiran 5 : Daftar Tilik Mencuci Rambut	130
Lampiran 6 : Daftar Tilik Mandi.....	131
Lampiran 7 : Daftar Tilik Menggosok Gigi	132
Lampiran 8 : Daftar Tilik Mencuci Tangan	133
Lampiran 9 : Kunci jawaban kuisisioner pengetahuan	134
Lampiran 10 : Rencana pelaksanaan penelitian	135
Lampiran 11 : Lembar jawaban	136
Lampiran 12 : Kisi-kisi kuisisioner test aspek pengetahuan	137
Lampiran 13 : Tabel nilai pengetahuan, sikap dan tindakan <i>personal hygiene santri</i> Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo Ngabar Ponorogo.....	138
Lampiran 14 : Undangan mini lokakarya	139
Lampiran 15 : Hasil uji statistik <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>	140
Lampiran 16 : Ijin melaksanakan penelitian	142
Lampiran 17 : Ijin penelitian	143
Lampiran 18 : Materi pemeliharaan kebersihan diri	144
Lampiran 19 : Denah Pondok <i>Pesantren</i> Wali Songo	156
Lampiran 20 : Foto 9 Buah Kamar Mandi Yang Belum Memakai Pintu	158

Lampiran 21 : Rangkaian Kegiatan Penelitian	161
Lampiran 22 : Peraturan tentang Penggunaan Air bersih	163
Lampiran 23 : Peraturan Tentang Kebersihan/Penggunaan Tempat Wudlu	164
Lampiran 24 : Peraturan Penggunaan Jamban dan Kamar Mandi	165
Lampiran 25 : Peraturan Kebersihan Asrama dan Halaman	166
Lampiran 26 : Pesan- Pesan Kesehatan di Pondok Pesantren Ngabar Ponorogo ...	167
Lampiran 27 : Poster-Poster Kesehatan di Pondok Pesantren Ngabar Ponorogo....	173
Lampiran 28 : Hasil Mini Lokakarya Kesehatan	177



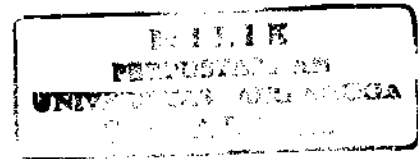


BAB I PENDAHULUAN

Muhammad ...

BAB 1

PENDAHULUAN



1.1 LATAR BELAKANG

Kesehatan secara umum, mempunyai peranan sangat penting dalam pelaksanaan tugas - tugas keagamaan dalam Islam. Kesimpulan tersebut berpijak pada ajaran Al-Qur'an Surat Adzariyat ayat 56 : *"Wamma Kholaqtul jinna wal insa illa liya'buduun"* artinya " Dan Aku tidak menciptakan jin dan manusia, melainkan supaya mereka beribadat (taat) kepada-Ku ". Pelaksanaan ibadah tersebut memerlukan kesehatan akal dan jasmani (Munir, 2001).

Bisri (2001) dalam makalah dengan judul Pesan Kesehatan Yang Menghujam Kalbu, yang disampaikan pada Konferensi Nasional Promosi Kesehatan di Jakarta tanggal 11 - 13 Juni 2001, mengutip pernyataan Imam Al-Ghazali, tokoh sufi yang mengatakan bahwa : " Sudah menjadi tujuan orang yang mempunyai akal pikiran ialah bertemu Allah swt di akhirat. Tujuan tersebut hanya akan tercapai dengan ilmu dan amal perbuatan. Ilmu dan amal perbuatan tidak mungkin ditekuni kecuali dengan badan yang sehat".

Selanjutnya Bisri (2001) mengatakan bahwa wujud kesehatan secara umum mempunyai peranan yang asasi dalam kehidupan beragama secara baik. Amatlah sulit atau bahkan mustahil tugas - tugas keagamaan akan terlaksana dengan baik tanpa kesehatan. Di antara buktinya ialah kesehatan merupakan syarat utama dalam pelaksanaan puasa, haji, jihad, amar ma'ruf nahi mungkar,

mencari rejeki dan sebagainya. Sabda rasulullah saw : “ *Al-mu'mimul qowwiyul khoirum wa ahabbu ilallaahi minal mu'mimudh dhaif...*” artinya : orang mukmin yang kuat, lebih mulia dan lebih dicintai Allah dari pada orang mukmin yang lemah...”. Orang mukmin yang kuat tentulah orang yang sehat lahir batin, yang sehat jasmani dan sehat mentalnya. Salah satu cara untuk menjaga kesehatan agar terhindar dari berbagai macam penyakit terutama penyakit kulit adalah dengan memelihara kebersihan diri atau *personal hygiene* yang baik. Sabda Rosululloh saw : “ *Annadhafatu minal iiman* “ Artinya bahwa “kebersihan itu sebagian dari iman “ (HR. Said Ibnu Mansur).

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Adapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dapat dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok atau misi sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat (Depkes. RI, 1999).

Masyarakat dan swasta perlu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Berkaitan dengan ini perilaku hidup masyarakat sejak usia dini perlu ditingkatkan melalui berbagai kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan, sehingga menjadi bagian dari norma hidup sehat. Peran serta

masyarakat dalam pembangunan kesehatan terutama melalui penerapan konsep pembangunan kesehatan masyarakat tetap didorong dan bahkan dikembangkan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan serta kesinambungan upaya kesehatan (Depkes. RI, 1999).

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya yang bukan bersifat paksaan atau perintah guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengenali masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas setempat. Pemberdayaan ini merupakan proses gerakan sosial, dan yang dihasilkan adalah kemandirian masyarakat. Dalam hal ini kemandirian di bidang kesehatan, yaitu kemampuan masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan, tanpa bergantung pada bantuan luar (Azwar, 2001).

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap serta mengarahkan perilaku individu, keluarga dan masyarakat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam pembangunan kesehatan agar individu, keluarga dan masyarakat lebih mandiri dan produktif. Dengan demikian individu, keluarga dan masyarakat diharapkan dapat berperilaku bersih dan sehat untuk dapat menjaga dan memelihara kesehatannya sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kualitas hidupnya (Depkes. RI, 1999).

Promosi kesehatan adalah proses untuk memberdayakan atau memampukan masyarakat agar dapat menjaga, memelihara, dan meningkatkan

kesehatannya (*Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health*) (WHO, 1986). Strategi promosi kesehatan adalah :

- 1) Advokasi kesehatan, untuk memperoleh komitmen dan dukungan dalam pengembangan perilaku dan lingkungan sehat, khususnya dalam mengantisipasi desentralisasi. Advokasi ini ditujukan kepada para pembuat keputusan untuk mengeluarkan keputusan yang memberikan kontribusi positif pada pengembangan perilaku dan lingkungan sehat.
- 2) Bina Suasana (*Social Support*), untuk membentuk opini yang positif dan iklim yang mendukung bagi penyelenggara berbagai program kesehatan serta lebih digencarkan melalui berbagai media dan sarana dengan pesan-pesan yang lebih meresap dalam tata nilai masyarakat.
- 3) Gerakan pemberdayaan masyarakat, upaya untuk memampukan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan, oleh karena itu promosi kesehatan lebih bersifat upaya preventif promotif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif rehabilitatif. Upaya pemberdayaan ini dapat dilakukan melalui pengoptimalan peran pimpinan masyarakat, penumbuhan kembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat, penggalian sumberdana masyarakat, menggunakan potensi sarana yang ada, peningkatan pengetahuan masyarakat, penggunaan teknologi tepat guna sesuai dengan potensi masyarakat, dan pengembangan potensi pengambilan keputusan melalui model perencanaan.

- 4) Tatanan yang perlu diberdayakan : Rumah Tangga, Institusi Pendidikan, Institusi Tempat Kerja, Tempat-tempat umum, institusi kesehatan, dan tatanan-tatanan lainnya, yang perlu disinergikan untuk menumbuhkan kawasan sehat (Desa Sehat, Kecamatan Sehat, Kabupaten/kota sehat dst).
- 5) Program difokuskan pada peningkatan ketahanan keluarga dalam bidang kesehatan dan kepeduliannya kepada lingkungan sekitar, dan dikembangkan sesuai dengan program unggulan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial dengan memperhatikan keadaan masalah dan potensi setempat.
- 6) Kemitraan ditingkatkan dengan peningkatan kerjasama lintas program dan lintas sektor, penggalakan forum kerjasama dengan LSM, Organisasi kemasyarakatan, kalangan swasta dan lain-lain.
- 7) Pengembangan infra struktur Promosi Kesehatan di Pusat dan Daerah : Pemberdayaan Daerah dalam Promosi Kesehatan.
- 8) Peningkatan profesionalisme petugas (*Capacity Building*) di Pusat dan Daerah serta para mitra di bidang Promosi Kesehatan. Pendidikan dan Pelatihan ini perlu memperoleh perhatian utama apabila ingin memberdayakan masyarakat bidang kesehatan (Dachroni, 2001).

Pemberdayaan masyarakat sedikitnya ada tujuh potensi yang dapat dikembangkan yaitu : (1) Potensi Pimpinan (*Community Leaders*) pemberdayaan masyarakat melalui pengoptimalan peran pimpinan masyarakat, dilakukan melalui sarasehan pertemuan tokoh dan lain-lain (2) Potensi Pengorganisasian (*Community Organization*) pemberdayaan masyarakat melalui penumbuh-

kembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat seperti polindes posyandu dan lain-lain. (3) Potensi Pendanaan (*Community fund*) : Pemberdayaan masyarakat melalui penggalan sumberdana masyarakat melalui dana sehat, JPKM, tabulin dan tabumas. (4) Potensi sarana (*Community material*) : Pemberdayaan masyarakat melalui gotong royong misal mencari batu dan pasir, membangun sumur dan jamban dan lain-lain. (5) Potensi Pengetahuan (*Potensi Knowledge*) : Pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan pengetahuan masyarakat misalnya lomba membuat pesan kesehatan di desa dan lain-lain. (6) Potensi teknologi (*Community technology*) : Pemberdayaan masyarakat melalui penggunaan teknologi tepat guna sesuai dengan potensi masyarakat misalnya cara mendeteksi dini penderita ISPA, membuat sumur dan jamban sesuai dengan keadaan daerah dan lain-lain. (7) Potensi pengambilan keputusan (*Community decision making*).

Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan melalui model perencanaan seperti pendekatan edukatif (PKMD), pendekatan perencanaan partisipatif seperti P3D yang dikembangkan Ditjen PMD, PRA (*participatory Rural Appraisal*) yang dikembangkan PLI (*Participatory Learning Initiative*) (Azwar, 2001)

Pemberdayaan masyarakat sarannya terdiri dari beberapa tatanan antara lain rumah tangga, institusi pendidikan, institusi tempat kerja, tempat-tempat umum, institusi kesehatan dan pondok *pesantren*. Pondok *pesantren*

perlu disinergikan untuk menumbuhkan kawasan sehat misalnya podok *pesantren* sehat.

Keadaan di pondok-pondok *pesantren* pada umumnya perilaku hidup bersih dan sehat kurang mendapatkan perhatian dari *santri*. Hal ini dipengaruhi oleh faktor kebiasaan dari *santri* sebelum datang di pondok, faktor budaya, sosial, keluarga, penghuni yang padat, keyakinan, keadaan lingkungan yang kurang memadai dan faktor individual seperti kurangnya pengetahuan dan lain-lain.

Sungkar (1995) dalam bukunya tentang skabies menulis di suatu *pesantren* yang padat penghuninya prevalensi penderita skabies dapat mencapai 78,7 %, dan ternyata prevalensi yang lebih tinggi terdapat pada kelompok yang *hygienenya* kurang baik 72,7%. Pada kelompok yang *hygienenya* baik prevalensinya hanya 3,8 % dan 2,2%.

Hal demikian juga terjadi di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo. Berdasarkan observasi selama 5 jam pada tanggal 13 Maret 2002 mulai pukul 15.00 - 20.00 keadaan dan perilaku *santri* adalah sebagai berikut :

Perilaku para *santri* : (1) Kebanyakan para *santri* bila mandi tidak memakai handuk, (2) Mandi dengan memakai sabun secara bergantian antara teman satu dengan teman lainnya. (3) Ada *santri* yang bila mandi bersama-sama dalam satu kamar mandi 2 - 3 orang dan sambil bersenda gurau ada yang menceburkan diri dalam bak kamar mandi kemudian airnya juga untuk mandi bersama-sama (4) Para *santri* bila dari kamar asrama ke kamar mandi tidak

memakai alas kaki dan bila dari asrama ke masjid juga tidak memakai alas kaki padahal jalan ke masjid melalui tanah, kemudian baru membersihkan kakinya di masjid. *Santri* dari masjid ke asrama tidak memakai alas kaki dan langsung ke asrama sehingga lantai asrama banyak debunya. (5) Memakai pakaian secara bergantian antara teman yang satu dengan teman yang lain. (6) Mencuci baju di kamar mandi tanpa memakai bak cuci. (7) Bila tidur para *santri* bersama-sama dalam satu ruangan ukuran 4 X 5 meter untuk 15 - 25 orang.

Keadaan lingkungan asrama sebagai berikut : (1) Jumlah asrama putra 20 lokal dengan ukuran 4 x 5 meter persegi tiap lokalnya yang ditempati oleh 15 - 25 *santri*. sehingga tiap *santri* menempati ruangan ± 1 meter persegi untuk setiap orangnya. Idealnya untuk luas asrama tiap orangnya adalah 2,5 - 3 M² untuk tiap orang (Notoatmodjo, 1997). Bila tidur para *santri* bersama-sama dalam satu ruangan tersebut. Lantai asrama terbuat dari keramik namun keadaannya kotor. (2) Jumlah kamar mandi yang jadi satu dengan WC 26 buah dengan memakai pintu, jumlah kamar mandi saja ada 9 buah dengan tidak memakai pintu, saluran air bak mandinya menjadi satu antara satu dengan lainnya (tidak memakai kran), keadaan kamar mandi kotor, keadaan airnya kotor, dan busa sabun masuk dalam bak mandi. (3) Tempat wudlu ada 2 macam yaitu dengan kran dan bak besar, tetapi krannya ada yang berfungsi dan ada yang tidak berfungsi. Tetapi para *santri* bila wudlu dari bak besar tersebut tanpa memakai gayung, langsung memasukkan tangan dan kaki dalam bak besar itu dan keadaan airnya kotor.

Pendidikan yang disampaikan di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo adalah dengan sistem persamaan dengan kurikulum pendidikan Tsanawiyah dan Aliyah dari Departemen Agama serta ditambah muatan lokal berupa kurikulum Pondok yang berisi 85% mata pelajaran agama dan 15% mata pelajaran umum. Kurikulum tersebut ada mata pelajaran IPA yang berisi fisika dan biologi dengan alokasi waktu 3 jam perminggu. Mata pelajaran biologi sudah ada pokok bahasan gizi dan kesehatan.

Kebijaksanaan dari pimpinan Pondok maupun pengelola dari Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo yang menunjang ke arah pendidikan kesehatan dan perilaku hidup bersih adalah seminggu sekali mengadakan kegiatan Jum'at bersih yaitu membersihkan pekarangan pondok, kamar mandi, WC, dan olah raga. Fasilitas yang ada Balai Pengobatan Pondok *Pesantren* yang buka pagi dan sore saja untuk para *santri* yang sakit. Sementara itu peraturan tentang tata tertib menjaga kebersihan pondok belum ada, juga jadwal piket kebersihan kamar mandi dan WC juga belum ada. Di samping itu dorongan dan pengawasan dari para *ustadz* dan *Kyai* tentang pemeliharaan kebersihan diri belum ada.

Data tentang berbagai penyakit yang didapatkan dari Balai Kesehatan Pondok tahun 2001 - 2002 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1
Jenis Penyakit di Pondok *Pesantren*
Wali Songo Ngabrar Ponorogo th 2001-2002

No	Jenis penyakit	Tahun 2001		Tahun 2002	
		Jumlah	Prosen	Jumlah	Prosen
1	Scabies	99	36,53%	124	39,49%
2	Dermatitis	53	19,56%	57	18,15%
3	ISPA	47	17,34%	58	18,47%
4	Diare	25	9,23%	35	11,15%
5	Typhus	7	2,58%	5	1,59%
6	Gastritis	25	9,23%	23	7,33%
7	Allergi	15	5,53%	12	3,82%
Jumlah		271	100%	314	100%

Data di atas menunjukkan bahwa *santri* yang menderita penyakit kulit terutama penyakit scabies dan dermatitis menunjukkan angka tertinggi dibandingkan dengan penyakit lain yang ada di pondok baik pada tahun 2001 maupun pada tahun 2002. Penyakit tersebut insidennya dipengaruhi oleh *personal hygiene* yang kurang dan lingkungan yang jelek serta penularannya melalui kontak langsung maupun tak langsung antara orang satu ke orang lain (Sungkar, 1995).

Kedaaan tersebut di atas mungkin karena perilaku hidup bersih dan sehat terutama pemeliharaan kebersihan diri di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo kurang mendapat perhatian dari para *santri*. Hal ini disebabkan antara lain karena : jumlah *santri* yang banyak, asrama yang

penghuninya tiap kamar terlalu banyak, faktor kebiasaan individu, keyakinan, sikap, kurangnya pemberdayaan potensi yang ada di pondok.

Salah satu cara untuk mencapai hidup bersih dan sehat adalah menjaga kebersihan individu (*personal hygiene*) yang baik. Seseorang dikatakan *personal hygiene* baik adalah orang yang dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, kuku, rambut, mulut dan gigi, kebersihan dan kerapian pakaiannya, kebersihan mata hidung dan telinga serta kebersihan alat kelamin.

Kebersihan diri atau *hygiene* perseorangan berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Berbeda-beda cara orang memelihara kesehatannya. Perbedaan memelihara kesehatan seseorang ini tentu saja boleh. Kapan seorang gosok gigi dan mandi, atau seberapa sering cuci rambut dan mengganti sprei dan baju tidur boleh dikatakan tidak begitu penting. Yang penting adalah orang melakukannya dengan leluasa dan cukup sering yang sesuai situasi dan kondisi untuk meningkatkan kesehatan dirinya (Wolf, 1984).

Menanamkan perilaku bersih dan sehat terutama pemeliharaan kebersihan diri pada anak usia sekolah adalah amat strategis sekali. Hal ini disebabkan karena : (1) Usia anak sekolah yang relatif masih “belum terbentuk” sikap dan perilakunya, sehingga lebih mudah menanamkan perilaku bersih dan sehat ke dalam diri mereka dibandingkan orang dewasa. (2) Menanamkan perilaku bersih dan sehat seawal mungkin lebih menjamin terciptanya

masyarakat dengan perilaku bersih dan sehat yang baik ketika mereka dewasa kelak. (3) Lebih sehat sejak usia kanak-kanak akan memberi kesempatan tumbuhnya sumber daya manusia yang lebih sehat dan berkualitas di masa depan. (4) Anak sekolah merupakan bagian dari masyarakat sekolah atau suatu "closed community" yang lebih mudah untuk diberdayakan dalam usaha kesehatan (Lubis, 2001).

Jumlah *santri* dan *ustadz* di Pondok *Pesantren* wali Songo Ngabar Ponorogo tahun 2002-2003 sebagai mana tabel berikut :

Tabel 2.2 Jumlah *santri* dan *ustadz* yang tinggal di asrama Pondok Ngabar th 2002-2003

Tempat Tinggal	Ustadz		Jumlah	Santri		Jumlah
	Putra	Putri		Putra	Putri	
Asrama	50	55	105	496	548	1.044
Non Asrama	123	141	264	458	517	975
Jumlah	173	196	369	954	1.065	2.019

Struktur sosial di dalam pondok *pesantren* adalah sebagai berikut : 1) *Kyai* merupakan pemegang otoritas utama di dalam pondok *pesantren*. Apa yang diajarkan dan difatwakan oleh *Kyai* akan dilaksanakan oleh *ustadz* dan para *santrinya*. 2) *Ustadz* merupakan pelaksana dari pengajaran dan fatwa dari *Kyai* dan juga sebagai mediator atau penyambung antara *Kyai* dan *santri*. Peranan *ustadz* disini sangat strategis. Tugas pokok *ustadz* adalah mengajarkan ilmu-ilmu agama sesuai dengan kurikulum pondok *pesantren*. Di sini *ustadz* dapat menghubungkan dan menambahkan ilmu kesehatan terutama *personal*

hygiene pada *santri*. *Ustadz* dapat mengadakan kegiatan kepada *santri* yang diarahkan kepada perilaku hidup bersih dan sehat 3) *Santri* sebagai orang yang sedang mencari ilmu selalu tunduk dan patuh terhadap peraturan, pengajaran dan fatwa-fatwa yang disampaikan oleh *Kyai* dan *ustadz*.

Aplikasi dalam penelitian ini adalah memberdayakan masyarakat pondok yang dilakukan melalui pengoptimalan peranan *ustadz*. Pemilihan pemberdayaan *ustadz* ini dengan alasan bahwa *ustadz* sebagai *link* atau penyambung antara *Kyai* dan *santri*. Perubahan dan apa yang disampaikan *ustadz* kepada *santri* akan berdampak pada *santri* karena *santri* selalu tunduk dan patuh terhadap peraturan, pengajaran dan fatwa-fatwa yang disampaikan oleh *ustadz*.

Hasil yang diharapkan setelah *ustadz* diberdayakan adalah terjadinya *Triangulasi* antara *ustadz*, *Kyai* dan *santri* yang berupa : 1) Munculnya ide-ide baru, inisiatif dan kreativitas baru dari *ustadz* untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat terutama perubahan pemeliharaan kebersihan diri dari *santri*. 2) Adanya kepedulian dari Potensi Pimpinan (*Community Leaders*) dalam hal ini Pimpinan Pondok atau *Kyai* berupa peraturan tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri*. 3) Adanya kegiatan untuk menumbuhkan-kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok misalnya jadwal piket kebersihan setiap hari dan sebagainya. 4). Adanya pendanaan/sarana dari pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri dari *santri*.

5) Pengembangan pemanfaatan potensi pengetahuan dengan adanya kegiatan membuat poster tentang pemeliharaan kebersihan diri.

Salah satu cara untuk memberdayakan *ustadz* adalah dengan mengadakan mini lokakarya. Mini lokakarya ini diarahkan pada kesehatan terutama perubahan pemeliharaan kebersihan diri para *santri*. Adapun jadwal mini lokakarya terdapat dalam lampiran 1. Evaluasi dilaksanakan dalam kurun waktu 2 bulan untuk melihat perubahan yang terjadi setelah *ustadz* diberdayakan.

Langkah-langkah yang harus ditempuh dalam memberikan bahan-bahan sewaktu melaksanakan mini lokakarya adalah : (1) Memberi pengertian. (2) Menimbulkan kesadaran akan kebiasaan yang baik dan yang buruk. (3) Merangsang supaya terjadi peningkatan kebiasaan yang baik dan pengurangan kebiasaan yang buruk. (4) Meyakinkan bahwa mereka mampu menerapkan bahan-bahan yang diterima dalam kehidupan sehari-hari dan selanjutnya mengembangkannya menjadi lebih baik (Sarwono dkk, 1979).

Berdasarkan uraian tersebut di atas, perlu dilakukan penelitian tentang perubahan pemeliharaan kebersihan diri *santri* melalui pemberdayaan *ustadz* yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan melalui kegiatan pemberdayaan.

1.2 IDENTIFIKASI MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut :

- 1.2.1 Tingginya angka penyakit kulit (*scabies* dan *dermatitis*) di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo karena kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat terutama pemeliharaan kebersihan diri.
- 1.2.2 Kurangnya pemberdayaan segala potensi yang ada pada *ustadz* sebagai penyambung antara *Kyai* dan *santri*, belum adanya kepedulian dari Pimpinan Pondok atau *Kyai*, belum adanya usaha untuk menumbuhkan kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok, belum adanya pendanaan dari pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri*, belum dikembangkannya potensi pengetahuan yang ada pada diri *ustadz* dan masih kurangnya informasi terutama dari tenaga kesehatan.
- 1.2.3 Kebanyakan para *santri* bila mandi tidak memakai handuk, para *santri* bila mandi memakai sabun secara bergantian antara teman satu dengan teman lainnya, banyaknya perilaku mandi para *santri* yang tidak benar menurut kesehatan, banyaknya para *santri* yang keluar dari asrama ke kamar mandi dan ke Masjid tidak memakai alas kaki, banyaknya para *santri* memakai pakaian secara bergantian antara teman yang satu dengan teman yang lain, keadaan asrama *santri* yang kotor dan padat penghuninya.
- 1.2.4 Ada 9 buah kamar mandi yang tidak memakai pintu, saluran airnya menjadi satu antara bak mandi satu dengan lainnya dan keadaan kamar mandi yang kotor, para *santri* bila wudlu dari bak besar tanpa memakai

gayung dan keadaan airnya kotor, kurangnya informasi kepada para *santri* tentang perilaku hidup bersih terutama pemeliharaan kebersihan diri, kurangnya para *santri* dalam menjaga kebersihan lingkungan terutama kamar mandi dan WC.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Apakah pemberdayaan *ustadz* dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan para *santri* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabrar Ponorogo ?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengetahui hasil perubahan pemeliharaan kebersihan diri para *santri* melalui pemberdayaan *ustadz* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabrar Ponorogo.

Tujuan Khusus :

- 1.4.1 Mengetahui kepedulian Pimpinan Pondok atau *Kyai* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.
- 1.4.2 Mengetahui kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*
- 1.4.3 Mengetahui dana / sarana dari pondok untuk pemeliharaan kebersihan

diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*

1.4.4 Mengetahui pengembangan kreativitas yang ada di pondok sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

1.4.5 Mengetahui pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

1.4.6 Mengetahui sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*

1.4.7 Mengetahui tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*

1.5 Manfaat Penelitian :

1.5.1 Bagi Institusi :

1.5.1 Merupakan referensi dan kajian pendidikan kesehatan khususnya Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan.

1.5.2 Merupakan bahan masukan dalam melaksanakan intervensi untuk program selanjutnya di bidang promosi dan pendidikan kesehatan.

1.5.2 Bagi Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo

Sebagai bahan masukan untuk membuat program-program peningkatan kesehatan para *santri* melalui pemberdayaan *ustadz* melalui upaya peningkatan pemeliharaan kebersihan diri.

1.5.3 Bagi Peneliti :

Merupakan pengalaman dan menambah wawasan ilmu bagi peneliti dalam pendidikan kesehatan khususnya dalam pemberdayaan *ustadz*.





BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Istilah *Health Education* (Pendidikan Kesehatan) berevolusi dari sekedar Pendidikan Kesehatan di lingkungan Pendidikan Nasional, Penyuluhan Kesehatan di Lingkungan Departemen Kesehatan kemudian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku di lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Sementara itu juga dikenal istilah Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) di lingkungan BKKBN, WHO kemudian memperkenalkan istilah *Information ang Education for Health* (IEH). Bahkan sebelumnya pernah juga dikenal Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), lalu dikenal istilah Pemasaran Sosial dan sebagainya (Pratomo H, 2001).

Salah satu pengertian Pendidikan Kesehatan yang banyak dipakai adalah menurut Green WL. et. al, (1980). Dia mengatakan *Health Education* *isi any combination of learning experiences designed to facilitate voluntary adaptation of behavior condusive to health*. Terjemahan bebasnya adalah “Pendidikan Kesehatan adalah berbagai kombinasi pengalaman belajar yang ditujukan untuk perubahan perilaku secara sukarela yang menguntungkan kesehatan”.

Selanjutnya WHO (1986) mendefinisikan Promosi Kesehatan sebagai

berikut *Health Promotion is the proces of enabling people to increase control over and to improve their health*. Terjemahan bebasnya : Promosi Kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang meningkatkan kendali atas kesehatan dan memperbaiki status kesehatan mereka.

Green dan Ottoson (1998), membedakan Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan dengan mengemukakan pengertian “ *Health Promotion : Any combination of educational, organizational policy and regulatory supports for environmental and behavioral changes conducive for health* “. dengan terjemahan bebas sebagai berikut : Promosi Kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan/perundangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan.

Untuk mencapai sehat secara fisik, mental dan sosial, individu atau kelompok harus dapat mengidentifikasi dan merealisasikan aspirasinya, memenuhi keinginannya dan merubah atau menyesuaikan dengan lingkungan. Oleh karena itu kesehatan dilihat sebagai sebuah sumber untuk kehidupan sehari-hari dan bukan tujuan hidup itu sendiri. Sehat adalah konsep yang positif yang menekankan sumberdaya sosial dan individu maupun kemampuan fisik. Oleh karena itu Promosi Kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan saja tetapi mencakup juga di luar gaya hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Dapat disimpulkan ada persamaan antara Pendidikan Kesehatan

dan Promosi Kesehatan bahwa keduanya terkait dengan proses perubahan. Tetapi Promosi Kesehatan memiliki makna yang lebih luas karena juga menyangkut perubahan lingkungan dalam arti luas.

Konsep Promosi Kesehatan yang selama ini dikenal adalah konsep yang terkait dengan kesehatan masyarakat yaitu 5 tingkat pencegahan yang diperkenalkan oleh Leavell dan Clark (1965). Dalam konsep tersebut diperkenalkan bahwa *Specific Protection* dan *Health Promotion* adalah bagian dari pencegahan primer (*Primary Prevention*). *Health Promotion* di sini lebih terbatas artinya yaitu memberikan pencegahan primer terhadap penyakit dengan cara memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan agar individu atau sasaran lebih memiliki pemahaman terhadap konsep yang disampaikan atau ditanggulangi.

Sementara itu ada kalangan yang masih canggung dengan istilah promosi dalam Bahasa Indonesia. Hal ini dikaitkan dengan arti harfiah dalam bahasa Inggris "*Promotion is the act of furthering the growth or development of something especially the furtherance of the acceptance and sale of merchandise through advertising and publicity*" (Webster, 1981). Pada definisi ini konsep promosi lebih dikaitkan dengan dengan promosi penjualan barang. Kedua pengertian Promosi di atas lebih sederhana, karena diartikan tidak terkait dengan upaya merubah lingkungan misalnya mempengaruhi kebijakan, mendorong timbulnya peraturan yang mendukung hidup sehat atau memodifikasi lingkungan sehingga tidak membahayakan kesehatan contohnya

mengeluarkan kebijakan yang melarang penggunaan bensin bertimbal dan sebagainya. Istilah Promosi Kesehatan di sini memiliki konteks yang lebih luas, dan istilah ini sendiri penggunaannya perlu lebih disosialisasikan di Indonesia.

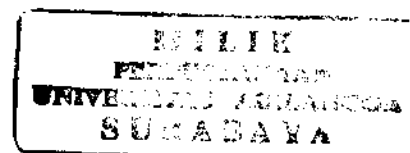
2.1.2 Strategi Promosi Kesehatan

Strategi Promosi Kesehatan adalah (1) Advokasi, Khususnya para pembuat keputusan untuk mengeluarkan keputusan yang memberikan kontribusi positif pada pengembangan perilaku dan lingkungan sehat. (2) Bina Suasana (*Social Support*), untuk membentuk opini yang positif dan iklim yang mendukung bagi penyelenggara berbagai program kesehatan serta lebih digencarkan melalui berbagai media dan sarana dengan pesan-pesan yang lebih meresap dalam tata nilai masyarakat. (3) Pemberdayaan, upaya untuk memampukan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan, yang oleh karena itu Promosi Kesehatan lebih bersifat upaya preventif promotif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif rehabilitatif (Azwar A, 2001).

2.1.3 Tujuan dan sasaran

Tujuan Promosi Kesehatan adalah : tersosiali-sasikannya program-program kesehatan dan terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan.

Sasaran Promosi Kesehatan :



2.1.3.1 Perorangan / Keluarga :

- a. Memperoleh informasi kesehatan melalui berbagai saluran baik langsung maupun media massa.
- b. Mempunyai pengetahuan dan kemauan untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.
- c. Mempraktekan perilaku hidup bersih dan sehat
- d. Berperan serta dalam kegiatan sosial khususnya yang berkaitan dengan kesehatan.

2.1.3.2 Masyarakat / LSM

- a. Menggalang potensi untuk mengembangkan gerakan/upaya kesehatan
- b. Bergotong royong untuk mewujudkan lingkungan sehat

2.1.3.3 Lembaga Pemerintah/Lintas sektor/Politisi/swasta.

- a. Peduli dan mendukung upaya kesehatan, minimal dalam mengembangkan lingkungan dan perilaku sehat.
- b. Membuat kebijakan sosial yang memperhatikan dampak di bidang kesehatan.

2.1.3.4 Petugas/Program/Institusi kesehatan :

- a. Memasukkan komponen Promosi Kesehatan dala setiap program kesehatan.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang memberikan kepuasan kepada masyarakat.

2.1.4 Bentuk Kegiatan Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan diselenggarakan melalui berbagai kegiatan sebagai berikut :

1. Advokasi Kebijakan

Tujuan advokasi adalah untuk : (1) Memperoleh “ *political comitment*” (2) Memperoleh “*social support*” yang lebih konkrit, (3) Memperoleh “*social acceptance*” (4) Menimbulkan “*system support*”.

Untuk memperkuat argumen dalam advokasi diperlukan : (1) *Credible*/ meyakinkan, (2) *Feasible* / bila ditangani akan berdampak lebih baik, (3) *Relevant* / Program yang ditawarkan sesuai, (4) *Urgent* / kalau dibiarkan, maka akan menimbulkan bahaya lebih besar dibanding bila ditangani secepatnya, (5) *High priority* / dilakukan analisis yang sesuai, misal analisis SWOT.

Komunikasi dalam advokasi :

Unsur komunikasi : komunikator (*source*), komunikan (*receiver*), pesan (*message*), saluran (*media or channel*), dan umpan balik (*feed back*). Jadi yang harus diingat adalah siapa komunikatornya, siapa komunikannya, melalui saluran apa, dan pesan apa yang akan disampaikan.

Bentuk komunikasi dalam advokasi ada dua, yaitu : Komunikasi tatap muka (*face to face cummunication*), dan komunikasi bermedia (*mediated communication*).

Pra kondisi advokasi adalah (1) Ketertarikan Interpersonal (*Interpersonal Attraction*), meliputi : daya tarik, percaya diri, kemampuan, familiaritas, (2)

Perhatian (*attention*), merupakan derajat tinggi rendahnya psikis kita memandang terhadap obyek yang kita lihat, (3) Intensitas Komunikasi, (4) Visualitas, hal-hal yang visual biasanya lebih mengungkapkan perhatian daripada yang tidak divisualisasikan.

Indikator advokasi adalah sama dengan suatu sistem, yang meliputi input-proses-output, sehingga kita bisa lihat apa saja yang menjadi *input* man adalah advokator, material adalah data dan fakta, method adalah lobi, seminar, negosiasi, money. Proses adalah komunikasi interpersonal, dan outputnya adalah MoU, SK, Perda, dan lain-lain.

Bentuk kegiatan-kegiatannya advokasi adalah sebagai berikut :

- a. Sasaran / mitra : Pembuat/penentu kebijakan, baik di Pusat maupun di Daerah (misalnya birokrat, lembaga legislatif, politisi dan penyandang dana)
- b. Keluaran yang diharapkan : Kebijakan publik yang sehat, paling tidak yang dapat mendukung pengembangan lingkungan dan perilaku sehat.
- c. Kegiatan yang dilakukan : Mengembangkan kemitraan lintas sektor termasuk kalangan swasta, antara lain melalui "*lobby*" pertemuan intensif, orientasi dan lain-lain.

2. Kegiatan Bina Suasana

- a. Sasaran/mitra : Pembuat opini, tokoh berpengaruh, pengelola media massa, dan petugas kesehatan. Keluaran yang diharapkan : dukungan

suasana, iklim kondusif dan opini yang positif yang mendukung gerakan perilaku sehat.

- b. Kegiatan yang dilakukan antara lain : dengan mengembangkan pesan melalui media massa, peningkatan kemitraan dengan LSM/Organisasi Kemasyarakatan, tokoh masyarakat dan tokoh agama, serta meningkatkan peran dan kepedulian perugas kesehatan sendiri.
3. Gerakan penggerakan masyarakat
 - a. Sasaran/mitra : Masyarakat langsung, LSM/Organisasi masyarakat.
 - b. Keluaran yang diharapkan : Tumbuhnya norma dan budaya yang membuat masyarakat berkesadaran, berperilaku dan berperan dalam upaya kesehatan (misalnya berujud UKBM : Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat).
 - c. Kegiatan yang dilakukan antara lain : Menumbuhkan wira usaha dan kemandirian dalam usaha kesehatan, melakukan pendidikan, pelatihan dan penyuluhan.
 4. Kegiatan Pengembangan Promosi Kesehatan Lintas Program :
 - a. Sasaran/mitra : Pengelola program kesehatan.
 - b. Keluaran yang diharapkan : Persamaan persepsi, kesatuan arah, gerak dan langkah, serta kegiatan yang saling mendukung antara promkes dengan program terkait.

- c. Kegiatan yang dilakukan : penyusunan POA bersama, saling dalam kegiatan masing-masing program, menggarap bersama pengembangan issue yang muncul, dan lain-lain.
5. Pengembangan metode, tehnik, media dan sarana yang mendukung :
 - a. Sasaran/mitra : kalangan perguruan tinggi, ikatan Profesi, dan para pakar dari berbagai kalangan.
 - b. Keluaran yang diharapkan : dukungan iptek berupa metode dan tehnik yang sesuai dengan perkembangan, serta sesuai dengan keadaan dan budaya setempat.
 - c. Kegiatan yang dilakukan antara lain : mengembangkan proto type, melakukan pengkajian, uji coba dan lain-lain.
 6. Pengembangan kemampuan/profesionalisme petugas :
 - a. Sasaran/mitra : Para petugas Promosi Kesehatan, Lembaga Diklat, Perguruan Tinggi, ikatan profesi dan pakar lainnya.
 - b. Keluaran yang diharapkan : Tenaga profesional, baik dalam jabatan struktural maupun fungsional yang mengamalkan iptek dan imtaq.
 - c. Kegiatan yang dilakukan : melakukan kursus, seminar singkat, diklat, penugasan dan kegiatan pengembangan SDM lainnya.

2.1.5 Indikator Kegiatan Promosi Kesehatan

Indikator yang bisa dikembangkan antara lain :

- a. Tumbuhnya gerakan-gerakan hidup sehat di masyarakat.
- b. Tumbuh kembangnya upaya kesehatan bersumber masyarakat.

c. Makin banyaknya kota dan kabupaten sehat (Dir. Promkes, 2000).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa inti dari Promosi Kesehatan adalah **pemberdayaan**. Sedangkan advokasi, bina suasana dan lain-lain itu hanya merupakan bentuk pendekatan dalam melakukan kegiatan pemberdayaan.

2.2 Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

2.2.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhannya dan menentukan prioritas dari kebutuhan-kebutuhan tersebut, dan mengembangkan keyakinan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan sesuai dengan skala prioritas tadi berdasarkan atas sumber-sumber yang ada di masyarakat sendiri maupun yang berasal dari luar dengan usaha gotong royong (Ross, M.G. 1955).

Pengertian tersebut sedikitnya meliputi tiga aspek yaitu : Proses, Masyarakat dan berfungsinya masyarakat (*Functional Community*). Berikut ini dijelaskan tiga aspek tersebut.

Proses. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses yang dapat terjadi secara sadar tetapi juga mungkin merupakan proses yang tidak disadari oleh masyarakat. Jika proses ini disadari berarti memang dirasakan ada kebutuhan (*Need*) sehingga menimbulkan perencanaan dalam masyarakat itu sendiri. Sebaliknya pada proses yang tidak disadari, perencanaan mungkin baru timbul jika telah terasa ada kebutuhan yang mendesak. Dalam proses

pemberdayaan masyarakat mungkin ditemukan unsur kesukarelaan, mungkin juga tidak. Unsur kesukarelaan timbul jika pemuka masyarakat menyadari adanya kebutuhan dan lalu mengambil prakarsa. Tidak ditemukannya unsur kesukarelaan dapat terjadi karena adanya kecenderungan orang untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dulu baru ikut serta dalam pemenuhan kebutuhan kelompok/masyarakat. Keadaan seperti terakhir ini timbullah mekanisme yang bersifat instruktif. Kesadaran akan adanya kebutuhan biasanya hanya ditemukan pada segelintir orang saja, karena itu penting sekali melakukan usaha meniadakan bagian terbesar masyarakat lainnya akan adanya masalah, selanjutnya bersama-sama mengatasinya.

Masyarakat. Masyarakat bisa diartikan sebagai suatu kelompok besar yang mempunyai batas-batas geografis seperti Desa, Kecamatan, Pondok *Pesantren*, Kabupaten dan seterusnya. Masyarakat bisa juga diartikan sebagai suatu kelompok dari mereka yang mempunyai kebutuhan bersama dan berada dalam kelompok yang besar tadi. Dapat terjadi bahwa kebutuhan atau masalah yang dirasakan oleh kelompok kecil tidak dirasakan oleh kelompok besar. Hal ini merupakan *Crucial Point* (titik yang sukar dilalui), karena kelompok yang kecil harus meniadakan kelompok yang besar.

Berfungsinya Masyarakat. Untuk dapat mencapai keadaan ini, maka perlu diperhatikan tiga langkah yang harus dilaksanakan yaitu : 1) Menarik orang-orang yang mempunyai inisiatif dan dapat bekerja untuk membentuk kepanitiaan yang akan menangani masalah yang berhubungan dengan

kesejahteraan masyarakat. 2) Membuat rencana kerja yang dapat diterima dan dilaksanakan oleh seluruh masyarakat. 3) Melakukan usaha untuk mencapai tujuan perencanaan tersebut. Perlu tidaknya melaksanakan ketiga langkah tersebut juga dipengaruhi oleh besar kecilnya rencana kerja yang akan dilaksanakan (Sarwono dkk., 1979).

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya yang bukan bersifat paksaan atau perintah guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengenali masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas setempat. Pemberdayaan ini merupakan proses gerakan sosial, dan yang dihasilkan adalah kemandirian masyarakat. Hal ini kemandirian di bidang kesehatan, yaitu kemampuan masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan, tanpa bergantung pada bantuan luar (Azwar, 2001).

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap serta mengarahkan perilaku individu, keluarga dan masyarakat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam pembangunan kesehatan agar individu, keluarga dan masyarakat lebih mandiri dan produktif. Dengan demikian individu, keluarga dan masyarakat diharapkan dapat berperilaku bersih dan sehat untuk dapat menjaga dan memelihara kesehatannya sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kualitas hidupnya (Depkes. RI, 1999).

2.2.2 Proses Pemberdayaan

Proses pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan harus memenuhi ciri-ciri sebagai berikut : (1) Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat seoptimal mungkin, sedangkan bantuan dari luar hanya bersifat stimulan, (2) Meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan baik secara kuantitatif dan kualitatif, (3) Memperkuat dan mengembangkan budaya gotong royong, (4) Prinsip bekerja bersama masyarakat (*to work with* bukan *to work for*), (5) Pendidikan berbasis masyarakat, (6) Kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan lain, (7) Desentralisasi, dengan menyerahkan proses pengambilan keputusan ke tingkat operasional, sesuai keadaan, masalah dan kebiasaan serta sosial budaya setempat.

Pemberdayaan masyarakat sedikitnya ada tujuh potensi yang dapat dikembangkan yaitu : (1) Potensi Pimpinan (*Community Leaders*) pemberdayaan masyarakat melalui pengoptimalan peran pimpinan masyarakat, dilakukan melalui sarasehan pertemuan tokoh dan lain-lain, (2) Potensi Pengorganisasian (*Community Organization*) pemberdayaan masyarakat melalui penumbuh-kembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat seperti polindes posyandu dan lain-lain, (3) Potensi Pendanaan (*Community fund*) : Pemberdayaan masyarakat melalui penggalian sumberdana masyarakat melalui dana sehat, JPKM, tabulin dan tabumas, (4) Potensi sarana (*Community material*) : Pemberdayaan masyarakat melalui gotong royong misal mencari batu dan pasir, membangun sumur dan jamban dan lain-lain, (5) Potensi

Pengetahuan (*Potensi Knowledge*) : Pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan pengetahuan masyarakat misalnya lomba membuat pesan kesehatan di desa dan lain-lain, (6) Potensi teknologi (*Community technology*): Pemberdayaan masyarakat melalui penggunaan teknologi tepat guna sesuai dengan potensi masyarakat misalnya cara mendeteksi dini penderita ISPA, membuat sumur dan jamban sesuai dengan keadaan daerah dan lain-lain, (7) Potensi pengambilan keputusan (*Community decision making*).

Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan melalui model perencanaan seperti pendekatan edukatif (PKMD), pendekatan perencanaan partisipatif seperti P3D yang dikembangkan Ditjen PMD, PRA (*participatory Rural Appraisal*) yang dikembangkan PLI (*Participatory Learning Initiative*) (Azwar, 2001).

Enam langkah dalam kegiatan PKMD adalah sebagai berikut : 1) Kegiatan didasarkan atas dasar kesadaran, kemampuan dan prakarsa masyarakat sendiri, dalam arti bahwa kegiatan dimulai dengan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang memang dirasakan oleh masyarakat sendiri sebagai kebutuhannya, 2) Perencanaan kegiatan ditetapkan oleh masyarakat secara musyawarah dan mufakat, 3) Pelaksanaan kegiatan berlandaskan pada peran serta aktif dan swadaya masyarakat dalam arti memanfaatkan secara optimal kemampuan dan sumber daya yang dimiliki masyarakat, 4) Masukan dari luar hanya bersifat memacu, melengkapi dan menunjang, tidak mengakibatkan

ketergantungan, 5) Kegiatan dilakukan oleh tenaga-tenaga masyarakat setempat. 6) Memanfaatkan teknologi tepat guna (Effendy N, 1998).

Pemberdayaan yang digunakan pada penelitian ini adalah pemberdayaan dengan mengembangkan 7 potensi seperti tersebut di atas yang dilakukan melalui mini lokakarya kesehatan.

2.3 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

2.3.1 Pengertian PHBS

Upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*Social support*), dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai suatu upaya untuk membantu masyarakat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, dalam tatanan masing-masing, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan (Wijono J, 2001).

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah melakukan kebiasaan-kebiasaan hidup yang bersih dan sehat serta menghindari kebiasaan-kebiasaan yang buruk dan tidak sehat (Amri, 1999).

2.3.2 Sasaran dan Ruang Lingkup PHBS

Menurut Wiyono J.(2001), gerakan PHBS dapat dilaksanakan melalui perorangan, kelompok dan masyarakat yang didukung oleh program. Agar program lebih mengena sasaran perlu dikenali secara lebih khusus, rinci dan jelas. Untuk itu sasaran PHBS tersebut dikaitkan dalam tatanannya yaitu : tatanan rumah tangga, insitusi pendidikan (termasuk pondok *pesantren*), institusi kesehatan, tempat-tempat umum dan tempat kerja.

Tabel 2.1 Sasaran PHBS untuk masing-masing tatanan :

No	Ruang Lingkup	S a s a r a n		
		Primer	Skunder	Tersier
1	Rumah Tangga	Ibu dan semua anggota keluarga	Kepala keluarga	Kades dan Toma
2	Institusi Pendidikan	Seluruh siswa, ortu siswa, dan masy sekitar	Guru, karyawan sekolah, OSIS	Pimpinan Sekolah dan Yayasan
3	Institusi Kesehatan Rumah sakit Puskesmas	Petugas kesehatan (baik medis / non medis), pengunjung rumah sakit, masyarakat yang tinggal disekitar rumah sakit. Pengunjung puskesmas, masyarakat yang tinggal di sekitar puskesmas	Direktur rumah sakit Kepala puskesmas dan karyawan puskesmas	Bupati, wali kota, Kepala Dinas, camat Bupati, wali kota, Kepala Dinas, camat, organisasi profesi seperti : IDI, PDGI, PPNI, IBI, PERSI, IAKMI dll.
4	Tempat kerja	Pegawai, para tamu dan masyarakat sekitar	Pengurus serikat kerja, pejabat atau staf senior	Pimpinan perusahaan
5	Tempat-tempat umum - Tempat ibadah - Warung makan - Pasar	Jamaah, pengelola, pemelihara, remaja tempat ibadah konsumen, Pengelola	Pengelola/pengurus, LSM Agama, staf pemda Pemilik warung,	Bupat/Wali kota, ketua DPRD Bupati/wali kota,

		(pramusaji) Masy pengunjung, pembeli dan pedagang, petugas kebersihan, keamanan pasar, gelandangan / pengemis	pengurus PHRI, staf pemda Kepala pasar, kepala keamanan, kepala kebersihan dan semua karyawan pasar	Ketua DPRD Bupati/wali kota, Ketua DPRD, Kepala Pasar
6	Pondok Pesantren	Para santri dan pengunjung pesantren	pengelola, ustadz, pembina	Bupati/wali kota, Ketua DPRD, Departemen agama, LSM/LSOM

2.3.3 Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan Untuk dapat Hidup Sehat

Ada beberapa faktor, yaitu : (1) Sikap hidup. Sebagai langkah pertama harus ada kemauan untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan anda sendiri, (2) Diet untuk mengatur menu makanan. Makanan seimbang dan bervariasi, akan memperbaiki kesehatan dan berat badan, (3) Tidak merokok. Jangan merokok bagi yang belum merokok, berhenti merokok bagi yang merokok, sehingga terhindar dari kanker paru dan serangan jantung, (4) Tidur. Tidur 7 - 8 jam sehari, dapat mengistirahatkan dan menyegarkan untuk hari berikutnya, (5) Ketegangan / stress. Mengatasi ketegangan dapat membantu untuk mengatasi masalah fisik dan mental, (6) Olah raga. Berolah raga secara teratur setiap hari sangat berguna untuk pemeliharaan kesehatan tubuh (Amri, 1999).

2.3.4 Perilaku Kebiasaan Buruk yang mempengaruhi kesehatan

Perilaku dan gaya hidup yang tidak benar berpengaruh besar terhadap kesehatan. Hal ini terjadi karena pola kebiasaan belajar yang salah pada saat tumbuh kembang. Individu cenderung selalu bergantung pada pola yang keliru

dari proses belajar yang dicerminkan pada ketidakmampuan seseorang memenuhi kebutuhan hidupnya.

Individu yang berasal dari keluarga dengan penerapan didikan yang salah seperti terlalu kaku atau bebas menyebabkan individu dalam mengadakan relasi sosial tidak pernah merasa puas dalam memenuhi kebutuhan hidupnya secara efisien akibatnya individu terbentur dalam kesulitan dan tenggelam dalam dunia fantasi, untuk mengatasinya individu mengkompensasikan dalam bentuk kebiasaan-kebiasaan yang dipandang buruk di masyarakat.

2.3.4.1 Merokok

Perilaku merokok ini dijadikan sebagai tempat mendapatkan suatu kenikmatan yang sifatnya sementara dan biasanya dilakukan orang dengan dasar coba-coba, iseng pengaruh dari teman, pengaruh lingkungan kerja, kompensasi dari ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya seperti : frustasi, trauma dan sebagainya.

Kebiasaan buruk ini disadari dan tidak disadari sebenarnya merupakan suatu pemborosan dan telah banyak merenggut nyawa yang tidak sedikit, disamping itu juga merokok dapat menyebabkan kanker paru-paru, bronkitis kronis, sakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes militus dan sebagainya.

2.3.4.2 Minum Alkohol dan Narkoba

Pada umumnya, kebiasaan ini dilakukan atas dasar coba-coba dan pengaruh dari lingkungan sekitarnya seperti : teman-teman lingkungan kerja, keluarga, juga faktor lain seperti : kondisi/konstitusi fisik individu,

kematangan taraf pertumbuhan dan perkembangan, determinasi psikologis seperti trauma, frustrasi, dan lain-lain.

Akibat dari minum alkohol khususnya pada wanita yang mengandung adalah pada bayi : Bayi yang dilahirkan bagi ibu peminum mengalami : amnesia/infeksi dari keracunan alkohol, mental retardasi, cacat fisik, dan kematian. Akibat lain yang disebabkan oleh alkohol adalah rusaknya sistem saraf dan akibat yang lebih jauh adalah menurunnya pada anak sampai generasi ketiga (Depkes RI, 1989).

2.3.4.3 Pergi ke Pelacuran

Pada umumnya kegiatan ini merupakan penyimpangan dari kepribadian seksual, dimana terdapat suatu pola organisasi/impuls dorongan sex yang tidak wajar, tidak terintegrasi dimana sifatnya impersonal, tanpa afeksi dan emosi (kasih sayang). Sex hanya dijadikan bahan dagangan atau komersialisasi sex berupa penukaran kenikmatan sexuil dengan benda/materi atau uang (Depkes RI, 1989).

2.4 Pemeliharaan Kebersihan diri / *Personal hygiene*

2.4.1 Pengertian Pemeliharaan Kebersihan diri / *Personal hygiene*

Personal hygiene adalah perawatan diri sendiri untuk mempertahankan kesehatannya. *Personal hygiene* lebih banyak dipengaruhi oleh faktor nilai dan praktek individu. Dia juga dipengaruhi oleh faktor budaya, sosial, keluarga, dan faktor-faktor individual seperti pengetahuan tentang kesehatan, hygiene

perseorangan, dan persepsi tentang kebutuhan dan rasa nyaman perorangan (Oliviery, 1976).

Sebenarnya dalam kehidupan setiap orang kedudukan memelihara mempunyai posisi sentral. Dapat dikatakan bahwa memelihara adalah suatu kegiatan dengan ruang lingkup yang luas, yang dapat menyangkut diri sendiri (seperti memelihara diri agar tidak lapar), dapat juga menyangkut sesuatu yang lain (memelihara anak-anak, memelihara anjing), dapat menyangkut lingkungan (seperti memelihara agar WC tetap bersih, kamar yang rapi dan serasi dan lain-lain). Jika memelihara sesuatu, tentunya menginginkan agar hasil yang dicapai akan memuaskan. Jadi akan selalu berusaha untuk mencapai sesuatu keseimbangan antara keinginan dan hasil yang akan diperoleh.

Memelihara diri mempunyai arti yang lebih luas dari apa yang sering diartikan dengan cara memelihara diri menurut aktifitas kehidupan sehari-hari. Pengertian pemeliharaan diri individu, terdapat beberapa hal yang mendasar : **Pertama** : menyangkut sejumlah nilai, norma, dan pendapat sehubungan dengan perbuatan seseorang sesuai dengan kehendaknya. **Kedua**, menyangkut pengertian, pandangan pribadi, dan beberapa aspek tertentu. Seseorang memerlukan pemeliharaan tertentu berdasarkan pandangan pandangan pribadinya. **Ketiga**, Jadi dapat dikatakan bahwa kegiatan pemeliharaan diri merupakan sikap dan kegiatan yang dilakukan pada saat pemeliharaan diri itu berlangsung. Pemeliharaan diri ini menyangkut kebutuhan terhadap adanya sebuah keperluan pemeliharaan diri, dan adanya suatu pemberian pemeliharaan

yang pada hakekatnya keduanya dilakukan oleh satu orang saja. Yang bersangkutan tidak perlu menanyakan segala sesuatu pada orang lain (Stevens et.al. 2000).

2.4.2 Hubungan pemeliharaan kebersihan diri dan kebutuhan

Manusia membutuhkan oksigen makanan dan cairan dan juga keperluan untuk eliminasi. Manusia memerlukan pemeliharaan yang baik bagi diri sendiri, kontak dengan orang-orang di sekitar juga harus selalu ada, tidur secukupnya agar segar lagi pada waktunya, di samping itu juga perlu suatu keseimbangan rohani : mengetahui siapa dan apa sebenarnya, apa yang diinginkan. Manusia juga mempunyai kebutuhan dalam bidang sosial : relasi dengan orang lain dan tetap memelihara hubungan itu. Manusia juga mempunyai kebutuhan akan nilai-nilai dan norma-norma dalam kehidupan, suatu kepercayaan atau pandangan hidup dan lain-lain.

Abraham Maslow mengatakan bahwa keinginan manusia dapat berbentuk suatu urutan berdasarkan kepentingannya. Maksudnya bahwa ada suatu jenjang kebutuhan dari hal-hal yang “sangat penting “ sampai kepada “keinginan khusus” dari tiap orang. Menurut Maslow pertama harus dipenuhi adalah kebutuhan yang sangat penting sebelum yang lainnya dipenuhi. Contoh : Seorang dengan perut kosong tidak akan punya keinginan untuk menuntut ilmu sebelum keinginannya berdasarkan urutan kebutuhannya terpenuhi (Stevens et.al. 2000).

2.4.3 Hubungan pemeliharaan diri dengan hidup bersih dan sehat

Manusia merasa perlu untuk memberi arti dan isi dalam kehidupannya. Kalau menentukan sendiri arah dari kehidupan, maka akan menjalankannya dengan penuh kesungguhan. Kalau kehilangan kendali dalam menentukan kehidupan sendiri akan merasa timbul suasana yang tak menggairahkan. Selanjutnya yang terpenting adalah bagaimana memandang hari depan. Bila tak melihat adanya suatu jalan keluar, tak ada hari depan, maka akan segera timbul masalah. Masalah juga akan timbul bila “ditunjang hidup” oleh orang lain. Bila tak punya lagi kesempatan untuk memilih, maka orang lain akan membantu melakukan pilihan.

Kesehatan adalah suatu keadaan dimana terjadi keseimbangan antara fungsi-fungsi jasmani, rohani dan lingkungan sekitar. Melalui keseimbangan ini manusia akan merasakan suatu keadaan yang baik dan nyaman, dari sini menemukan tuntutan dasar manusia yang kedua yaitu “ manusia mencari suatu kesesuaian “. Kesesuaian antara dirinya sendiri dan lingkungannya merupakan suatu tujuan yang penting dalam proses pemeliharaan diri. Bila kesesuaian ini terganggu misalnya karena badan kita tak dapat berfungsi sebagaimana yang diinginkan, maka akan timbul suatu masalah.

Jika manusia dapat menentukan sendiri apa yang akan dilakukan dan bagaimana bentuk pemeliharaan dirinya, maka ia akan dapat menentukan arah kehidupannya sendiri. Ia akan menuju suatu keadaan dimana ada keseimbangan

antara jasmani rohani dan sosial, dengan demikian ia akan hidup dengan penuh gairah dan dalam keadaan sehat (Stevens et.al. 2000).

2.4.4 Beberapa contoh aktifitas memelihara kebersihan diri

Aktifitas pemeliharaan kebersihan diri dari seseorang tergantung pada faktor-faktor yang berbeda. Ada empat faktor yang paling utama yaitu : *Pertama*, faktor yang ditentukan oleh keadaan masa lalu. Melalui pengalaman pahit dan getir di masa lalu, orang dapat belajar cara pemeliharaan kebersihan dirinya. *Kedua*, faktor-faktor yang ditentukan oleh situasi lingkungan. Lingkungan terus berubah selama hidup. Manusia belajar untuk menghadapi perubahan, maka tidak dapat bertahan pada suatu keadaan yang dulu dianggap sudah baik. *Ketiga*, faktor yang ditentukan oleh lingkungan dimana ia tinggal. *Keempat*, Faktor - faktor pribadi. Manusia mempunyai perbedaan dalam beberapa hal tertentu. misalnya perbedaan jenis kelamin, umur, pendidikan, karakter, keadaan kesehatan, tempat lahir, budi pekerti dan sebagainya. Ada juga faktor tertentu yang melekat pada pribadi yang tertentu, seperti selera dalam memilih, daya hidup dan lain-lain.

Kegiatan pemeliharaan diri universal seperti mandi, tidur, buang air besar, mencuci rambut, memotong kuku, bernapas, makan, minum, pengaturan suhu yang konstan dan sebagainya (Stevens, et.al., 2000).

2.4.5 Mencuci tangan yang benar

Mencuci tangan yang benar adalah pada saat : sebelum makan / minum, sebelum memegang atau menyiapkan makanan, setelah membuang air besar dapat

mencegah penularan penyakit. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun dapat mematikan kuman - kuman yang melekat di tangan. Hal ini membantu mencegah masuknya kuman ke dalam mulut. Air bersih dan sabun hendaknya mudah diperoleh semua anggota keluarga untuk mencuci tangan (Gaeff.AJ, 1996).

2.4.6 Cara penggunaan jamban yang sehat

Penggunaan jamban yang sehat untuk keperluan buang air besar dapat mencegah penyebaran penyakit.

Tindakan yang paling penting dan dapat dilakukan oleh siapa saja untuk mencegah penyebarluasan penyakit terutama diare adalah membuang kotoran di jamban. Untuk mencegah terjadinya hal di atas : Gunakan jamban untuk buang air besar, Jamban harus dibersihkan secara teratur dan bersih dari lalat, Amankan sumber air bersih dengan dari pencemaran / kotoran manusia dan kotoran hewan (Depkes. RI, 1990).

2.4.7 Cara penggunaan kamar mandi yang sehat

Penggunaan kamar mandi yang sehat untuk keperluan mandi dapat mencegah penyebaran penyakit. Tindakan yang paling penting dan dapat dilakukan oleh siapa saja untuk mencegah penyebarluasan penyakit adalah mandi dengan air yang bersih. Untuk mencegah terjadinya hal di atas : Bak mandi harus dibersihkan secara teratur dan bersih dari kotoran. Amankan sumber air bersih dengan dari pencemaran / kotoran manusia dan kotoran hewan (Depkes. RI, 1990).

2.4.8 Pemanfaatan air yang bersih dan sehat

Memanfaatkan air bersih yang sehat dapat mencegah penularan penyakit. Pondok *Pesantren* yang memiliki sarana air bersih yang terlindung dan dapat memanfaatkannya dengan tepat, akan jarang terkena penyakit menular. Perlindungan terhadap sumber air bersih sangat penting untuk mencegah penyebaran kuman penyakit, yaitu dengan : menjauhkan sumber air bersih dari jamban dan buangan air limbah. Menjaga kebersihan peralatan penyimpanan air bersih misalnya bak mandi, gentong, ember dan sebagainya, menjaga agar binatang jauh dari sumber air bersih.

Cara menjaga agar air tetap bersih dengan : mengambil air dengan gayung yang bersih, menyimpan air dalam wadah yang bersih dan tertutup (Depkes. RI, 1990).

2.4.9 Hubungan antara kesehatan, kebersihan dan pelaksanaan ibadah

Bisri (2001) dalam makalah dengan judul pesan kesehatan yang menghujam kalbu, yang disampaikan pada Konferensi Nasional Promosi Kesehatan di Jakarta tanggal 11 - 13 Juni 2001, Ia mengutip pernyataan Imam Al-Ghazali, tokoh sufi yang mengatakan mengatakan bahwa : “ Sudah menjadi tujuan orang yang mempunyai akal pikiran ialah bertemu Allah swt di akhirat. Tujuan tersebut hanya akan tercapai dengan ilmu dan amal perbuatan. Ilmu dan amal perbuatan tidak mungkin ditekuni kecuali dengan badan yang sehat”. Jelaslah bahwa wujud kesehatan secara umum mempunyai peranan yang asasi dalam kehidupan beragama secara baik. Amatlah sulit atau bahkan mustahil

tugas-tugas keagamaan akan terlaksana dengan baik tanpa kesehatan. Di antara buktinya ialah kesehatan merupakan syarat utama dalam pelaksanaan puasa, haji, jihad, amar ma'ruf nahi mungkar, mencari rejeki dan sebagainya.

Kebersihan diri merupakan salah satu cara untuk menjaga kesehatan terutama kesehatan kulit. Kebersihan ini sangat dianjurkan dalam ajara Islam. Sebelum melakukan sholat kita diwajibkan untuk bersuci dengan menggunakan air yang bersih dan suci. Firman Alloh dalam Alqur'an surat Al-Baqoroh ayat 222 sebagai berikut : *"Innalloha yuhibbutawwabiina wa yuhibbul mutathohiriin"* artinya : sesungguhnya Alloh cinta kepada orang-orang yang bertaubat dan Ia-pun mencintai orang-orang yang bersih atau suci (Surin B, 1978).

2.4.10 Menjaga kebersihan kulit

Umur merupakan faktor dalam memelihara kulit. Karena kulit bayi mudah terluka dan kena infeksi, maka harus diperlakukan dan dimandikan dengan hati-hati untuk mencegah terluka. Kulit anak kecil lebih tahan terhadap luka dan infeksi, tetapi harus sering dibersihkan karena kebiasaan buang air dan bermain.

Pada waktu akil baligh (remaja) kulit hendaknya dibersihkan dengan rapi dan jangan sampai ada rasa perih untuk membantu mencegah peradangan pada kulit. Selama masa akil baligh sampai kira-kira usia 50 tahun buangan dari kelenjar kulit menjadi maksimum. Karena itu perlu sering mandi agar badan tidak bau dan jangan sampai penuh daki dan kotoran (Depkes RI, 1989).

2.4.11 Menjaga Kebersihan Kuku

Sebagaimana rambut, kuku adalah struktur pelengkap kulit. Kuku terdiri atas jaringan epitelial. Badan kuku adalah bagian yang tampak keluar, akarnya terletak dalam kulit dalam lekuk (alur) kuku dimana kuku tumbuh dan mendapat makanan. Kuku yang sehat berwarna merah muda dan cembung serta garis lengkungnya rata. Karena kondisi patologis tertentu, dan dalam beberapa hal juga karena usia tua, kuku menjadi cembung dan ceper dan daerahnya menjadi cekung.

Kuku jari tangan bisa dipotong dengan mengikirnya atau memotongnya dalam bentuk oval (bujur). Memotong kuku jangan sampai terlalu pendek karena bisa melukai kulit selaput dan kulit sekitar kuku. Jika memotong kuku dengan gunting biasa haruslah hati-hati jangan sampai melukai jaringan sekitar kuku. Bintik kuku (*hangnails*) adalah kulit selaput yang pecah; ini harus dibuang dengan memotongnya. Bintil kuku bisa dicegah dengan menekan kembali selaput pelan-pelan dengan alat yang tumpul dengan handuk setelah mencuci tangan disaat kulit selaput itu lembek dan mudah lentur. Menggunakan emolien bisa mencegah bintil kuku. Membersihkan bagian bawah kuku paling baik dilakukan dengan alat yang tumpul, dengan hati-hati jangan sampai bagian bawah terluka.

Kuku yang retak atau terkelupas biasanya karena kekeringan. Untuk mengurangi keadaan ini, sebanyak mungkin janganlah tangan menyentuh sabun dan air, seringkali memakai krim pembersih tangan yang baik, dan jangan

memakai cat kuku atau pembersih cat kuku, yang keduanya mengandung sifat mengeringkan kuku.

Kuku kaki hendaknya dipotong rapi, tetapi sedemikian rupa jangan sampai melukai daging tempat tumbuh kuku. Merawat kaki dan kuku pasien yang tumbuh kedalam, terutama orang berusia lanjut dan pasien yang peredaran darahnya terganggu atau penderita diabetes milietus, mungkin perlu bantuan dokter (Depkes RI, 1989).

2.4.12 Kebersihan rambut

Kesehatan yang baik secara menyeluruh penting artinya bagi rambut yang menarik, dan seperti halnya kulit, kebersihan membantu kita memelihara badan supaya menarik. Penyakit berpengaruh buruk terhadap rambut, terutama jika terdapat kelainan endokrin, suhu badan yang naik, kurang makan, rasa cemas atau ketakutan.

Rambut dapat terkena kotoran dan minyak, sama seperti mengenai kulit. Haruslah dicuci sesering mungkin supaya tetap bersih. Bagi kebanyakan orang, mencuci seminggu sekali dengan sampho sudah cukup, tetapi yang lainnya bisa lebih sering dalam seminggu.

Menyisir rambut dalam setiap hari akan membantu memelihara kebersihannya dan meratakan minyak pada tiap tangkai rambut. Menyisir rambut dengan sikat akan merangsang peredaran darah di kulit kepala. Pemilihan bentuk sisir ditentukan oleh selera pribadi, tetapi jangan memakai sisir bergigi tajam dan tidak rata karena bisa merusak kulit kepala (Depkes RI,

1989).

2.4.13 Kebersihan mulut dan Gigi

Banyak sekali manfaat memelihara mulut yang sehat dan gigi terawat baik. Mulut yang bersih dan sehat mengandung nilai estetis. Gigi yang masih lengkap menambah nilai pada citra tubuh yang utuh. Jika mulut dan gigi dalam keadaan baik, orang tak kuatir nafasnya akan bau proses pencernaan.

Peranan perawat/petugas ialah mengajari pasien tentang manfaat kesehatan dan kebersihan mulut yang baik, memberikan petunjuk bagaimana memelihara kebersihan gigi dan kesehatan mulut.

Untuk mencegah pembusukan beberapa tindakan pencegahan harus dilakukan. Mengurangi makan zat yang mengandung karbohidrat bisa membantu. Tidak mungkin meniadakan gula dari makanan, tetapi makan atau minum yang manis-manis selama antara waktu makan, seperti berbagai jenis minuman, gula, permen karet, sele, sebanyak mungkin harus dihindarkan. Mulut tidak bisa dibersihkan dari semua bakteri, tetapi mencegah bakteri dengan membersihkan mulut secara cermat bisa membantu. Ini bisa dilakukan dengan : membubuhkan fluor dalam air minum, menyikat gigi setiap setelah makan dan sebelum tidur, membersihkan sela gigi dengan benang, dan sering berkumur (Depkes RI, 1989).

2.4.14 Kebersihan mata

Mata seringkali mencerminkan kesehatan seseorang. Mata yang sehat akan tampak jernih dan bersih dari kotoran mata yang mengandung *lysozyme*,

yaitu suatu enzim yang melindungi mata dari mikroorganisme tertentu. Pada orang yang sakit matanya akan lebih banyak berair dan tampak seperti kaca, pada waktu kesehatan pasien pulih, maka mata kembali tampak normal.

Kotoran pada mata dapat menempel pada : bulu mata (mengering dan menjadi keras), di sudut mata. Cara membersihkan mata dengan air bersih dan saline. Cara merawat mata :

- a. Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam ke sudut mata bagian luar. Hal ini untuk memperkecil kemungkinan masuknya kotoran tersebut ke daerah pembuluh air mata.
- b. Kalau akan menggosok mata pakailah lap yang paling bersih dan lunak
- c. Bila pasien tidak dapat mengatupkan kelopak matanya, maka matanya akan menjadi kering dan permukaannya mudah terluka. Kasa basah yang steril dapat dipakai sebagai penutup mata agar matanya tertutup dan terlindung.
- d. Pada pasien yang menggunakan kacamata harus disarankan untuk selalu memakainya untuk mencegah ketegangan mata (Depkes RI, 1989).

2.4.15 Kebersihan Telinga

Kecuali membersihkan telinga bagian luar diperlukan juga upaya untuk menjaga telinga bagian dalam.

Cara merawat telinga :

- a. Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkanlah secara pelan-pelan dengan mempergunakan peyedot telinga.
- b. Bila mempergunakan air yang disemprotkan haruslah hati-hati jangan sampai

terjadi kerusakan pada telinga karena tekanan air yang berlebihan.

- c. Aliran air yang dimasukkan hendaknya diarahkan ke saluran telinga dan tidak langsung mengarah ke gendang telinga.
- d. Membersihkan kotoran telinga dengan mempergunakan peniti atau jepit rabut sangat berbahaya karena dapat menusuk gendang telinga (Depkes RI, 1989).

2.4.16 Kebersihan Hidung

Cara yang paling baik untuk membersihkan hidung adalah dengan mendenguskannya (meniup udara keluar lubang hidung) secara pelan-pelan waktu mendenguskan kedua lubang hidung harus terbuka. Bila salah satu lubang hidung tertutup ada bahaya masuknya kotoran kedalam pipa *eustachius* di dalam telinga.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah :

Tidak boleh memasukkan air kedalam lubang hidung hal ini dapat mendorong kotoran atau benda lain ke dalam serambi jantung. Benda-benda kecil hendaknya jangan dibiarkan masuk kedalam hidung supaya tidak terisap dan mencegah terjadinya luka pada selaput lendir hidung (Depkes RI, 1989).

2.4.17 Kebersihan Alat Kelamin

Kebersihan kulit sekitar kemaluan dan perineum hal yang harus diperhatikan bagi kesehatan karena bila kebersihan ini tidak diperhatikan dapat mengakibatkan gangguan fisik maupun psikis bagi seseorang karena dapat menimbulkan bau yang tidak sedap. Daerah sekitar kemaluan dan perineum

seringkali kurang kena cahaya, hangat dan lembab sehingga sangat baik untuk perkembangan bakteri terutama pada pasien yang dipasang catheter, mikroorganisme dari daerah yang dipasang catheter dapat menjangar ke kandung kemih.

Pada wanita bukalah bibir kemaluannya dengan hati-hati dan daerah yang berbulu dibersihkan. Kotoran yang terdapat pada klitoris dan labia minora hendaknya dibersihkan, karena kotoran ini dapat menimbulkan bau.

Pada laki-laki yang tidak disunat pada saat membersihkan kemaluannya, kulit kepala zakarnya harus ditarik ke belakang, kemudian dibersihkan secara hati-hati dibilas dengan air. Seterusnya menutup kembali kepala zakarnya untuk mencegah terjadinya penyempitan zakar dan terjadinya busung dan luka pada jaringan (Depkes RI, 1989).

2.5 Perilaku dan Perubahan Perilaku

2.5.1 Pengertian Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah respon atau reaksi individu dari stimulan atau rangsangan, baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya atau baik yang diamati secara langsung atau yang dapat diamati secara tidak langsung. Sedangkan perilaku kesehatan adalah berhubungan dengan tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Dalam hal ini termasuk tindakan untuk mencegah penyakit, menjaga kebersihan perseorangan, memilih makanan bergizi bagi pemeliharaan

dan atau peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 1993).

2.5.2 Ranah Perilaku

Bloom (1908) dalam Notoatmodjo, (1993) menguraikan bahwa pada dasarnya perilaku manusia terdiri dari 3 (tiga) domain (ranah) yakni kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (praktek/tindakan).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, namun sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan pendengaran. Ranah kognitif meliputi pengetahuan, ketrampilan berkomunikasi, dan kemampuan mengolah informasi baru secara internal (Dignan dan Carr, 1992).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat secara langsung (*Covert Behavior*)

Tindakan adalah suatu tindakan nyata individu (*overt behavior*) dan untuk dapat melakukan tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan untuk individu dapat melakukan tindakan, diantaranya : biaya, fasilitas, waktu atau dukungan dari pihak lain.

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri atau suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Perilaku tersebut dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Perilaku pasif (*covert behavior*) yang merupakan respon internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat diamati misalnya : pengetahuan, berpikir, tanggapan, persepsi.
2. Perilaku aktif (*overt behavior*) merupakan respon eksternal dan dapat diobservasi secara nyata karena perilaku itu sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata misalnya : berjalan, bicara, beraksi.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah respon seseorang terhadap rangsangan yang bersifat terselubung (*covert behavior*) sedangkan tindakan nyata seseorang adalah merupakan *overt behavior*.

2.5.3 Determinan Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor lain dari orang yang bersangkutan (Notoatmodjo, 1993). Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda tersebut disebut determinan perilaku. Lebih lanjut Notoatmodjo (1993) membagi determinan perilaku menjadi dua yakni :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, kepribadian, tingkat emosional, jenis kelamin dan lain-lain.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan fisik maupun sosial, budaya, ekonomi dan lain-lain.

Determinan yang mempengaruhi perilaku ini amat kompleks, sehingga merupakan hal yang kompleks bagi bagi yang ingin mempelajari perilaku manusia, khususnya perilaku kesehatan.

2.5.4 Teori Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku merupakan tujuan akhir dari program Promosi Kesehatan dan pendidikan kesehatan. Seorang yang berkecimpung dalam bidang promosi dan pendidikan kesehatan perlu memahami individu berperilaku. Beberapa teori perilaku yang berhubungan dengan perubahan pemeliharaan kebersihan diri ini adalah (1) Teori kognitif sosial yang menekankan bahwa seseorang berubah perilakunya karena tiga faktor yaitu faktor internal , faktor eksternal (lingkungan), (2) Teori aksi beralasan yang menekankan bahwa seseorang berubah perilakunya karena alasan-alasan tertentu, (3) Teori precede yang berguna dalam pengumpulan data dalam penelitian ini, dan (4) Teori difusi inovasi yang bermanfaat bagi penyebaran perubahan perilaku perubahan pemeliharaan kebersihan diri para *santri* setelah dilakukan pemberdayaan *ustadz*. Keempat teori tersebut adalah sebagai berikut :

2.5.4.1 Teori Kognitif Sosial atau *Social Cognitive Theory*

Teori Kognitif Sosial atau *Social Cognitive Theory* dari Bandura (1986), menekankan hubungan segitiga antara faktor external (lingkungan), faktor internal dan langkah laku (*reciprocal determinism*). Bandura menetapkan bahwa proses *kognitif* dan faktor-faktor pribadi yang lain itu berpengaruh pada tingkah laku.

Teori ini menekankan hubungan segitiga antara faktor *external* (lingkungan), faktor *internal* dan langkah laku (*reciprocal determinism*). Bandura menetapkan bahwa proses kognitif dan faktor-faktor pribadi yang lain itu berpengaruh pada tingkah laku.

Teori kognitif sosial ini berkaitan dengan dinamika psikososial yang berpengaruh terhadap perilaku hidup sehat dan metode-metode yang digunakan untuk mengupayakan kearah perilaku hidup sehat. Teori ini menekankan bahwa perilaku dan kemampuan kognitif seseorang sangat mempengaruhi perilaku hidup sehat.

Teori ini berusaha menjelaskan dengan *model triadic dynamic* dan *resiprocal* (timbang balik), faktor-faktor pribadi/intern dan lingkungan/ekstern saling mempengaruhi dan berinteraksi, sehingga perilaku individu secara unik akan dipengaruhi oleh interaksi tersebut (Glanz, et. al., 1996).

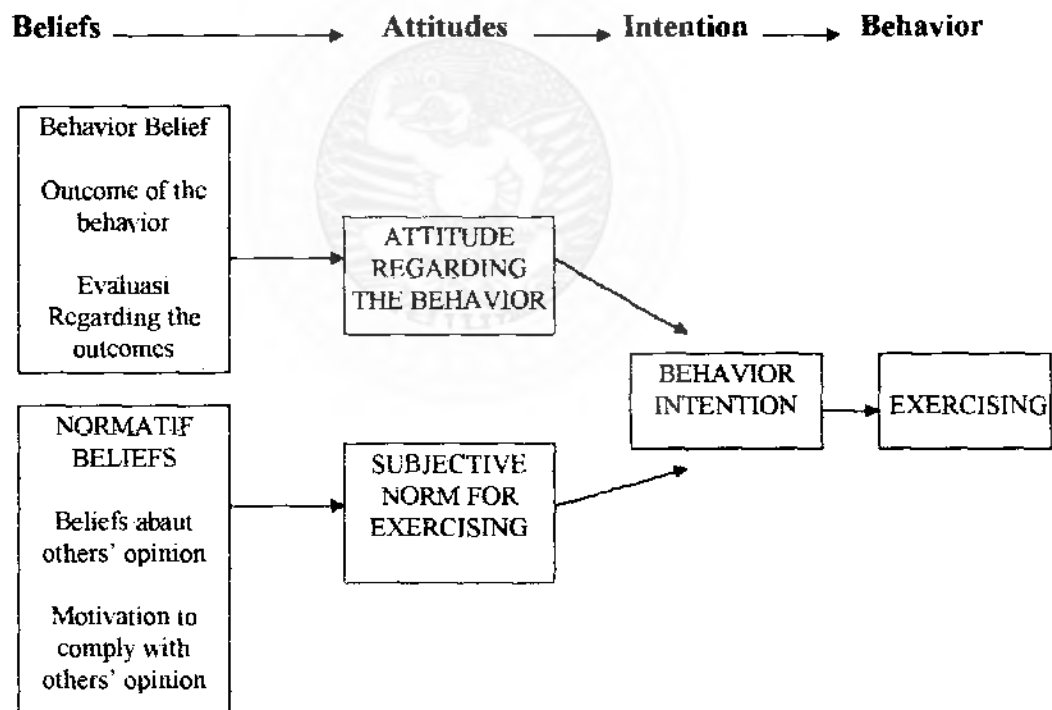
2.5.4.2 Teori Aksi beralasan atau *Theory of reasoned Action*

Teori Aksi beralasan atau *Theory of reasoned Action* (Fishbein & Ajzen, 1980) ini menghubungkan keyakinan (*belief*), Sikap (*attitude*), kehendak/intensi (*intention*), dan perilaku. Intensi merupakan prediktor terbaik dari perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah mengetahui intensi orang tersebut.

Intensi ditentukan oleh sikap dan norma subyektif. Komponen pertama mengacu pada sikap terhadap perilaku. Sikap ini merupakan hasil

pertimbangan untung dan rugi dari perilaku tersebut (*Outcome of the behavior*). Di samping itu dipertimbangkan juga pentingnya konsekwensi-konsekwensi yang akan terjadi bagi individu (*evaluation Regarding the outcome*). Komponen kedua mencerminkan dampak dari norma-norma subjektif. Norma sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggapnya penting (*referent-persons*) dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut (Smet, 1994).

Teori ini dapat digambarkan sebagai berikut :



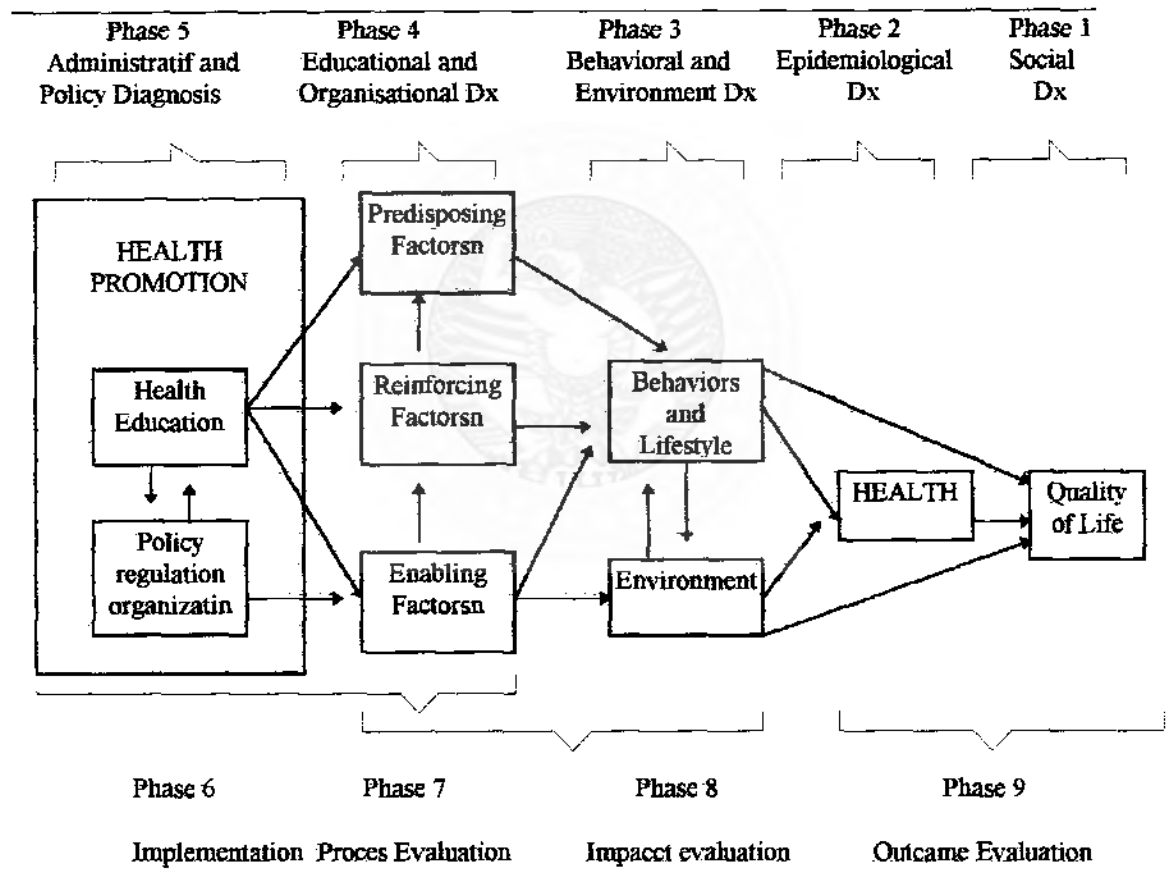
Gambar 2.1 Teori Aksi Beralasan

2.5.4.3 Precede-Proceed Model

Green dan rekan-rekannya menganalisis kebutuhan kesehatan

komunitas dengan cara menetapkan lima diagnosis yang berbeda, yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan, dan diagnosis administrasi atau kebijakan. Dengan tindakan ini diharapkan petugas kesehatan tidak menyalahkan korban, yang sering menyertai upaya-upaya yang mengarah kepada penilaian serta evaluasi kebutuhan secara individual (Dignan dan Carr, 1992).

Frame Work Precede / Proceed Model sbb :



Gambar 2.2 Precede-Proceed Model

Pemecahan masalah dengan menggunakan model procede sama halnya dengan penyelesaian suatu misteri. Seseorang dipaksa berpikir secara deduktif, memulai dari hasilnya yang final kemudian menelusuri penyebab

utamanya. Secara ringkas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Fase 1

Secara ideal, pertama-tama, harus dipikirkan masalah “kualitas hidup” dengan mempelajari permasalahan secara umum dari orang-orang dalam populasi kelompok sasaran : pasien, mahasiswa, pekerja atau konsumen. Masalah sosial yang dialami masyarakat tertentu dapat dijadikan ukuran tentang kualitas hidup di sana.

Fase 2

Tugas dalam fase 2 adalah mengenali beberapa masalah kesehatan yang mempengaruhi masalah sosial yang ditemukan pada fase 1. Dengan menggunakan data yang tersedia, dan data yang dikumpulkan melalui metode yang tepat, digabung dengan temuan epidemiologi dan medis, pendidik kesehatan merengking beberapa masalah kesehatan, kemudian memilih masalah kesehatan yang spesifik yang paling diperlukan perbaikannya.

Fase 3

Fase 3 terdiri dari identifikasi perilaku kesehatan yang mempengaruhi timbulnya masalah kesehatan yang perlu mendapat pada fase 2. Oleh karena perilaku yang ditentukan diharapkan dapat dipengaruhi oleh intervensi, jadi perlu dilakukan identifikasi secara khusus dan dirangking secara cermat. Dalam gambar di atas nampak keterkaitan “faktor non perilaku” dengan masalah kesehatan. Faktor non perilaku meliputi ekonomi, genetik, dan faktor lingkungan. Dikelompokkan demikian, karena pengaruhnya tak langsung.

Menyadari akan hal itu, memungkinkan para pendidik kesehatan lebih realistis tentang keterbatasan program yang dibuat. Disamping itu akan menyadarkan pendidik tentang adanya pengaruh terhadap kekuatan-kekuatan sosial yang ada di masyarakat apabila prinsip *precede* diterapkan secara nasional oleh kelompok organisasi kesehatan yang sudah mapan. Termasuk pada tingkat lokal, perilaku kesehatan yang dipengaruhi dengan pendidikan kesehatan termasuk perilaku kolektif yang diarahkan pada faktor ekonomi dan lingkungan.

Fase 4

Berdasarkan atas riset kumulatif dalam perilaku kesehatan, telah diidentifikasi tiga kelas faktor yang secara potensial dapat mempengaruhi perilaku kesehatan : Faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. *Predisposing factors* (faktor predisposisi) yaitu : pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. *Enabling Factors* (faktor pendukung) : yaitu lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. *Reinforcing factors* (faktor pendorong) yaitu: sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan referensi dari perilaku masyarakat.

Fase 5

Pada tahap ini pendidik diharapkan dapat memutuskan faktor mana yang telah diidentifikasi masuk ke dalam 3 pengelompokan tadi yang menjadi fokus dari intervensi. Keputusan didasarkan atas nilai penting secara relatif dan

tersedianya sumber daya untuk mempengaruhi faktor itu.

Fase 6

Fase ini merupakan pengembangan dan implementasi program sesungguhnya. Apabila pendidik dapat menyadari keterbatasan sumber daya, hambatan waktu, dan kemampuan, intervensi pendidikan yang sesuai akan dengan sendirinya dapat dilaksanakan sesuai dengan faktor predisposisi, pendukung dan pendorong.

Fase 7

Kriteria evaluasi harus sudah mulai muncul pada saat diagnosis masalah. Hal ini penting untuk diperhatikan. Misalnya pada langkah awal kerangka precede, telah ditekankan pentingnya perumusan tujuan program dan perilaku sehingga standar penerimaan terhadap perilaku sudah ditetapkan sebelum evaluasi dilakukan.

2.5.4.4 Teori Diffusi Inovasi

Proses diffusi mencakup saluran komunikasi yang digunakan untuk mengkomunikasikan inovasi itu (*Communication chanel*) dan karakteristik sistem atau lingkungan dimana proses itu terjadi (*Diffusion Contex*).

Berdasarkan statistik didapatkan kurva diffusi, Rogers (1983) mengidentifikasi menjadi 5 katagori yaitu inovator, pemakai awal, mayoritas *early adopters*, mayoritas pemakai akhir dan yang paling akhir. Identifikasi dari katagori semacam itu adalah dasar untuk mendesain dan melaksanakan

strategi intervensi, yang diarahkan pada kelompok tertentu (khusus) dari individu. Strategi ini bisa didasarkan pada sumber pengaruh dimana kelompok tertentu adalah yang paling mungkin merespon. Contohnya Green, Parcel & Gottlieb, (1987) intervensi yang berdasar orientasi kognitif mungkin paling cocok untuk pemakaian awal, penekanan motivasi mungkin sangat efektif untuk mayoritas adopters, dan pemakai akhir membutuhkan usaha untuk mengatasi kendala.

Zaltman & Duncan (1977) telah mengidentifikasi atribut itu atau karakteristik yang mungkin mempengaruhi luasnya dan kecepatan proses difusi. Hal ini dikhtisarkan di tabel 2.1.

Tabel 2.1 Atribut yang merupakan faktor penentu utama pada kecepatan dan keluasaan difusi

Keuntungan yg relatif	Apakah inovasi lebih baik dari yang diganti
Kesesuaian/kecocokan	Apakah inovasi sesuai dengan yang diinginkan audiens
Kompleksitas	Apakan inovasi mudah untuk di gunakan.
Percobaan	Dapatkan inovasi di cobakan.
<i>Observabiliti</i>	Apakah hasil dari inovasi dapat diobservasi dan diukur dengan mudah
<i>Impact</i> dan <i>social relation</i> akibat dan pengaruh sosial	Apakah inovasi punya efek yang merusak pada lingkungan sosial
<i>Reserbility</i>	Apakah inovasi dapat dibalik atau dihentikan dengan mudah
Kemampuan untuk dikomunikasikan	Dapatkah komunikasi dapat dimengerti dengan jelas dan mudah
Waktu yang dibutuhkan	Dapatkan inovasi diterapkan dengan alokasi waktu yang sangat minimal
Tingkat resiko dan ketikpastian	Dapatkan inovasi itu diadopsi dengan resiko dan ketidakpastian yang minimal

Kebutuhan Komitmen	Dapatkah inovasi itu digunakan secara efektif hanya dengan kesepakatan sederhana
<i>Modifiability</i> (kemampuan untuk dirubah)	Dapatkah inovasi itu diperbarui dan dimodifikasi setiap saat.

Tujuan dari *diffusi* pada *Health Promotion* dan *Health Education* adalah untuk memaksimalkan *expuse* dan jangkauan inovasi, strategi atau program dimana telah ada bukti yang nyata pada kemanjuran dan keefektifannya. Ini membutuhkan pengembangan inovasi, yang diikuti oleh desiminasinya. Tahapan ini digambarkan pada tahapan berikut.

1. *Inovation Development* (Perkembangan Inovasi) termasuk semua keputusan dan aktifitas (dan pengaruhnya) yang terjadi di tahap awal suatu ide pada perkembangan dan hasilnya (Rogers 1983).
2. *Dessiminasi* (Penyebaran). Diartikan sebagai sebuah pendekatan aktif transfer pengetahuan dari sistem sumber daya ke sistem pemakai (Orlandi, Landers, Weston, & Haley 1990). Ia melibatkan dari sistem dan saluran komunikasi (baik formal maupun non formal) yang terbaik dipakai untuk mendifusikan inovasi pada suatu target audiens.

Sebagai contoh desiminasi dari program untuk *screening* kolesterol yang berbasis pada masyarakat bisa membutuhkan penggunaan baik saluran formal seperti layanan pengumuman public, jumpa pers, dan saluran non formal seperti pengumuman pada masyarakat pada acara rekreasi dan sosial.

3. *Addoption*

Selama tahap ini target adopter perlu diidentifikasi bersama sebagian kelompok yang cocok dan karakteristiknya. Poin-poin berikutnya umumnya membutuhkan perhatian kebutuhan target adopters, sikap dan nilai mereka sekarang, kemampuan respon mereka pada adopsi, faktor-faktor yang akan menambah kemungkinan penerimaan (adopsi) cara-cara target adopters bisa dipengaruhi untuk merubah kebiasaan mereka yang ada sekarang dan memakai perilaku baru, yang ada tentang penerimaan inovasi dan cara - cara mengatasi kendala itu.

4. Menunjuk pada penggunaan awal program dalam praktek. Focus utama disini adalah memperbaiki sikap dan ketrampilan adopter dan mendorong percobaan inovasi itu. Alinkage agent (kumpulan adopters) bisa memainkan peran penting, memfasilitasi pelaksanaan program yang berjalan dengan baik dengan memberikan pelatihan, pemecahan masalah yang timbul dan menjawab pertanyaan.

5. *Meintenance* (Pemeliharaan)

Berarti pelaksanaan yang terus menerus dan penggunaan yang terus pada praktek inovasi. Program bisa terhenti karena beberapa sebab mendorong penggunaan program yang terus menerus dan memberikan alasan pada penghentian (seperti kekurangan uang untuk pengobatan pencegahan) adalah merupakan kewajiban yang menantang bagi petugas kesehatan yang profesional (Glandz, et.al., 1996).

2.6 Mini Lokakarya Kesehatan

Minilokarya kesehatan merupakan salah satu cara dalam pengenalan masalah dan kesadaran terhadap masalah yang dihadapi dan dirasakan masyarakat dalam kegiatan pemberdayaan/pengorganisasian masyarakat. Tujuan dari minilokakarya kesehatan ini adalah : (1) Masyarakat Pondok menyadari masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi. (2) Secara sadar mereka mau ikut berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi. (3) Mereka (*Ustadz*) tahu cara memenuhi kebutuhan-kebutuhan akan upaya pelayanan kesehatan dan keperawatan sesuai dengan potensi dan sumber daya yang ada pada mereka.

Agar masyarakat dapat menyadari masalah dan kebutuhan mereka akan pelayanan kesehatan dan keperawatan diperlukan suatu mekanisme yang terencana dan terorganisasi dengan baik melalui mini lokakarya kesehatan, musyawarah masyarakat desa dan rembuk desa.

Hal ini dilakukan untuk menyadarkan, membicarakan langkah-langkah yang akan ditempuh dalam penanggulangan masalah, penyusunan program kegiatan yang menyangkut petugas, biaya, sarana dan prasarana serta bentuk-bentuk kerjasama lintas sektoral dari instansi terkait maupun lintas program, sehingga jelas peranan-peranan yang harus dilaksanakan oleh masing masing pihak yang berkepentingan dalam mencapai tujuan masyarakat yang lebih luas.

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian dalam kesadaran masalah adalah (1) Melibatkan masyarakat secara keseluruhan baik formal maupun informal,

sehingga mereka sadar bahwa itu adalah masalah mereka bersama yang perlu segera diatasi. (2) Dalam menyusun rencana penanggulangan masalah sesuaikan dengan potensi dan sumber daya yang ada pada masyarakat. (3) Menghindari konflik berbagai kepentingan dalam masyarakat. (4) Kesadaran dari kelompok-kelompok kecil masyarakat hendaknya disebarluaskan kepada kelompok yang lebih luas. (5) Mengadakan intraksi dan interelasi dengan tokoh-tokoh masyarakat secara intensif dan akrab, sehingga mereka dapat dimanfaatkan untuk usaha motivasi, komunikasi sehingga dapat menggugah kesadaran masyarakat. (6) Dalam mengatasi sifat sifat paternalistik masyarakat dapat memanfaatkan jalur kepemimpinan masyarakat setempat dalam mendapatkan legitimasi dari pemerintah setempat untuk mempercepat kesadaran masyarakat.

Langkah-langkah dalam kegiatan minilokarya kesehatan adalah sebagai berikut : (1) Presentasi masalah yang dihadapi dan dirasakan masyarakat oleh petugas kesehatan. (2) Diskusi kelompok (5-9 orang tiap kelompok) untuk membahas masalah-masalah yang dirasakan tersebut. (3) Pleno (penyajian hasil) diskusi kelompok. (4) Kesepakatan langkah-langkah pelaksanaan dalam menangani masalah (Effendy N, 1998).

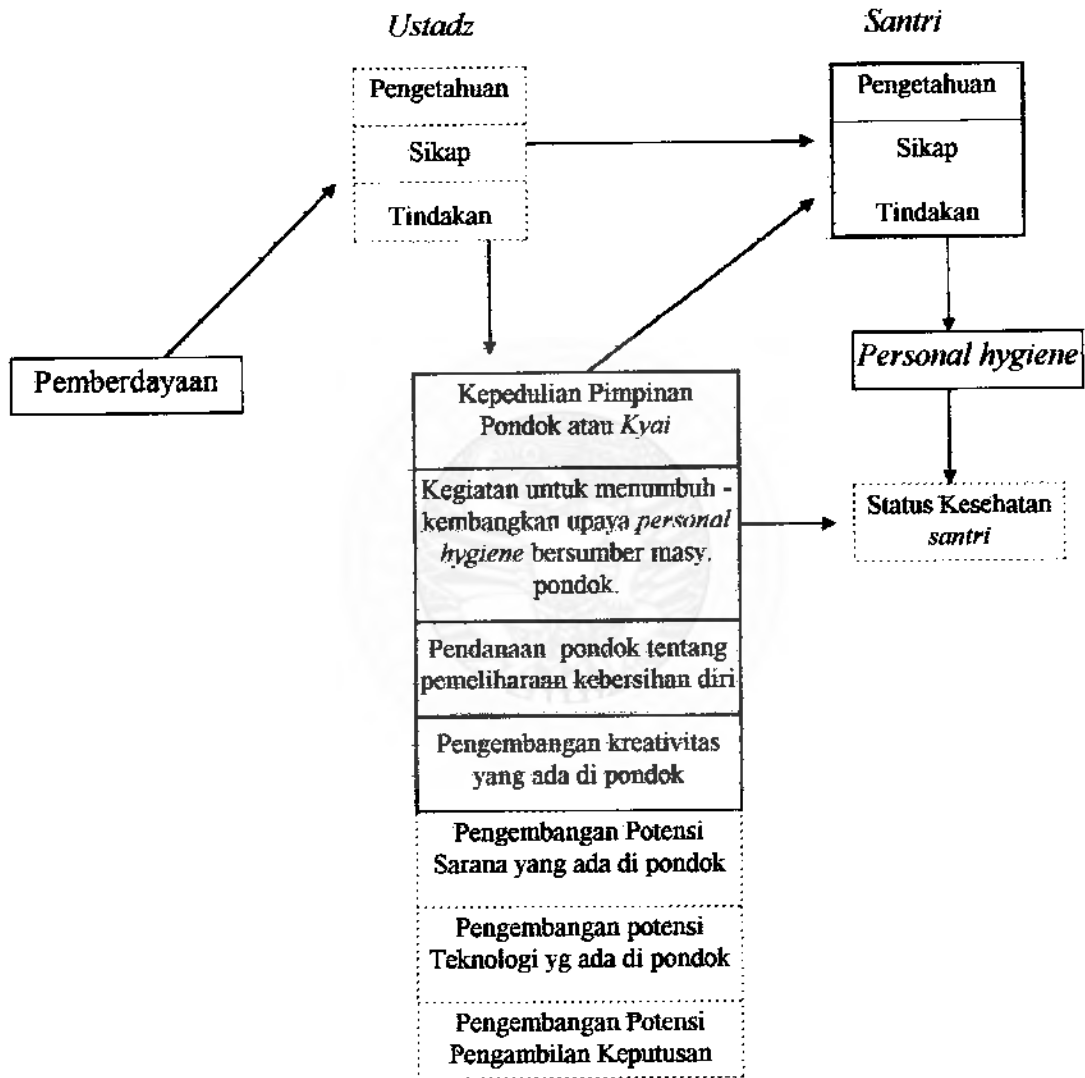
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



Keterangan :

: tidak diteliti
 : diteliti

Permasalahan di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo adalah *personal hygiene santri* yang kurang. Kemudian dilakukan kegiatan pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya kesehatan. Hasil dari pemberdayaan adalah timbulnya perubahan pengetahuan sikap dan tindakan *ustadz*. Perubahan tersebut antara lain : (1) Dalam Proses Belajar Mengajar *ustadz* memberikan materi *personal hygiene* pada *santri*, (2) *Ustadz* melakukan advokasi untuk meningkatkan kepedulian Pimpinan Pondok atau *Kyai*, (3) Mengadakan kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok, (4) Adanya pendanaan/sarana pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri, (5) Pengembangan kreativitas yang ada di Pondok.

Setelah terjadi perubahan-perubahan tersebut diharapkan pengetahuan, sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* meningkat.

3.2 HIPOTESIS PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah, kajian teoritis dan kerangka konsep maka disusun hipotesis penelitian sebagai berikut :

- 3.2.1 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri*.
- 3.2.2 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

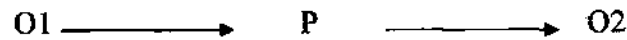
BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian pra eksperimental. Rancangan penelitian yang digunakan adalah : “*The One-Group Pretest-Posttest Design*” yang digambarkan sebagai berikut (Zainuddin, 2000).



Keterangan :

O1, O2 : Pengamatan awal dan akhir pada kelompok perlakuan

P : Perlakuan Pemberdayaan *ustadz*

Pada penelitian ini perlakuan yang diberikan dalam bentuk pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya.

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo khususnya para *santri* dan *ustadz* putra yang tinggal di asrama pada tahun ajaran 2002 - 2003. Jumlah *santri* yang tinggal di asrama adalah 496 orang. Dan jumlah *ustadz* yang tinggal di asrama adalah 50 orang. Pemilihan *santri* putra dan *ustadz* putra ini dengan alasan etik, karena di pondok *pesantren* dipisahkan antara *santri* putra dan *santri* putri, antara *ustadz* putra dan *ustadz* putri, sehingga hanya diperbolehkan meneliti di pondok putra.

4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah *santri* dan *ustadz* yang tinggal di asrama putra Pondok *Pesantren Wali Songo Ngabrar Ponorogo* tahun 2003.

Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : Untuk *ustadz* berjumlah 10 orang *ustadz* yang diberdayakan, sedangkan untuk *santri* yang dievaluasi berjumlah 30 orang, dengan alasan keterbatasan waktu, tenaga dan efisiensi biaya.

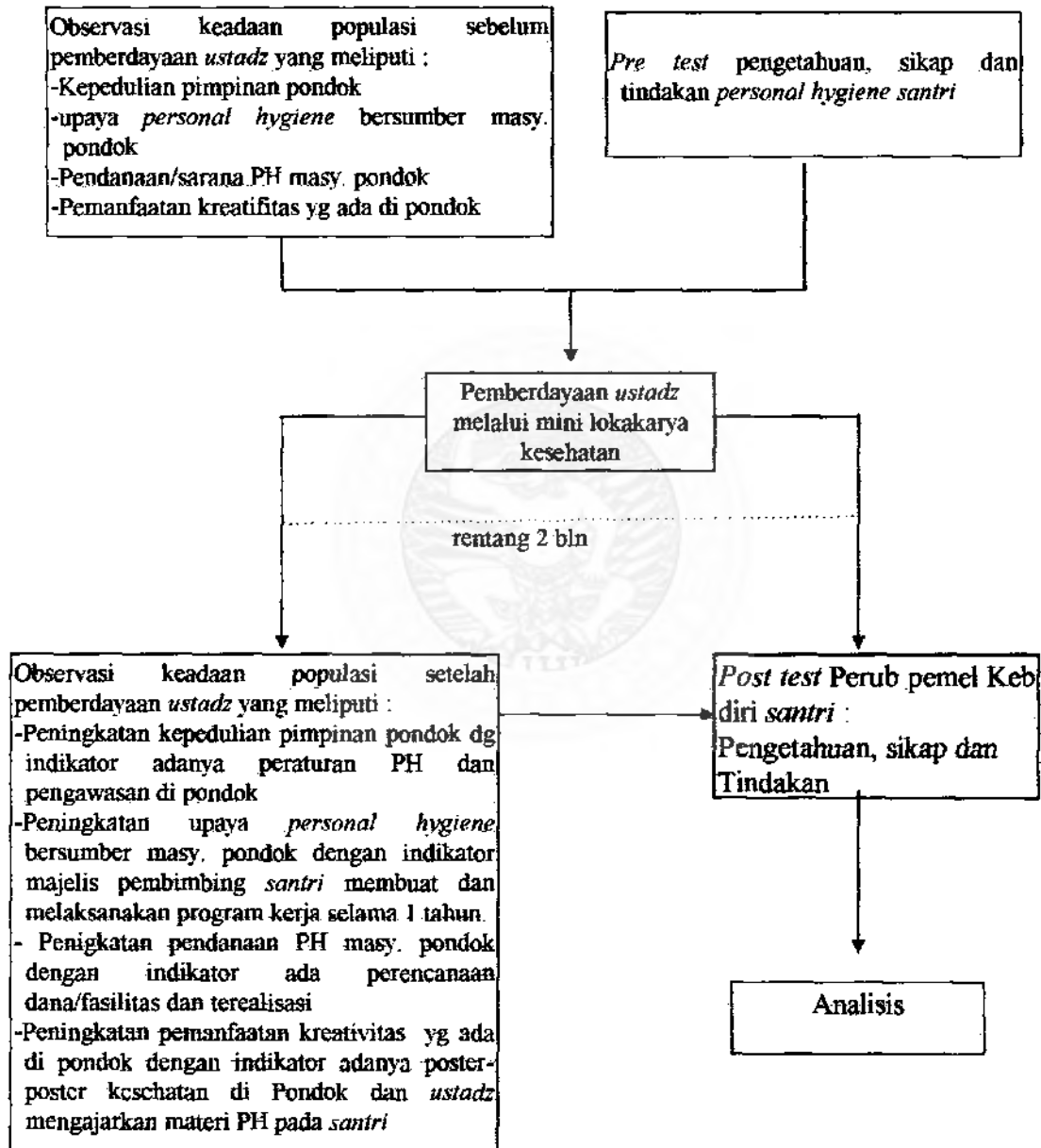
4.2.4 Tehnik Pengambilan Sampel

Tehnik pengampilan sampel pada penelitian ini adalah untuk *santri* dengan *Probabilitas Sampling*, artinya setiap subyek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel. Tehnik pengambilan sampelnya secara *Systematic Random Sampling* dengan menyediakan daftar subyek yang dibutuhkan yaitu nomor 1 - 496. Jumlah populasi (N) = 496 orang dan sampel (n) yang dipilih = 30 orang, maka setiap kelipatan 16 akan menjadi sampel ($496 : 16 = 30$). Maka sampel yang dipilih didasarkan pada nomor kelipatan 16, yaitu sampel no. 16, 32, 48 dan seterusnya.

Untuk *ustadz* tehnik pengambilan sampel secara *purposive sam-pling* yaitu 10 *ustadz*. Pengambilan sepuluh orang itu dengan alasan kesepuluh *ustadz* tersebut mempunyai pengaruh dan posisi penting terhadap *santri* dan *kyai*. Sepuluh orang tersebut adalah Majelis Pembimbing *Santri* 2 orang, Bagian Pengajaran 1 orang dan *ustadz* yang mengajar mata pelajaran biologi 1 orang, Bagian Kesiswaan 2

orang, Kepala Sekolah 2 orang, dan Wali Kelas 2 orang. Di samping itu mereka setiap hari mengetahui perilaku *santri*. Adapun yang mengikuti mini lokakarya 30 orang dengan maksud mendapat masukan dari *ustadz* lain dalam diskusi kelompok.

4.3 Prosedur Penelitian



Gambar 4.1 Prosedur Penelitian

4.4 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel bebas dan variabel tergantung.

Variabel bebas / yang mempengaruhi : Pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya

Variabel tergantung/yang dipengaruhi : Peningkatan kepedulian pimpinan Pondok, Peningkatan kegiatan menumbuh - kembangkan upaya *personal hygiene*, Peningkatan pendanaan/sarana dari pondok, Peningkatan pemanfaatan kreatifitas, yang ada di pondok, Perubahan pemeliharaan kebersihan diri *santri* yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan.

4.5 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala
1	Pemberdayaan <i>ustadz</i>	Tindakan utk mengembangkan potensi <i>ustadz</i> sebagai penyambung antara <i>kyai</i> dan <i>santri</i> melalui mini lokakarya tentang <i>personal hygiene</i>	<i>Ustadz</i> berusaha untuk meningkatkan <i>personal hygiene santri</i> melalui pendidikan dan advokasi.	Nominal
2.	Kepedulian pimpinan pondok	Upaya <i>kyai</i> dalam meningkatkan <i>personal hygiene santri</i> dengan cara membuat peraturan tentang penggunaan air bersih, kebersihan tempat wudlu, penggunaan jamban, kebersihan asrama dan halaman. serta	Kepedulian baik bila pengawasan pelaksanaan peraturan oleh <i>kyai</i> sendiri setiap hari, Kepedulian cukup bila pengawasan pelaksanaan peraturan didelegasikan pada orang lain, dan Kepedulian buruk bila tidak dilakukan	Ordinal

		pengawasan.	pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan	
3.	Kegiatan penun- buhkembangan upaya <i>personal hygiene</i>	Upaya dari pondok untuk meningkatkan pemeliharaan kebersihan diri	Majelis pembimbing <i>santri</i> membuat 10 (sepuluh) program kerja selama 1 tahun. Baik bila program kerja dilaksanakan > 75%. Cukup bila program kerja dilaksanakan 50-75%. Buruk program kerja dilaksanakan < 50%.	Ordinal
4.	Pendanaan/sarana dari pondok	Dana/sarana yang berasal dari masyarakat pondok untuk meningk pemel keber. diri	Pendanaan/sarana baik bila ada perencanaan dana/ fasilitas dan terealisasi, cukup bila ada perencanaan tetapi terealisasi sebagian, dan buruk bila tidak ada perencanaan dana / fasilitas untuk meningkatkan <i>personal hygiene santri</i> .	Ordinal
5.	Pemanfaatan kreatifitas yg ada di pondok	Upaya untuk mengembang kan kreativitas <i>ustadz</i> dan <i>santri</i> dalam membuat pesan-pesan kesehatan.	Kreativitas baik bila <i>ustadz</i> dan <i>santri</i> membuat media pesan-pesan kesehatan dan dipasang di tempat yang strategis, Kreatifitas cukup bila <i>ustadz</i> dan <i>santri</i> merencanakan membuat pesan kesehatan tapi belum terealisasi dan Kreatifitas buruk bila <i>ustadz</i> dan <i>santri</i> tidak membuat pesan-pesan kesehatan.	Ordinal
6	Pengetahuan	Apa yang dimengerti dan dipahami <i>santri</i> tentang pemeliharaan kebersihan diri.	Pengetahuan diukur dengan menggunakan kuisisioner sebanyak 20 soal Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Nilai jumlah jawaban yang benar dikalikan 5. Rentang nilai 0 - 100	Ordinal
7	Sikap	Pendapat <i>santri</i> tentang pemeliharaan kebersihan diri setelah memahami pengeta- huan pemeliharaan kebersi- han diri.	Diukur dengan test sikap sebanyak 20 soal. Jawaban Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Rentang nilai : 20 - 80	Ordinal

8	Tindakan	Kegiatan memelihara kebersihan diri yang dilakukan <i>santri</i> yang terdiri dari mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan mencuci tangan.	observasi dengan menggunakan daftar tilik. Nilai : Jumlah kegiatan yang dilakukan dibagi jumlah kegiatan yang seharusnya dilakukan dikalikan 100. Rentang nilai 0 - 100. Misal : daftar tilik mandi ada 12 kegiatan, yang dikerjakan 6 berarti $6/12 \times 100 = 50$.	Ordinal
---	----------	--	--	---------

4.6 Instrumen Penelitian

4.6.1 Kuesioner

Untuk memperoleh data kuantitatif yang diperlukan dalam penelitian ini, peneliti membuat kuisisioner. Untuk mengumpulkan data pengetahuan *santri* sebanyak 20 pertanyaan (lampiran 3), kuisisioner untuk mendapatkan data sikap *santri* sebanyak 20 pertanyaan (lampiran 4).

4.6.2 Observasi

Observasi dilakukan dengan menggunakan *check list* atau daftar tilik tindakan yang dilakukan *santri* yang terdiri dari daftar tilik mencuci rambut (lampiran 5), daftar tilik mandi (lampiran 6), daftar tilik menggosok gigi (lampiran 7), dan daftar tilik mencuci tangan (lampiran 8)

Sebelum penelitian yang sebenarnya dilaksanakan, dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas dari instrumen (kuisisioner) yang telah dibuat. Pengujian validitas dan reliabilitas instrumen tersebut dilaksanakan pada subyek yang diperkirakan sama dengan subyek penelitian yang sebenarnya sebagaimana yang telah ditetapkan.

Uji validitas dengan menggunakan teknik *product moment* dari Pearson yakni korelasi antar skor (nilai) tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuisisioner. Ternyata dari hasil uji tersebut terdapat beberapa item soal yang tidak valid maka instrumen tersebut perlu diperbaiki dan disempurnakan. Soal yang sudah diperbaiki dan disempurnakan tersebut diuji validitas kembali sampai mencapai hasil valid.

Soal-soal yang valid tersebut akan dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan teknik tes ulang, dimana kuisisioner diteskan pada kelompok subyek yang sama sebanyak 2 kali pada selang waktu antara 15 sampai 30 hari. Kemudian hasil tes dikorelasikan dengan teknik *product moment*. Keduanya dengan menggunakan perangkat komputer dengan program statistik. Kuisisioner yang telah valid dan reliabel ini nantinya akan langsung dipakai dalam penelitian yang sesungguhnya.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo pada bulan Agustus - Nopember 2003 dengan rencana pelaksanaan penelitian pada lampiran 10.

4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Data primer :

Adalah data yang dikumpulkan langsung dengan menggunakan kuesioner melalui *pre*

test dan *post test* yang dibagikan pada para *santri* serta lembar observasi dengan menggunakan daftar tilik untuk tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

Data Sekunder :

Adalah data yang dikumpulkan melalui data yang ada di lembaga seperti data dari *Kyai, Ustadz, Pondok, Balai Kesehatan Pondok dan Bagian Kurikulum Pondok, Kepala Asrama.*

4.9 Cara Analisis Data

Untuk membuktikan hipotesis yang telah ditetapkan cara analisis datanya sebagai berikut :

4.9.1 Data kualitatif :

- 4.9.1.1 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan perhatian pimpinan pondok atau *Kyai* dengan *content analisis* secara *diskriptif*.
- 4.9.1.2 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan kegiatan penumbuhan-kembangan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok dengan *content analisis* secara *diskriptif*.
- 4.9.1.3 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan pendanaan / sarana dari pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri* dengan *content analisis* secara *diskriptif*.
- 4.9.1.4 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan pengembangan kreatifitas yang ada di pondok dengan *content analisis* secara *diskriptif*.

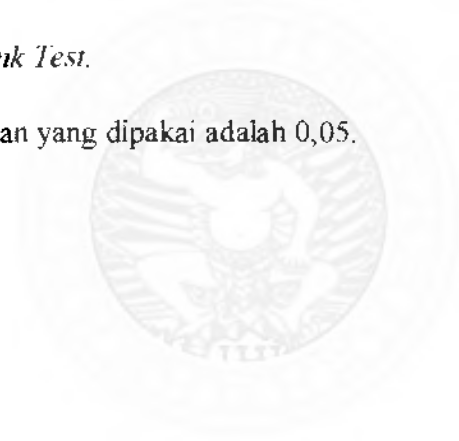
4.9.2 Data kuantitatif :

4.9.2.1 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* dengan uji statistik non parametrik *Wilcoxon Signed Rank Test*.

4.9.2.2 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* dengan uji statistik non parametrik *Wilcoxon Signed Rank Test*.

4.9.2.3 Pemberdayaan *ustadz* menyebabkan perubahan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* dengan uji statistik non parametrik *Wilcoxon Signed Rank Test*.

Adapun derajat kemaknaan yang dipakai adalah 0,05.



BAB V
ANALISA HASIL PENELITIAN

Mullis

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Daerah Wilayah Penelitian

Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar terletak di Desa Ngabar Kecamatan Siman Kabupaten Ponorogo, yaitu terletak kurang lebih 8 km di sebelah selatan kota Ponorogo

Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo berdiri sejak tahun 1380 H atau 1961 M. Tokoh Pendirinya adalah 3 orang yaitu : 1) KH. Moh. Thoyyib, 2) KH. Ahmad Thoyyib dan 3) KH. Ibrahim Thoyyib. Pada saat penelitian ini dilaksanakan ketiga tokoh pendiri itu sudah meninggal dunia semua. Pimpinan Pondoknya adalah 1) Drs. H. Hariyanto, MA. 2) KH. M. Zainuddin AS, Lc. 3) Imam Hidayat, S.Ag. Jumlah *ustadz/guru* putra ada 173 orang. *Ustadz* yang tinggal di asrama 50 orang dan yang tinggal di luar asrama 123 orang.

Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo termasuk Pondok *Pesantren* Khalafiyah atau kombinasi antara Pendidikan Agama dan Pendidikan Umum, yaitu : TK Islam atau Tarbiyatul Athfal Al Manaar, Madrasah Ibtidaiyah (MI) Mamba'ul Huda, Madrasah Tsanawiyah, Madrasah Aliyah dan Perguruan Tinggi Agama Islam Riyadlotul Mujahiddin.

Jumlah *santri* Pondok *Pesantren* Wali Songo Ponorogo tahun ajaran 2002-2003 secara keseluruhan adalah 2.019 orang. Adapun *santri* yang tinggal

di asrama pondok adalah 1044 orang yang terdiri dari *santri* putri 548 orang dan *santri* putra 496 orang. Populasi dalam penelitian ini adalah *santri* yang tinggal di asrama putra pada tahun ajaran 2002 - 2003, yang berjumlah 496 orang. Pemilihan *santri* putra ini dengan alasan etik karena di pondok *pesantren* dipisahkan antara *santri* putra dan *santri* putri, *ustadz* putra mengajar *santri* putra dan *ustadz* putri mengajar *santri* putri.

Ustadz atau guru adalah para alumni Pondok yang telah lulus dari kelas VI. Para alumni Pondok diharuskan mengabdikan untuk menjadi *ustadz* minimal 2 tahun, dan setelah itu ia diperbolehkan meninggalkan di Pondok atau terus tinggal mengabdikan di Pondok.

Penelitian ini mempelajari perubahan yang terjadi pada *santri* setelah pemberdayaan *ustadz* yang meliputi perubahan kepedulian *kyai*, kegiatan menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene*, kreativitas *santri* dan *ustadz*, dana untuk *personal hygiene*, pengetahuan, sikap dan tindakan *santri* setelah pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya kesehatan.

5.2 Letak Geografis

Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo dibatasi oleh 4 desa

yaitu :

Sebelah Timur : Desa Gandu

Sebelah Selatan : Desa Winong

Sebelah Barat : Desa Ngampel

Sebelah Utara : Desa Madusari.

Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo terletak di daerah yang mempunyai 2 musim yaitu musim kemarau dan musim hujan. Pada musim hujan tidak pernah terkena banjir dan pada musim kemarau mudah untuk mendapatkan sumber air bersih, ini merupakan satu potensi untuk pemberdayaan.

Daerah pondok beriklim tropis dengan kelembaban sedang sehingga mudah untuk mendapatkan sinar matahari pada siang hari. Ini merupakan salah satu potensi untuk menjaga kebersihan diri *santri*.

5.3 Jumlah *Santri*

Jumlah *santri* Pondok *Pesantren* Wali Songo Ponorogo tahun ajaran 2002-2003 sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.1 Jumlah *santri* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo th 2002-2003

Tempat Tinggal	Jenis Kelamin <i>Santri</i>		Jumlah
	Putra	Putri	
Asrama	496	548	1.044
Non Asrama	458	517	975
Jumlah	954	1.065	2.019

Berdasarkan tabel di atas jumlah *santri* secara keseluruhan adalah 2.019 orang. *Santri* yang tinggal di asrama pondok adalah 1044 orang yang terdiri dari *santri* putri 548 orang dan *santri* putra 496 orang. *Santri* Putra

terdiri dari Tingkat I sampai Tingkat VI. Masing-masing tingkat terdiri dari 8 sampai 10 kelas dan masing-masing kelas rata-rata 40 *santri*. Pemilihan *santri* putra ini dengan alasan etik karena di pondok *pesantren* dipisahkan antara *santri* putra dan *santri* putri, *ustadz* putra mengajar *santri* dan *ustadz* putri mengajar *santri* putri.

5.4 Jumlah *Ustadz*

Jumlah *ustadz* Pondok *Pesantren* Wali Songo Ponorogo tahun ajaran 2002-2003 sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.2 Jumlah *Ustadz* di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo th 2002-2003

Tempat Tinggal	Jenis Kelamin <i>Ustadz</i>		Jumlah
	Putra	Putri	
Asrama	50	55	105
Non Asrama	123	141	264
Jumlah	173	196	369

Berdasarkan tabel di atas jumlah *ustadz* secara keseluruhan adalah 369 orang. Jumlah *ustadz* Putra adalah 173 orang. *Ustadz* yang tinggal di asrama 50 orang dan yang tinggal di luar asrama 123 orang. *Ustadz* yang tinggal di asrama setiap hari menyatu dengan para *santri* dalam kehidupan sehari-hari dan dalam proses belajar mengajar. *Ustadz* yang tinggal di luar asrama bertemu dengan *santri* hanya pada saat mengajar saja

5.5 Sarana dan Fasilitas

Fasilitas Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo adalah sebagai mana tabel berikut :

Tabel 5.3 Sarana dan Fasilitas Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo th. 2002-2003

No	Fasilitas	Jumlah	Luas	Keterangan
1	Tanah lokasi pondok		355,9 Ha	Milik Pondok
2	Ruang belajar	65	3.744 M2	Kondisi baik
3	Ruang <i>Kyai</i>	2	96 M2	Kondisi baik
4	Ruang <i>ustadz</i>	22	704 M2	Kondisi baik
5	Ruang kantor	12	576 M2	Kondisi baik
6	Masjid	2	2.400 M2	Kondisi baik
7	Ruang Laboratorium	6	288 M2	Kondisi baik
8	Perpustakaan	4	192 M2	Kondisi baik
9	Ruang Ketrampilan	3	144 M2	Kondisi baik
10	Kamar mandi/WC <i>ustadz</i>	8	24 M2	Kondisi baik
11	Kamar mandi/WC <i>santri</i> memakai pintu	26	78 M2	Kondisi baik
12	Kamar mandi/WC <i>santri</i> tidak memakai pintu	9	27 M2	kurang bersih
13	Ruang Asrama Putra	36	720 M2	Kondisi baik
14	Ruang Koperasi	10	540 M2	Kondisi baik
15	Aula/Ruang serba guna	2	240	Kondisi baik

Fasilitas tersebut dapat diberdayakan melalui peningkatan dan pengoptimalan pemanfaatan sumber daya tersebut di atas untuk meningkatkan

personal hygiene santri. Misalnya kamar mandi/WC, asrama dan halaman, masjid dapat ditingkatkan kebersihannya.

5.6 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dimulai dengan melakukan pendekatan kepada *ustadz* yang memegang peranan penting antara *kyai* dan *santri* di pondok. Jumlah *ustadz* yang memegang peranan penting tersebut ada 10 orang yaitu Majelis Pembimbing *Santri* 2 orang, Bagian Pengajaran 1 orang dan *ustadz* yang mengajar mata pelajaran biologi 1 orang, Bagian Kesiswaan 2 orang, Kepala Sekolah 2 orang, dan Wali Kelas 2 orang. Di samping itu mereka setiap hari mengetahui perilaku *santri*. Bersama-sama *ustadz* tersebut mengadakan musyawarah langkah-langkah perencanaan untuk menyadarkan masalah *personal hygiene* di pondok. Akhirnya disepakati dengan mengadakan mini lokakarya kesehatan untuk 30 orang *ustadz*.

Kemudian *ustadz* mengadakan advokasi kepada *kyai* bahwa akan dilaksanakan mini lokakarya kesehatan untuk para *ustadz*. Setelah mendapat kesepakatan antara *ustadz* dan *kyai* bahwa diperlukan penyadaran masalah yang dirasakan melalui mini lokakarya kesehatan maka *Kyai* mengundang 30 *ustadz* untuk menghadadiri menilokakrya kesehatan pada tanggal 12 September 2003. Undangan mini lokakarya terlampir.

Mini lokakarya dimulai pukul 07.00 dan diakhiri pukul 11.00. Semula *Kyai* bersedia hadir pada acara pembukaan tetapi karena kesibukan, diwakilkan pada Wakil Direktur. Acara dibuka pukul 07.00 oleh wakil direktur. Kemudian

dilanjutkan presentasi masalah *personal hygiene* yang ada di Pondok berdasarkan fakta yang ada.

Setelah selesai presentasi dilakukan diskusi kelompok, peserta mini lokakarya dibagi menjadi 4 kelompok yaitu kelompok I membahas bagaimana cara meningkatkan kepedulian Pimpinan Pondok terhadap *personal hygiene santri*, Kelompok II membahas bagaimana usaha menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* bersumber masyarakat pondok, kelompok III membahas bagaimana menggali dana dari pondok untuk *personal hygiene santri* dan kelompok IV membahas bagaimana mengembangkan kreativitas yang ada di pondok.

Setelah diskusi kelompok masing-masing kelompok mempresentasikan hasilnya pada diskusi pleno, untuk mendapatkan masukan dari kelompok lain. Kemudian hasil diskusi pleno tersebut disampaikan oleh Ketua MPS (Majelis Pembimbing *Santri*) dan Bagian Pengajaran kepada *kyai* agar mendapat persetujuan untuk ditindaklanjuti.

Kemudian di akhir acara disampaikan materi *personal hygiene* agar disampaikan oleh *ustadz* mata pelajaran biologi kepada *santri* di semua kelas. Evaluasi dan tindak lanjut dari hasil mini lokakarya dilakukan dua minggu sekali dalam kurun waktu 2 bulan. Adapun jadwal dan materi mini lokakarya terdapat dalam lampiran.

5.7 Karakteristik *ustadz* dan *santri*

Karakteristik *ustadz* yang tinggal di asrama Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo adalah sebagai berikut : 1) Alumni Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo karena setiap lulusan diwajibkan mengabdikan menjadi *ustadz* di pondok minimal selama 2 tahun dan sesudahnya boleh meninggalkan pondok atau terus menjadi *ustadz* di pondok, 2) Pendidikan Sarjana Agama Islam atau sedang menempuh kuliah di Fakultas Agama Islam, 3) Umur berkisar antara 18 sampai dengan 50 tahun, 4) berasal dari wilayah seluruh Indonesia dengan membawa adat dan kebiasaan yang berbeda-beda.

Sedangkan karakteristik *santri* yang tinggal di asrama Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo adalah sebagai berikut : 1) Kelas I sampai dengan kelas VI, 2) Umur berkisar antara 12 sampai dengan 21 tahun, 3) Berasal dari seluruh wilayah Indonesia dengan membawa adat dan kebiasaan yang berbeda.

5.8 Karakteristik Sosial Budaya

Kepemimpinan di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo dipegang oleh tiga orang *Kyai* yaitu 1) Drs. H. Hariyanto, MA. 2) KH. M. Zainuddin AS, Lc. 3) Imam Hidayat, S.Ag. Ketiga orang *kyai* tersebut yang bertanggung jawab atas keberadaan dan permasalahan di pondok.

Permasalahan yang dirasakan di Pondok dimusyawarahkan secara mufakat antara ketiga orang *kyai* tersebut, setelah itu baru diambil keputusan.

Peran *Kyai* di sini sangat strategis dan dominan, karena *kyai* merupakan pemegang otoritas utama di Pondok. Permasalahan yang dirasakan oleh *ustadz* dan *santri* yang disampaikan kepada *kyai* belum tentu disetujui dan direspon oleh *kyai*. Sebaliknya apa yang diperintahkan dan dianjurkan oleh *kyai* harus dilaksanakan oleh *ustadz* dan *santri*.

Pemberdayaan *ustadz* yang dilakukan pada penelitian ini yang sudah tercapai adalah proses penyadaran *ustadz*. *Ustadz* merasakan bahwa di Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo ada masalah yaitu kurangnya pemeliharaan kebersihan diri *santri* yang perlu ditingkatkan dan perlu mendapat perhatian dari *kyai*.

Proses pemberdayaan ini komponen yang bisa diberdayakan antara lain: (1) Usaha mengoptimalkan peran *kyai* (*Community Leaders*) (2) Usaha menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* di pondok., (3) Penggalian sumber dana masyarakat pondok, (4) Usaha pengadaan sarana di pondok (5) Usaha meningkatkan potensi pengetahuan masyarakat pondok, (6) Usaha penggunaan teknologi tepat guna sesuai dengan potensi yang ada di pondok, dan (7) Usaha untuk mengambil suatu keputusan (*Community decision making*).

Ustadz mempunyai keterbatasan dalam melakukan perubahan terhadap masalah yang dirasakan di pondok, sehingga *ustadz* tidak bisa melakukan semua komponen pemberdayaan tersebut di atas. Komponen pemberdayaan yang bisa dilakukan *ustadz* adalah usaha meningkatkan pengetahuan masyarakat pondok (*santri*) dengan memberikan pelajaran dan pengawasan terhadap pemeliharaan

kebersihan diri *santri* dan pengembangan kreativitas dalam membuat pesan-pesan kesehatan. Komponen pemberdayaan yang lain sangat tergantung dari keputusan *kyai*.

5.9 Hasil Penelitian

Setelah dilakukan pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya terjadi perubahan-perubahan di Pondok antara lain sebagai berikut :

5.8.1 Kepedulian Pimpinan Pondok atau *Kyai*.

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* kepedulian Pimpinan Pondok tentang *personal hygiene* belum ada. Ini terbukti dengan belum adanya peraturan tentang penggunaan air bersih, belum adanya peraturan tentang kebersihan tempat wudlu, belum adanya peraturan tentang penggunaan jamban dan kamar mandi dan belum adanya peraturan tentang kebersihan asrama dan halaman, di samping itu *kyai* jarang melihat sendiri bagaimana *personal hygiene santri*.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* kepedulian Pimpinan Pondok / *Kyai* dalam upaya meningkatkan *personal hygiene santri* adalah Pimpinan Pondok membuat peraturan-peraturan antara lain :

- 1) Peraturan tentang penggunaan air bersih antara lain : Mandi harus membawa gayung sendiri, bila mandi dilarang menceburkan diri ke dalam bak air, dilarang membuang sabun ke dalam bak mandi, dilarang membilas atau meletakkan pakaian di bak mandi.

2) Peraturan tentang kebersihan atau penggunaan tempat wudlu antara lain : Berwudlu dengan menggunakan gayung bagi yang tidak menggunakan kran air, dilarang mencuci baju, piring, gelas dan lain-lain di tempat wudlu, menutup kran air setelah berwudlu, dilarang menaikkan alas kaki di tempat wudlu.

3) Peraturan tentang Penggunaan jamban dan kamar mandi antara lain : Menyiram jamban sampai bersih setelah buang hajat, dilarang membuang sampah (bungkus sabun, pasta gigi dan lain-lain) di kamar mandi, menguras bak mandi 2 kali seminggu yaitu setiap hari Selasa dan Jum'at, dilarang mandi bersama-sama dalam satu kamar mandi, Selalu menggunakan alas kaki setiap ke kamar mandi atau WC. Membawa peralatan mandi (sabun, handuk, sikat gigi dan lain-lain) sendiri-sendiri dan milik sendiri.

4) Peraturan tentang kebersihan asrama dan halaman antara lain : dilarang membuang sampah di sembarang tempat, dilarang menaikkan alas kaki di atas lantai, dilarang mencorat-coret tembok, dilarang menempelkan gambar-gambar yang tidak sesuai dengan norma pondok, dilarang membuat blok atau sekat di dalam kamar asrama, dilarang merusak perabot kamar (pintu, jendela dan lain-lain). Setiap *santia* diharuskan : Menggulung merapikan kasur dan tikar setelah bangun tidur, membersihkan kamar setiap hari, menyapu halaman dan menyiramnya 2 kali sehari, memperindah taman.

Hasil evaluasi 2 bulan setelah dilakukan mini lokakarya adalah Kepedulian Pimpinan Pondok/Kyai adalah **cukup** karena Pimpinan Pondok mendelegasikan pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan-peraturan tersebut setiap hari kepada ketua majelis pembimbing *santri* dengan alasan ketua majelis pembimbing *santri* tinggal di asrama dan setiap hari menyatu dan mengetahui perilaku *santri*, di samping itu untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri ustadz* yang mengajar mata pelajaran biologi juga memberikan materi *personal hygiene* di setiap kelas.

5.8.2 Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene*

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* yang ada adalah Majelis Pembimbing *Santri* membuat jadwal piket harian setiap kamar dan mengadakan kebersihan umum setiap hari Jum'at.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* adalah Majelis Pembimbing *Santri* membuat 10 (sepuluh) Program Kerja yaitu :

- 1) Membentuk piket harian setiap kamar, 2) Mengontrol dan mengawasi kebersihan kamar dan sekitarnya, 3) Mengadakan kebersihan umum 2 kali seminggu setiap hari selasa dan jum'at, 4) Menyediakan tempat sampah di setiap kamar, 5) Membuat tempat jemuran yang permanen, 6) Memberikan sanksi kepada *santri* yang melanggar kebersihan, 7)

mengadakan lomba kebersihan, 8) Mengadakan pengontrolan sandal dan peralatan mandi, 9) membuat tempat alas kaki. 10) Bagi *santri* yang menderita gatal dipanggil *ustadz* untuk mandi sabun antiseptik dan dibiarkan selama 15 menit baru dibilas dengan ditunggu *ustadz*.

Hasil evaluasi 2 bulan setelah minilokakarya adalah bahwa kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* di pondok adalah cukup, karena 60% program dapat dilaksanakan dan 40% belum dapat dilaksanakan karena masih menunggu anggaran dari pondok.

Program yang sudah dilaksanakan adalah :

1) Membentuk piket harian setiap kamar, 2) Mengontrol dan mengawasi kebersihan kamar dan sekitarnya, 3) Mengadakan kebersihan umum 2 kali seminggu setiap hari Selasa dan Jum'at, 4) Memberikan sanksi kepada *santri* yang melanggar kebersihan, 5) Mengadakan pengontrolan sandal dan peralatan mandi, 6) Bagi *santri* yang menderita gatal dipanggil *ustadz* untuk mandi sabun antiseptik dan dibiarkan selama 15 menit baru dibilas dengan ditunggu *ustadz*.

Program yang belum dapat dilaksanakan adalah :

1) Membuat tempat jemuran yang permanen 2) Mengadakan lomba kebersihan 3) Membuat tempat alas kaki dan 4) Menyediakan tempat sampah di setiap kamar.

5.8.3 Pendanaan/sarana pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri*

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* pendanaan/sarana dari pondok untuk pemeliharaan kebersihan diri belum ada, yang ada adalah uang SPP dan uang asrama Rp. 135.000,- per bulan untuk setiap *santri* yang tinggal di asrama dan SPP Rp. 15.000,- untuk *santri* yang tidak di asrama. Dana tersebut digunakan untuk biaya operasional pondok setiap bulan.

Sesudah pemberdayaan *ustadz* pendanaan/sarana dari pondok untuk pemeliharaan kebersihan diri adalah **cukup**. *Ustadz* merencanakan pengadaan sarana / fasilitas tetapi belum terealisasi semua.

Program yang sudah terealisasi adalah : 1) Melalui Majelis Pembimbing *Santri* mengadakan iuran Rp. 1.500,- setiap *santri* untuk pengadaan gayung di setiap kamar mandi, pengadaan kaca di kamar mandi dan sisir. 2) Tersedianya obat-obat ringan di bagian kesehatan pondok 3) Setiap kamar mandi disediakan kunci dan dibagi penggunaan serta tanggung jawab kebersihannya untuk tiap kamar.

Adapun perencanaan yang belum terealisasi adalah : *Ustadz* mengajukan anggaran kepada yayasan untuk membuat tandon air besar kemudian disalurkan melalui kran ke setiap kamar mandi.

5.8.4 Pemanfaatan kreativitas yang ada di Pondok.

Sebelum pemberdayaan *ustadz* pemanfaatan kreativitas yang ada di pondok belum ada, terbukti belum adanya poster dan pesan-pesan

kesehatan terutama pesan yang ditujukan ke arah pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* pemanfaatan kreativitas yang ada di pondok adalah baik. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa *ustadz* dan *santri* membuat pesan-pesan kesehatan yang ditempatkan pada tempat-tempat yang sesuai antara lain :

- 1) Berupa poster : Gambar orang buang sampah pada tempatnya, gambar rokok disilang, gambar orang menggunakan alas kaki ke mana saja, gambar orang menceburkan diri dalam bak mandi lalu disilang.
- 2) Berupa pesan-pesan kesehatan antara lain : Buanglah sampah pada tempatnya, mencegah lebih murah dari pada mengobati, cucilah tangan sebelum dan sesudah makan, merokok dapat merugikan kesehatan, gerakan Jum'at bersih wujud tanggung jawab kita bersama, *Ashihaatu taaju, laa yaraa haa illal martidh* Artinya : kesehatan adalah mahkota, tidak ada yang tahu kecuali orang yang sakit, *Amadlaafatu minal iimaani* artinya kebersihan sebagian dari iman, *Kuhuu wasyrabuu walaa tusrifuu* artinya makan dan minumlah tetapi jangan berlebih-lebihan, dan *Al aqlu saliim fil jismi saliim* artinya akal yang sehat terdapat pada badan yang sehat (PPWS, 1968). *Inmallaaha jamiil wa yuhibbu jamaal* artinya Sesungguhnya Allah itu indah dan mencintai keindahan (HR. Sa'id Ibnu Mansur).

5.8.5 Pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri*

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang diteliti nilai pengetahuan terendah 65,0000 dan nilai pengetahuan tertinggi 85,0000, sedangkan rata - rata nilai pengetahuan adalah 77,0000.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang diteliti nilai pengetahuan terendah 70,00 dan nilai pengetahuan tertinggi 95,0000, sedangkan rata - rata nilai pengetahuan adalah 82,7667.

Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ artinya H_0 ditolak dan H_a diterima berarti ada perubahan pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* antara sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

5.8.6 Sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang diteliti nilai sikap terendah 55,0000 dan nilai sikap tertinggi 78,0000, sedangkan rata- rata nilai sikap adalah 70,6000.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang

diteliti nilai sikap terendah 62,0000 dan nilai sikap tertinggi 80,0000, sedangkan rata-rata nilai sikap adalah 75,0667.

Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada perubahan sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* antara sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

5.8.7 Tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

Sebelum dilakukan pemberdayaan *ustadz* tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang diteliti nilai tindakan terendah 54,0000 dan nilai tindakan tertinggi 90,0000, sedangkan rata-rata nilai tindakan adalah 75,4333.

Sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah sebagai berikut : dari 30 orang subyek yang diteliti nilai tindakan terendah 63,0000 dan nilai sikap tertinggi 100,0000, sedangkan rata-rata nilai tindakan adalah 84,2333.

Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada perubahan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* antara sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*.

BAB VI PEMBAHASAN

Mullis

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Kepedulian Pimpinan Pondok

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepedulian Pimpinan Pondok / *Kyai* dalam upaya pemeliharaan kebersihan diri *santri* adalah cukup karena Pimpinan Pondok mendelegasikan pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan setiap hari kepada ketua majelis pembimbing *santri* dengan alasan ketua majelis pembimbing *santri* tinggal di asrama dan setiap hari menyatu dan mengetahui perilaku *santri*.

Kepedulian pimpinan pondok tersebut dipengaruhi oleh proses pemberdayaan *ustadz* melalui mini lokakarya kesehatan. Melalui mini lokakarya timbul kesadaran *ustadz* akan pentingnya kepedulian dari pimpinan pondok untuk meningkatkan *personal hygiene santri* melalui dibuatnya peraturan yang disertai pengawasan. Di samping itu hasil tersebut dipengaruhi oleh advokasi kebijakan oleh *ustadz* kepada pimpinan pondok setelah mereka sadar akan masalah yang dirasakan.

Menurut Dir. Promkes (2000), tujuan dilakukannya advokasi adalah untuk : (1) Memperoleh “ *political comitment*” (2) Memperoleh “*social support*” yang lebih konkrit, (3) Memperoleh “*social acceptance*” (4) Menimbulkan “*system support*”. Selanjutnya untuk memperkuat argumen dalam advokasi diperlukan : (1) *Credible* / meyakinkan, (2) *Feasible* / bila ditangani

akan berdampak lebih baik, (3) *Relevant* / Program yang ditawarkan sesuai, (4) *Urgent* / kalau dibiarkan, maka akan menimbulkan bahaya lebih besar dibanding bila ditangan I secepatnya), (5) *High priority* / dilakukan analisis yang sesuai, misal analisis SWOT.

Bentuk komunikasi dalam advokasi ada dua, yaitu : Komunikasi tatap muka (*face to face cummunication*), dan komunikasi bermedia (*mediated communication*). Pra kondisi advokasi adalah (1) Atraksi Interpersonal (*Interpersonal Attraction*), meliputi : daya tarik, percaya diri, kemampuan, familiaritas, (2) Perhatian (*attention*), merupakan derajat tinggi rendahnya psikis kita memandang terhadap obyek yang kita lihat, (3) Intensitas Komunikasi, (4) Visualitas, hal-hal yang visual biasanya lebih mengungkapkan perhatian daripada yang tidak divisualisasikan. Adapun bentuk komunikasi yang dilakukan di sini adalah *face to face* antara *kyai* dan *ustadz*.

Indikator advokasi adalah sama dengan suatu sistem, yang meliputi input-proses-output, sehingga dilihat apa saja yang menjadi *input man* adalah advokator, material adalah data dan fakta, method adalah lobi, seminar, negosiasi, *money*. Proses adalah komunikasi *interpersonal*, dan *outputnya* adalah MoU, SK, Perda, dan lain-lain (Dir. Promkes, 2000)

Kepedulian pimpinan pondok juga disebabkan karena pemberdayaan *ustadz* bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap serta mengarahkan perilaku individu, keluarga dan masyarakat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam

pembangunan kesehatan agar individu, keluarga dan masyarakat lebih mandiri dan produktif. Dengan demikian individu, keluarga dan masyarakat diharapkan dapat berperilaku bersih dan sehat untuk dapat menjaga dan memelihara kesehatannya sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kualitas hidupnya (Depkes. RI, 1999).

Pada waktu mendatang perlu ditingkatkan bentuk kepedulian pimpinan pondok yang lain di samping membuat peraturan seperti sekarang ini. misalnya *kyai* mengadakan pengawasan langsung terhadap perilaku *santrinya* setiap hari yang berhubungan dengan kesehatan terutama *personal hygiene* dan lain-lain.

6.2 Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* adalah cukup. Majelis Pembimbing *Santri* membuat 10 (sepuluh) Program Kerja. Dari 10 program tersebut 60% program dapat dilaksanakan dan 40% belum dapat dilaksanakan karena masih menunggu anggaran dari pondok.

Gerakan untuk menumbuh-kembangkan upaya kesehatan ini dapat dilakukan dengan gerakan penggerakan masyarakat. Sasarannya adalah masyarakat langsung, LSM atau organisasi masyarakat. *Output* yang diharapkan adalah tumbuhnya norma dan budaya yang membuat masyarakat

sadar, berperilaku dan berperan dalam upaya kesehatan (misalnya upaya *personal hygiene*) (Dir. Promkes, 2000).

Di samping itu gerakan untuk menumbuh-kembangkan *personal hygiene* melalui pemberdayaan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut : (1) Sedapat mungkin menggali potensi masyarakat seoptimal mungkin, sedangkan bantuan dari luar hanya bersifat stimulan. (2) Meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan baik secara kuantitatif dan kualitatif, (3) Memperkuat dan mengembangkan budaya gotong royong, (4) Prinsip bekerja bersama masyarakat (*to work with* bukan *to work for*), (5) Pendidikan berbasis masyarakat, (6) Kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan lain, (7) Desentralisasi, dengan menyerahkan proses pengambilan keputusan ke tingkat operasional, sesuai keadaan, masalah dan kebiasaan serta sosial budaya setempat (Azwar, 2001).

Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* yang dapat dilakukan di samping kegiatan seperti tersebut di atas dapat ditingkatkan dengan bentuk kegiatan yang lain. Kegiatan tersebut pada prinsipnya adalah kegiatan yang dapat menumbuhkan wira usaha dan kemandirian masyarakat pondok dalam upaya kesehatan dengan melakukan pendidikan, pelatihan dan penyuluhan serta bentuk kegiatan yang lain (Dir.Promkes, 2000).

Penelitian ini kegiatan yang dilakukan sasarannya adalah masyarakat pondok terutama *ustadz* yang berpengaruh di pondok. Selanjutnya melalui Majelis Pembimbing *santri* membuat 10 (sepuluh) program kerja selama 1

tahun. Program kerja tersebut agar terlaksana semua memerlukan dukungan dari pihak-pihak yang terkait di Pondok *pesantren* dan dukungan dana yang cukup.

Pada waktu yang akan datang dimungkinkan timbul kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* yang lain melalui berbagai cara di atas. Tentunya hal tersebut memerlukan waktu, dana, kesadaran, dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait dan masyarakat pondok secara keseluruhan.

6.3 Pendanaan/sarana dari Pondok Tentang Pemeliharaan Kebersihan diri

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa pendanaan / sarana pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri* sesudah pemberdayaan *ustadz* adalah cukup. Menurut Azwar (2001), Potensi Pendanaan (*Community fund*) adalah Pemberdayaan masyarakat melalui penggalan sumber dana masyarakat melalui dana sehat, JPKM, tabulin dan tabumas. Penggalan sumber dana dari masyarakat pondok disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat pondok.

Di Pondok *Pesantren* potensi penggalan dana / sarana dapat dilakukan dengan banyak cara misalnya 1) Melalui wali *santri* dengan menggabungkan dengan uang sekolah, 2) Meminta bantuan kepada pemerintah, 3) Meminta bantuan kepada para alumni pondok yang telah berhasil, 4) Meminta bantuan kepada negara-negara Timur Tengah seperti Arab Saudi, 5)

Memasukkan perencanaan di dalam Rencana Anggaran dan Belanja (RAB) tahun yang akan datang dan lain-lain.

Tetapi dalam penelitian ini penggalan sumber dana / sarana masih terbatas pada iuran *santri* dan pengajuan anggaran pada yayasan. Itupun hasilnya baru 60 %. Hal ini mungkin disebabkan waktu yang singkat dan keterbatasan *ustadz* dalam melakukan advokasi kepada pimpinan pondok, karena di pondok *pesantren* apa yang diusulkan *ustadz* belum tentu disetujui oleh pimpinan pondok.

Pada waktu yang akan datang dimungkinkan penggalan dana dapat berjalan terus melalui berbagai cara di atas. Khususnya 40 % program Majelis Pembimbing *Santri* yang belum terealisasi. Dana tersebut dapat diarahkan pada pemeliharaan kebersihan diri *santri*. Tentunya hal tersebut memerlukan dukungan dari berbagai pihak, dan kesadaran masyarakat pondok secara keseluruhan.

6.4 Pengembangan Kreativitas Di Pondok

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembangan potensi pengetahuan di Pondok melalui kreatifitas *ustadz* dan *santri* dalam membuat pesan-pesan kesehatan baik. Pesan-pesan kesehatan yang dibuat itu hanya merupakan salah satu bentuk kreativitas *ustadz*.

Menurut azwar (2001) pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui peningkatan potensi pengetahuan (*Community knoledge*) masyarakat

misalnya lomba membuat pesan-pesan kesehatan di desa dan lain-lain.

Sedangkan menurut Uchrowi Z (2001), promosi kesehatan dapat dilakukan melalui media cetak misalnya artikel ilmiah atau semi ilmiah, grafis, foto, iklan, berita, tulisan ringkas, *feature*, surat kabar harian, majalah/tabloid umum, dan majalah kesehatan.

Kreativitas pesan kesehatan dapat juga dilakukan melalui seni humor.

Elemen humor dapat dimanfaatkan dalam pesan kesehatan karena :

- 1) Mengurangi rasa frustrasi konsumen akibat jalur komunikasi satu arah, 2) Menambah daya tarik iklan di antara begitu banyak iklan lainnya, 3) Memanfaatkan hasrat udang di balik batu dengan memberikan imbalan rasa riang gembira, 4) Menambah daya *persuasif* pesan yang disampaikan, 5) Melucuti hasrat *defensif* konsumen terhadap pesan yang disampaikan.

Suasana segar dan riang-gembira yang lazimnya hadir bersama humor sangat potensial bahkan vital untuk menarik simpati sebagai landasan utama hasrat masyarakat menerima pesan kesehatan yang disampaikan. Beberapa contoh teknik pesan kesehatan berkemas humor adalah *black humor*, dialog, *fabel*, *testimonial*, dan tokoh (Suprana, J, 2001).

Penelitian ini peningkatan potensi pengetahuan difokuskan pada kreatifitas *ustadz* dan *santri* dalam membuat pesan-pesan kesehatan. Karena pada dasarnya *ustadz* dan *santri* memiliki pengetahuan dan kreativitas yang perlu dikembangkan. Bentuk pengembangannya tidak terbatas pada kreativitas dalam membuat pesan-pesan kesehatan tetapi dapat dikembangkan melalui ide-

ide baru melalui berbagai cara seperti tersebut di atas yang diarahkan pada perbaikan *personal hygiene* di pondok. Tentunya hal tersebut memerlukan waktu yang cukup, dukungan dari berbagai pihak yang terkait, dan pengembangan potensi pengetahuan masyarakat pondok secara keseluruhan.

6.5 Pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri*

Pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* menunjukkan bahwa hasil uji statistik melalui uji *Wilcoxon Signed Rank Test* antara sebelum dan sesudah perlakuan pemberdayaan *ustadz* dengan α 0,05 menunjukkan $p = 0,000 < 0,05$. Hal ini berarti bahwa ada perbedaan pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. Perbedaan tersebut menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, namun sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan pendengaran. Ranah *kognitif* meliputi pengetahuan, ketrampilan berkomunikasi, dan kemampuan mengolah informasi baru secara *internal* (Dignan dan Carr, 1992).

Peningkatan pengetahuan *santri* ini dipengaruhi oleh hasil penginderaan *santri* terhadap lingkungan pondok setelah pemberdayaan *ustadz* dimana terjadi perubahan-perubahan antara lain : 1) Perubahan kepedulian Pimpinan Pondok atau *Kyai* dengan dibuatnya peraturan yang berhubungan

dengan pemeliharaan kebersihan diri *santri* seperti tersebut di atas. Di samping itu *ustadz* juga memberikan materi *personal hygiene* sambil mengajarkan pelajaran biologi di masing-masing kelas. 2) Kegiatan menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* di pondok dengan terealisasikannya 6 (enam) program kerja dari Majelis Pembimbing *Santri* dari (sepuluh) program kerja yang direncanakan seperti tersebut di atas. 3) Adanya kreativitas *ustadz* dan *santri* dengan dibuatnya pesan-pesan kesehatan yang telah disebutkan diatas.

Di samping itu menurut Teori Kognitif Sosial atau *Social Cognitive Theory* dari Bandura (1986), menekankan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh hubungan segitiga antara faktor *external* (lingkungan), faktor *internal* dan lingkah laku (*reciprocal determinism*). Bandura (1986) menetapkan bahwa proses kognitif dan faktor-faktor pribadi yang lain itu berpengaruh pada tingkah laku. Teori ini menekankan hubungan segitiga antara faktor *external* (lingkungan), faktor *internal* dan lingkah laku (*reciprocal determinism*). Bandura menetapkan bahwa proses kognitif dan faktor-faktor pribadi yang lain itu berpengaruh pada tingkah laku.

Teori kognitif sosial ini berkaitan dengan dinamika psikososial yang berpengaruh terhadap perilaku hidup sehat dan metode-metode yang digunakan untuk mengupayakan ke arah perilaku hidup sehat. Teori ini menekankan bahwa perilaku dan kemampuan kognitif seseorang sangat mempengaruhi perilaku hidup sehat. Teori ini berusaha menjelaskan dengan *model triadic dynamic* dan *resiprocal* (timbal balik), faktor-faktor pribadi / intern dan lingkungan / ekstern

saling mempengaruhi dan berinteraksi, sehingga perilaku individu secara unik akan dipengaruhi oleh interaksi tersebut (Glanz, et. al., 1996)

Uraian di atas menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan *santri* terhadap pemeliharaan kebersihan diri disebabkan karena faktor *internal* yaitu proses belajar *santri* yang diberikan *ustadz* mata pelajaran biologi yang memberikan materi *personal hygiene* pada *santri* dan faktor *external* yaitu perubahan fasilitas dan sarana pondok setelah dilakukan mini lokakarya kesehatan.

6.6 Sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri*

Sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* menunjukkan bahwa hasil uji statistik melalui uji *Wilcoxon Signed Rank Test* antara sebelum dan sesudah perlakuan pemberdayaan *ustadz* dengan α 0,05 menunjukkan $p = 0,000 < 0,05$. Hal ini berarti bahwa ada perbedaan sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. Perbedaan tersebut menunjukkan terjadi peningkatan sikap.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Notoatmodjo, (1993) mengutip pernyataan Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial, yang menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan *predisposisi* tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek.

Interaksi sosial individu membentuk pola sikap. Pembentukan sikap tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya adalah pengalaman, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media masa, interaksi lembaga pendidikan dan agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar S., 2000).

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap haruslah mempunyai pengalaman pribadi yang dapat memberikan kesan yang kuat, karena sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan emosi. Situasi yang melibatkan emosi, penghayatan pengalaman akan lebih lama menggalang dan lebih lama membekas.

Teori Aksi beralasan atau *Theory of reasoned Action* (Fishbein & Ajzen, 1980) ini menghubungkan keyakinan (*belief*), Sikap (*attitude*), kehendak/intensi (*intention*), dan perilaku. Intensi merupakan prediktor terbaik

dari perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah mengetahui intensi orang tersebut.

Intensi ditentukan oleh sikap dan norma subyektif. Komponen pertama mengacu pada sikap terhadap perilaku. Sikap ini merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku tersebut (*Outcome of the behavior*). Di samping itu dipertimbangkan juga pentingnya konsekwensi-konsekwensi yang akan terjadi bagi individu (*evaluation Regarding the outcome*). Komponen kedua mencerminkan dampak dari norma-norma subyektif. Norma sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggapnya penting (*referent-persons*) dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut (Smet B, 1994).

Sikap yang dimaksud adalah respon *santri* terhadap stimuli sosial yang telah dikondisikan. Penelitian ini stimuli yang diberikan adalah pemberdayaan *ustadz*. Hasil pemberdayaan *ustadz* antara lain 1) Perubahan kepedulian Pimpinan Pondok atau *Kyai* dengan dibuatnya peraturan-peraturan. 2) Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* di pondok dengan terealisasikannya 6 (enam) program kerja dari Majelis Pembimbing *Santri*. 3) Adanya pendanaan pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri* 4) Adanya kreatifitas *ustadz* dan *santri* dengan dibuatnya pesan-pesan kesehatan yang telah disebutkan diatas.

Pemberian stimuli tersebut dapat meningkatkan sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri*. Penyebabnya karena di mata *santri ustadz* dianggap

orang paling penting dalam kehidupan pondok, sehingga apa yang disampaikan *ustadz* akan diikuti *santri*.

6.7 Tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri*

Tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* hasil uji statistik melalui uji *Wilcoxon Signed Rank Test* antara sebelum dan sesudah perlakuan pemberdayaan *ustadz* dengan α 0,05 menunjukkan $p = 0,000 < 0,05$. Hal ini berarti bahwa ada perbedaan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sebelum dan sesudah pemberdayaan *ustadz*. Perbedaan tersebut menunjukkan terjadi peningkatan tindakan.

Tindakan adalah suatu tindakan nyata individu (*overt behavior*) dan untuk dapat melakukan tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan untuk individu dapat melakukan tindakan, di antaranya : biaya, fasilitas, waktu atau dukungan dari pihak lain.

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri atau suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Perilaku tersebut dapat diklasifikasikan menjadi : 1) Perilaku pasif (*covert behavior*) yang merupakan respon *internal* yang terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat diamati misalnya : pengetahuan, berpikir, tanggapan, persepsi. 2) Perilaku aktif (*overt behavior*) merupakan respon eksternal dan dapat diobservasi secara nyata karena perilaku itu sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata misalnya : berjalan, bicara, beraksi. Uraian diatas dapat

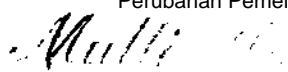
disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah respon seseorang terhadap rangsangan yang bersifat terselubung (*covert behavior*) sedangkan tindakan nyata seseorang adalah merupakan *overt behavior* (Notoatmodjo, 1993).

Didasarkan atas riset kumulatif dalam perilaku kesehatan, telah diidentifikasi tiga kelas faktor yang secara potensial dapat mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu : Faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. *Predisposing factors* (faktor predisposisi) yaitu : pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. *Enabling Factors* (faktor pendukung) : yaitu lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. *Reinforcing factors* (faktor pendorong) yaitu: sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan referensi dari perilaku masyarakat (Dignan dan Carr 1992).

Tindakan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tindakan nyata *santri* dalam *personal hygiene*. Peningkatan tindakan *personal hygiene santri* dipengaruhi oleh 1) *Predisposing factors* (faktor predisposisi) yaitu : peningkatan pengetahuan *santri* yang didapatkan dari *ustadznya* melalui mata pelajaran *personal hygiene*, dan peningkatan sikap yang telah diuraikan di atas. 2) *Enabling Factors* (faktor pendukung) atau kondisi yang memungkinkan *santri* dapat melakukan tindakan yaitu fasilitas atau sarana yang disediakan seperti gayung, kaca, sisir dan kunci di setiap kamar mandi. 3) *Reinforcing factors* (faktor pendorong) yaitu perubahan kepedulian pimpinan pondok dan pengawasan dari *ustadz* seperti yang telah diuraikan di atas.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Kepedulian Pimpinan Pondok setelah pemberdayaan *ustadz* adalah cukup.

Ini terbukti dengan Pimpinan Pondok membuat peraturan dan pengawasan yang didelegasikan. Peraturan tersebut antara lain : 1) Peraturan tentang penggunaan air bersih. 2) Peraturan tentang kebersihan atau penggunaan tempat wudhu. 3) Peraturan tentang Penggunaan jamban dan kamar mandi. 4) Peraturan tentang kebersihan asrama dan halaman.

7.1.2 Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* di pondok setelah pemberdayaan *ustadz* adalah cukup, terbukti hasil evaluasi menunjukkan 60% program dapat dilaksanakan.

7.1.3 Pendanaan/sarana pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri* sesudah pemberdayaan *ustadz* adalah cukup. Penilaian ini didasarkan pada *ustadz* merencanakan pengadaan sarana/fasilitas dan sebagian besar sudah terealisasi.

7.2.4 Kreativitas *ustadz* dan *santri* dalam membuat pesan-pesan kesehatan di Pondok adalah baik. Evaluasi menunjukkan terdapat poster dan pesan-pesan kesehatan yang ditempatkan pada tempat-tempat yang sesuai.

5.8.5 Pengetahuan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sesudah dilakukan pemberdayaan *ustadz* menunjukkan perubahan peningkatan pengetahuan.

7.1.6 Sikap pemeliharaan kebersihan diri *santri* sesudah pemberdayaan *ustadz* menunjukkan perubahan peningkatan sikap.

5.8.7 Tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri* sesudah pemberdayaan *ustadz* menunjukkan perubahan peningkatan tindakan.

7.2 Saran

Hasil yang telah dicapai dalam penelitian ini yang perlu dijaga kesinambungannya. Kemudian untuk merubah kebiasaan yang masih kurang/ buruk perlu ditingkatkan ke arah perbaikan. Untuk menjaga kesinambungan dan untuk meningkatkan kebiasaan yang buruk ke arah perbaikan tersebut memerlukan :

7.2.1 Peningkatan peran *ustadz* dalam melakukan advokasi kepada Pimpinan Pondok.

7.2.2 Peningkatan peran *ustadz* dalam meningkatkan kegiatan untuk menumbuh-kembangkan *personal hygiene* di pondok.

7.2.3 Peningkatan peran *ustadz* dalam melibatkan semua pihak yang terkait dengan pondok (misalnya wali *santri*, donatur, pemerintah dan lain-lain) untuk perbaikan fasilitas pondok.

7.2.4 Peningkatan peran *ustadz* dalam melakukan kreativitas dapat dikembangkan dengan kegiatan lain sesuai dengan kemajuan, situasi dan kondisi pondok.

7.2.5 Peningkatan peran *ustadz* dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pemeliharaan kebersihan diri *santri*.

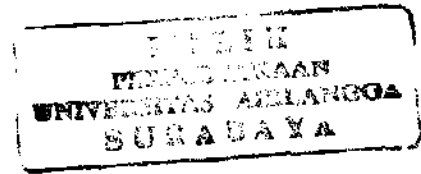
Pencapaian hal tersebut di atas memerlukan waktu yang cukup lama, keteladan, perhatian, sarana, dukungan dari masyarakat pondok secara keseluruhan, sedangkan untuk mengurangi bias, sebaiknya evaluasi dilakukan oleh orang lain yang belum mereka kenal.





DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA



- Amri Z, Budiningsih S, Samudra A, (1999), *Kurikulum Pendidikan Reproduksi Sehat Remaja*, Jakarta, IDI.
- Azwar A, (2001), *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan Nasional Menuju Indonesia Sehat Tahun 2010*, Hasil Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Azwar A, Prihartomo J (1987), *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Binarupa aksara, Jakarta.
- Azwar S, (2000), *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Edisi ke 2. Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Bandura, (1986), *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bisri, (2001), *Pesan Kesehatan yang menghujam di Kalbu*, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Dachroni, (2001), *Promosi Kesehatan Sejak Merdeka Sampai Pasca Deklarasi Jakarta*, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Depkes RI, (1989), *Perawatan I (Dasar-Dasar Perawatan) Pandangan Kini di Bidang Pendidikan Perawatan Perubahan Masalah*, Edisi pertama, Pusdiknakes, Depkes RI, Jakarta.
- Depkes RI (1999), *Pemberdayaan Masyarakat*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

- Depkes RI, (1990), *Pedoman Hidup Sehat*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Depkes RI, Jakarta.
- Dignan dan Carr, (1992), *Program Planning For Health Education and Health Promotion*, Second edition, Lea and Feblinger, Philadelphia.
- Dir. Promkes, (2000), *Interaksi Media Promosi Kesehatan Indonesia*, Penerbit Dirjen Promosi Kesehatan Depkes RI, Edisi Juli 2000, Jakarta.
- Effendi, N. (1998), *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Fishbein & Ajzen, (1980), *Beliefs, attitudes, intention and behavior : An Introduction ti theory and Research*, Reading, MA : Addison-Wesley.
- Green, Parcel & Gottlieb, (1987), *Diffusion Theory Extended and Aplied*, in W.B. Ward (ed), *Advences in Health Education and Promotion*, Greenwich, Conn : JAI Press.
- Green WL. et. al, (1980), *Health Education Planning A Diagnostic Approach*, First Edition, May Fiel Publishing Company, California.
- Green WL, Krenter WM (1991), *Health Promotion Planning an Education and Environment Approach*, Second edition, Montain View Toronto, London. Mayfieltd Publishing Company.
- Green dan Ottoson (1998), *Indonesian Evalution and Monitoring Workshop on Health Education*, Mimeograph.
- Glandz, et.al., (1996), *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*, 2 end Edition, San Fransisco, Jossey-Bass.
- Glanz K, Lewis MF, Rimer KB (1997), *Health Behavior and Health Education*, Jossey Bass Publisher, San Fransisco.

- Graeff JA, Elder JP, Booth EM, (1996), ***Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku***, Penerbit : Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- HR. Said Ibnu Mansur, ***Jami'us Shaghir***, hal 69, As-suyuthi, Darul Fikri, 1990.
- Leavell dan Clark, (1965), ***Preventive Medecine for the Doctor in His Community***, 3rd edition, McGraw-Hill Company, New York.
- Lubis, (2001), ***Pemberdayaan Masyarakat Sekolah Melalui Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Cacingan***, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Munir, (2001), ***Pengamalan Mobilisasi Keagamaan Untuk Pemeliharaan Kesehatan***, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Notoatmodjo S, (1997), ***Ilmu Kesehatan Masyarakat***, Cetakan pertama, Penerbit : Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S, (2002), ***Metodologi Penelitian Kesehatan***, Edisi Revisi, cetakan kedua, Penerbit : Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S, (1993), ***Pengantar pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan***, Cetakan Pertama, Penerbit : Andy Offset, Yogyakarta.
- Olivieri, et. al., (1976), ***Fundamental Of Nursing***, Second edition, Montain View Toronto, London, Mayfield Publishing Company.
- Orlandi, Landers, Weston, & Haley, (1990), ***Diffusion of Health Promotion, Innovation***, In K. Glanz, F.M. Lewis, and BK Rimer (eds), ***Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice***, San Fransisco, Jossey-Bass.

- PPWS, (1968), *Majmu'atul Mahfudlot Lissanatil Ula*, Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo.
- Pratomo H, (2001), *Ilmu dan seni Promosi dan Pendidikan Kesehatan*, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001.
- Rogers, (1983), *Diffusion of Inovation*, (3rd ed), New York, Free Press.
- Ross, M.G. (1955), *Community Organization, Theory Principles and Practlce*, Harper and Row Publ., New York.
- Stevens PJM, et.al., (2000), *Ilmu Keperawatan*, Jilid 1 edisi 2, Penerbit buku kedokteran, EGC, Jakarta.
- Smet B, (1994), *Psikologi Kesehatan*, Penerbit Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.
- Sarwono, dkk. (1979), *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat*, Penerbit : Badan Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Suprana, J, (2001) *Seni Mengemas Pesan Kesehatan Melalui Humor*, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001
- Sungkar S., (1995), *Skabies*, Laboratorium Parasitologi, Fakulitas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Surin B, (1978), *Terjemahan dan Tafsir Al-qur'an 30 Juz Huruf Arab dan Latin*, Fa. Sumatra Bandung.
- Uchrowi, Z, (2001), *Promosi Kesehatan Melalui Media Cetak*, Konferensi Nasional Promosi Kesehatan, Hotel Bumikarsa, Bidakara, Jakarta, tanggal 11 - 13 Juni 2001

- Webster, (1981), *Webster's New Collegiate Dictionary*, G & C Merriam Co, Springfield, USA.
- WHO, (1986), *Health Promotion and Community Action For Health In Developing Countries*, Genewa.
- Wolf, Weitzel, Fuerst, (1984), *Dasar-Dasar Ilmu Keperawatan*, Penerbit PT Gunung Agung, Jakarta.
- Wijono J, (2001), *Buku Saku Pelaksanaan PHBS Bagi Masyarakat di wilayah Kecamatan*, Penerbit : Dinkes Prop. Jatim, Proyek Peningkatan Promosi Kesehatan tahun 2001.
- Zainuddin M, (2000), *Metodologi Penelitian*, Penerbit : Airlangga University Press, Surabaya.
- Zaltman & Duncan (1977), *Strategies For Planned Change*, New York : Wiley.

DAFTAR ISTILAH

The *santris* : Muslim students who learn Islamic revealed science and traditionally settle in the *pesantren*.

The *ustadz* : A muslim whose prominent knowledge is Islamic revealed science and who teach it.

The *Pesantren* : Islamic boarding education system traditionally establish and leadly a *kyai*.

The *kyai* : a scholar in Islamic revealed science who has powerful authority among the *santri* society both inside and outside the *pesantren*.





LAMPIRAN

Lampiran 1 :

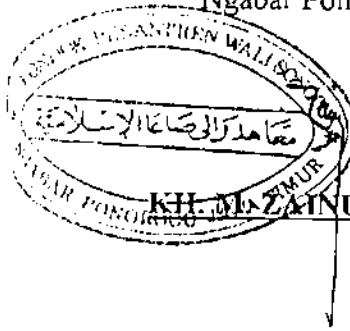
JADWAL MINI LOKAKARYA

No.	Waktu	Materi	Metode	Peserta	Penyaji
1	07.00-07.30	Pembukaan	-	30 <i>ustadz</i> dan peneliti	Pimpinan Pondok
2	07.30-08.00	Presentasi masalah <i>personal hygiene</i> yang ada di Pondok berdasarkan fakta yang ada	ceramah dan tanya jawab	30 <i>ustadz</i>	Peneliti
3	08.00-09.00	a. Bagaimana cara meningkatkan perhatian dari Pimpinan Pondok b. Bagaimana kegiatan <i>kyai</i> upaya <i>personal hygiene</i> bersumber masyarakat pondok c. Bagaimana mencari dana dari pondok untuk <i>personal hygiene</i> diri dari <i>santri</i> d. Bagaimana cara pengembangan pemanfaatan potensi pengetahuan yang ada di pondok	Diskusi kelompok Diskusi kelompok Diskusi kelompok Diskusi kelompok	Kelp I : 8 orang <i>ustadz</i> Klp II : 8 orang <i>ustadz</i> Klp III : 7 orang <i>ustadz</i> Klp IV : 7 orang <i>ustadz</i>	masing-masing kelompok membentuk pimpinan diskusi dan sekretaris. Peneliti sebagai pemandu.
4	09.00-10.00	Penyajian hasil diskusi masing-masing kelompok	Diskusi Pleno	30 orang <i>ustadz</i>	Tiap kelompok menyajikan hasil diskusi dan diambil kesepakatan secara mufakat.

4.	10.00-11.00	Penyampaian materi pengetahuan, sikap dan tindakan <i>personal hygiene</i> pada <i>ustadz</i> untuk disampaikan pada <i>santri</i>	ceramah, tanya jawab dan demonstrasi	30 orang <i>ustadz</i>	Peneliti
----	-------------	--	--------------------------------------	------------------------	----------

Ponorogo, 2 September 2003

Mengetahui :
Pimpinan Pondok Wali Songo
Ngabar Ponorogo



KH. M. ZAINUDDIN AS, Lc.

Peneliti

MOHAMAD BADRI

Lampiran 2

MATERI MINI LOKAKARYA**A. MATERI PRESENTASI PENELITI :**

Masalah yang ada di Pondok adalah sbb :

1. Tingginya angka penyakit kulit di Pondok *Pesantren* Wali Songo Ngabar Ponorogo.

No	Jenis penyakit	Tahun 2001		Tahun 2002	
		Jumlah	Prosen	Jumlah	Prosen
1	Scabies	99	36,53%	124	39,49%
2	Dermatitis	53	19,56%	57	18,15%
3	ISPA	47	17,34%	58	18,47%
4	Diare	25	9,23%	35	11,15%
5	Typhus	7	2,58%	5	1,59%
6	Gastritis	25	9,23%	23	7,33%
7	Allergi	15	5,53%	12	3,82%
Jumlah		271	100%	314	100%

Hal tersebut diatas disebabkan karena kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat terutama pemeliharaan kebersihan diri

2. Kebanyakan para *santri* bila mandi tidak memakai handuk
3. Para *santri* bila mandi dengan memakai sabun secara bergantian antara teman satu dengan teman lainnya,

4. Banyaknya perilaku mandi para *santri* yang tidak benar menurut kesehatan (menceburkan diri)
5. Banyaknya para *santri* yang keluar dari asrama ke kamar mandi dan ke Masjid tidak memakai alas kaki.
6. Banyaknya para *santri* pakaian secara bergantian antara teman yang satu dengan teman yang lain.
7. Keadaan asrama *santri* yang kotor dan padat penghuninya (1 kamar untuk 15-25 Orang)
8. Adanya 9 buah kamar mandi yang tidak memakai pintu dan keadaan kamar mandi yang kotor, karena air berasal dari satu saluran besar (belum ada krannya tiap kamar mandi)
9. Sebagian para *santri* bila wudlu dari bak besar tanpa memakai gayung dan keadaan airnya kotor,
10. Kurangnya informasi kepada para *santri* tentang perilaku hidup bersih terutama pemeliharaan kebersihan diri,
11. Kurangnya para *santri* dalam menjaga kebersihan lingkungan terutama kamar mandi dan WC.

MASALAH TERSEBUT

DISEBABKAN KARENA

⇒ Kurangnya pemberdayaan segala potensi yang ada pada *ustadz* dan masih kurangnya informasi terutama dari tenaga kesehatan

- ⇒ Kurangnya pemberdayaan dari para *ustadz* sebagai penyambung antara *kyai* dan *santri*
- ⇒ Perlunya peningkatan *kepedulian* dari Potensi Pimpinan (*Community Leaders*) dalam hal ini Pimpinan Pondok atau *Kyai*
- ⇒ Belum adanya kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya pemeliharaan kebersihan diri bersumber masyarakat pondok
- ⇒ Belum adanya pendanaan dari pondok tentang pemeliharaan kebersihan diri dari *santri*.
- ⇒ Belum dikembangkannya potensi pengetahuan yang ada pada diri *ustadz*

B. Materi Diskusi Kelompok Mini Lokakarya

Kelp I :

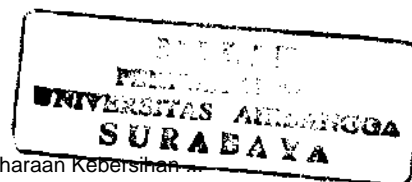
- ◆ Membuat peraturan tentang penggunaan air bersih kepada *santri*
- ◆ Membuat Peraturan tentang kebersihan/penggunaan wudlu
- ◆ Membuat peraturan tentang penggunaan Jamban dan kamar mandi
- ◆ Membuat peraturan kebersihan asrama dan halaman

Kelp II :

- ◆ Membuat program kerja tentang pemeliharaan kebersihan diri selama 1 tahun

Kelompok III :

- ◆ Membuat perencanaan dana / fasilitas untuk meningkatkan pemeliharaan kebersihan diri *santri* kemudian diajukan kepada Pimpinan Pondok agar dapat terealisasi.



Kelompok IV :

- ◆ Membuat Pesan-Pesan Kesehatan atau Poster yang sesuai dengan masyarakat Pondok.

C. Penyampaian materi *personal hygiene* kepada pada *ustadz* terutama pengajar mata pelajaran biologi untuk disampaikan pada *santri*. Adapun materinya terdapat pada lampiran 18.

Ponorogo, 2 September 2003

Mengetahui :
Pimpinan Pondok Wali Songo
Ngabar Ponorogo



KH. M. ZAINUDDIN AS, Lc.

Peneliti

MOHAMAD BADRI

Lampiran : 3

KUISIONER PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI

Petunjuk : Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan **jujur** dengan memberi tanda silang (X) pada pilihan yang tersedia menurut pengalaman dan pengetahuan saudara.

I. KARAKTERISTIK SANTRI

- Nama *Santri* :
- Umur saat ini :
- Umur saat masuk pondok :
- Asal Daerah :
- Kelas :
- Lama tinggal di Pondok :
- Pendidikan sebelum masuk pondok :

II. PENGETAHUAN SANTRI TENTANG PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI

1. Pengertian pemeliharaan kebersihan diri adalah :
 - a. Tindakan memelihara kebersihan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya.
 - b. Memelihara kebersihan diri sendiri atas kehendak orang lain
 - c. Memelihara kebersihan diri sendiri karena terpaksa
 - d. memelihara kebersihan karena terserang penyakit.
2. Bagaimana hubungan kebersihan diri dan kebutuhan :
 - a. Memelihara kebersihan diri merupakan kebutuhan yang tidak terlalu penting
 - b. Memelihara kebersihan diri merupakan kebutuhan dasar manusia

- c. Memelihara kebersihan diri merupakan kebutuhan sekunder
 - d. Memelihara kebersihan diri merupakan kebutuhan tersier
3. Hubungan antara memelihara kebersihan diri dengan hidup bersih dan sehat adalah:
- a. Memelihara kebersihan diri merupakan salah satu contoh perilaku hidup bersih dan sehat.
 - b. Memelihara kebersihan diri tidak berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Memelihara kebersihan diri dapat mengakibatkan kita terkena penyakit kulit.
 - d. Memelihara kebersihan diri memerlukan biaya yang banyak.
4. Yang termasuk aktifitas memelihara kebersihan diri adalah :
- a. Mandi yang teratur
 - b. Mencuci rambut yang teratur
 - c. Memotong kuku
 - d. Semua benar
5. Cara penggunaan jamban yang sehat adalah :
- a. Penggunaan jamban untuk buang air besar
 - b. Dibersihkan secara teratur
 - c. Mengamankan sumber air bersih dari pencemaran / kotoran manusia.
 - d. Semua benar
6. Untuk menjaga kebersihan kamar mandi agar tetap bersih dan sehat adalah :
- a. Dibersihkan secara teratur 2 - 3 hari sekali
 - b. Dibersihkan satu minggu sekali
 - c. Bila mandi boleh menceburkan diri dalam bak mandi
 - d. Membuang sampah dalam kamar mandi.
7. Pemanfaatan air bersih dan sehat dapat dilakukan dengan :
- a. Mengambil air dengan alat seadanya
 - b. Mengambil air dengan gayung yang bersih
 - c. Menyimpan air dalam wadah seadanya
 - d. Tidak perlu menutup tempat air.
8. Sebagai orang Islam sebaiknya dalam sehari mandi :
- a. Dua sampai tiga kali sehari
 - c. Satu kali sehari

- b. Pakaian yang suci dan bersih milik kita sendiri
 - c. Boleh meminjam pakaian teman
 - d. Berganti-ganti pakaian antar teman
17. Terjadinya penyakit kulit terutama gatal-gatal di pondok ini disebabkan karena :
- a. Memang sudah sunah pondok
 - b. Penyakit merupakan cobaan dari Allah
 - c. Lingkungan yang kurang bersih, penghuni yang padat dan kebersihan yang kurang
 - d. Karena menurunnya daya tahan tubuh
18. Mencuci tangan sebaiknya dilakukan pada saat :
- a. Sebelum makan
 - b. Sesudah buang air besar
 - c. Sesudah buang air kecil
 - d. Semua benar
19. Menggosok gigi sebaiknya dilakukan :
- a. Pada saat bersamaan mandi
 - b. Sesudah makan dan sebelum tidur
 - c. Sewaktu - waktu bila ingat
 - d. Pada Waktu gigi merasa sakit
20. Memotong kuku sebaiknya dilakukan dalam jangka waktu :
- a. 2 minggu sekali
 - b. 1 bulan sekali
 - c. 1 minggu sekali
 - d. 2 hari sekali.

Lampiran : 4

SIKAP SANTRI TERHADAP PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI

Berilah tanda V pada kolom yg tersedia menurut pendapat saudara :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1	Saya selalu mandi 2-3 kali sehari				
2	Bila mandi saya selalu memakai sabun milik saya sendiri				
3	Bila mandi saya selalu memakai handuk dan handuk itu milik saya sendiri				
4	Bila mandi saya selalu memakai gayung yang bersih dan air yang belum pernah dipakai atau air yang mengalir yang belum pernah dipakai				
5	Bila mandi saya selalu memakai handuk dan handuk itu milik saya sendiri				
6	Saya selalu mencuci rambut 2 hari sekali				
7	Bila mencuci rambut saya selalu memakai sampho				
8	Bila berwudlu saya selalu memakai air yang belum pernah dipakai atau air yang mengalir				
9	Bila mencuci baju saya selalu memakai sabun cuci dan bak cuci				
10	Saya selalu memakai baju yang suci dan bersih				
11	Saya selalu memakai pakaian milik saya sendiri				
12	Saya selalu memakai alas kaki atau sandal bila dari asrama ke masjid atau dari masjid ke asrama				
13	Saya selalu mencuci tangan sebelum makan, sesudah buang air besar dan sesudah buang air kecil				
14	Saya selalu menggosok gigi sebelum tidur dan sesudah makan				
15	Saya selalu mandi bersama 2 - 3 orang setiap hari dalam satu kamar mandi				
16	Bila buang air besar dan buang air kecil saya selalu di kamar mandi/WC				
17	Saya selalu membersihkan kamar mandi 2 - 3 hari sekali				
18	Saya kalau buang air besar / air kecil selalu di Jamban				
19	Bila mencuci tangan saya selalu memakai sabun				
20	Bila menggosok gigi saya selalu memakai pasta gigi				

Lampiran 5

DAFTAR TILIK TINDAKAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI

Petunjuk : Jawablah ya bila anda lakukan dan jawablah tidak bila tidak anda lakukan

I. Mencuci rambut :

Bahan :

- _____ 1. Sampo
- _____ 2. Handuk
- _____ 3. Air mengalir atau air yang belum pernah dipakai
- _____ 4. Sisir

Langkah-langkah mencuci rambut :

- _____ 1. Menggunakan air yang belum pernah dipaka atau air mengalir
- _____ 2. Membasahi rambut dengan air mengalir atau air yang belum pernah dipakai.
- _____ 3. Rambut dicuci dengan sampho dan digosok menggunakan jari tangan hingga bersih
- _____ 4. Membilas rambut hingga bersih sampil memijat-mijat kepala.
- _____ 5. rambut dikeringkan dengan handuk
- _____ 6. Rambut disisir rapi.

Lampiran 6**II. Mandi :****Bahan :**

- _____ 1. Handuk
- _____ 2. Sabun milik sendiri
- _____ 3. Air mengalir / air yang belum pernah dipakai
- _____ 4. Pakaian yang bersih

Langkah - langkah mandi :

- _____ 1. Menggunakan air yang belum pernah dipakai / air mengalir
- _____ 2. Membasahi badan dengan air yang belum pernah dipakai / air mengalir
- _____ 3. Menyabuni seluruh tubuh sampai berbusa sambil digosok hingga bersih
- _____ 4. Mencuci seluruh tubuh dengan air yang belum pernah dipakai sambil digosok hingga bersih
- _____ 5. Mengulangi menggosok seluruh tubuh dengan tangan hingga bersih.
- _____ 6. Mengulangi membilas seluruh tubuh dengan air yang belum pernah dipakai hingga bersih.
- _____ 7. Tubuh dikeringkan dengan handuk
- _____ 8. Memakai pakaian yang bersih

Lampiran 7

III. MENGGOSOK GIGI

Bahan :

- _____ 1. Sikat gigi milik sendiri
- _____ 2. Pasta gigi
- _____ 3. Gayung yang bersih atau gelas yang bersih
- _____ 4. lap kering yang bersih / *tissue*

Langkah-langkah menggosok gigi :

- _____ 1. Menuangkan pasta gigi ke dalam sikat gigi secukupnya.
- _____ 2. Berkumur dengan air yang belum pernah dipakai dengan memakai
_____ gayung / gelas yang bersih
- _____ 3. Menyikat gigi dari atas ke bawah luar dan dalam geraham atas
_____ dan bawah.
- _____ 4. Berkumur dengan air yang belum pernah dipakai dengan memakai
_____ gayung / gelas yang bersih
- _____ 5. Mulut dikeringkan dengan lap kering yang bersih / *tissue*

Lampiran 8**IV. Mencuci tangan****Bahan :**

- _____ 1. Sabun
- _____ 2. Air yang belum pernah dipakai / air mengalir
- _____ 3. Handuk / kain bersih

Langkah-langkah mencuci tangan :

- _____ 1. Menggunakan air yang belum pernah dipakai
- _____ 2. Membasahi tangan dengan air yang mengalir
- _____ 3. Menyabuni tangan
- _____ 4. Menggosok tangan satu sama lain sampai berbusa
- _____ 5. Mengalirkan air pada tangan sampai semua sabun dapat dibersihkan
- _____ 6. Bila perlu, mengulang langkah-langkah sebelumnya sampai kotoran berhasil dibersihkan semuanya.
- _____ 7. Mengeringkan tangan tanpa rekontaminasi dengan cara :
 - a. Mengipas - ngipaskan tangan
 - b. Mengeringkan dengan handuk / kain yang bersih
- _____ 8. Mencuci tangan sebelum makan.
- _____ 9. Mencuci tangan setelah makan
- _____ 10. Mencuci tangan setelah buang air besar dan buang air kecil.

Lampiran 9.

KUNCI JAWABAN KUISIONER PENGETAHUAN

NO.	KODE JAWABAN	NO.	KODE JAWABAN
1	A	11	A
2	B	12	A
3	A	13	B
4	D	14	C
5	D	15	A
6	A	16	B
7	B	17	C
8	A	18	D
9	B	19	B
10	B	20	C

Lampiran 10

RENCANA PELAKSANAAN PENELITIAN

1. Susunan Pembimbing :

Pembimbing I : Saenun, dr., MS.

Pembimbing II : Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH.

Peneliti : Mohamad Badri

2. Jadwal Penelitian :

No.	Kegiatan	Bulan								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Persiapan :									
	1. Penyusunan Proposal	x	x							
	2. Ujian Pra Poposal		x							
	3. Perbaikan Proposal		x	x	x					
	4. Ujian Proposal				x					
2	Pelaksanaan :									
	1. Perijinan				x					
	2. Persiapan Penelitian				x					
	3. Penyusunan dan dan uji coba instrumen				x					
	4. Pengumpulan data					x	x	x		
	5. Pengolahan Data							x		
	6. Analisa Data							x	x	
3	Penulisan Tesis							x	x	
4	Ujian Tesis									x
5	Revisi dan Penyelesaian									x

Lampiran 11

LEMBAR JAWABAN

Nama Santri :
Umur saat ini :
Umur saat masuk pondok :
Asal Daerah :
Kelas :
Lama tinggal di Pondok :
Pendidikan sebelum masuk pondok :

1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D

11	A	B	C	D
12	A	B	C	D
13	A	B	C	D
14	A	B	C	D
15	A	B	C	D
16	A	B	C	D
17	A	B	C	D
18	A	B	C	D
19	A	B	C	D
20	A	B	C	D

KISI-KISI KUISIONER TEST ASPEK PENGETAHUAN

Pokok Bahasan : Pemeliharaan Kebersihan diri
 Waktu : 30 menit
 Tipe test : *Multiple Choise*
 Jumlah Soal : 20 soal

NO.	KOMPONEN SUB POKOK BAHASAN	JENJANG KEMAMPUAN DAN TINGKAT KESUKARAN																		JML BUTIR SOAL	TOTAL %
		c1 Ingatan			c2 Pemahaman			c3 Penerapan			c4 Analisis			c5 Sintesis			c6 Evaluasi				
		M	S	S	M	S	S	M	S	S	M	S	S	M	S	S	M	S	S		
1	Pengertian		1	1																2	10%
2	Penyebab																	1		1	5%
3	Menghubungkan					1	1													2	10%
4	Perilaku kebersihan							4	4	3	1	1			1	1				15	75%
	JUMLAH TOTAL	2			2			11			2			2			1			20	
	TOTAL %	10 %			10 %			55 %			10 %			10 %			5%				100%

TABEL NILAI PENGETAHUAN, SIKAP DAN TINDAKAN *PERSONAL HYGIENE*
SANTRI PONDOK PESANTREN WALI SONGO NGABAR

NO RESP	Pre test			Post test		
	PENG	SIKAP	TIND	PENG	SIKAP	TIND
1	65	71	83	75	78	93
2	75	67	65	80	77	73
3	75	76	70	85	80	80
4	75	62	79	80	72	89
5	75	67	63	78	71	73
6	85	76	77	87	79	87
7	75	65	65	82	76	75
8	75	70	74	81	80	84
9	85	69	84	85	76	95
10	80	69	74	86	74	84
11	75	72	84	79	77	94
12	75	73	61	77	76	72
13	75	65	54	78	73	65
14	85	70	80	87	76	90
15	85	71	68	90	79	77
16	75	70	68	80	70	75
17	65	72	82	70	74	93
18	80	77	88	88	79	96
19	75	73	90	81	77	100
20	80	63	60	83	70	73
21	85	77	83	90	80	92
22	70	76	78	80	80	88
23	85	76	81	90	70	89
24	85	64	77	95	71	80
25	70	73	79	79	73	83
26	75	68	68	78	62	63
27	80	76	83	86	80	90
28	70	55	77	85	63	89
29	70	78	85	80	79	94
30	85	77	83	88	80	91

**PODOK PESANTREN
WALI SONGO"
BAR - PONOROGO - INDONESIA**



مَجَاهِدُ وَالرَّحْمَانِ الْإِسْلَامِيَّةِ
عَابِر - فونوروكو - إندونيسيا

Jl. Pondok Pesantren "Wali Songo" Ngabar Siman Ponorogo Indonesia 63471 Telp. 0352-311206 (hunting) Fax. 312484

Nomor: 108/4.4.61/B.01/IX/2003

Lamp. : -

Hal : **UNDANGAN**

Kepada yang terhormat;

Ust. _____

di-

Tempat

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Salam ukhuwah islamiyah kami sampaikan, semoga segala aktifitas kita selafu mendapat rahmat serta hidayah dari Allah Swt, Amin.

Sehubungan dengan perihal diatas, kami mengharapkan kenadirannya pada :

Hari/Tanggal : Jum'at/12 September 2003

Waktu : Jam 08.00 WIB

Tempat : Ruang serba guna Al-Azhar

Acara : Mini Lokakarya Kesehatan

Demikian surat undangan ini kami buat dan sampaikan, semoga dapat menjadi perhatian adanya dan atas kehadirannya diucapkan banyak terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Ngabar, 10 September 2003

Pimpinan Pondok



KH. M. ZAINUDDIN, AS, Lc

Lampiran 15

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan (Pra)	30	77,0000	6,1026	65,00	85,00
Sikap (Pra)	30	70,6000	5,4621	55,00	78,00
Tindakan (Pra)	30	75,4333	9,1903	54,00	90,00
Pengetahuan(Post)	30	82,7667	5,3542	70,00	95,00
Sikap (Post)	30	75,0667	4,8347	62,00	80,00
Tindakan (Post)	30	84,2333	9,6836	63,00	100,00

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan(Post) - Pengetahuan (Pra)	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	29 ^b	15,00	435,00
	Ties	1 ^c		
	Total	30		
Sikap (Post) - Sikap (Pra)	Negative Ranks	2 ^d	16,00	32,00
	Positive Ranks	26 ^e	14,38	374,00
	Ties	2 ^f		
	Total	30		
Tindakan (Post) - Tindakan (Pra)	Negative Ranks	1 ^g	3,00	3,00
	Positive Ranks	29 ^h	15,93	462,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	30		

a. Pengetahuan(Post) < Pengetahuan (Pra)

b. Pengetahuan(Post) > Pengetahuan (Pra)

c. Pengetahuan (Pra) = Pengetahuan(Post)

d. Sikap (Post) < Sikap (Pra)

e. Sikap (Post) > Sikap (Pra)

f. Sikap (Pra) = Sikap (Post)

g. Tindakan (Post) < Tindakan (Pra)

h. Tindakan (Post) > Tindakan (Pra)

i. Tindakan (Pra) = Tindakan (Post)

Test Statistics^b

	Pengetahuan(Post) - Pengetahuan (Pra)	Sikap (Post) - Sikap (Pra)	Tindakan (Post) - Tindakan (Pra)
Z	-4,718 ^a	-3,901 ^a	-4,760 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test





DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PROGRAM PASCASARJANA

142

Jl. Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya - 60286 ☎ (031) 5023715, 5020170, Fax.: (031) 5030076
 E-mail : pasca@pasca.unair.ac.id URL Address : http://www.pasca.unair.ac.id

nomor : 5854 /J03.4/PP/2003

24 Juli 2003

lampiran :

isi : Izin melaksanakan penelitian

Yth. Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo

Guna penulisan penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan tahun 2002/2003 Program Pascasarjana Universitas Airlangga,

Nama : Mohammad Badri,AMK,S.Ag
 Nim : 090214732/ M
 Judul : PEMBERDAYAAN USTADAH DALAM RANGKA PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI SANTRI DI PONDOK PESANTREN WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003 .

Pembimbing : Saenun,dr,M.S

Maka dengan ini kami mohon perkenan Saudara untuk memberikan izin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Instansi Saudara.

Demikian dan atas bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.

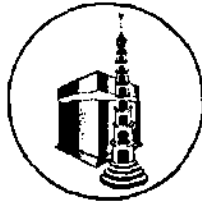


Direktur
 Bidang Akademik,

Prof. Dr. Loba Mahaputra, drh, M.Sc.

30687550

**PONDOK PESANTREN
WALI SONGO"
BAR - PONOROGO - INDONESIA**



مَجَاهِدٌ وَوَالِي صَوَاغَا الْإِسْلَامِيَّةِ
عَابِر - فُونُورُوكُو - إِنْْدُونِيسِيَا

Jl. Pondok Pesantren "Wali Songo" Ngabar Siman Ponorogo Indonesia 63471 Telp. 0352-311206 (hunting) Fax. 312484

Nomor : 18/4.4.61/B.02/VIII/2003
Lamp. : -
Hal : **IZIN PENELITIAN**

Kepada yang terhormat :
Direktur Program Pascasarjana
Universitas Airlangga
Di -
Surabaya

Assalamamu'alaikum Wr. Wb.

Memperhatikan surat Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 5854/J03.4/PP/2003 tanggal 24 Juli 2003 tentang izin melaksanakan penelitian atas :

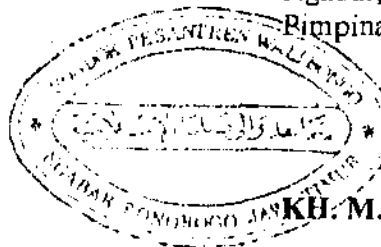
N a m a : Mohamad Badri, AMK, S. Ag
NIM : 090214732/M
Judul : PEMBERDAYAAN USTAD DALAM RANGKA PERUBAHAN PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI SANTRI DI PONDOK PESANTREN WALI SONGO NGABAR PONOROGO TAHUN 2003

Pada dasarnya kami menyetujui dengan ketentuan tidak mengganggu Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) di Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo.

Demikian surat ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Ngabar, 2 Agustus 2003
Rimpinan Pondok



KH. M. ZAINUDDIN. AS, Lc

Lampiran : 18

MATERI PEMELIHARAAN KEBERSIHAN DIRI

1. Pengertian Pemeliharaan Kebersihan diri / *Personal hygiene*

Personal hygiene adalah perawatan diri sendiri untuk mempertahankan kesehatannya. *Personal hygiene* lebih banyak dipengaruhi oleh faktor nilai dan praktek individu. Dia juga dipengaruhi oleh faktor budaya, sosial, keluarga, dan faktor-faktor individual seperti pengetahuan tentang kesehatan, hygiene perseorangan, dan persepsi tentang kebutuhan dan rasa nyaman perorangan (Olivieri, 1976).

Sebenarnya dalam kehidupan setiap orang kedudukan memelihara mempunyai posisi sentral. Kita dapat mengatakan bahwa memelihara adalah suatu kegiatan dengan ruang lingkup yang luas, yang dapat menyangkut diri kita sendiri (seperti memelihara diri agar tidak lapar), dapat juga menyangkut sesuatu yang lain (memelihara anak-anak kita, memelihara anjing), dapat menyangkut lingkungan kita (seperti memelihara agar WC tetap bersih, kamar yang rapi dan serasi dan lain-lain). Jika kita memelihara sesuatu, kita menginginkan agar hasil yang dicapai akan memuaskan. Jadi kita akan selalu berusaha untuk mencapai sesuatu keseimbangan antara keinginan kita dan hasil yang akan diperoleh.

Memelihara diri mempunyai arti yang lebih luas dari apa yang sering diartikan dengan cara memelihara diri menurut aktifitas kehidupan sehari-hari. Dalam pengertian pemeliharaan diri individu, terdapat beberapa hal yang mendasar : **Pertama** : menyangkut sejumlah nilai, norma, dan pendapat sehubungan dengan perbuatan

seseorang sesuai dengan kehendaknya. **Kedua**, menyangkut pengertian, pandangan pribadi, dan beberapa aspek tertentu. Seseorang memerlukan pemeliharaan tertentu berdasarkan pandangan pandangnya pribadinya. **Ketiga**, Jadi dapat dikatakan bahwa kegiatan pemeliharaan diri merupakan sikap dan kegiatan yang dilakukan pada saat pemeliharaan diri itu berlangsung. Pemeliharaan diri ini menyangkut kebutuhan terhadap adanya sebuah keperluan pemeliharaan diri, dan adanya suatu pemberian pemeliharaan yang pada hakekatnya keduanya dilakukan oleh satu orang saja. Yang bersangkutan tidak perlu menanyakan segala sesuatu pada orang lain (Stevens et al. 2000).

2. Hubungan pemeliharaan kebersihan diri dan kebutuhan

Kita membutuhkan oksigen makanan dan cairan dan juga keperluan untuk eliminasi. Kita memerlukan pemeliharaan yang baik bagi kita sendiri, kontak dengan orang-orang disekitar kita juga harus selalu ada, tidur secukupnya agar segar lagi pada waktunya. Disamping itu kita juga perlu suatu keseimbangan rohani : mengetahui siapa dan apa kita sebenarnya, apa yang kita inginkan. Kita juga mempunyai kebutuhan dalam bidang sosial : relasi dengan orang lain dan tetap memelihara hubungan itu. Kita juga mempunyai kebutuhan akan nilai-nilai dan norma-norma dalam kehidupan kita, suatu kepercayaan atau pandangan hidup dan lain-lain.

Abraham Maslow mengatakan bahwa keinginan manusia dapat berbentuk suatu urutan berdasarkan kepentingannya. Maksudnya bahwa ada suatu jenjang kebutuhan dari hal-hal yang “sangat penting “ sampai kepada “keinginan khusus” dari tiap orang. Menurut Maslow pertama harus dipenuhi adalah kebutuhan yang sangat

penting sebelum yang lainnya dipenuhi. Contoh : Seorang dengan perut kosong tidak akan punya keinginan untuk menuntut ilmu sebelum keinginannya berdasarkan urutan kebutuhannya terpenuhi (Stevens et.al. 2000).

3. Hubungan pemeliharaan diri dengan hidup bersih dan sehat

Manusia merasa perlu untuk memberi arti dan isi dalam kehidupannya. Kalau kita menentukan sendiri arah dari kehidupan kita, maka kita akan menjalankannya dengan penuh kesungguhan. Kalau kita kehilangan kendali dalam menentukan kehidupan kita sendiri kita akan merasa timbul suasana yang tak menggairahkan. Selanjutnya yang terpenting adalah bagaimana kita memandang hari depan kita. Bila kita tak melihat adanya suatu jalan keluar, tak ada hari depan, maka akan segera timbul masalah. Masalah juga akan timbul bila kita “ditunjang hidup” oleh orang lain. Bila kita tak punya lagi kesempatan untuk memilih, dan orang lain melakukan pilihan untuk kita.

Kesehatan adalah suatu keadaan dimana terjadi keseimbangan antara fungsi-fungsi jasmani, rohani dan lingkungan sekitar kita. Dari keseimbangan ini manusia akan merasakan suatu keadaan yang baik dan nyaman. Dari sini kita menemukan tuntutan dasar manusia yang kedua yaitu “ manusia mencari suatu kesesuaian “. Kesesuaian antara dirinya sendiri dan lingkungannya merupakan suatu tujuan yang penting dalam proses pemeliharaan diri. Bila kesesuaian ini terganggu misalnya karena badan kita tak dapat berfungsi sebagaimana yang kita inginkan, maka akan timbul suatu masalah.

Jika manusia dapat menentukan sendiri apa yang akan dilakukan dan bagaimana bentuk pemeliharaan dirinya, maka ia akan dapat menentukan arah

kehidupannya sendiri. Ia akan menuju suatu keadaan dimana ada keseimbangan antara jasmani rohani dan sosial. Dengan demikian ia akan hidup dengan penuh gairah dan dalam keadaan sehat (Stevens et.al. 2000).

4. Beberapa contoh aktifitas memelihara kebersihan diri

Aktifitas pemeliharaan kebersihan diri dari seseorang tergantung pada faktor-faktor yang berbeda. Ada empat faktor yang paling utama yaitu : *Pertama*, faktor yang ditentukan oleh keadaan masa lalu kita. Melalui pengalaman pahit dan getir di masa lalu kita belajar cara pemeliharaan kebersihan diri kita. *Kedua*, faktor-faktor yang ditentukan oleh situasi lingkungan kita. Lingkungan kita terus berubah selama hidup. Manusia belajar untuk menghadapi perubahan, maka kita tidak dapat bertahan pada suatu keadaan yang dulu dianggap sudah baik. *Ketiga*, faktor yang ditentukan oleh lingkungan dimana kita tinggal. *Keempat*, Faktor - faktor pribadi. Manusia mempunyai perbedaan dalam beberapa hal tertentu. misalnya perbedaan jenis kelamin, umur, pendidikan, karakter, keadaan kesehatan, tempat lahir, budi pekerti dsb. Ada juga faktor tertentu yang melekat pada pribadi yang tertentu, seperti selera dalam memilih, daya hidup dan lain-lain.

Kegiatan pemeliharaan diri universal seperti mandi, tidur, buang air besar, mencuci rambut, memotong kuku, bernapas, makan, minum, pengaturan suhu yang konstan dan sebagainya (Stevens, et. al., 2000).

5. Mencuci tangan yang benar

Mencuci tangan yang benar adalah pada saat : sebelum makan / minum, sebelum memegang atau menyiapkan makanan, setelah membuang air besar dapat

mencegah penularan penyakit. Mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun dapat mematikan kuman - kuman yang melekat di tangan. Hal ini membantu mencegah masuknya kuman ke dalam mulut. Air bersih dan sabun hendaknya mudah diperoleh semua anggota keluarga untuk mencuci tangan (Gaeff.AJ, 1996).

6. Cara penggunaan jamban yang sehat

Penggunaan jamban yang sehat untuk keperluan buang air besar dapat mencegah penyebaran penyakit. Tindakan yang paling penting dan dapat dilakukan oleh siapa saja untuk mencegah penyebarluasan penyakit terutama diare adalah membuang kotoran di jamban. Untuk mencegah terjadinya hal di atas :

- a. Gunakan jamban untuk buang air besar.
- b. Jamban harus dibersihkan secara teratur dan bersih dari lalat.
- c. Amankan sumber air bersih dengan dari pencemaran / kotoran manusia dan kotoran hewan (Depkes. RI, 1990).

7. Cara penggunaan kamar mandi yang sehat

Penggunaan kamar mandi yang sehat untuk keperluan mandi dapat mencegah penyebaran penyakit. Tindakan yang paling penting dan dapat dilakukan oleh siapa saja untuk mencegah penyebarluasan penyakit adalah mandi dengan air yang bersih. Untuk mencegah terjadinya hal di atas : Bak mandi harus dibersihkan secara teratur dan bersih dari kotoran. Amankan sumber air bersih dengan dari pencemaran/ kotoran manusia dan kotoran hewan (Depkes. RI, 1990).

8. Pemanfaatan air yang bersih dan sehat

Memanfaatkan air bersih yang sehat dapat mencegah penularan penyakit. Pondok pesantren yang memiliki sarana air bersih yang terlindung dan dapat memanfaatkannya dengan tepat, akan jarang terkena penyakit menular. Perlindungan terhadap sumber air bersih sangat penting untuk mencegah penyebaran kuman penyakit, yaitu dengan : menjauhkan sumber air bersih dari jamban dan buangan air limbah. Menjaga kebersihan peralatan penyimpanan air bersih misalnya bak mandi, gentong, ember dan sebagainya, menjaga agar binatang jauh dari sumber air bersih. Cara menjaga agar air tetap bersih dengan : mengambil air dengan gayung yang bersih, menyimpan air dalam wadah yang bersih dan tertutup (Depkes. RI, 1990).

9. Hubungan antara kesehatan, kebersihan dan pelaksanaan ibadah

Imam Al-Ghazali, tokoh sufi mengatakan : “ Sudah menjadi tujuan orang yang mempunyai akal pikiran ialah bertemu Allah swt di akhirat. Tujuan tersebut hanya akan tercapai dengan ilmu dan amal perbuatan. Ilmu dan amal perbuatan tidak mungkin ditekuni kecuali dengan badan yang sehat”. Jelaslah bahwa wujud kesehatan secara umum mempunyai peranan yang asasi dalam kehidupan beragama secara baik. Amatlah sulit atau bahkan mustahil tugas-tugas keagamaan akan terlaksana dengan baik tanpa kesehatan. Di antara buktinya ialah kesehatan merupakan syarat utama dalam pelaksanaan puasa, haji, jihad, amar ma'ruf nahi mungkar, mencari rejeki dan sebagainya (Bisri, 2001).

Kebersihan diri merupakan salah satu cara untuk menjaga kesehatan terutama kesehatan kulit. Kebersihan ini sangat dianjurkan dalam ajara Islam. Sebelum

melakukan sholat kita diwajibkan untuk bersuci dengan menggunakan air yang bersih dan suci. Firman Allah dalam Alqur'an surat al-Baqoroh ayat 222 sebagai berikut : *"Innaloha yuhibbutawwabiina wa yuhibbul mutathohiriin"* artinya : sesungguhnya Allah cinta kepada orang-orang yang bertaubat dan Ia-pun mencintai orang-orang yang bersih atau suci (Surin B, 1978).

10. Menjaga kebersihan kulit

Umur merupakan faktor dalam memelihara kulit. Karena kulit bayi mudah terluka dan kena infeksi, maka harus diperlakukan dan dimandikan dengan hati-hati untuk mencegah terluka. Kulit anak kecil lebih tahan terhadap luka dan infeksi, tetapi harus sering dibersihkan karena kebiasaan buang air dan bermain. Pada waktu akil baligh (remaja) kulit hendaknya dibersihkan dengan rapi dan jangan sampai ada rasa perih untuk membantu mencegah peradangan pada kulit. Selama masa akil baligh sampai kira-kira usia 50 tahun buangan dari kelenjar kulit menjadi maksimum. Karena itu perlu sering mandi agar badan tidak bau dan jangan sampai penuh daki dan kotoran (Depkes RI, 1989).

11. Menjaga Kebersihan Kuku

Sebagaimana rambut, kuku adalah struktur pelengkap kulit. Kuku terdiri atas jaringan epitelial. Badan kuku adalah bagian yang tampak keluar, akarnya terletak dalam kulit dalam lekuk (alur) kuku dimana kuku tumbuh dan mendapat makanan. Kuku yang sehat berwarna merah muda dan cembung serta garis lengkungnya rata. Karena kondisi patologis tertentu, dan dalam beberapa hal juga karena usia tua, kuku menjadi cembung dan ceper dan daerahnya menjadi cekung.

Kuku jari tangan bisa dipotong dengan mengikirnya atau memotongnya dalam

bentuk oval (bujur). Memotong kuku jangan sampai terlalu pendek karena bisa melukai kulit selaput dan kulit sekitar kuku. Jika memotong kuku dengan gunting biasa haruslah hati-hati jangan sampai melukai jaringan sekitar kuku. Bintik kuku (*hangnails*) adalah kulit selaput yang pecah; ini harus dibuang dengan memotongnya. Bintil kuku bisa dicegah dengan menekan kembali selaput pelan-pelan dengan alat yang tumpul dengan handuk setelah mencuci tangan di saat kulit selaput itu lembek dan mudah lentur. Menggunakan emolien bisa mencegah bintil kuku. Membersihkan bagian bawah kuku paling baik dilakukan dengan alat yang tumpul, dengan hati-hati jangan sampai bagian bawah terluka.

Kuku yang retak atau terkelupas biasanya karena kekeringan. Untuk mengurangi keadaan ini, sebanyak mungkin janganlah tangan menyentuh sabun dan air, seringkali memakai krim pembersih tangan yang baik, dan jangan memakai cat kuku atau pembersih cat kuku, yang keduanya mengandung sifat mengeringkan kuku.

Kuku kaki hendaknya dipotong rapi, tetapi sedemikian rupa jangan sampai melukai daging tempat tumbuh kuku. Merawat kaki dan kuku pasien yang tumbuh kedalam, terutama orang berusia lanjut dan pasien yang peredaran darahnya terganggu atau penderita diabetes mellitus, mungkin perlu bantuan dokter (Depkes RI, 1989).

12. Kebersihan rambut

Kesehatan yang baik secara menyeluruh penting artinya bagi rambut yang menarik, dan seperti halnya kulit, kebersihan membantu kita memelihara badan supaya menarik. Penyakit berpengaruh buruk terhadap rambut, terutama jika terdapat kelainan endokrin, suhu badan yang naik, kurang makan, rasa cemas atau ketakutan.

Rambut dapat terkena kotoran dan minyak, sama seperti mengenai kulit. Haruslah dicuci sesering mungkin supaya tetap bersih. Bagi kebanyakan orang, mencuci seminggu sekali dengan sampho sudah cukup, tetapi yang lainnya bisa lebih sering dalam seminggu.

Menyisir rambut dalam setiap hari akan membantu memelihara kebersihannya dan meratakan minyak pada tiap tangkai rambut. Menyisir rambut dengan sikat akan merangsang peredaran darah di kulit kepala. Pemilihan bentuk sisir ditentukan oleh selera pribadi, tetapi jangan memakai sisir bergigi tajam dan tidak rata karena bisa merusak kulit kepala (Depkes RI, 1989).

13. Kebersihan mulut dan Gigi

Banyak sekali manfaat memelihara mulut yang sehat dan gigi terawat baik. Mulut yang bersih dan sehat mengandung nilai estetis. Gigi yang masih lengkap menambah nilai pada citra tubuh yang utuh. Jika mulut dan gigi dalam keadaan baik, orang tak kuatir nafasnya akan bau proses pencernaan.

Peranan perawat/petugas ialah mengajari pasien tentang manfaat kesehatan dan kebersihan mulut yang baik, memberikan petunjuk bagaimana memelihara kebersihan gigi dan kesehatan mulut.

Untuk mencegah pembusukan beberapa tindakan pencegahan harus dilakukan. Mengurangi makan zat yang mengandung karbohidrat bisa membantu. Tidak mungkin meniadakan gula dari makanan, tetapi makan atau minum yang manis-manis selama antara waktu makan, seperti berbagai jenis minuman, gula, permen karet, sele, sebanyak mungkin harus dihindarkan. Mulut tidak bisa dibersihkan dari

semua bakteri, tetapi mencegah bakteri dengan membersihkan mulut secara cermat bisa membantu. Ini bisa dilakukan dengan : membubuhkan fluor dalam air minum, menyikat gigi setiap setelah makan dan sebelum tidur, membersihkan sela gigi dengan benang, dan sering berkumur (Depkes RI, 1989).

14. Kebersihan mata

Mata seringkali mencerminkan kesehatan seseorang. Mata yang sehat akan tampak jernih dan bersih dari kotoran mata yang mengandung *lysozyme*, yaitu suatu enzim yang melindungi mata dari mikroorganisme tertentu. Pada orang yang sakit matanya akan lebih banyak berair dan tampak seperti kaca, pada waktu kesehatan pasien pulih, maka mata kembali tampak normal.

Kotoran pada mata dapat menempel pada : bulu mata (mengering dan menjadi keras), di sudut mata. Cara membersihkan mata dengan air bersih dan saline.

Cara merawat mata :

- a. Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam ke sudut mata bagian luar. Hal ini untuk memperkecil kemungkinan masuknya kotoran tersebut ke daerah pembuluh air mata.
- b. Kalau akan menggosok mata pakailah lap yang paling bersih dan lunak
- c. Bila pasien tidak dapat mengatupkan kelopak matanya, maka matanya akan menjadi kering dan permukaannya mudah terluka. Gaas basah yang steril dapat dipakai sebagai penutup mata agar matanya tertutup dan terlindung.
- d. Pada pasien yang menggunakan kacamata harus disarankan untuk selalu memakainya untuk mencegah ketegangan mata (Depkes RI, 1989).

15. Kebersihan Telinga

Kecuali membersihkan telinga bagian luar diperlukan juga upaya untuk menjaga telinga bagian dalam.

Cara merawat telinga :

- a. Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkanlah secara pelan-pelan dengan mempergunakan peyedot telinga.
- b. Bila mempergunakan air yang disemprotkan haruslah hati-hati jangan sampai terjadi kerusakan pada telinga karena tekanan air yang berlebihan.
- c. Aliran air yang dimasukkan hendaknya diarahkan ke saluran telinga dan tidak langsung mengarah ke gendang telinga.
- d. Membersihkan kotoran telinga dengan mempergunakan peniti atau jepit rambut sangat berbahaya karena dapat menusuk gendang telinga (Depkes RI, 1989).

16. Kebersihan Hidung

Cara yang paling baik untuk membersihkan hidung adalah dengan mendenguskannya (meniup udara keluar lubang hidung) secara pelan-pelan waktu mendenguskan kedua lubang hidung harus terbuka. Bila salah satu lubang hidung tertutup ada bahaya masuknya kotoran ke dalam pipa *eustachius* di dalam telinga.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah :

Tidak boleh memasukkan air ke dalam lubang hidung hal ini dapat mendorong kotoran atau benda lain ke dalam serambi jantung. Benda-benda kecil hendaknya jangan dibiarkan masuk ke dalam hidung supaya tidak terisap dan mencegah terjadinya luka pada selaput lendir hidung (Depkes RI, 1989).

17. Kebersihan Alat Kelamin


Kebersihan kulit sekitar kemaluan dan perineum hal yang harus diperhatikan bagi kesehatan karena bila kebersihan ini tidak diperhatikan dapat mengakibatkan gangguan fisik maupun psikis bagi seseorang karena dapat menimbulkan bau yang tidak sedap. Daerah sekitar kemaluan dan perineum seringkali kurang kena cahaya, hangat dan lembab sehingga sangat baik untuk perkembangan bakteri terutama pada pasien yang dipasang catheter, mikroorganisme dari daerah yang dipasang catheter dapat menjalar ke kandung kemih.

Pada wanita bukalah bibir kemaluannya dengan hati-hati dan daerah yang berbulu dibersihkan. Kotoran yang terdapat pada klitoris dan labia minora hendaknya dibersihkan, karena kotoran ini dapat menimbulkan bau.

Pada laki-laki yang tidak disunat pada saat membersihkan kemaluannya, kulit kepala zakarnya harus ditarik ke belakang, kemudian dibersihkan secara hati-hati dibilas dengan air. Seterusnya menutup kembali kepala zakarnya untuk mencegah terjadinya penyempitan zakar dan terjadinya busung dan luka pada jaringan (Depkes RI, 1989).

Ponorogo, 2 September 2003

Mengetahui :
Pimpinan Pondok Wali Songo
Ngabar Ponorogo



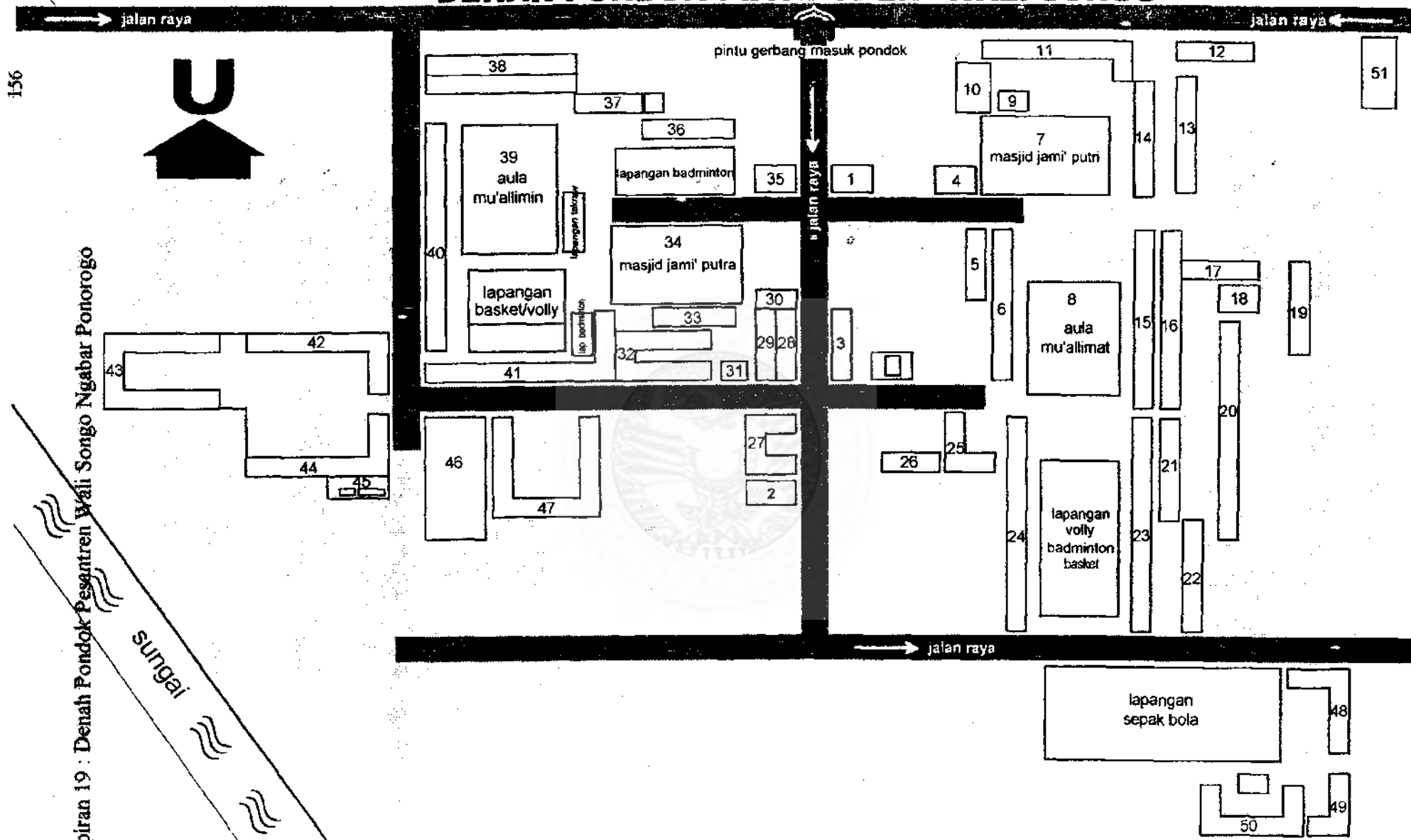
KH. MAZINUDDIN AS, Lc.

Peneliti



MOHAMAD BADRI

DENAH PONDOK PESANTREN "WALI SONGO"



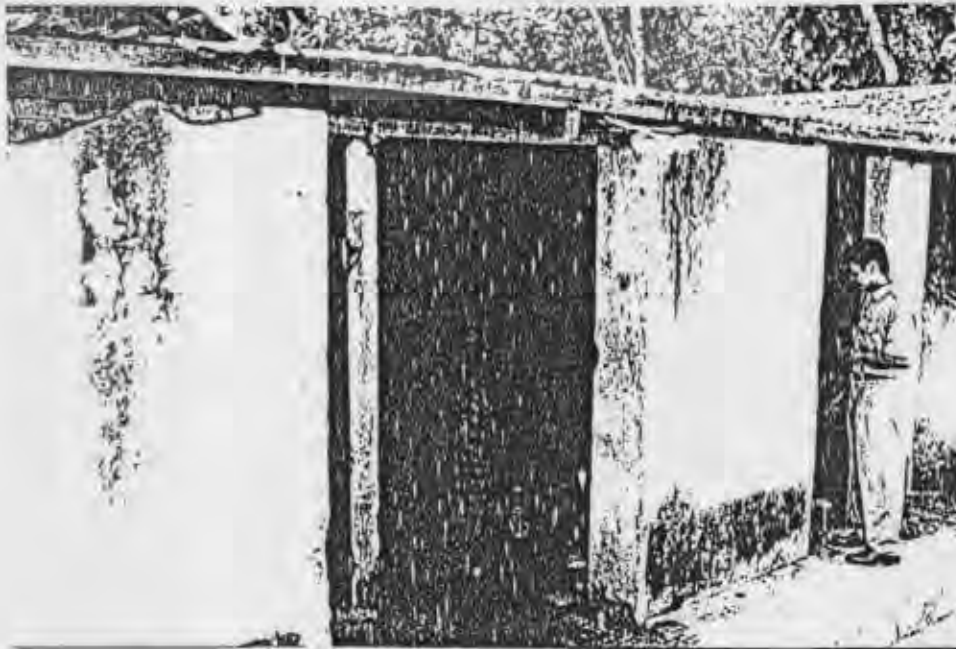
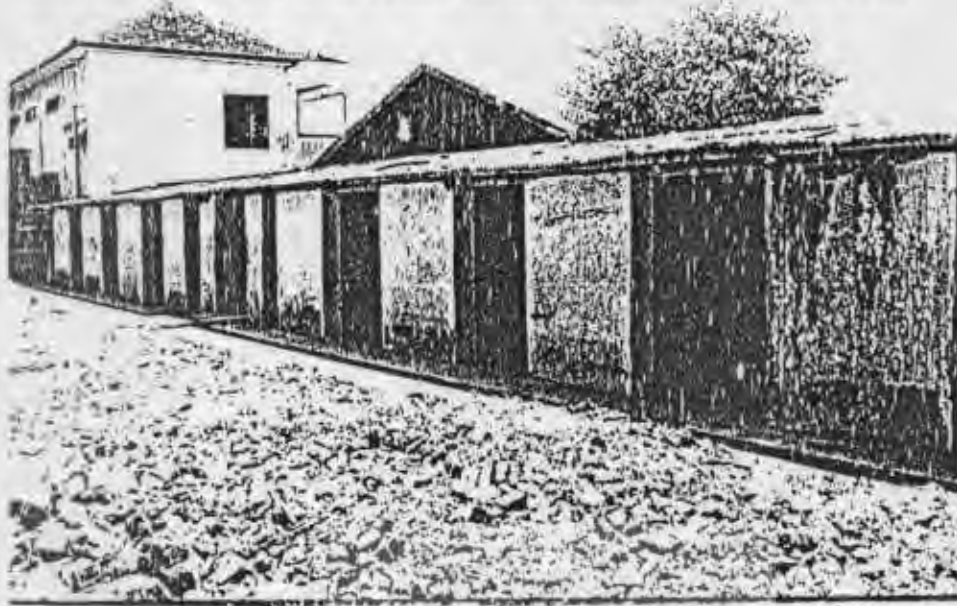
156

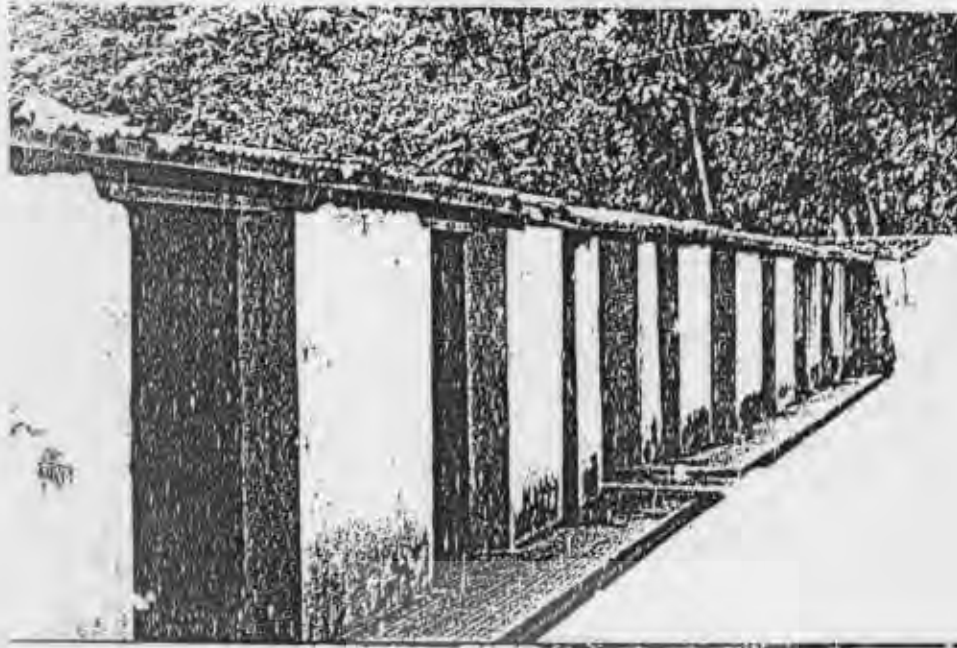
Lampiran 19 : Denah Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo

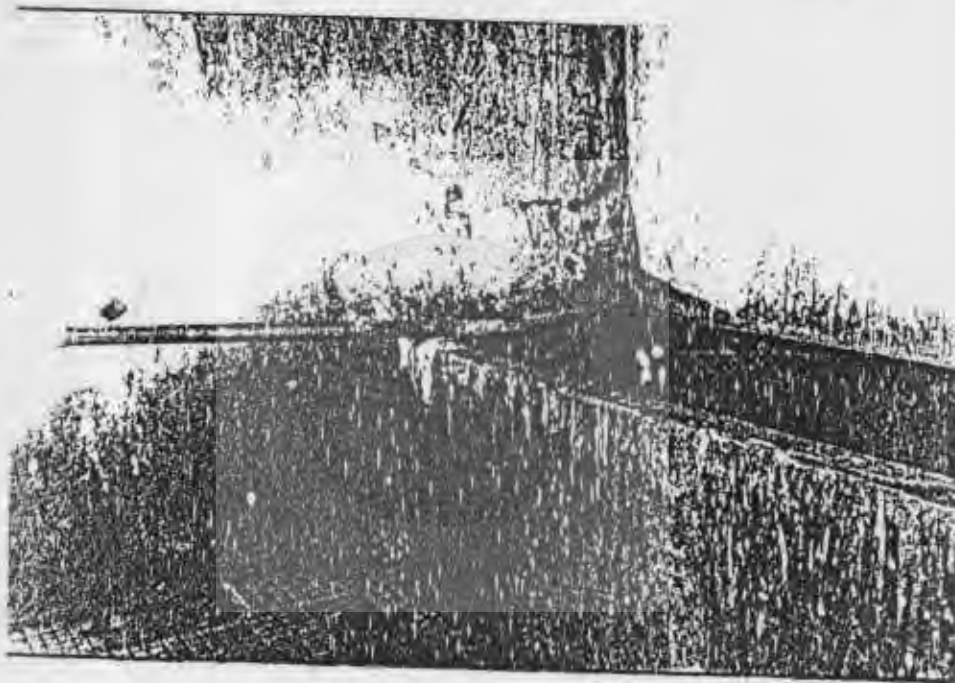
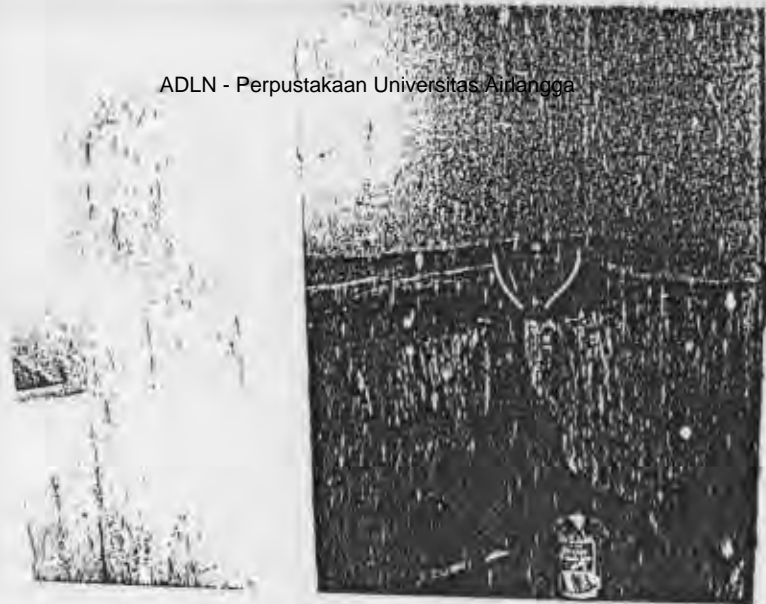
KETERANGAN NOMOR GAMBAR :

1. Rumah KH. Ibrahim Thoyyib (Alm)
2. Rumah Bapak Pimpinan Pondok
3. Gedung perkuliahan/Ruang kuliah Fak. Dakwah dan Syan'ah/Lab. Bahasa
4. Kantor Guru muallimat
5. Asrama mahasiswa
6. Kantor Panitia Ujian Negara putri/Asrama MI. putri/Kantin
7. Masjid Jami'/Majlis Pembimbing Santri Putri/Koperasi Pelajar/Wartel/TU. Putri/Lab.Kom.
8. Aula mu'allimat
9. Ruang tamu utri
10. Garasi
11. Asrama santri putri
12. Toilet
13. Ruang belajar
14. Dapur umum
15. Asrama santri putri
16. Asrama mahasiswi
17. Asrama santri putri
18. Asrama Ustadzah
19. Toilet
20. Asrama santri putri
21. Ruang belajar
22. Ruang belajar
23. Asrama santri putri
24. Asrama santri putri
25. Ruang belajar
26. Asrama mahasiswi
27. Asrama Guru
28. Koperasi pelajar/Lab. Komputer
29. Koperasi Dapur/Kantor Kesiswaan
30. Sekretariat pondok
31. Kantin putra
32. Dapur umum putra
33. Tempat wudlu
34. Masjid Jami' putra
35. Ruang tamu putra/TU. putra/Wartel putra
36. Majlis Pembimbing Santri Putra/ Asrama MI. "Mamba'ul Huda"
37. Asrama santri putra
38. Toilet
39. Aula muallimin/santri putri
40. Asrama santri putra
41. Asrama santri putra/Pengurus Pelajar/Kantor Gerakan Pramuka
42. Ruang belajar
43. Ruang belajar
44. Ruang belajar
45. Toilet
46. Makam/kuburan
47. Asrama mahasiswa
48. Ruang kuliah Fakultas Tarbiyah
49. TK. Al-Manar
50. MI. Manba'ul Huda
51. Balai Kesehatan Santri dan Masyarakat (BKSM)

Lampiran 20 : Foto 9 Buah Kamar Mendi Yang Belum Memakai Pintu







Lampiran : 21

Rangkaian Kegiatan Penelitian

No	W a k t u	K e g i a t a n	K e t e r a n g a n
1	2	3	4
1	28 Juli 2003	Peneliti menemui Pimpinan pondok mengajukan ijin penelitian dengan menyerahkan proposal, menjelaskan tujuan penelitian	Hasilnya : Prinsipnya Pimpinan pondok mengijinkan kemudian peneliti disuruh menemui Ketua Majelis Pembimbing <i>Santri</i>
2	1 - 2 Agust 03	Peneliti menemui ketua Majelis Pembimbing <i>Santri</i> (MPS) dan menjelaskan tentang maksud dan pelaksanaan penelitian ini yaitu pertama <i>pre-test</i> pengetahuan, sikap dan tindakan <i>personal hygiene santri</i> kemudian kedua diadakan pemberdayaan <i>ustadz</i> melalui mini lokakarya dan 2 bulan setelah mini lokakarya diadakan <i>post test</i> . Sampel dalam penelitian 30 <i>santri</i> yang dievaluasi dan 10 <i>ustadz</i> yang diberdayakan. Untuk keperluan <i>pre test</i> peneliti dibantu 10 <i>ustadz</i> untuk mengobservasi tindakan <i>personal hygiene santri</i> .	Hasilnya : 1. Ketua MPS menentukan pelaksanaan <i>pre test</i> dan menunjuk 10 <i>ustadz</i> sebagai observer 2. MPS dan peneliti mengambil sampel 30 <i>santri</i> dari kelas I sampai dengan kelas VI dimana masing - masing kelas diambil 5 orang secara <i>random</i> .
3	22 Agust 03 23-28 Agust 2003	Pelaksanaan <i>pre test</i> Pengetahuan dan sikap <i>personal hygiene</i> 30 <i>santri</i> . Observasi dengan menggunakan daftar tilik tentang cara mencuci rambut, mandi, menggosok gigi, dan mencuci tangan.	Dilaksanakan oleh peneliti dan dibantu 2 orang <i>ustadz</i> Dilaksanakan oleh 10 orang <i>ustadz</i> .
4	5 Sept 2003	2 orang anggota MPS mengadakan pendekatan pada pimpinan pondok bahwa akan diadakan mini lokakarya untuk <i>ustadz</i> pada tanggal 12 September 2003	Pimpinan pondok menandatangani undangan mini lokakarya.

1	2	3	4
5	12 Sept 2003	Pelaksanaan mini lokakarya kesehatan dengan materi terlampir.	Dihadiri oleh 30 orang <i>ustadz</i> .
6	13 Sept 2003	Ketua MPS melaporkan hasil minilokakarya kesehatan kepada pimpinan Pondok	Pimpinan pondok memerintahkan agar hasil tersebut ditindaklanjuti.
7	26 Sept 2003	Peneliti melihat ke pondok untuk mengadakan tindak lanjut dari hasil mini lokakarya	MPS sudah mem-buat 10 program kerja selama 1 tahun
8	10 Okt 2003	Peneliti melihat ke pondok untuk mengadakan tindak lanjut dari hasil mini lokakarya	<i>Ustadz</i> merencanakan dana/sarana untuk perbaikan fasilitas pondok
9	24 Okt 2003	Peneliti melihat ke pondok untuk mengadakan tindak lanjut dari hasil mini lokakarya	<i>Ustadz</i> dan <i>santri</i> membuat media pesan-pesan kesehatan
10	7 Nop 2003	Peneliti melihat ke pondok untuk mengadakan tindak lanjut dari hasil mini lokakarya	<i>Kyai</i> membuat peraturan penggunaan air bersih, kebersihan tempat wudhu, penggunaan jamban, kebersihan asrama dan halaman serta mendelegasikan pengawasannya setiap hari kepada ketua majelis pembimbing <i>santri</i> .
11	14 Nop 2003 15-21 Nop 03	Pelaksanaan post test Pengetahuan dan sikap <i>Personal hygiene</i> 30 <i>santri</i> . Observasi dengan menggunakan ceklis tentang cara mencuci rambut, mandi, menggosok gigi, dan mencuci tangan.	Dilaksanakan oleh peneliti dan dibantu 2 orang <i>ustadz</i> Dilaksanakan oleh 10 orang <i>Ustadz</i> .



Peraturan Tentang Penggunaan Air Bersih

1. Setiap santri bila mar.di harus membawa gayung sendiri.
2. Setiap santri bila mandi dilarang menceburkan diri kaedalam bak mandi.
3. Setiap santri dilarang membuang sabun ke dalam bak mandi.
4. Setiap santri dilarang membilas pakaian danmeletakkan pakaian di dalam bak mandi.

Sanksi :

Bila santri melanggar peraturan diatas diberikan sangsi menguras bak mandi sampai bersih.

Ponorogo, 12 September 2003.

Pimpinan pondok



M. Zainuddin AS, Lc.



Peraturan Tentang Kebersihan/Penggunaan Tempat Wudlu

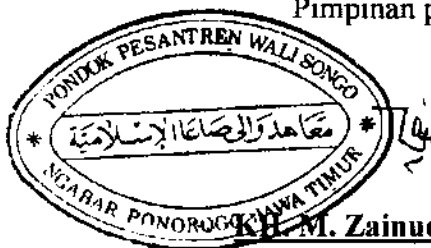
1. Setiap santri bila berwudlu diharapkan menggunakan air kran yang mengalir atau bagi yang tidak menggunakan kran air dengan menggunakan gayung.
2. Setiap santri dilarang mencuci baju, piring, gelas dll. Di tempat wudlu.
3. Setiap santri harus menutup kembali kran air setelah berwudlu.
4. Setiap santri dilarang menaikkan alas kaki di tempat wudlu.

Sanksi :

Bila santri melanggar peraturan di atas diberikan sanksi membersihkan tempat wudlu sampai bersih.

Ponorogo, 12 September 2003.

Pimpinan pondok



M. Zainuddin AS, Lc.



Peraturan Penggunaan Jamban dan Kamar Mandi

1. Setiap santri bila selesai buang hajat harus menyiram jamban sampai bersih.
2. Setiap santri dilarang membuang sampah (bungkus sabun, bekas pasta gigi dll.) di kamar mandi.
3. Kamar mandi harus dikuras 2 kali seminggu (setiap hari Selasa dan Jum'at).
4. Setiap santri dilarang mandi bersama-sama di dalam satu kamar mandi.
5. Setiap santri diharuskan menggunakan alas kaki bila ke kamar mandi atau WC.
6. Setiap santri bila mandi harus membawa peralatan mandi (sabun, handuk, sikat gigi dll.) sendiri-sendiri dan milik sendiri.

Sanksi :

Bila santri melanggar peraturan di atas diberikan sanksi membersihkan jamban dan kamar mandi sampai bersih.

Ponorogo, 12 September 2003.

Pimpinan pondok



M. Zainuddin AS, Lc.



Peraturan Kebersihan Asrama dan Halaman

Setiap santri diharuskan :

1. Menggulung dan merapikan kasur serta tikar setelah bangun tidur.
2. Membersihkan kamar setiap hari.
3. Menyapu halaman dan menyiramnya 2 kali sehari.
4. Memperindah taman.

Setiap Santri dilarang :

1. Membuang sampah di sembarang tempat
2. Menaikkan alas kaki di atas lantai, Mencerat-corek tembok
3. Menempelkan gambar yang tidak sesuai dengan norma pondok
4. Membuat blok atau sekat dalam kamar
5. Merusak perabot kamar (pintu, jendela dll.)

Sanksi :

Bila santri melanggar peraturan diatas diberikan sanksi membersihkan asrama dan halaman sampai bersih.

Ponorogo, 12 September 2003.

Pimpinan pondok



صَوِّمُوا تَصِحُّوا

Berpuasa adalah kaum

niscaya kaum akan sehat

الْعَقْلُ السَّلِيمُ فِي الْجِسْمِ السَّلِيمِ

168

*Akal yang sehat terdapat
pada jiwa yang sehat*

إِنَّ اللَّهَ جَمِيلٌ وَيُحِبُّ الْجَمَالَ

*Sesungguhnya Allah itu indah
dan menyukai keindahan*

كُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا

*Makan dan minumlah kamu
dan jangan berlebih-lebihan*

النُّظَافَةُ مِنَ الْإِيمَانِ

171

Kebersihan itu adalah
sebagian dari iman

الصُّحَّةُ تَأْجُحُ لَا يَرَاهَا إِلَّا الْمَرِيضُ

172

Kesehatan adalah mahkota,
tidak ada yang bisa melihatnya
kecuali hanya orang yang sakit

Lampiran 27 : Poster-poster kesehatan di Pondok Ngabar Ponorogo











Lampiran 28

Hasil Mini Lokakarya Kesehatan

Kelompok I :

1. Peraturan tentang penggunaan air bersih antara lain :

Mandi harus membawa gayung sendiri, bila mandi dilarang menceburkan diri ke dalam bak air, dilarang membuang sabun ke dalam bak mandi, dilarang membilas atau meletakkan pakaian di bak mandi.

2. Peraturan tentang kebersihan atau penggunaan tempat wudlu antara lain :

Berwudlu dengan menggunakan gayung bagi yang tidak menggunakan kran air, dilarang mencuci baju, piring, gelas dan lain-lain di tempat wudlu, menutup kran air setelah berwudlu, dilarang menaikkan alas kaki di tempat wudlu.

3. Peraturan tentang Penggunaan jamban dan kamar mandi antara lain :

Menyiram jamban sampai bersih setelah buang hajat, dilarang membuang sampah (bungkus sabun, pasta gigi dan lain-lain) di kamar mandi, menguras bak mandi 2 kali seminggu yaitu setiap hari selasa dan jum'at, dilarang mandi bersama-sama dalam satu kamar mandi, Selalu menggunakan alas kaki setiap ke kamar mandi atau WC. Membawa peralatan mandi (sabun, handuk, sikat gigi dan lain-lain) sendiri-sendiri dan milik sendiri.

4. Peraturan tentang kebersihan asrama dan halaman antara lain :

Dilarang membuang sampah di sembarang tempat, dilarang menaikkan alas kaki di atas lantai, dilarang mencorat-coret tembok, dilarang menempelkan gambar-gambar yang tidak sesuai dengan norma pondok, dilarang membuat blok atau

sekat di dalam kamar asrama, dilarang merusak perabot kamar (pintu, jendela dan lain-lain). Setiap *santri* diharuskan : Menggulung merapikan kasur dan tikar setelah bangun tidur, membersihkan kamar setiap hari, menyapu halaman dan menyiramnya 2 kali sehari, memperindah taman.

Kelompok II :

Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya *personal hygiene* adalah Membuat 10 (sepuluh) Program Kerja yaitu :

1. Membentuk piket harian setiap kamar
2. Mengontrol dan mengawasi kebersihan kamar dan sekitarnya
3. Mengadakan kebersihan umum 2 kali seminggu setiap hari selasa dan jum'at
4. Menyediakan tempat sampah di setiap kamar,
5. Membuat tempat jemuran yang permanen
6. Memberikan sanksi kepada *santri* yang melanggar kebersihan
7. Mengadakan lomba kebersihan
8. Mengadakan pengontrolan sandal dan peralatan mandi
9. Membuat tempat alas kaki.
10. Bagi *santri* yang menderita gatal dipanggil *ustadz* untuk mandi sabun antiseptik dan dibiarkan selama 15 menit baru dibilas dengan ditunggu *ustadz*.

Kelompok III :

Usaha Pendanaan/sarana tentang pemeliharaan kebersihan diri *santri*

1) Mengadakan iuran Rp 10.000,- setiap santri 2) Tersedianya obat-obat ringan di bagian kesehatan pondok 3) Setiap kamar mandi disediakan kunci dan dibagi penggunaan serta tanggung jawab kebersihannya untuk tiap kamar, 4) Mengajukan anggaran kepada yayasan untuk membuat tandon air besar kemudian disalurkan melalui kran ke setiap kamar mandi.

Kelompok IV :

Membuat Poster dan Pesan pesan Kesehatan

Berupa poster :

1. Gambar orang buang sampah pada tempatnya
2. Gambar rokok disilang
3. Gambar orang menggunakan alas kaki ke mana saja
4. Gambar orang menceburkan diri dalam bak mandi lalu disilang.

Berupa pesan-pesan kesehatan antara lain :

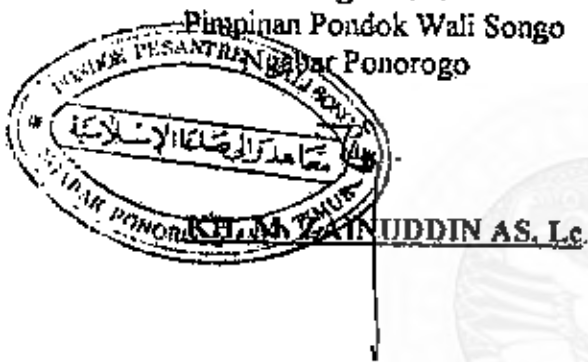
1. Buanglah sampah pada tempatnya
2. Mencegah lebih murah dari pada mengobati
3. Cucilah tangan sebelum dan sesudah makan
4. Merokok dapat merugikan kesehatan
5. Gerakan Jum'at bersih wujud tanggung jawab kita bersama
6. الصحة تاج لا يراها إلا المريض
7. النظافة من الإيمان
8. كلوا واشربوا ولا تسرفوا

9. إن الله جميل ويحب الجمال
10. العقل السليم في الجسم السليم

Ponorogo, 2 September 2003

Mengetahui :

Pimpinan Pondok Wali Songo
Badar Ponorogo



Pencipta


MOHAMAD BADRI