

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Perilaku

2.1.1 Definisi Perilaku

Menurut Lewin seperti dikutip oleh Notoatmodjo (2007), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan.

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Jadi dapat disimpulkan bahwa Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulasi

(rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini biasa disebut dengan teori “S-O-R” atau Stimulus- Organisme- Respon. (Fitriani, 2011).

2.1.2 Bentuk Perilaku

Apabila dilihat dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi dua (fitriani.2011), yaitu:

1. Perilaku Tertutup/ Convert Behavior

Respon seseorang dalam stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi ini masih dalam batas perhatian, presepsi, pengetahuan atau kesadaran atau sikap yang terjadi pada seseorang yang mendapat rangsangan. Contoh: ibu hamil mengetahui tentang pentingnya pemeriksaan rutin, pemuda mengetahui tentang penularan HIV, dan sebagainya.

2. Perilaku Terbuka/ Overt Behavior

Respon yang terjadi pada seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Responnya dalam bentuk tindakan yang diamati oleh orang lain. Misalnya: seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara rutin, ibu membawa anaknya untuk diimunisasi, penderita penyakit TB paru berobat secara teratur, dsb.

2.1.3 Pembentukan Perilaku

Menurut Fitriani, (2011) cara pembentukan perilaku adalah:

1. Cara pembentukan perilaku dengan conditioning/ kebiasaan:

Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku sesuai dengan harapan maka akan terbentuklah perilaku tersebut. Contoh: bangun pagi,

cuci tangan, gosok gigi, berterima kasih apabila bila diberi orang lain, datang ke kantor tepat waktu, dst. (Notoatmodjo, 2003).

2. Pembentukan perilaku dengan pengertian (insight)

Dalam teori ini belajar secara kognitif disertai dengan adanya pengertian atau insight menurut *Kohler*, sedangkan menurut *Theonidike* dalam belajar yang penting adalah latihan. Contoh: pemakainya helm pada pengendara motor, serta tidak terlambat masuk kuliah karena dapat mengganggu teman yang lainnya.

3. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Disamping dengan cara yang diatas, pembentukan perilaku juga dapat ditempuh dengan cara menggunakan model atau contoh. Contoh: ucapan dan perilaku orang tua sebagai contoh anaknya, serta pimpinan sebagai contoh yang dipimpinya.

2.1.4 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulasi yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok yakni, respon stimulus atau peangangan. Respon atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, presepsi, dan sikap), maupun bersifat pasif (tindakan yang nyata atau pasif). (Notoatmodjo, 2007).

2.1.5 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (health related behavior) sebagai berikut:

1. Prilaku kesehatan (health behavior), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (illness behavior), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau sakit, termasuk juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
3. Perilaku peran sakit (the sick role behavior), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan atau kesakitannya sendiri, anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya, (Notoatmodjo, 2007).

2.1.6 Domain Perilaku Kesehatan

Menurut Fitriani (2011) meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Determinan perilaku ini dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosi, jenis kelamin dan sebagainya.

Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2007), dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

1. Pengetahuan peserta didik terhadap materi yang diberikan (*knowledge*).
2. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
3. Praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Menurut Ki Hajar Dewantara tokoh pendidikan nasional kita dalam buku Notoatmodjo (2007), ketiga kawasan perilaku ini disebut: cipta (kognisi), rasa (emosi), dan karsa (konasi). Ketiga kemampuan tersebut harus dikembangkan bersama-sama secara seimbang, sehingga terbentuk manusia Indonesia yang sehat seutuhnya (harmonis).

2.1.7 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan para ahli dalam pemahaman-pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dibagi menjadi tiga. (Notoatmodjo, 2012)

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiapan Untuk Berubah (*Readiness To Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda.

Setiap orang didalam suatu masyarakat mempunyai kesiapan untuk berubah yang berbeda-beda, meskipun kondisinya sama.

2.1.8 Strategi Perubahan Perilaku

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga yang dikutip oleh (Notoatmodjo, 2012).

1. Menggunakan Kekuatan / Kekuasaan Atau Dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

3. Diskusi partisipan

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberi informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi dalam melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara

mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik dari pada cara yang pertama.

Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

2.2 Konsep Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah sebagai wujud operasional promosi kesehatan merupakan dalam upaya mengajak, mendorong kemandirian masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat. (Ekasari, 2008).

2.2.1 Definisi PHBS

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah sekumpulan perilaku yang di praktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. (Ekasari,2008).

Program perilaku hidup bersih dan sehat adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar bagi perorangan, kelompok dan masyarakat dengan cara membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi guna meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan advokasi, bina suasana dan melakukan gerakan pemerdayaan masyarakat sehingga dapat menerapkan cara hidup sehat

dalam rangka menjaga, memelihara, melindungi, dan meningkatkan. (Ekasari, 2008).

2.2.2 Pentingnya PHBS

PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) merupakan sudah menjadi kebutuhan urgen bagi manusia. Karena dengan hidup bersih dan sehat, maka dalam melaksanakan aktifitas menjadi menyenangkan. Berbeda jika sakit, untuk melakukan aktifitas seringan apapun tubuh merasa berat. (Susanti, 2013).

Memurut Ekasari (2008) manfaat dilaksanakannya PHBS bagi masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat.
- b. Masyarakat mampu mencegah dan mengatsi masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya.
- c. Masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada untuk penyembuhan penyakit dan peningkatan kesehatannya.

2.2.3 Manfaat PHBS

Manfaat dari PHBS diantaranya: (Ajeng, 2017)

1. Setiap rumah tangga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit.
2. Rumah tangga sehat dapat meningkatkan produktivitas kerja anggota keluarga.
3. Dengan meningkatnya kesehatan anggota ruma tangga maka biaya yang tadinya dialokasikan untuk kesehatan dapat dialihkan untuk biaya investasi seperti biaya pendidikan dan

usaha lain yang dapat meningkatkan kesejahteraan anggota rumah tangga.

4. Salah satu indikator untuk menilai keberhasilan pemerintahan daerah kabupaten/ kota dibidang kesehatan.
5. Meningkatnya citra pemerintah daerah dalam bidang kesehatan.
6. Dapat menjadi percontohan rumah tangga sehat bagi daerah lain.

2.2.4 Bidang PHBS

Bidang PHBS yaitu: (Ajeng, 2017)

1. Bidang kebersihan perorangan, seperti cuci tangan dengan air bersih yang mengalir dengan sabun, mandi minimal 2x sehari, dan lain lain.
2. Bidang gizi, seperti makan sayur dan buah tiap hari, mengkonsumsi garam beryodium, menimbang berat badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) setiap bulan, dan lain-lain.
3. Bidang kesling, seperti membuang sampah pada tempatnya, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik, dan lain-lain.

2.2.5 Jenis Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Terhadap Diri Sendiri

a. Mandi (Depkes RI, 2007)

Mandi menggunakan sabun mandi dilakukan minimal 2x sehari pada pagi dan sore hari yang bertujuan untuk :

- Menjaga kebersihan kulit.
- Mencegah penyakit kulit atau gatal-gatal.
- Menghilangkan bau badan.

b. Mencuci rambut (Depkes RI, 2007)

Dilakukan 3x seminggu menggunakan shampoo, bertujuan untuk membersihkan rambut dan kulit kepala dari kotoran dan memberikan rasa segar.

c. Gosok gigi

Dilakukan minimal 2x dalam sehari dengan pasta gigi atau odol yang dilakukan setelah akan dan sebelum tidur malam. Gosok gigi ini bertujuan untuk: (Depkes RI, 2007)

- Menjaga kebersihan gigi dan mulut
- Mencegah kerusakan pada gigitan gusi
- Mencegah bau mulut yang tidak sedap

d. Memotong kuku

Dilakukan minimal 1x seminggu dengan tujuan untuk: (Depkes RI, 2007)

- Mencegah penyakit yang dapat ditularkan melalui tangan saat makan (misalnya cacingan, diare, dll)
- Mencegah luka akibat garukan kuku

Perlu diperhatikan bahwa tidak boleh mengorek hidung dengan jari atau kuku tangan yang kotor, tidak memasukkan jari ke mulut atau menggigit kuku.

e. Mencuci tangan

Dilakukan untuk menjaga kebersihan tangan dari kotoran dan kuman yang dapat menyebabkan penyakit, cuci tangan dapat dilakukan

dengan cara yang benar yaitu dengan enam langkah sesuai prosedur dan dilakukan pada saat: (Depkes RI, 2007)

- Sebelum dan sesudah makan
- Sebelum tidur
- Sesudah memegang benda-benda kotor
- Setelah pulang dari bepergian

f. Kebersihan pakaian

Pakaian dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu pakaian sekolah, pakaian bermain dan pakaian tidur. Pakaian harus selalu bersih dan diganti dalam setiap hari, hal ini bertujuan agar kita terhindar dari penyakit kulit yang diakibatkan pakaian basah atau kotor (Depkes RI, 2007).

2.2.6 Strategi Pencapaian PHBS

Menurut Depkes (2002) dalam jurnal Sinaga (2003), strategi pencapaian PHBS, meliputi: 1) advokasi yaitu upaya untuk mempengaruhi kebijakan publik, individu dan pemegang kebijakan melalui pendekatan persuasive untuk memperoleh dukungan, 2) bina suasana saling percaya yaitu menjalin kemitraan untuk membentuk opini publik dengan berbagai kelompok yang ada di masyarakat, 3) pemberdayaan adalah cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Unsur-unsur dalam manajemen program PHBS terbagi dalam empat tahap yaitu: 1) pengkajian meliputi pengkajian masalah program PHBS secara kuantitatif, pengkajian

secara kualitatif, dan pengkajian sumber daya; 2) perencanaan meliputi menentukan tujuan dan jenis kegiatan intervensi; 3) penggerakan pelaksanaan meliputi advokasi, mengembangkan dukungan suasana, dan gerakan masyarakat; 4) pemantapan serta penilaian.

2.3 Konsep Pondok Pesantren

2.3.1 Pengertian Pondok Pesantren

Kata pesantren berasal dari kata santri dengan awalan “pe-” dan akhiran “-an”, yang berarti tempat tinggal para santri. Istilah santri berasal dari kata *shastri* yang dalam bahasa India adalah orang-orang yang tahu kitab suci agama Hindu atau seseorang sarjana ahli kitab suci agama Hindu. Kata *shastri* sendiri memiliki akar makna yang sama dengan kata shastra yang berarti buku-buku suci, agama atau pengetahuan. (Efendi dan Makfudli, 2009).

Selain itu dikenal pula istilah pondok pesantren yang berasal dari kata *funduk* yang dalam bahasa Arab berarti penginapan. Dalam perkembangan selanjutnya, kedua istilah tersebut bisa digunakan secara bersama-sama, yakni pondok pesantren (Efendi dan Makfudli, 2009).

Pe-santri-an atau pesantren adalah tempat para santri menimba ilmu agama dan ilmu-ilmu lainnya. Pesantren juga dapat didefinisikan sebagai sebuah masyarakat mini yang terdiri atas santri, guru, dan pengasuh (kyai). Pesantren merupakan salah satu lembaga pendidikan tertua di Indonesia. Pesantren dari masa pra-Islam dan berkembang dari bentuk-bentuk pendidikan di India. (Efendi dan Makfudli, 2009).

2.3.2 Bentuk-Bentuk Pondok Pesantren

Berdasarkan kegiatan yang berlangsung di dalam pesantren, pesantren dapat diklasifikasikan menjadi (Efendi dan Makfudli, 2009):

- a. Pesantren salafi atau salafiah (tradisional), merupakan pondok pesantren yang hanya mengajarkan kitab klasik dan agama Islam. Umumnya, lebih mendahulukan dan mempertahankan hal-hal yang bersifat tradisional dalam sistem pendidikan maupun perilaku kehidupannya, serta sangat efektif terhadap segala bentuk pembaruan, termasuk kurikulum pengajarannya.
- b. Pesantren khalafi atau khalafiah (modern), merupakan pondok pesantren yang selain menyelenggarakan kegiatan pendidikan agama juga menyelenggarakan kegiatan pendidikan jalur sekolah atau formal, baik sekolah umum (SD, SMP, SMA dan SMK) maupun sekolah berciri khas agama Islam (MI, MTS, MA atau MAK). Dalam implementasi proses belajar mengajar, akomodatif terhadap perkembangan modern, metodologi penerapan kurikulum melibatkan perangkat modern, mengajarkan sejumlah keterampilan pengetahuan umum lainnya, termasuk kesehatan.
- c. Pesantren salafi- khalafi (perpaduan tradisional dan modern), merupakan pondok pesantren yang dalam kegiatannya memadukan antara metode salafi dan khalafi, yaitu memelihara nilai tradisional yang baik dan akomodatif terhadap perkembangan yang bersifat modern.

Dengan adanya klasifikasi pesantren seperti diatas, maka arah pembinaan kesehatan disesuaikan dengan tipologi pesantren yang ada dan kebutuhan warga pesantren itu sendiri. Penyelenggaraan diserahkan sepenuhnya kepada pengelola atau pimpinan pesantren yang bersangkutan, dengan tetap memadukan tiga prinsip utama, yaitu peningkatan keimanan dengan ibadah, penyebaran ilmu dan ajaran agama Islam dengan tabligh, serta memberdayakan potensi warga pesantren dan menerapkan nilai-nilai kemasyarakatan dengan baik dengan amal sholeh. Dalam agama Islam sendiripun terdapat slogan “kebersihan merupakan sebagian dari iman” (Efendi dan Makfudli, 2009).

2.3.3 Peran Pesantren

Peran pesantren menurut Efendi dan Makfudli (2009) adalah sebagai berikut:

1. Pesantren sebagai lembaga pendidikan

pada awalnya hanya berbentuk pengajian kitab kuning. Tetapi seiring dengan perkembangan jaman, pesantren kemudian mengadopsi pendidikan formal. Namun, peran pesantren sebagai lembaga dakwah yang berhubungan dengan kemasyarakatan, sangat menarik perhatian para politisi.

2. Pesantren sebagai lembaga sosial

Peran pesantren sebagai lembaga mulai berkembang sejak awal tahun 1970-an. Hal ini merupakan sebuah kecenderungan untuk memperluas fungsi pesantren tidak hanya sebagai lembaga agama, tetapi juga menggapai persoalan kemasyarakatan yang berkembang di masyarakat.

3. Pesantren sebagai subkultur

Dengan akar budaya yang kuat, pesantren menjadi sebuah identitas yang begitu sublime dengan masyarakat dalam menanamkan misinya. Pesantren bahkan menjelma menjadi sebuah subkultur yang tidak dapat terpisah dari masyarakat.

4. Pesantren sebagai institusi

Pesantren ternyata juga termasuk dalam lingkup dunia global yang tidak bisa lepas dari pengaruh diluar dirinya. Derasnya arus informasi melalui media, hubungan antar Negara, antar-institusi, dan antar-organisasi seperti jalur sumbangan dan bantuan dengan motif tentu ikut mempengaruhi dunia pesantren. Pesantren sedikit banyaknya bisa lepas dari pengaruh global.

2.3.4 Standar Sanitasi Fasilitas Pondok Pesantren

Sebagai sanitasi rumah, sanitasi pondok pesantren pada dasarnya adalah usaha kesehatan masyarakat yang menitikberatkan pada pengawasan terhadap struktur fisik, dimana orang menggunakannya sebagai tempat berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Sarana sanitasi tersebut antara lain ventilasi, suhu, kelembaban, kepadatan hunian, penerangan alami, kontruksi bangunan, sarana pembuangan sampah, sarana pembuangan kotoran manusia, dan penyediaan air bersih. (Azwar, 1990 dalam Arifin, 2014).

Termasuk dalam aspek kesehatan fasilitas sanitasi, sebuah pondok pesantren harus memenuhi persyaratan antara lain meliputi penyediaan air

minum serta toilet dan kamar mandi. Fasilitas sanitas mempunyai kriteria persyaratan sebagai berikut (Arifin, 2014).

Berikut ini adalah beberapa sarana sanitasi yang ada di pondok pesantren :

a. Toilet kamar mandi

Sedangkan aspek kesehatan sanitasi toilet dan kamar mandi, selain harus dalam keadaan bersih, juga lantai kamar mandi terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, tidak licin, berwarna terang dan mudah dibersihkan. Toilet dan kamar mandi juga harus dilengkapi dengan pembuangan air limbah yang dilengkapi dengan penahan bau (*water seal*). Sedangkan letak toilet dan kamar mandi tidak boleh berhubugan langsung dengan tempat pengelolaan makanan (dapur, ruang makan), lubang penghawaan harus berhubungan langsung dengan udara luar. (Arifin,2014).

b. pengolahan sampah

Tempat sampah terbuat dari bahan yang kuat, tahan karat, permukaan bagian dalam rata/licin. Tempat sampah dikosongkan setiap 1 x 24 jam atau apabila 2/3 bagian telah terisi penuh. Jumlah dan volume tempat disesuaikan dengan perkiraan volume sampah yang dihasilkan oleh setiap kegiatan. Tempat sampah harus disediakan minimal 1 buah untuk setiap radius 10 meter dan setiap jarak 20 meter pada ruang tunggu dan ruang terbuka. Tersedia tempat pembuangan sampah sementara yang mudah dikosongkan, tidak

terbuat dari beton permanen, terletak dilokasi yang mudah dijangkau kendaraan pengangkut sampah dan harus dikosongkan sekurang-kurangnya 3 x 24 jam. (Rosmalia, 2013).

c. pengolahan air limbah

Pondok pesantren harus memiliki sistem pengelolaan air limbah sendiri yang memenuhi persyaratan teknis apabila belum ada atau tidak terjangkau oleh sistem pengolahan air limbah perkotaan. (Rosmalia,2013).

d. pengolahan makanan dan minuman

Persyaratan pengelolaan makanan atau minuman antara lain menyangkut komponen dapur, ruang makan dan gudang. Luas dapur minimal 40% dari ruang makan. Sedangkan untuk syarat penghawaan harus dilengkapi dengan pengeluaran udara panas maupun bau-bauan yang dipasang setinggi 2 meter dari lantai. Pada tungku dapur dilengkapi dengan sungkup atap (hood). Sementara pertukaran udara diusahakan dengan ventilasi yang dapat menjamin kenyamanan, menghilangkan debu dan asap. Untuk bahan dan peralatan di persyaratkan antara lain, pada bahan makanan atau minuman yang diolah harus dalam keadaan baik, tidak rusak, atau berubah bentuk warna dan rasa. Bahan terolah harus dikemas dan bahan tambahan harus memenuhi persyaratan kesehatan. Sedangkan perlatan memasak dan perlatan makan dan minum, dipersyaratkan permukaan harus mudah dibersihkan, tidak terbuat dari bahan yang mengandung timah

hitam, tembaga, seng, cadmium, arsenikum, dan antimony. Sementara ruang tempat penyimpanan alat-alat terlindung dan tidak lembab. (Arifin,2014).

2.4 Konsep pendidikan kesehatan

Pendidikan jika dikaitkan dengan kata kesehatan, maka pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan di dalam bidang kesehatan. Output yang diharapkan didalam pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan yaitu perilaku memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. (Adnani , 2011).

2.4.1 Pengertian pendidikan kesehatan

Menurut Adnani (2011) secara konseptual, pendidikan kesehatan adalah upaya untuk memengaruhi, dan atau mengajak orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Sedangkan secara operasional, pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

2.4.2 Batasan pendidikan kesehatan

Beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain: (Faitriani, 2011)

- WOOD: 1926

“Pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan seseorang atau masyarakat”.

- NYSWANDER: 1947

“Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur”.

- STUART: 1968

“Pendidikan kesehatan adalah merupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan”.

- JOINT COMMISSION ON HEALTH EDUCATION, USA: 1973

“Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

Dari batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa pendidikan adalah “suatau upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku hidup sehat”. Sehingga dapat

dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*Behaviour engineering*).

2.4.3 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan kaitannya dengan batasan sehat, berdasarkan batasan WHO (1954) dalam Machfoedz (2007) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Seperti kita ketahuai bila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan.

Menurut Zaidin Ali (2010). Tujuan umum pendidikan kesehatan masyarakat bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan seras dalam upaya kesehatan. Tujuan tersebut dapat lebih diperinci menjadi:

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat
- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri/ berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat.
- d. Agar klien mempelajari apa yang dapat dilakukan sendiri dan bagaimana caranya tanpa meminta pertolongan kepada sarana pelayanan kesehatan formal.
- e. Agar terciptanya suasana yang kondusif dimana individu, keluarga, kelompok dan masyarakat mengubah sikap dan tingkah lakunya.

2.4.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut notaatmodjo (2007) dalam Dedi Alamsyah dan Ratna Muliawati (2013) dalam kesehatan masyarakat dijelaskan bahwa ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari segi dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

Dari dimensi sasaran pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu atau person.
2. Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok seperti kelompok pengajian, kelompok budaya, kelompok adat, organisasi wanita dan organisasi profesi serta lain-lainnya.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas seperti, melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli terhadap kesehatan.

Dimensi tempat tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung ditempat, adapun berdasarkan dimensi tempat sebagai berikut:

1. Pendidikan kesehatan disekolah, dilakukan dengan para murid, misalnya perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa sekolah dasar yang meliputi pemeriksaan kuku, cara mencuci tangan yang baik dan bagaimana cara menggosok gigi yang benar.
2. Pendidikan kesehatan dirumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS.

3. Pendidikan kesehatan di puskesmas dengan sasaran pasien atau orang yang datang berobat di puskesmas.
4. Pendidikan kesehatan ditempat kerja dengan sasaran adalah buruh dan karyawan yang bersangkutan.

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan ada lima tingkat pencegahan yaitu sebagai berikut:

1. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dalam hal ini diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat peningkatan status gizi, kebiasaan hidup dan sebagainya.

2. Perlindungan khusus

Imunisasi polio, campak pada waktu kecil dengan tujuan sebagai perlindungan agar tidak terkena penyakit.

3. Diagnosis dini dan perlindungan segera

Kadang-kadang masyarakat sangat sulit atau tidak mau diobati penyakitnya. Dengan ini masyarakat tidak memiliki pelayanan yang layak.

4. Pembatasan cacat

Kurangnya kesadaran akan pentingnya pengobatan sampai tuntas, maka masyarakat sering berobat tidak sampai sembuh.

5. Rehabilitasi

Setelah dirawat sampai sembuh dari penyakit dan pulang kerumah tiba-tiba orang yang menjadi cacat, untuk memulihkan cacatnya maka

diperlukan latihan-latihan, serta orang yang sudah cacat biasanya malu melakukan sosial kepada masyarakat.

2.4.5 Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan

Menurut Zaidin Ali (2010). Prinsip pendidikan kesehatan yaitu:

1. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.
3. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya dengan tujuan yang telah ditetapkan.

2.4.6 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah: (Fitriani, 2011)

1. Masyarakat umum.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja.
Termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama baik Negeri atau swasta.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

2.4.7 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan dibagi menjadi 3 antara lain: (Fitriani:181-188, 2011)

1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 bentuk:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and conseling*), yaitu:
 1. Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif
 2. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.
 3. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).
- b. Interview (wawancara)
 1. Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan
 2. Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan

kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi

c. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektivitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

1. Ceramah; metode yang cocok untuk sarana yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
2. Seminar; hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

b. Kelompok kecil

1. Diskusi kelompok;

- FGD (*Focus Group Discussion*)

Adalah salah satu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari moderator atau fasilitator mengenai suatu topik.

Karakteristik FGD diantaranya;

- Peserta terdiri dari 5-12 orang
- FGD adalah suatu proses pengumpulan data
- Fokus FGD mengumpulkan data kualitatif
- FGD menggunakan diskusi yang terfokus

- Lama FGD 60-90 menit
 - Tempat pelaksanaan FGD harus memenuhi criteria seperti;
 - ✓ Mendatangkan rasa aman
 - ✓ Nyaman
 - ✓ Lingkungan yang netral
 - ✓ Mudah dicapai responden
 - ✓ Kaca satu arah (*one way mirror screen*)
 - 2. Curah pendapat (*Brain Storming*)
 - 3. Bola salju (*Snow balling*)
 - 4. Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*)
 - 5. Memainkan peranan (*Role play*)
 - 6. Permainan simulasi (*Simulation*)
- c. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa, antara lain:

- a. Ceramah umum
- b. Pidato-pidato dikusi tentang kesehatan melalui media elektronik
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya

2.4.8 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani: 176-180 (2011). Yang dimaksud dengan media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan kesehatan. Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3, yakni:

a. Media cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain:

1. Booklet yaitu suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
2. Leaflet ialah bentuk penyampainnya informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
3. Flayer (selebaran) ialah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
4. Flip chart (lembar balik) ialah media penyimpanan pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan

dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

5. Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6. Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel ditembok-tembok, ditempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
7. Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan, jenisnya berbeda-beda antara lain:

1. Televisi : penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau Tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV spot, dan sebagainya.
2. Radio : penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat berbentuk macam-macam antara lain obrolan (Tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.
3. Video : penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

- a. Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.
- b. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.
- c. Media papan (Billboard)

Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

2.4.9 Pendidikan Kesehatan Tentang PHBS di Pondok Pesantren dalam Merubah Perilaku Hidup Sehat Santri

Menurut Ali Hasan (2014) dalam jurnal penelitiannya mengatakan pendidikan kesehatan perilaku hidup bersih dan sehat adalah proses pemberian informasi melalui metode ceramah atau penyuluhan yang dilakukan peneliti untuk memberikan informasi tentang pengertian PHBS di tatanan pondok pesantren, akan berdampak positif jika melakukannya dan berdampak negatif jika tidak melakukannya. Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik atau intruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes RI, 2004 Dalam Ali Hasan 2014). Penyuluhan merupakan metode yang paling efektif untuk

meningkatkan pengetahuan seseorang, penyuluhan melibatkan adanya aktivitas mendengar, berbicara dan melihat yang membuat metode ini efektif sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Macfoed (2005) dalam Ali Hasan (2014) yang menyatakan sumber informasi yang dipandang paling baik atau paling dapat memberikan pencapaian informasi maksimal adalah melalui tenaga kesehatan.

Hasil dari penelitian yang dilakukan bahwa pengaruh pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam merubah perilaku hidup bersih dan sehat santri hasilnya terbukti signifikan bahwa ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku hidup bersih dan sehat pada santri sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. (Ali Hasan, 2014).