

PERSONAL HIGIENE dalam **PERSPEKTIF ISLAM**

Emy Rianti

UIN



PERSONAL HIGIENE DALAM PERSPEKTIF ISLAM

Penulis : Emy Rianti
Editor : Imam Zaki Fuad
Desain Sampul : Nur Nukmah
Layout : Nounna

ISBN : 978-602-6902-47-4

Penerbit
Cinta Buku Media

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

Cetakan: Ke-1 Agustus 2016

All rights reserved
Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin
tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Bismillāhirrahmānirrahīm

Alhamdulillah, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan disertasi ini, sekaligus menyelesaikan studi program doktoral. Shalawat dan salam semoga selalu tercurah kepada Nabi dan Rasul yang mulia Muhammad Saw beserta segenap keluarga, sahabat serta umatnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa disertasi ini selesai berkat dukungan, bimbingan, arahan, bantuan, motivasi dan doa dari banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dede Rosyada, MA selaku Rektor UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
2. Prof. Dr. Masykuri Abdillah, MA selaku Direktur Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, dan Prof. Dr. Didin Saepuddin, MA selaku Ketua Program Doktor Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, yang telah memberikan perhatian dan dorongan agar penulis cepat menyelesaikan studi ini;
3. Prof. Dr. Ahmad Rodoni, MM yang berkenan menjadi promotor dan pembimbing selama penulisan disertasi, di tengah kesibukan beliau dengan sabar memberikan arahan, koreksi dan mengingatkan penulis agar segera menyelesaikan studi ini, semoga menjadi amal jariyah di sisi Allah Swt;
4. Prof. Dr. dr. MK. Tadjudin, Sp. And selaku promotor kedua, telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan motivasi dalam penyelesaian disertasi ini, di tengah-tengah waktu beliau berobat. Mudah-mudahan bimbingan dan ilmu yang diberikan menjadi amal shaleh di sisi Allah Swt;
5. Prof. Dr. Azyumardi Azra, MA selaku Direktur Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta periode 2007-2015 dan Prof. Dr. Suwito, MA selaku Ketua Program Doktor, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimba ilmu di Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta;
6. Seluruh dosen Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya di kelas, membimbing proposal, memverifikasi dan menguji pada ujian proposal, ujian *Work in Progress* I, II, ujian komprehensif dan ujian pendahuluan, yang juga telah banyak memberikan masukan dan saran, sehingga membuat disertasi ini menjadi lebih baik, diantaranya: Prof. Dr. Abuddin Nata, MA., Prof. Dr. Munzier Suparta, MA., Prof. Dr. Arif Sumantri, M.Kes., Prof. Dr. dr. Buchari Lapau, MPH., Prof. Dr. dr. Nila Djuwita F. Moeloek, Sp. M., Prof. Dr. Amany Burhanudin Lubis, MA., Prof. Dr. Murodi, MA., Prof. Dr. H. M. Atho Mudzhar, MSPD., Prof. Dr. Andi Faisal Bakti, MA., Prof. Dr. R. Mulyadhi Kartanegara, MA., Prof. Dr. Ahmad Thib Raya, MA., Dr. Yusuf Rahman, MA., Dr. Fuad Jabali, MA., Dr. Asep Saepudin Jahar, MA., Prof. Dr. Fathurrahman Djamil, MA.,

- Prof. Dr. Sukron Kamil, MA., Prof. Dr. Yunasril Ali, MA., Prof. Dr. Iik Arifin Mansurnoor, MA., dan Dr. JM. Muslimin, MA;
7. Pimpinan dan staf akademik serta administrasi Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; Bapak Henda, Bapak Feni, Bapak Bambang, Mas Arief, Mba Ima, Mba Vemmy, Mas Jayadi, Mas Haryadi, dkk., terutama Mas Adam yang telah dengan sabar dan telaten memberikan informasi dan bantuan dalam menyelesaikan urusan administratif pada setiap tahap ujian sehingga semua dapat berjalan lancar;
 8. Pimpinan dan Staf perpustakaan Riset Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta serta Pimpinan dan Staf perpustakaan FKM UI Depok;
 9. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta angkatan 2010 dan teman-teman seperjuangan Ibu Ade, Ibu Ning, Ibu Nurma serta adik kelas Ikhwan, Zainal dan Yudhi;
 10. Dr. Nurul Huda Maarif, MA selaku pimpinan Pondok Pesantren Qothrotul Falah Banten, dan Bapak Zarkasih, MA selaku staf Pondok Pesantren Al Hamidiyah Depok yang telah berkenan menyediakan tempat serta sangat kooperatif selama penulis melakukan penelitian;
 11. Ibu Ani Nuraeni S.Kp., M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Jakarta I beserta jajarannya, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti studi doktor di Sekolah Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta melalui jalur izin belajar;
 12. Ibu Dra. Mumun Munigar, MA.Kes selaku ketua jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta I beserta staf. Tidak lupa rekan-rekan Poltekkes Kemenkes Jakarta I, rekan dosen jurusan kebidanan, dosen jurusan keperawatan, dosen jurusan kesehatan gigi dan dosen jurusan ortotik prostetik, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu;
 13. Dr. Agus Triwinarto, SKM, MKM, Kasubbid Gizi dan Kesehatan Keluarga, Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, peneliti sekaligus teman diskusi dan banyak memberikan informasi terkait dengan topik disertasi, juga sahabat Dr. Moh. Asy'ari Muthhar, M.Fil.I dan Dr. Adzan Noor Bakri, SE.Sy., MA.Ek;
 14. Untuk orang_tuaku_tercinta_teriring_do'a, "*Rabbi ighfir li wa li walidayya warhamhuma kama rabbayani shaghira*", tidak terbalas doa dan kasih sayang yang tercurahkan kepada penulis, semoga menjadi jalan mendapat kedudukan mulia dunia dan akhirat dari Allah Swt;
 15. Untuk suami almarhum, "*Allahumma ighfir lahu warhamhu wa'afih wa'fu' anhu*";
 16. Untuk anak-anakku tersayang, yang selalu mendoakan dan memberi dukungan; Muhammad Amin Budiman, SIA., Din Fadhila, SE., Mizan Hasanah, S.Psi., Arief Rahman Saleh, Ety Rena Faulina, Amd.Rad., Ari Sugeng Rizkianto serta cucu Rizki Satria Bagaskara. "*Rabbi ij'alni muqima ashalati wa min dzurriyyati rabbana wa taqabbal du'a*";
 17. Adik-adikku; Nasrun, Syaifullah, Farida, Ramdani, Mirza, Ison, Ayatina, Ayatullah, dan Hijrah;

18. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, namun mempunyai peranan dalam menyelesaikan disertasi ini.

Penulis menyadari bahwa selama mengikuti pendidikan doktor ini, banyak kesalahan dan kekhilafan baik berupa tindakan, sikap maupun perkataan yang sengaja atau tidak. Untuk itu dengan ketulusan hati yang paling dalam, penulis mohon maaf.

Semoga segala bimbingan dan doa yang diberikan semua pihak dengan keikhlasan dan kemurahan hati, akan mendapat balasan dari Allah Swt. *Jazākum Allāh khairā kathirā.*

Akhirnya, semoga disertasi ini mampu memberikan pandangan ilmiah dan sebuah solusi bagi keberlangsungan pondok pesantren di Indonesia bahkan di dunia untuk masa mendatang. *Rabbi zidni 'ilma wa urzuqni fahma.*

Sawangan, Agustus 2016

Penulis,

Emy Rianti



ABSTRAK

Studi ini membuktikan bahwa status kesehatan seseorang atau kelompok ditentukan oleh perilaku individu atau kelompok tersebut terhadap kesehatan. Disertasi ini mendukung model *Contextual Considerations for Behavior Change* dalam teori *Precede-Proceed* yang dikembangkan oleh Lawrence W. Green (2008), modifikasi Marshall W. Kreuter (2000), yang menyatakan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh kesehatan, dan kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu *behavior causes* dan *non behavior causes*.

Hasil temuan disertasi ini menunjukkan bahwa perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan yang ada di pondok pesantren. Kurangnya pelayanan kesehatan yang ada di pondok pesantren Al Hamidiyah dan Qothrotul Falah mempengaruhi terhadap kejadian atau prevalensi skabies di kedua pondok pesantren. Masih rendahnya perilaku personal higiene santri di pondok pesantren Qothrotul Falah merupakan faktor dominan terhadap prevalensi batuk pilek di pondok pesantren Qothrotul Falah. Sedangkan faktor dominan yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene di pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pekerjaan ibu.

Al-Ghazali dan Ibnu Miskawaih menyatakan bahwa etika sebagai bagian dari usaha untuk meningkatkan sikap dan perilaku dalam kehidupan sehari-hari. Teori perilaku kesehatan lain yang mendukung adalah *Health Belief Model* oleh Nancy & Marshall (1974); *Theory of Reasoned Action* oleh Ajzen & Fishbein (1980); *Social Changes Theory* oleh Blum (1974), *Behavioral Change Models* dalam *Social Cognitive Theory* (2010) oleh Bandura sejak tahun 1971; *Behavior Intention Theory* oleh Snehendu Kar (1988); *Thoughts and Feelings Theory* dari WHO (1990); dan *Bloom's Taxonomy* (1956), yang menyatakan bahwa terbentuknya perilaku dimulai pada domain kognitif berupa pengetahuan, yang menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap, dan pada akhirnya menimbulkan respon lebih tinggi berupa tindakan. Disertasi ini sejalan dengan para pakar kebersihan Islam Yusuf Al Qaradhawi (2004) dalam *Fikih Thaharah*, Wahbah Az Zuhaili (2011) dalam *Fikih Islam*, Aburrahman dalam *Konsep Kebersihan Dalam Islam*. Mereka merumuskan bahwa Agama lain tidak memiliki fokus yang melebihi Islam terhadap kebersihan.

Desain penelitian ini adalah *Sequential Explanatory Design*, metode gabungan *cross sectional design* dan *ethnography design*. menggunakan data primer, melibatkan 97 responden, studi komparasi antara 56 santri dari pondok pesantren Al Hamidiyah dan 41 santri dari pondok pesantren yang menggunakan kulah sebagai salah satu sumber air. Data diolah dan dianalisis dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.

ABSTRACT

This study proves that the health status of a person or group is determined by the behavior of individuals or groups to health itself. This dissertation support the contextual considerations for behavior change model in *Precede-Proceed theory* which developed by Lawrence W. Green (2008), modified by Marshall W. Kreuter (2000), which stated that the quality of life is determined by the health, and the health of individuals or societies affected by two main factors, which are behavior causes and non behavior causes.

The findings of this dissertation shows that personal hygiene behavior of students in Al Hamidiyah and Qothrotul Falah boarding school still low . This happens due to lack of health care in boarding school. Lack of personal hygiene behavior becomes the dominant factor to its high prevalence of scabies in Al Hamidiyah and Qothrotul Falah boarding school. The lack of personal hygiene behavior in Qothrotul Falah boarding school is also a dominant factor to the high prevalences of cough and cold in Qothrotul Falah boarding school. While the low personal hygiene behavior of students in Al Hamidiyah boarding school is associated with working mothers.

Al-Ghazali and Ibn Miskawayh stated that ethics as part of efforts to improve attitudes and behavior in everyday life. Another health behavior theory which supports are the *Health Belief Model* by Nancy & Marshall (1974); *Theory of Reasoned Action* by Ajzen & Fishbein (1980); *Changes Social Theory* by Blum (1974), *Behavioral Change Models in the Social Cognitive Theory* (2010) by Bandura since 1971; *Behavioral Intention Theory* by Snehendu Kar (1988); *Thoughts and Feelings Theory of WHO* (1990); and *Bloom's Taxonomy* (1956), which stated that the formation of the cognitive behavioral domain began in the form of knowledge, which cause a response in the form of inner attitudes, and ultimately lead to higher response in the form of action. This dissertation is in line with Islamic hygiene experts Yusuf Al Qaradhawi (2004) in *Fikih Thaharah*, Wahbah Az Zuhaili (2011) in *Islamic Fikih*, Aburrahman in *Cleanliness Concept in Islam*. They theorized that another religion does not have the focus that exceeds Islam on cleanliness.

This study design is sequential explanatory design, method which combine cross sectional design and ethnography design. using primary data, which involving 97 respondents, comparative study among 56 students of pesantren Al Hamidiyah and 41 students of the boarding school that uses bath pool as one source of water. The data is processed and analyzed by quantitative and qualitative approaches.

ملخص البحث

تهدف هذه الدراسة لإثبات أن الحالة الصحية لفرد أو مجموعة ما تتوقف على سلوك ذلك الفرد أو المجموعة تجاه الصحة. إن هذه الرسالة تهدف إلى تعضيد النموذج الذي يعتمد الاعتبارات السياقية لتغيير السلوك من خلال نظرية استبقي واعمل الذي تطور بفضل العالم لورنس و كرين (2008) والذي عدله مارشال وكرويتير (2000) والذي يثبت أن كيفية الحياة تحدها صحة الانسان. وأن صحة الانسان سواء كان فردا أو مجتمعا يحددها عاملان أساسيان وهما عوامل سلوكية وعوامل غير سلوكية.

وتشير نتيجة هذا البحث إلى أن انخفاض السلوك الصحي الشخصي لطلاب المعهد الحميدية وقطرة الفلاح مرتبط بانخفاض الخدمات الصحية في ذا المعهد السلوك الصحي الوقائي الشخصي المنخفض يشكل العامل الأساسي لارتفاع مؤشر وجود مرض الحرب في المعهد الحميدية وقطرة الفلاح. وكذلك انخفاض السلوك الصحي الشخصي لطالب المعهد الحميدية يرتبط يكون الأم تعمل خارج البيت. في حين ان السلوك الصحي الشخصي المنخفض كذلك يمثل العامل الأساسي لارتفاع وجود السعال والبرد في المعهد قطرة الفلاح.

الغزالي وابن مسكويه تنص على أن الأخلاق كجزء من الجهود المبذولة لتحسين المواقف و السلوك في الحياة اليومية. كذلك تعضد هذا البحث نظرية أخرى للسلوك الصحي و هي نموذج الاعتقاد الصحي لكل من نانسي ومارشال (1974) وكنا نظرية الفعل العقلاني لكل من أزجان و فيشبين (1980) ونظرية التغيرات الاجتماعية لبوم (1974) نماذج التغيير السلوكي من خلال نظرية الإدراك الاجتماعي (2010) للعالم بندورا منذ (1971) وكذا نظرية القصد السلوكي ل سنهندو كار (1988) وكذا نظرية أفكار وأحاسيس ل هو (1990) وكذا تصنيف بلوم (1956) والتي تقول أن شكل السلوك يبدأ من الإدراك المعرفي للشخص الذي يحدث تجاوبا باطنياً في صورة سلوك، ولاحقا يحدث تجاوبا أعلى في صورة فعل. وتتماشى هذه الرسالة مع دعوة الشخصيات الإسلامية للنظافة مثل القرضاوي (2004) في فقه الطهارة، وهبة الزحيلي (2011) في فقه الإسلام، وكذا أحمد الطيب رايا وأبو الرحمن في مفهوم النظافة في الإسلام حيث يبينون أن الديانات غير الإسلام لا تفوقه في التركيز على عامل النظافة.

تصميم هذا البحث يتمثل في تصميم التوضيح التسلسلي بالإضافة إلى طريقة تصميم عبر الأقسام وتصميم الإثنيات، حيث استعملت فيه المعطيات الأولية لأكثر من 97 مشارك و56 طالب من المعاهد الحديثة و41 طالب من المعاهد التي تستعمل الأحواض كأحد الموارد المائية. وتمت معالجة المعطيات وتحليلها بالطرق الكمية والكيفية.

PEDOMAN TRANSLITERASI

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

A. Konsonan

| Initial | Romanization | Initial | Romanization |
|---------|--------------|---------|--------------|
| ا | omit | ض | ḍ |
| ب | b | ط | ṭ |
| ت | t | ظ | ẓ |
| ث | th | ع | ‘ |
| ج | j | غ | gh |
| ح | ḥ | ف | f |
| خ | kh | ق | q |
| د | d | ك | k |
| ذ | dh | ل | l |
| ر | r | م | m |
| ز | z | ن | n |
| س | s | ه, ة | h |
| ش | sh | و | w |
| ص | ṣ | ى | y |

B. Vokal

1. Vokal Tunggal

| Tanda | Nama | Huruf Latin | Nama |
|-------|--------|-------------|------|
| ◌َ | fathāh | a | a |
| ◌ِ | kasrah | i | i |
| ◌ُ | ḍammah | u | u |

2. Vokal Rangkap

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

Contoh : حَسِين : Ḥusain, حَوْل : Ḥaul.

3. Vokal Panjang

| Tanda | Nama | Gabungan Huruf | Nama |
|-------|-----------------|----------------|---------------------|
| آ | fathāh dan alif | ā | a dan garis di atas |
| ي | kasrah dan ya | ī | i dan garis di atas |
| و | ḍammah dan wau | ū | u dan garis diatas |

C. Tā' marbūṭah (ة)

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

Contoh : امرأة : Mar'ah, مدرسة : Madrasah

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

D. Shaddah

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

Contoh : ربنا : Rabbana, شوال : Shawwāl.

E. Kata Sandang Alif + Lām

1. Apabila diikuti dengan huruf qamariyah ditulis al.

Contoh : القلم : al-Qalam

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

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

F. Pengecualian Transliterasi

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

DAFTAR TABEL

| | Halaman | |
|------------|---|-----|
| Tabel 3.1 | Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah | 79 |
| Tabel 3.2 | Distribusi Responden berdasarkan Jenis kelamin | 80 |
| Tabel 3.3 | Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit | 81 |
| Tabel 3.4 | Distribusi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku | 82 |
| Tabel 3.5 | Karakteristik Orang Tua Responden | 83 |
| Tabel 3.6 | Prevalensi Penyakit di Pesantren Al Hamidiyah | 85 |
| Tabel 3.7 | Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah | 86 |
| Tabel 3.8 | Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin | 87 |
| Tabel 3.9 | Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekuensi Sakit | 88 |
| Tabel 3.10 | Distribusi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku | 89 |
| Tabel 3.11 | Karakteristik Orang Tua Responden | 90 |
| Tabel 3.12 | Prevalensi Penyakit di Pesantren Qothrotul Falah | 91 |
| Tabel 4.1 | Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Al Hamidiyah | 95 |
| Tabel 4.2 | Pengetahuan dengan Perilaku | 103 |
| Tabel 4.3 | Sikap dengan Perilaku | 109 |
| Tabel 4.4 | Pendidikan Ibu dengan Perilaku | 113 |
| Tabel 4.5 | Pendidikan Ayah dengan Perilaku | 117 |
| Tabel 4.6 | Pekerjaan Ibu dengan Perilaku | 118 |
| Tabel 4.7 | Pekerjaan Ayah dengan Perilaku | 119 |
| Tabel 4.8 | Pendapatan Keluarga dengan Perilaku | 120 |
| Tabel 4.9 | Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku | 122 |
| Tabel 4.10 | Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku | 124 |
| Tabel 4.11 | Prevalensi Skabies dengan Perilaku | 125 |
| Tabel 4.12 | Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku | 126 |
| Tabel 4.13 | Prevalensi Diare dengan Perilaku | 127 |
| Tabel 4.14 | Prevalensi Demam dengan Perilaku | 128 |
| Tabel 4.15 | Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku | 130 |
| Tabel 4.16 | Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana | 131 |
| Tabel 4.17 | Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Al Hamidiyah | 132 |
| Tabel 4.18 | Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku di Pesantren Qothrotul Falah | 133 |
| Tabel 4.19 | Pengetahuan dengan Perilaku | 134 |
| Tabel 4.20 | Sikap dengan Perilaku | 135 |
| Tabel 4.21 | Pendidikan Ibu dengan Perilaku | 136 |
| Tabel 4.22 | Pendidikan Ayah dengan Perilaku | 137 |
| Tabel 4.23 | Pekerjaan Ibu dengan Perilaku | 138 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Tabel 4.24 | Pekerjaan Ayah dengan Perilaku | 139 |
| Tabel 4.25 | Pendapatan Keluarga dengan Perilaku | 140 |
| Tabel 4.26 | Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku | 141 |
| Tabel 4.27 | Prevalensi Gatal-gatal dengan Perilaku | 142 |
| Tabel 4.28 | Prevalensi Skabies dengan Perilaku | 143 |
| Tabel 4.29 | Prevalensi Batuk Pilek dengan Perilaku | 144 |
| Tabel 4.30 | Prevalensi Diare dengan Perilaku | 145 |
| Tabel 4.31 | Prevalensi Demam dengan Perilaku | 146 |
| Tabel 4.32 | Prevalensi Penyakit Lain dengan Perilaku | 147 |
| Tabel 4.33 | Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana | 148 |
| Tabel 4.34 | Hasil Analisis Multivariat di Pesantren Qothrotul Falah | 149 |
| Tabel 5.1 | Perbedaan Skor Pengetahuan, Sikap dan Perilaku | 152 |
| Tabel 5.2 | Perbedaan Rata-rata Umur, Jumlah Teman Sekamar, Lama Tinggal di Pesantren dan Frekwensi Sakit | 153 |
| Tabel 5.3 | Perbedaan <i>Predisposing Factors</i> | 154 |
| Tabel 5.4 | Perbedaan <i>Reinforcing Factors</i> | 155 |
| Tabel 5.5 | Perbedaan <i>Enabling Factor</i> | 156 |
| Tabel 5.6 | Perbedaan <i>Environment Factors</i> | 157 |
| Tabel 5.7 | Perbedaan dan Persamaan Faktor yang Berpengaruh | 159 |
| Tabel 5.8 | Perbandingan Reinforcing Factors | 161 |
| Tabel 5.9 | Perbandingan Enabling Factor | 162 |
| Tabel 5.10 | Perbandingan Environment Factors | 164 |
| Tabel 5.11 | Perbedaan dan Persamaan Faktor Dominan | 166 |



DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 1.1 Kerangka Konsep Penelitian | 22 |
| Gambar 2.1 Contextual Considerations for Behavior Change: Intervention/ Method Selection | 60 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|------------------------------------|---------|
| Lampiran 1 Kuesioner Penelitian | 197 |
| Lampiran 2 <i>Informed Consent</i> | 205 |



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

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

وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا رَحْمَةً لِّلْعَالَمِينَ

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

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

وَتِيَابَكَ فَطَهِّرْ

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

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

فِيهِ رِجَالٌ يُحِبُّونَ أَن يَتَطَهَّرُوا وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُطَهَّرِينَ

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

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

إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ

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

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

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

النَّظَافَةُ تَدْعُو إِلَى الْإِيمَانِ

“Bersuci adalah separuh dari keimanan”²

Terdapat 162 hadits dalam kitab *tahārah* yang membahas tentang kebersihan.³ Dari sekian banyak hadis tersebut, terdapat dua pendapat ulama yang masyhur tentang makna bersuci: *pertama*, bersuci diartikan dengan bersuci dari najis atau kotoran maknawi, yaitu dosa-dosa, baik dosa batin maupun dosa lahir. Iman ada dua bentuk, yaitu meninggalkan dan melakukan, maka tatkala sudah meninggalkan dosa-dosa berarti sudah memenuhi separuh iman. *Kedua*, bersuci diartikan bersuci menggunakan air. Bersuci dengan air ada dua macam, yaitu bersuci dari hadas kecil dan hadas besar. Bila bersuci diartikan dengan suci dari hadas kecil dan hadas besar, maka yang dimaksud dengan iman adalah shalat. Jadi bersuci itu separuh dari shalat. Oleh sebab itu, *tahārah* dikedepankan daripada shalat. *Tahārah* menjadi kunci dari ibadah shalat. Kunci surga adalah shalat dan kunci shalat adalah bersuci.⁴ Abu Hurairah ra meriwayatkan hadis dari Rasulullah Saw, Nabi bersabda:

لَا تُقْبَلُ صَلَاةٌ أَحَدِكُمْ إِذَا أَحْدَثَ حَتَّى يَتَوَضَّأَ

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

Tahārah menurut arti bahasa adalah bersih dan suci dari najis *hissi* seperti kencing, dan najis ma’nawi seperti aib dan maksiat. Adapun *tahārah* menurut istilah *syara’* adalah bersih dari najis *haqiqi* yaitu *khabath* (kotoran) dan najis

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

³ Sofyan Efendi, Kitab Hadits Bulughul Maram Min Adillatil Ahkam oleh Al-Hafidz Ibnu Hajar Al-Ashqolani. *Kitab Tahārah*. HaditsWeb: Gema Insani Press: sofyannadinah.cc, <http://opi.110mb.com>, 2007.

⁴ Yusuf al-Qaradhawi, *Fikih Thaharah*. Edisi Indonesia. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar, 2004. Hal 11.

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

ḥukmi (hadas). *Khabath* adalah sesuatu yang kotor menurut *syara'*. Hadas adalah sifat *syara'* yang melekat pada anggota tubuh dan dapat menghilangkan *ṭahārah*.⁶

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

Menurut para ulama, *ṭahārah* dibagi menjadi dua, yaitu; *pertama, ṭahārah hadath* atau menyucikan hadas yang dikhususkan pada badan. *Ṭahārah* jenis ini terbagi menjadi tiga macam, yaitu: bersuci dengan cara mandi untuk menghilangkan hadas besar, bersuci dengan cara wudhu untuk menghilangkan hadas kecil, serta bersuci dengan tayammum sebagai ganti apabila tidak dapat melakukan mandi atau wudhu. *Kedua, ṭahārah kabats* atau menyucikan kotoran yang terdapat pada badan, pakaian, dan tempat. Cara bersuci ini dapat dilakukan dengan cara membasuh, mengusap, atau memercikkan air.⁸

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

Pesantren merupakan sebuah institusi pendidikan dan penyiaran Islam. Pesantren tidak hanya mengandung makna keislaman jika dilihat dari segi historis, tetapi juga keaslian (*indigenous*) Indonesia.¹¹ Lembaga serupa telah ada pada masa kekuasaan Hindu-Budha sebagai tempat untuk memperdalam ilmu agama. Ketika Islam datang, lembaga pesantren masih dipertahankan dan diteruskan dan diislamkan. Istilah pesantren berasal dari kata 'santri' dengan tambahan awalan 'pe' dan akhiran 'an' yang berarti tempat tinggal para santri. Menurut Johns, kata

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

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

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

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

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

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

santri berasal dari bahasa Tamil yang berarti 'guru mengaji'. Menurut C.C Berg, terma tersebut berasal dari istilah '*shastri*' yang dalam bahasa India berarti orang yang tahu buku-buku suci agama Hindu, atau seorang sarjana ahli kitab suci agama Hindu. Menurut Robson, kata santri berasal dari bahasa Tamil '*sattiri*' yang diartikan orang yang tinggal di sebuah rumah miskin atau bangunan keagamaan secara umum. Santri dalam tradisi masyarakat Jawa umumnya adalah orang-orang miskin sehingga kehidupannya dikenal sangat sederhana.¹²

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

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

Pesantren pada mulanya merupakan pusat penggemblengan nilai-nilai dan penyiaran agama Islam. Namun dalam perkembangannya, kini pesantren tidak lagi berkuat pada kurikulum yang berbasis keagamaan (*regional-based curriculum*), tetapi juga kurikulum yang menyentuh persoalan masyarakat (*society-based curriculum*). Pesantren sebagai sampel institusi pendidikan yang mengemas dua lingkup pendidikan formal dan non-formal dalam satu durasi kurikulum *full-time*, terbukti sangat kontributif terhadap pengembangan pendidikan Indonesia, dan bahkan juga terhadap pengembangan idealisme pendidikan nasional. Terlepas beragamnya corak pesantren yang tersebar di seluruh Indonesia, secara umum bahwa spesialisasi dan keahlian dominan para alumni pesantren kebanyakan berpusat pada cabang-cabang ilmu ke-Islaman dan penguasaan bahasa Arab. Cikal-bakal inilah yang mendorong dipilihnya beberapa universitas di Timur Tengah sebagai salah satu kelanjutan studi terbesar bagi alumni pesantren. Peran dan

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

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

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

kontribusi alumni mahasiswa Indonesia di Timur Tengah telah mengakar panjang sejak abad ke-17 hingga sekarang. Abad ke-17 hingga awal abad ke-19 telah tercatat nama-nama Hamzah Fansuri, Nuruddin ar-Raniri, Abdul Rauf Singkili, Yussuf Makassar, Abdul Samad Palimbani, Khatib Minangkabawi, Nawawi al-Bantani, Arsyad al-Banjari dan lain-lain, yang merupakan peletak pembaruan Islam di Nusantara. Sosok-sosok ini telah melahirkan karya-karya besar di bidang Fiqih, Tafsir, Hadis, dan Tasawuf. Citra intelektual dan ekspansi karya sosok-sosok ini bukan hanya sebatas taraf domestik nusantara, tapi juga sampai diakui di kawasan Timur Tengah. Akhir abad ke-19 hingga abad ke-20 kita juga mengenal profil-profil seperti Ahmad Dahlan, Hasyim Asy'ari, Wahid Hasyim, Buya Hamka, Ilias Jacob, Mahmud Junus, Abdul Kahar Mudzakkir, Mughtar Lutfi, M. Rasjidi, Harun Nasution, Jusuf Sa'ad, dan lain-lain. Sosok-sosok mereka merupakan pondasi besar bagi citra intelektual Indonesia di Mesir dan di Timur Tengah secara umum. Beberapa dari mereka adalah motor kesadaran politik bagi mahasiswa Indonesia di Mesir, sekaligus sebagai sumber simpati masyarakat Timur Tengah terhadap martabat intelektualitas Indonesia. Sosok mereka bisa mendorong pengakuan Mesir dan Liga Arab terhadap kemerdekaan Indonesia.¹⁵

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

Tujuan pendidikan di pondok modern menurut K.H. Imam Zarkasyi, ialah kemasyarakatan. Pokok-pokok yang dapat dijadikan dasar untuk merumuskan tujuan yang dimaksud yaitu sebagai berikut: *pertama*, pondok pesantren mendidik santri bukan untuk menjadi pegawai, camat, bupati, pejabat negara atau militer; *kedua*, pondok modern bukan lembaga pendidikan yang mempersiapkan santri untuk memasuki perguruan tinggi; *ketiga*, pondok modern mempersiapkan para santri untuk memasuki kehidupan bermasyarakat; *keempat*, pondok modern sedikit menekankan ilmu keguruan mengingat hajat masyarakat akan tenaga guru masih besar, yaitu setiap orang memberi bimbingan kepada orang lain dalam berbagai lapangan perjuangan dan penghidupan.¹⁷

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

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

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

Istilah pondok pesantren modern pertama kali diperkenalkan oleh pondok modern Gontor. Istilah modern berkonotasi pada nilai-nilai ke-modern-an yang positif seperti disiplin, rapi, tepat waktu, kerja keras; termasuk nilai modern yang bersifat fisik yang tergambar dalam cara berpakaian santri dengan simbol dasi, jas, dan rambut pendek ala militer. Pondok pesantren modern memiliki konotasi yang bermacam-macam, tidak ada definisi dan kriteria pasti tentang pondok pesantren yang memenuhi atau patut disebut pesantren modern. Namun demikian, beberapa unsur yang menjadi ciri khas pondok pesantren modern (*khalafiyah* atau *'ashriyah*) adalah sebagai berikut: *pertama*, penekanan pada bahasa Arab percakapan; *kedua*, memakai buku-buku literatur bahasa Arab kontemporer, bukan klasik atau kitab kuning; *ketiga*, memiliki sekolah formal di bawah kurikulum pendidikan nasional dan atau Kementerian Agama dari MI/SD MTS/SMP MA/SMA maupun sekolah tinggi; *keempat*, tidak lagi memakai sistem pengajian tradisional seperti sorogan, wetonan, dan bondongan. Demikian sebaliknya, yang dimaksud dengan pondok pesantren tradisional (salaf atau salafiyah) adalah yang masih murni memakai buku-buku klasik atau kitab kuning atau *kutub at-turats* sebagai literatur.¹⁸ Namun sistem pondok pesantren modern bukan tanpa kritik, salah satu kritikan adalah lemahnya santri modern pada penguasaan kitab kuning klasik (*kutub at-turats*), dan terlalu terfokus pada penguasaan bahasa Arab modern dan ringan. Berangkat dari kritikan ini, maka banyak pesantren tidak langsung meniru bulat-bulat sistem ini, sebagian mengambil jalan tengah dengan mengkombinasikan dua sistem yang berbeda, yaitu sistem salaf dan modern sekaligus.

Terdapat 27.230 pondok pesantren tersebar di seluruh Indonesia, dengan populasi pondok pesantren terbesar berada di pulau Jawa yaitu 78,60%. Adapun rincian sebaran antara lain di Jawa Barat 28,00%, Jawa Timur 22,05%, Jawa Tengah 15,70% dan Banten 12,85%. Berdasarkan tipologi pondok pesantren, terdapat sebanyak 53,10% pondok pesantren salafiyah dan 28,38% khalafiyah/'ashriyah serta 5.044 (18,52%) pondok pesantren kombinasi. Data tersebut menunjukkan bahwa pondok pesantren yang ada di Indonesia sebagian besar masih pada tipologi salafiyah, yang pembelajarannya masih murni mengaji dan membahas kitab kuning. Sebagian lain sudah modern dengan pengembangan pembelajaran ilmu sains, dan sebagian lagi mengkombinasikan pembelajaran kitab kuning dan ilmu sains serta ilmu pengetahuan dan teknologi.¹⁹

Jumlah santri pondok pesantren secara keseluruhan adalah 3.759.198 orang, yang terdiri dari 50,19% santri laki-laki dan 49,81% santri perempuan. Jumlah santri berdasarkan kategori tinggal, terdapat 79,93% orang santri mukim, sedangkan santri tidak mukim berjumlah 20,07%, dan berdasarkan kategori mukim di pulau Jawa, urutan terbanyak di Jawa Timur 95,45%, Jawa Barat 91,52%, Banten 79,92% dan Jawa Tengah 69,12%. Sedangkan untuk di luar Jawa hanya sebagian kecil saja yang mukim (40-60%), kecuali pada provinsi Jambi 86,38%,

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

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

Sulawesi Utara 100%, dan Maluku 100%. Berdasarkan kategori tinggal dapat dilihat bahwa sebagian besar santri yang mendapat pendidikan di pondok pesantren adalah bermukim. Hal ini dikarenakan memang dalam pembelajaran di pondok pesantren, waktu belajar adalah hampir 24 jam penuh. Mulai dari santri bangun tidur, sekolah formal, mengerjakan aktifitas lain sampai santri tidur, bangun malam dan tidur kembali, terus dalam pengawasan dan pembinaan pondok pesantren sehingga umumnya santri diharuskan untuk mukim.

Beberapa penyakit yang sering muncul di pondok pesantren adalah: *pertama*, gatal-gatal dan skabies atau gudiken. Skabies merupakan penyakit yang paling sering dan paling banyak terjadi di pondok, sehingga dikatakan penyakitnya anak pondok. Sampai ada ungkapan bahwa belum afdal bagi seseorang yang nyantri di pondok pesantren bila belum terkena gudiken, ditambah lagi rasa malu memberi tahu sakitnya terutama wanita; *kedua*, Sesak napas; *ketiga*, demam; *keempat*, pingsan; *kelima*, batuk pilek; *keenam*, penyakit lainnya seperti gastritis/maag berupa lambung nyeri, kembung, dan panas, nyeri umum seperti sakit gigi, sakit bengkak, sakit luka, dan nyeri kolik yang hilang muncul dan sangat sakit ketika muncul seperti nyeri haid, mules mencret dan nyeri infeksi saluran kencing.²⁰

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

Salah satu cara penularan penyakit adalah melalui kulit. Penyakit kulit dapat disebabkan oleh jamur, virus, bakteri, parasit, kutu, dan serangga. Salah satu penyakit kulit yang disebabkan oleh parasit adalah skabies. Skabies atau dalam

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

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

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

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

Secara umum permasalahan kesehatan di pondok pesantren cukup banyak, antara lain: *pertama*, berkaitan dengan kesehatan lingkungan; sampah yang berserakan di lingkungan pesantren, lantai asrama jarang dipel, air limbah tidak mengalir ke dalam got sehingga menjadi sarang nyamuk, bak mandi jarang di kurus, saluran air mandi tersumbat oleh sampah, dan kasur tidak dijemur; *kedua*, berkaitan dengan masalah tingkah laku; piring tidak segera dicuci sebelum dan sesudah makan, sisa makanan yang berserakan di asrama, pakaian yang sudah digunakan bergantung di dalam asrama, santri tidur di lantai tanpa selimut dan alas tidur, ember sabun, sepatu dan sandal diletakkan sembarangan di dalam asrama, bantal sering dipakai bersama-sama, menghidangkan makanan tidak ditutup, tidak mencuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar (BAB), WC tidak disiram sampai bersih, dan pakaian basah dijemur di dalam asrama; *ketiga*, berkaitan dengan masalah gizi; mie dijadikan makanan pokok, menu makanan kurang bervariasi, santri tidak sarapan pagi, mengambil porsi makanan yang tidak sesuai; *keempat*, berkaitan dengan masalah sarana dan prasarana; ruang asrama tidak sesuai dengan jumlah penghuni, kurangnya obat-obat ringan dan P3K, kurangnya tempat menjemur pakaian.

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

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

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

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

menunjukkan bahwa belum sepenuhnya nilai-nilai ajaran dan pemikiran Islam tentang kesehatan diamalkan.²⁶

Menurut Mustain etika sebagai pengobatan ruhani sama pentingnya dengan kedokteran untuk memelihara kesehatan jasmani. Kepentingan sebagai pengobatan melalui metode perawatan dapat dipraktikkan, baik dalam kedokteran maupun filsafat moral. Metode pengobatan atau filsafat moral sama halnya dengan metode kedokteran yang bersifat preventif dan kuratif.²⁷ Ibnu Miskawaih menyatakan bahwa perawatan tubuh dibagi menjadi dua, yaitu memelihara dan mengobati. Demikian juga dalam perawatan mental, yakni menjaga kesehatan agar tidak sakit, dan berusaha memulihkannya bila telah hilang dengan cara mengobatinya. Al-Ghazali mencontohkan adanya keadaan sehat dan sakit pada badan adalah dalam rangka menjelaskan kondisi sehat dan sakitnya jiwa. Pada dasarnya sebuah kesehatan badan berada pada tahapan normalitas kondisinya dan sakit badan yang bersumber dari kecenderungan kondisi badan untuk selalu menjauhi ranah normalitas.²⁸ Demikian pula normalitas yang ada pada akhlaq juga merupakan gambaran kesehatan jiwa dan sebuah kecenderungan untuk selalu menjauhi normalitas, yang dalam hal ini merupakan gambaran dari sebuah penyakit atau gangguan.

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

Personal hygiene atau personal higiene atau kebersihan perorangan atau kebersihan diri adalah suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.³⁰ Menurut Horton dan Parker tahun 2002, secara historis kebersihan yang baik dilihat sebagai hal penting untuk mencegah penyebaran penyakit. Menurut Switzer tahun 2001, ketika kita tidak lagi mampu melakukan kebersihan pribadi dengan cara yang kita inginkan, perasaan kita baik secara sosial dan psikologis akan berkurang. Secara komprehensif

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

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

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

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

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

kebersihan personal dimaksudkan adalah meningkatkan dan memelihara kesehatan mulut, mata, telinga, kaki dan kuku, rambut dan genitalia, mandi dan perawatan kulit.³¹

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

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

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

Upaya pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat di semua tatanan perlu ditingkatkan. Hal ini dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan memerangi penyakit menular.³⁴ Derajat kesehatan santri perlu ditingkatkan

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

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

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

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

dengan cara meningkatkan pengetahuan santri tentang kesehatan, khususnya tentang penyakit menular sehingga diharapkan ada perubahan sikap dan diikuti dengan perubahan perilaku, yang hasil akhirnya dapat menurunkan angka kesakitan terutama penyakit menular di pondok pesantren.

Dasar penyelenggaraan pendidikan dan pemeliharaan kesehatan di pondok pesantren tercantum dalam Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, pasal 31 ayat 1 yang menyatakan bahwa “tiap-tiap warga negara berhak mendapat pengajaran”.³⁵ Hal ini juga tercantum dalam Undang Undang Negara Republik Indonesia tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional,³⁶ Undang Undang Negara Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 4 menyatakan bahwa “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal”, dan pasal 5 menyatakan, “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya”.³⁷ Keputusan bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Agama Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tahun 2002 tentang peningkatan kesehatan pada pondok pesantren dan institusi keagamaan lainnya.³⁸ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 tentang pedoman penyelenggaraan dan pembinaan pos kesehatan pesantren.³⁹

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

Allah Swt berfirman dalam surah Muhammad ayat 7:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَنصُرُوا اللَّهَ يَنصُرْكُمْ وَيُثَبِّتْ أَقْدَامَكُمْ

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

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

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

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

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

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

B. Permasalahan

1. Identifikasi Masalah

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

- a. Rendahnya derajat kesehatan santri di pondok pesantren.
- b. Kurangnya pemahaman, sikap dan perilaku santri terhadap kebersihan diri di pondok pesantren.
- c. Tingginya prevalensi penyakit skabies dan gatal-gatal pada santri di pondok pesantren.
- d. Rendahnya informasi tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku personal higiene santri di pondok pesantren.
- e. Belum ada model perilaku personal higiene bagi santri di pondok pesantren untuk dijadikan pedoman praktik kebersihan diri.
- f. Belum ada pedoman pengelolaan akses air bersih bagi pondok pesantren sebagai dasar penggunaan air bersih, baik berdasarkan sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air untuk keperluan sehari-hari.

2. Pembatasan Masalah

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

3. Perumusan Masalah

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

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

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

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

2. Manfaat Metodologis

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

3. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat secara aplikatif bagi:

a. Penyusun Kebijakan dan Pengelola Program

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagi kementerian terkait: kementerian kesehatan, kementerian agama, dan kementerian pendidikan tentang faktor risiko terhadap perilaku personal

higiene santri di pondok pesantren. Hasil ini dapat memberikan pemahaman yang komprehensif dalam menangani santri yang beresiko di pondok pesantren. Diharapkan para pembuat kebijakan dapat bekerja secara sinergis dalam memberikan pelayanan dan program penanganan untuk kepentingan menekan faktor risiko, guna meningkatkan derajat kesehatan santri di pondok pesantren.

b. Bagi Pondok Pesantren

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

E. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

1. Penelitian yang terkait dengan Personal Higiene

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

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

- b. Penelitian: *Menstrual Hygiene among Adolescent Schoolgirls in Mansoura Egypt*.⁴¹ Desain: *Study a crossectional survey* Studi pada 664 anak sekolah berusia 14-18 tahun. Hasil: (1) Signifikan dari penggunaan sanitary pad adalah ketersediaan media massa. (2) Penggunaan pembalut meningkat pada kelas sosial tinggi dan menengah dan tempat tinggal perkotaan, tapi tidak di antara gadis-gadis dari keluarga pedesaan dan miskin. (3) Aspek lain dari kebersihan pribadi umumnya ditemukan pada kelas sosial miskin, seperti tidak mengganti pembalut secara teratur atau pada malam hari, dan tidak mandi selama menstruasi. (4) Kurangnya privasi adalah masalah penting. (5) Media massa adalah sumber utama informasi tentang kebersihan menstruasi, diikuti oleh ibu, tetapi sebagian besar wanita mengatakan mereka membutuhkan informasi lebih lanjut. (6) Sebuah lingkungan yang mendukung untuk kebersihan menstruasi harus disediakan baik di rumah maupun di sekolah dan sanitasi dibuat lebih terjangkau.
- c. Penelitian: *The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India*. Hasil: Faktor personal hygiene, ketersediaan air bersih, status sosial ekonomi berpengaruh terhadap prevalensi skabies di India. Di India menunjukkan bahwa wanita cenderung memiliki prevalensi skabies yang lebih tinggi sebesar 56% dibandingkan laki-laki.⁴²
- d. Penelitian: *Scabies*. Kesimpulan: (1) Pada dasarnya skabies sangat endemik pada area urban maupun rural dengan lingkungan yang tidak sehat. (2) Pengetahuan tentang faktor penyebab skabies masih kurang, sehingga penyakit ini dianggap sebagai penyakit biasa saja karena tidak membahayakan jiwa. (3) Masyarakat tidak mengetahui bahwa luka akibat garukan dari penderita skabies menyebabkan infeksi sekunder dari bakteri *Stapilococos* ataupun jamur kulit berakibat kerusakan jaringan kulit yang akut.⁴³
- e. Penelitian: *Risk faktor for scabies among male soldier in Pakistan*. Hasil: Kebiasaan tidur, berbagi baju, handuk, praktik hygiene yang tidak benar, sering berpergian ke tempat yang beresiko dan berpotensi sebagai sumber penularan skabies merupakan faktor ganda yang menyebabkan skabies. Kesimpulan: Rendahnya tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi skabies. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan

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

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

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

tentang personal higienis juga semakin rendah. Akibatnya menjadi kurang peduli tentang pentingnya personal higienis dan perannya terhadap penyebaran penyakit. Perlu program kesehatan umum untuk mendidik populasi mengerti aspek pencegahan penyakit.⁴⁴

- f. Penelitian: Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies Studi pada Santri di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. Kesimpulan: (1) Insiden dan prevalensi skabies masih sangat tinggi di Indonesia terutama pada lingkungan masyarakat pesantren. (2) Prevalensi scabies pada pondok pesantren di Kabupaten Lamongan 64,2%. (3) Personal hygiene yang buruk karena faktor pengetahuan, sikap dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat.⁴⁵
- g. Penelitian: Higiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo. Hasil: (1) Kepedulian pimpinan pondok belum ada. (2) Kegiatan untuk menumbuh-kembangkan upaya hygiene perorangan di pondok belum terencana dengan baik. (3) Pendanaan pondok tentang hygiene perorangan belum ada. (4) Kreativitas ustadz dan santri dalam membuat pesan-pesan kesehatan di pondok belum ada. (5) Pengetahuan santri tentang hygiene perorangan baik 50%. (6) Sikap hygiene perorangan baik 83,30%. (7) Perilaku hygiene perorangan rendah 83.30%. Kesimpulan: skabies merupakan penyakit yang lazim di pondok pesantren dan sejauh ini belum ada kepedulian untuk menumbuhkembangkan upaya hygiene perseorangan, dalam membuat pesan-pesan kesehatan dalam mencegah skabies.⁴⁶
- h. Penelitian: Model Peningkatan Higiene Sanitasi Pondok Pesantren di Kabupaten Tangerang.⁴⁷ Hasil: (1) Pengetahuan responden tentang penyakit menular, gejala, cara penularan dan cara mencegah penularan masih rendah. (2) Perilaku hygiene perorangan responden kurang baik, secara berurutan antara lain: mandi menggunakan sabun 18,50%, menggunakan handuk bersama 15,50%, menggunakan sikat gigi bersama 7,40%, ganti pakaian bersih setiap 3 hari 23,50%, ganti pakaian dalam bersih setiap 3 hari 15%, kebiasaan bertukar pakaian, pakaian dalam, handuk dan tempat tidur bersama 64,20%, buang air besar tidak di jamban 19,70%, tidak mencuci tangan sebelum makan 32,70%, tidak mencuci tangan setelah buang air besar 67,30%, wudhu menggunakan

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

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

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

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

kulah 47,10%. (3) Observasi kondisi lingkungan pondok pesantren jumlah air bersih, kamar mandi dan jamban kurang.

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

2. Penelitian yang Terkait dengan Perilaku Kesehatan

- a. Penelitian: Pengaruh Promkes terhadap Perilaku Pengendalian Vektor Dengue: Studi Intervensi pada Murid-Murid SDN di Kota Depok. Hasil: Peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada ibu sejalan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik pada murid. Perubahan yang signifikan adalah pada pengetahuan dan sikap.⁴⁹
- b. Penelitian: Peran Biopsikososial terhadap Perilaku Beresiko Tertular HIV pada Remaja SLTA di DKI. Hasil: Dalam perspektif biopsikososial, faktor yang secara langsung berperan untuk terbentuknya perilaku beresiko adalah faktor lingkungan sosial dalam hal ini teman sebaya merokok dan minum alkohol.⁵⁰
- c. Penelitian: Hubungan Konfirmetas dengan Perilaku Merokok pada Remaja Sekolah SMU Negeri di 5 Wilayah DKI Jakarta. Hasil: (1) Terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara sikap dengan perilaku merokok pada remaja. (2) Terdapat hubungan yang signifikan antara ayah merokok dengan perilaku merokok pada remaja. Variabel ayah merokok merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok pada remaja. (3) Terdapat hubungan yang signifikan antara teman sebaya merokok dengan perilaku merokok pada remaja.⁵¹

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

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

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

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

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

3. Perbedaan Penelitian ini dengan Penelitian sebelumnya

- a. Penelitian ini menggabungkan dua perspektif personal hygiene yaitu perspektif personal hygiene secara umum dan perspektif personal hygiene menurut Islam, sehingga diharapkan dapat menjadi langkah awal konsep model perilaku personal hygiene bagi komunitas di pondok pesantren di Indonesia pada umumnya, yang sampai saat ini belum ada.
- b. Penelitian ini menggunakan dua pendekatan penelitian atau disebut metode penelitian kombinasi yaitu menggabungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif.⁵³ Dalam banyak hal data kuantitatif dan kualitatif dapat digunakan secara bersama untuk keperluan menyusun teori.⁵⁴
- c. Pengambilan data dilakukan secara primer, untuk meminimalkan terjadinya *data collection error* yang bisa mengakibatkan kekeliruan dalam pengolahan dan interpretasi data.⁵⁵
- d. Penelitian ini mencakup wilayah yang luas untuk mendapatkan karakteristik sampel sesuai dengan kriteria inklusi, sehingga diharapkan dapat memberikan hasil penelitian yang valid.

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

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

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

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

4. Persamaan Penelitian ini dengan penelitian lain

Pendekatan penelitian ini adalah berdasarkan model *Precede-Proceed* teori Laurence W. Green dan Marshall W. Kreuter⁵⁶, dalam *Health Education, Creating Strategies for School and Community Health*, oleh Glen G. Gilbert, Robin G. Sawyer, Elisa Bert McNeill.⁵⁷

F. Metodologi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi dan ilmu kesehatan. Sedangkan metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kombinasi atau strategi penelitian ganda jenis *sequential explanatory*⁵⁸. Penelitian ini mengkombinasikan dua metode penelitian sekaligus, yaitu kuantitatif studi *epidemiology*⁵⁹ dan kualitatif studi *ethnography*.

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

Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan filsafat post positivisme, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi, analisis data

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

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

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

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

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

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

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

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

bersifat induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.⁶⁴ Desain penelitian menggunakan *ethnography study design* untuk mengungkap pemahaman dan sikap santri terhadap kebersihan dari perspektif Islam di pondok pesantren. Data dianalisis sesuai konteks atau situasi yang terjadi pada saat data dikumpulkan.⁶⁵ Berdasarkan seluruh analisis, kemudian dilakukan rekonstruksi dalam bentuk deskripsi, narasi dan argumentasi sehingga bisa menarik kesimpulan secara umum sesuai sasaran penelitian⁶⁶, dengan harapan diperoleh pemahaman yang mendalam tentang gambaran yang sebenarnya untuk selanjutnya dihasilkan sebuah konsep.⁶⁷

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

2. Lokasi Penelitian

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

3. Populasi dan Sampel

a. Populasi

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

b. Sampel

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

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

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

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

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

c. Teknik Sampling

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

d. Besar Sampel

Besar sampel pada penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi (*two-sided test*)^{71 72}, perhitungan power 95%, dengan rumus berikut:

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

Derajat kemaknaan (α) sebesar 5%

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

P1 = Proporsi kejadian tidak higiene di pesantren 80 %

P2 = Proporsi kejadian tidak higiene 50 %

\bar{P} = Proporsi rata rata

Jumlah minimal sampel yang dibutuhkan dari masing-masing pesantren sebesar 52 subjek.

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

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

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

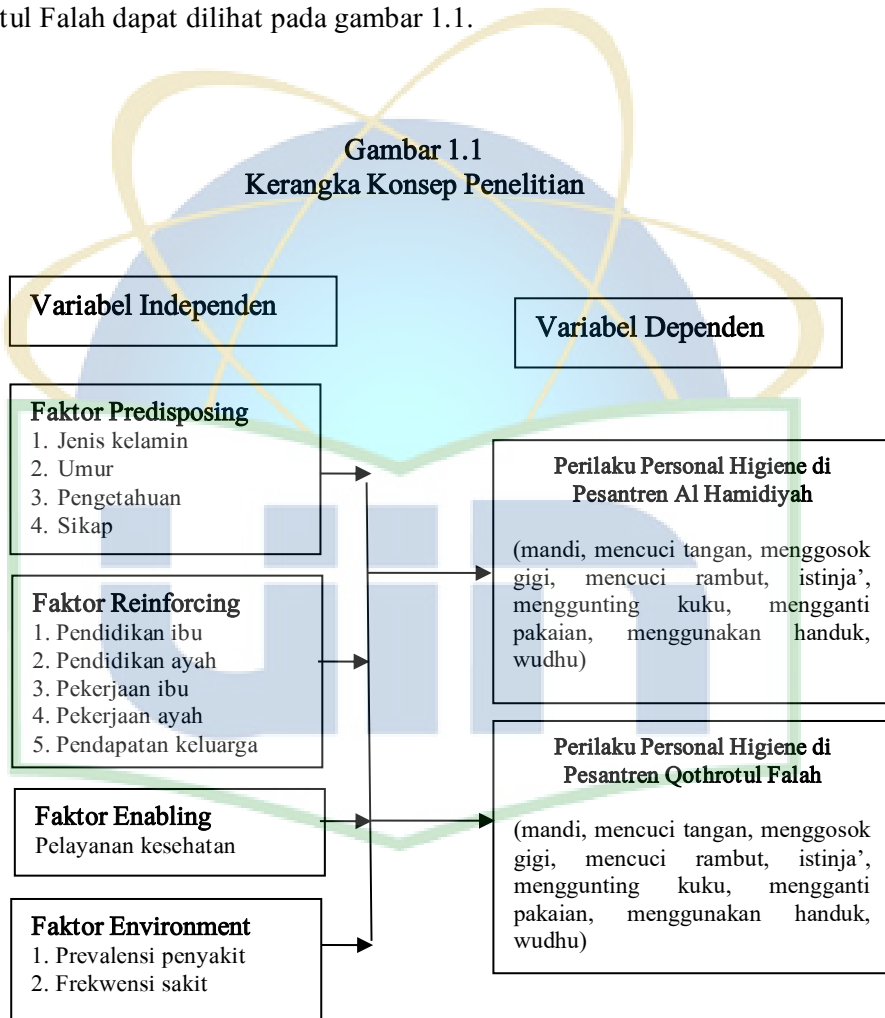
⁷¹ Stanley Lemeshow, David W. Hosmer Jr., Janelle Klar., Stephen K. Lwanga, *Adequacy of Sample Size in Health Studies* Geneva: World Health Organization, 1997

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

4. Kerangka Konsep Penelitian

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

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



5. Definisi Operasional

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

a. Definisi Operasional Variabel Dependen

- 1) Perilaku personal higiene, adalah tindakan atau praktik sehari-hari santri di pondok pesantren dalam memelihara kebersihan dan kesehatan diri meliputi mandi, mencuci tangan, menggosok gigi, mencuci rambut, istinja', menggunting kuku, mengganti pakaian, menggunakan handuk dan wudhu. Perilaku personal higiene dikategorikan berdasarkan nilai median. Kriteria baik: ≥ 20
- 2) Pondok pesantren Al Hamidiyah adalah pondok pesantren yang memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern atau pondok pesantren salafiyah ashriyah dengan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air yang berasal dari sumur bor/ pompa. Lokasi pondok pesantren ada di perkotaan, terletak di sekitar permukiman penduduk.
- 3) Pondok pesantren Qothrotul Falah, adalah pondok pesantren yang memadukan sistem pesantren salaf dan pendidikan modern atau pondok pesantren salafiyah ashriyah dengan akses air bersih berupa sumber air utama yang digunakan, ketersediaan air sepanjang tahun, dan kualitas air yang berasal dari sumur bor/ pompa dan kulah. Lokasi pondok pesantren ada di perdesaan, terletak di sekitar permukiman penduduk.
- 4) Kulah adalah kolam besar yang terbuat dari tanah untuk menampung air hujan dan dipergunakan santri untuk mencuci, mandi serta berwudhu, dimana air kulah akan banyak pada saat musim hujan dan mengering pada musim kemarau.

b. Definisi Operasional Variabel Sub Dependen

- 1) Mandi, adalah praktik sehari-hari santri untuk membersihkan tubuh menggunakan air dan sabun, dengan cara menyiramkan, mengalirkan atau merendamkan diri dalam air sebanyak dua kali setiap sehari.⁷³
- 2) Mencuci tangan, adalah tindakan santri membersihkan tangan dan jari jemari dengan menggunakan air mengalir dan sabun ataupun cairan lainnya, terutama setelah buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK) dan pada saat mau makan.⁷⁴

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

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

- 3) Menggosok gigi, adalah praktik membersihkan gigi yang dilakukan santri dengan menggunakan sikat gigi atau siwak dan memakai pasta gigi, minimal dua kali sehari yaitu sehabis sarapan pagi dan sebelum tidur malam.⁷⁵
- 4) Mencuci rambut, adalah kegiatan membersihkan kulit kepala dan rambut dengan menggunakan air dan sampo supaya bersih dari minyak, debu, serpihan kulit, dan kotoran lain yang menempel dirambut, minimal satu kali dalam dua hari.⁷⁶
- 5) Cebok/Istinja', adalah tindakan membersihkan dubur dan atau kemaluan yang dilakukan setiap setelah BAB dan BAK dengan menggunakan air dan sabun, untuk menjaga kesehatan dan bersuci dari hadas.⁷⁷
- 6) Menggunting kuku, adalah tindakan memotong kuku yang tumbuh melebihi ujung jari, dengan tujuan menjaga kebersihan dan mencegah timbulnya infeksi, yang dilakukan minimal satu kali dalam seminggu.⁷⁸
- 7) Mengganti pakaian, adalah tindakan sehari-hari santri untuk mengganti pakaian termasuk pakaian dalam yang dilakukan setiap selesai mandi minimal dua kali sehari.
- 8) Menggunakan handuk, adalah tindakan santri menjemur di tempat yang kering dan atau terkena matahari setelah memakai handuk, dan mengganti handuk maksimal 3 hari setelah pemakaian.⁷⁹
- 9) Berwudhu, adalah praktik santri dalam menggunakan air untuk anggota tubuh tertentu (yaitu wajah, dua tangan, kepala dan dua kaki) untuk menghilangkan hal-hal yang dapat menghalangi seseorang untuk melaksanakan shalat atau ibadah yang lain.⁸⁰

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

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

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

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

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

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

c. Definisi Operasional Variabel Independen

- 1) Jenis kelamin adalah perbedaan antara santri laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologi.⁸¹ Jenis kelamin perempuan dikategorikan tidak beresiko untuk berperilaku tidak higiene.
- 2) Pengetahuan adalah pemahaman santri tentang personal higiene. Pengetahuan dikategorikan berdasarkan nilai median. Kriteria baik: ≥ 30
- 3) Sikap adalah respon atau kecenderungan santri untuk berperilaku dalam menjaga personal higiene. Sikap dikategorikan berdasarkan nilai median. Kriteria baik: ≥ 29
- 4) Pendidikan ibu/ ayah adalah kegiatan belajar mengajar formal yang pernah diikuti ibu/ ayah dan mendapat ijazah.
- 5) Pekerjaan ibu/ ayah adalah kegiatan rutin yang dilakukan oleh ibu/ ayah dan memiliki nilai ekonomis. Ibu tidak bekerja dikategorikan tidak beresiko terhadap perilaku personal higiene responden karena mempunyai kesempatan mendidik anak.
- 6) Pendapatan keluarga adalah pendapatan keluarga rata-rata dalam satu bulan.
- 7) Pemanfaatan Yankes adalah pemanfaatan fasilitas kesehatan antara lain: poskestren, rumah sakit umum, rumah sakit swasta, puskesmas/pustu, klinik/ balai kesehatan, dokter praktik, perawat praktik atau bidan praktik. Kriteria pemanfaatan Yankes: Ya: jika responden pergi berobat ke pelayanan kesehatan saat mengalami masalah kesehatan atau sakit. Tidak: jika responden tidak pergi berobat ke fasilitas kesehatan saat mengalami masalah kesehatan/ sakit, atau responden pergi berobat ke dukun dan atau orang pintar.
- 8) Prevalensi penyakit adalah kejadian kesakitan yang pernah dialami responden dalam 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren, meliputi penyakit gatal-gatal, skabies, batuk pilek, diare dan demam.
- 9) Prevalensi penyakit lain adalah kejadian kesakitan yang pernah dialami responden dalam 6 bulan terakhir meliputi gabungan penyakit (gastritis, sakit gigi, pingsan, dan panu).
- 10) Frekuensi sakit adalah jumlah responden pernah mengalami sakit selama 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren. Frekuensi sakit dimulai dari 0 yang artinya tidak pernah sakit, dan tertinggi adalah 5 yang berarti responden pernah mengalami 5 kali sakit selama 6 bulan terakhir tinggal di pondok pesantren. Skala ukur yang dipakai adalah nilai mean, dengan *cut of point* nilai median.

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

- 11) Poskestren, adalah keberadaan akses pelayanan kesehatan di pondok pesantren yang memberdayakan kemampuan santri dan ustadz agar mau dan mampu untuk hidup sehat.⁸²

6. Sumber Data

Sumber data penelitian ini dibagi menjadi dua macam, yaitu: sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer pada penelitian kuantitatif dikumpulkan dan diambil langsung dari lapangan hasil pengisian kuesioner oleh semua santri yang menjadi responden penelitian. Sumber data primer kualitatif diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan tiga orang santri puteri, tiga orang santri putera dan satu orang pak ustadz atau pimpinan pondok dari masing-masing pondok pesantren yang menjadi responden, serta observasi baik pada santri, pimpinan pondok dan lingkungan fisik pondok pesantren.

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

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

7. Teknik Pengumpulan Data

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

a. Survei Awal

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

b. Uji validitas dan reliabilitas

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

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

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

c. Kuesioner

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

d. Observasi

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

e. Wawancara

Metode interview atau wawancara dilakukan untuk mendapatkan keterangan secara lisan langsung dari responden.⁸⁶ Dalam model wawancara ini peneliti secara kreatif mengendalikan jawaban responden.⁸⁷ Wawancara dilakukan dengan santri untuk menilai pemahaman, sikap dan praktik santri terhadap personal hygiene dari perspektif Islam di pondok pesantren. Wawancara juga dilakukan dengan pimpinan pondok guna mencari informasi tentang pemahaman dan sikap pimpinan pondok terhadap personal hygiene di pondok pesantren.⁸⁸

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

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

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

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

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

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

f. Dokumentasi

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

8. Teknik Analisis Data

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

Analisis data kuantitatif dilakukan secara deskriptif analitik. Analisis data kuantitatif dibedakan menjadi: *pertama*, analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi berbagai karakteristik variabel independen, variabel dependen dan subvariabel dependen; *kedua*, analisis bivariat dengan melakukan uji *chi-square* dan uji *fisher exact* guna melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan perhitungan statistik menggunakan tabulasi silang; *ketiga*, analisis multivariat, merupakan analisis lanjut yang dipakai untuk menguji besarnya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat dan faktor dominan yang mempengaruhi, dengan menggunakan analisis regresi logistik.

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

9. Teknik Penulisan

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

G. Sistematika Pembahasan

Studi ini di bahas dalam enam bab. Satu bab merupakan bab pendahuluan yang berisi tentang permasalahan, tujuan dan signifikansi studi, penelitian terdahulu yang relevan, serta metodologi penelitian. Kemudian satu bab berisi tentang dasar teori yang sifatnya filosofis yang menjadi dasar pijakan di dalam menganalisis tiap fenomena yang ditemukan. Kemudian tiga bab berisi analisis, interpretasi dan pembahasan hasil penelitian secara kuantitatif dan kualitatif dari

pondok pesantren dengan sumber air, ketersediaan dan kualitas air bersih yang baik dan pondok pesantren dengan sumber air, ketersediaan dan kualitas air bersih yang kurang. Satu bab berisi kesimpulan yang merupakan jawaban dari rumusan masalah serta rekomendasi kepada beberapa pihak yang terkait sesuai signifikansi studi. Gambaran umum dari tiap bab tersebut dijelaskan sebagai berikut:

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

Bab kedua berisikan konsep tentang Islam dan kesehatan. Merupakan kajian pustaka yang mengurai secara mendalam tentang referensi terkait, meliputi: Islam dan perkembangan kesehatan, konsep dasar kesehatan, personal hygiene dan model perilaku kesehatan.

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

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

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

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