

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjaun Teori

1. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan implementasi dari intervensi mandiri keperawatan yang dirancang untuk memfasilitasi individu, kelompok, maupun masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan melalui proses pembelajaran. Dalam kegiatan ini, peneliti berperan strategis sebagai edukator atau pendidik kesehatan. Sejalan dengan pandangan Notoatmodjo (2010), pendidikan kesehatan dipahami sebagai upaya persuasif atau instruksional yang diarahkan kepada masyarakat guna menumbuhkan kemauan dalam memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan mereka secara mandiri (Larashati, 2025).

Secara komprehensif, dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah aktivitas penyampaian informasi medis yang terstruktur dengan tujuan utama menginisiasi perubahan perilaku pada target sasaran. Penyelenggaraan edukasi ini merupakan proses transformasi personal yang berkaitan erat dengan pencapaian status kesehatan yang optimal, baik pada level individu maupun masyarakat luas (Wilantara, R. W., Rahmad, N. N., & Suhartini, 2024).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Merujuk pada batasan yang ditetapkan oleh WHO (1954), tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah mentransformasi perilaku individu maupun masyarakat dari pola hidup yang tidak sehat menuju perilaku yang sehat. Memahami prinsip kesehatan memerlukan batasan yang jelas, sebagaimana tertuang dalam UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan setiap individu untuk hidup produktif baik secara ekonomi maupun social (Apiyah, 2021).

Tujuan pendidikan kesehatan antara lain adalah tercapainya perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Kedua terbentuknya perilaku sehat individu, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, terutama di pesantren yang masih rendah akan pengetahuan tentang *personal hygiene* maka sangat perlu untuk di lakukan pendidikan kesehatan (khairul rizwan, arifki zainaro, 2023).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam melakukan Pendidikan Kesehatan untuk mencapai sasaran (Abdul Basith, Ainu Zuhriyah, Mohamad Nazil Rahmaddana, Shofia Nafi'atul 'Ilmi, Rizka Amelya, 2025) :

1) Tingkat pendidikan

Kapasitas intelektual seseorang sangat menentukan pola pikir dalam memproses informasi baru yang diterima. Secara umum, individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki daya serap dan keterbukaan yang lebih baik terhadap informasi atau inovasi kesehatan.

2) Tingkat sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi memiliki korelasi positif terhadap aksesibilitas informasi. Tingkat kesejahteraan yang lebih baik sering kali mempermudah individu dalam menjangkau dan menerima edukasi kesehatan.

3) Adat istiadat

Nilai-nilai tradisional yang berakar kuat di masyarakat tidak dapat diabaikan. Pendekatan pendidikan kesehatan harus selaras atau setidaknya mempertimbangkan adat istiadat setempat agar pesan yang disampaikan tidak bertentangan dengan norma yang dijunjung tinggi oleh masyarakat.

4) Kepercayaan masyarakat

Penerimaan informasi sangat bergantung pada kredibilitas komunikator. Masyarakat cenderung lebih kooperatif terhadap pesan yang disampaikan oleh sosok yang sudah dikenal atau dipercaya di lingkungannya.

d. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari 3 dimensi menurut Ana Samiatul Milah, (2022) yaitu;

1) Dimensi sasaran

- a) Pendidikan kesehatan individu dengan sasarannya adalah individu.
- b) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasarannya adalah kelompok masyarakat tertentu khususnya di pesantren.
- c) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasarannya adalah masyarakat luas.

2) Dimensi tempat pelaksanaan

- a) Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien dan keluarga
- b) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasarannya adalah pelajar.
- c) Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasarannya adalah masyarakat atau pekerja.

3) Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

- a) Pendidikan kesehatan untuk promosi kesehatan (*Health Promotion*), misal : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup pada santri di pesantren.
- b) Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*Specific Protection*) misal : imunisasi
- c) Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (*Early diagnostic and prompt treatment*) misal : dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.

e. Langkah-Langkah dalam Pendidikan Kesehatan

Menurut Swanson dan Nies (2008) ada beberapa langkah yang harus ditempuh dalam melaksanakan pendidikan kesehatan (Nurdin, A.et all, 2024), yaitu :

1) Perencanaan dan pemilihan strategi

Tahap ini merupakan dasar dari proses komunikasi yang akan dilakukan oleh pendidik kesehatan dan juga merupakan kunci penting untuk memahami kebutuhan belajar sasaran dan mengetahui sasaran atau pesan yang akan disampaikan.

2) Tahap Memilih saluran dan materi/media.

Pada tahap pertama diatas membantu untuk memilih saluran yang efektif dan materi yang relevan dengan kebutuhan sasaran. Saluran yang dapat digunakan adalah melalui kegiatan

yang ada di masyarakat. Sedangkan materi yang digunakan disesuaikan dengan kemampuan sasaran.

3) Tahap Mengembangkan materi dan uji coba Materi

yang ada sebaiknya diuji coba (diteliti ulang) apakah sudah sesuai dengan sasaran dan mendapat respon atau tidak.

4) Tahap Implementasi

Merupakan tahapan pelaksanaan pendidikan kesehatan.

5) Tahap Umpan balik

untuk evaluasi program Langkah ini merupakan tanggung jawab perawat terhadap pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Apakah perlu diadakan perubahan terhadap isi pesan dan apakah telah sesuai dengan kebutuhan sasaran. Informasi dapat memberikan gambaran tentang kekuatan yang telah digunakan dan memungkinkan adanya modifikasi.

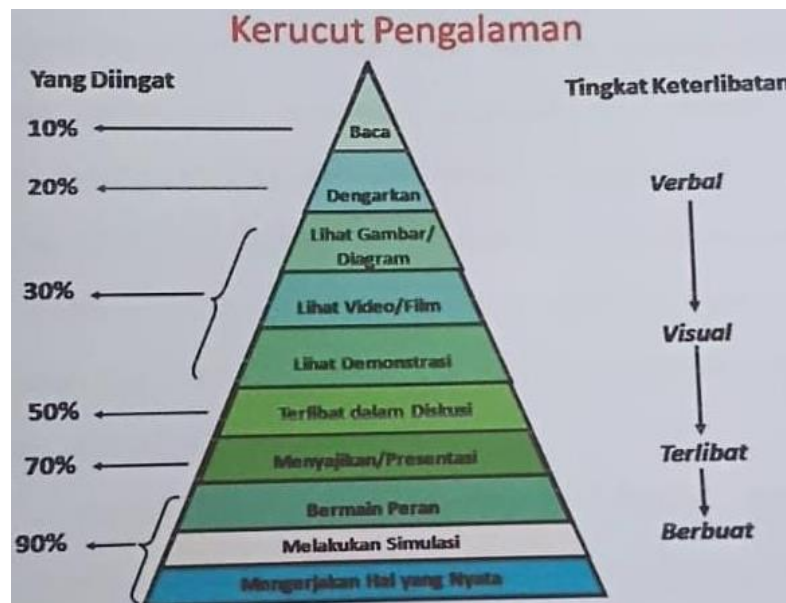
f. Media Poster Pendidikan Kesehatan dalam Kerucut Pengalaman Edgar Dale

Pada penelitian ini peneliti menggunakan poster sebagai media dalam melakukan pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* pada santri di karenakan di pesantren santri tidak diperbolehkan membawa handphone/laptop atau alat komunikasi yang lainnya dan poster merupakan suatu bentuk media cetak berisi pesan pesan/informasi kesehatan, yang ditempel di tembok tembok dengan ukuran 80 x 100cm, di tempat umum sehingga

memudahkan santri untuk tetap bisa mengingat materi yang diberikan ketika pendidikan kesehatan telah usai di lakukan.

Media cetak poster ukuran 60x160cm yang digunakan oleh peneliti waktu pendidikan kesehatan berlangsung merupakan sarana penyampaian informasi dengan cara dicetak. Poster menyajikan informasi dalam bentuk visual dan teks yang mudah dibaca oleh penerima informasi. Media ini memiliki kelebihan mudah diakses, dapat disimpan, dan bisa dijangkau oleh audiens yang luas. Kekurangan dari media ini antara lain adalah terkadang dibutuhkan biaya cetak yang tinggi, dan informasi yang telah dicetak tidak mudah diperbarui (Sri et al., 2024).

Edgar Dale (1900–1985) adalah seorang pakar pendidikan dan profesor asal Amerika Serikat dari Ohio State University yang sangat terkenal atas kontribusinya dalam metodologi pembelajaran dan media instruksional. Teori Kerucut Pengalaman (*Cone of Experience* dalam bukunya *Audio-Visual Methods in Teaching* (1946). memberikan landasan metodologis yang sangat kuat dalam menjelaskan mengapa metode dan media pendidikan kesehatan tertentu berpotensi memicu perubahan perilaku *personal hygiene*, sementara metode lainnya hanya berhenti pada tingkat pengetahuan formal.



Gambar 2 1 kerucut pengalaman Edgar Dale

Berdasarkan Kerucut Pengalaman Edgar Dale, poster tergolong dalam kategori Simbol Visual / Pengalaman Gambar Diam (*Visual Symbols & Still Pictures*). Meskipun media visual berada pada area pengamatan pasif dengan estimasi daya ingat rata-rata 30%, poster berperan sebagai isyarat bertindak (*Cues to Action*) yang sangat kuat. Ilustrasi visual yang ringkas dan menarik membantu menjembatani pemahaman abstrak (teks/lisan) menjadi gambaran visual yang jelas mengenai perilaku personal hygiene yang baik.

g. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi :

- 1) Metode pendidikan individu.

Metode ini bersifat individual digunakan untuk membina perilaku atau membina seseorang yang mulai tertarik untuk melakukan sesuatu perubahan perilaku. Bentuk pendekatan ini antara lain: Bimbingan dan penyuluhan dengan cara ini kontak antara keluarga dengan petugas lebih *intensif*. Klien dengan kesadaran dan penuh pengertian menerima perilaku tersebut. Wawancara petugas dengan klien untuk menggali informasi, berminat atau tidak terhadap perubahan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian atau dasar yang kuat.

2) Metode pendidikan kelompok

Metode tergantung dari besar sasaran kelompok serta pendidikan formal dari sasaran.

a) Kelompok besar

Kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah Ceramah, yaitu metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi atau rendah, dan Seminar yaitu metode yang baik untuk sasaran dengan pendidikan menengah keatas berupa presentasi dari satu atau beberapa ahli tentang topik yang menarik dan aktual.

Penelitian ini termasuk dalam kelompok besar dan menggunakan metode ceramah sewaktu pendidikan kesehatan berlangsung.

b) Kelompok kecil

Jumlah sasaran kurang dari 15 orang, metode yang cocok untuk kelompok ini adalah:

- (1) Diskusi kelompok, kelompok bisa bebas berpartisipasi dalam diskusi sehingga formasi duduk peserta diatur saling berhadapan.
- (2) Curah pendapat (*brain storming*) merupakan *modifikasi* metode diskusi kelompok. Usulan atau komentar yang diberikan peserta terhadap tanggapan-tanggapannya, tidak dapat diberikan sebelum pendapat semuanya terkumpul.
- (3) Bola salju, kelompok dibagi dalam pasangan kemudian dilontarkan masalah atau pertanyaan untuk diskusi mencari kesimpulan.
- (4) Memainkan peran yaitu metode dengan anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan. *Simulasi* merupakan gabungan antara *role play* dan diskusi kelompok.

2. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

perilaku adalah apa yang dapat dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang hanya dapat diamati secara tidak langsung, oleh karena itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup *eksternal* aktivitas (tindakan) dan *internal* aktivitas (berpikir, sikap, emosi dll) (Nototamodjo, 2022).

Selanjutnya menurut Sugianto (2023), perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta *interaksi* manusia yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan suatu respon / reaksi dari seorang individu terhadap *stimulus* yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya sendiri. Respon ini dapat bersifat pasif (berpikir, bersikap, emosi, dll) ataupun aktif (melakukan tindakan).

Selanjutnya Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Pada dasarnya perilaku manusia dapat diamati melalui sikap dan tindakan. Namun demikian tidak berarti bahwa bentuk perilaku itu hanya dapat dilihat dari sikap dan tindakannya saja akan tetapi dapat juga

bersifat *potensial*, yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi. (Sri et al., 2024)

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Lawrence Green (1980), *menganalisis* perilaku manusia berangkat dari segi kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku. Selanjutnya perilaku sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni (Kusumawaty et al., 2022):

- 1) Faktor-faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dsb.
- 2) Faktor-faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik atau sarana dan prasarana.
- 3) Faktor-faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku orang-orang sekitar subjek.

James L Gibson (1994), mengungkapkan ada tiga variabel yang dapat mempengaruhi perilaku individu, diantaranya adalah *variabel fisiologis*, *variabel psikologis* dan *variabel lingkungan* (Anwar et al., 2022).

c. Pengukuran Perilaku

Pada dasarnya perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons tergantung pada karakteristik

atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Dan yang dimaksud peneliti dalam kasus ini adalah perilaku *personal hygiene*. Dalam perkembangannya, Menurut benyamin bloom (1908) Dalam perkembangannya teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan (Wilantara, R. W., Rahmad, N. N., & Suhartini, 2024), yakni:

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Fitriani et al., 2021). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Apa yang diketahui oleh responden terkait dengan kesehatan, misalnya tentang perilaku *personal hygiene*, kebersihan lingkungan, kebersihan pakaian dsb. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Abdul Basith, Ainu Zuhriyah, Mohamad Nazil Rahmaddana, Shofia Nafi'atul 'Ilmi, Rizka Amelya, 2025), yakni:

- a) Tahu, sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

- b) Memahami, suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.
 - c) Aplikasi, kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi (sebenarnya).
 - d) *Analisis*, kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
 - e) *Sintesis*, kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
 - f) Evaluasi, kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.
- 2) Sikap

Menurut Alport (1945) dalam Notoatmodjo (2022) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni:

- a) Kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu objek
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c) Kecenderungan untuk bertindak

Selain mempunyai tiga komponen pokok sikap, sikap terdiri dari berbagai tingkatan;

- a) Menerima, subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek
 - b) Merespon, memberikan jawaban apabila ditanya serta mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan, adalah suatu indikasi dari sikap
 - c) Menghargai, mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan terhadap suatu masalah, adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga
 - d) Bertanggung jawab, bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya, merupakan tingkat sikap yang paling tinggi. Apa pendapat atau penilaian responden terhadap hal yang terkait dengan kesehatan.
- 3) Praktek (tindakan)

Apa yang dilakukan oleh responden terhadap hal yang terkait dengan *personal hygiene*. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan adalah fasilitas. Praktik atau

tindakan mempunyai beberapa tingkatan(Wilantara, R. W., Rahmad, N. N., & Suhartini, 2024), yakni;

- a) Persepsi, mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan *personal hygiene* yang akan dilakukan
- b) Respon terpimpin, dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh
- c) Mekanisme, Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau suatu ide sudah merupakan suatu kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.
- d) Adaptasi, merupakan praktek yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

3. *Personal Hygiene*

a. Pengertian *Personal Hygiene*

Personal hygiene atau kebersihan diri berasal dari bahasa Yunani yakni suatu tindakan dalam menjaga kebersihan dan kesehatan individu dengan tujuan untuk mencapai kesejahteraan fisik maupun psikis. Salah satu upaya *personal hygiene* adalah merawat kebersihan kulit karena kulit yang berfungsi untuk melindungi permukaan tubuh, memelihara suhu tubuh dan mengeluarkan kotoran-kotoran tertentu. *Hygiene* yang rendah dapat

menjadi faktor penunjang berkembangnya penyakit kulit seperti *scabies* (Fitri, 2024).

b. Macam-Macam Perilaku *Personal hygiene*

Menurut Anwar (2022) perilaku *Personal hygiene* santri yang dapat mempengaruhi kehidupan santri meliputi:

1) Kebersihan kulit

Dalam memelihara kebersihan kulit kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian, dan menjaga kebersihan lingkungan. Kulit sebagai pelindung organ-organ didalamnya, maka kulit perlu dijaga kesehatannya. Penyakit kulit bisa disebabkan oleh jamur, *virus*, kuman, *parasit hewani* dan lain-lain (Rosidin et al., 2021).

2) Kebersihan tangan dan kuku

Kebiasaan menjaga kebersihan tangan dan kuku akan menjaga dan membuat kita terhindar dari macammacam penyakit. Perhatian terhadap kebersihan tangan dan kuku ini harusnya tidak di remehkan karena banyak penyakit dapat timbul dan tersebar lewat tangan dan kuku, kebersihan kuku yang diabaikan menjadi penyebab banyaknya kuman pada makanan sebab dibawah kuku yang panjang dan kotor terdapat banyak

bakteri dan bibit penyakit yang menyebabkan penyebaran kuman dan *infeksi* (Erna Safitri et al., 2025).

Perawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan menjaga tangan selalu bersih dan bersihkan tangan setiap kali tangan kotor, dengan cuci tangan sesering mungkin karena dengan cuci tangan akan mencegah penyebaran kuman dan virus yang dapat menyebabkan penyakit. Cara mencuci tangan yang baik Menurut(WHO, 2023), yakni:

- a) Basahi tangan dengan air dibawah kran atau air mengalir dan menggunakan sabun. Semua bagian tangan harus terkena air dan sabun, semua permukaan kulit termasuk jari tangan, kuku dan bagian belakang telapak tangan digosok dengan busa sabun, dengan 6 langkah yaitu:
 - (1) Gosok kedua telapak tangan gosok sampai ke ujung jari, Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri (atau sebaliknya) dengan jari-jari saling mengunci (berselang-seling) antara tangan kanan dan kiri.
 - (2) Gosok sela-sela jari tersebut, dan sebaliknya.
 - (3) Telapak dengan telapak dan jari saling terkait.
 - (4) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci.
 - (5) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri, dan sebaliknya

(6) Jari kiri menguncup, gosok memutar, kekanan dan ke kiri pada telapak kanan, dan sebaliknya.

- b) Bersihkan atau bilas sabun pada kedua tangan dengan air mengalir dan keringkan tangan dengan tissue atau handuk bersih.
- c) Kebiasaan mencuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah makan, setelah dari WC, setelah bepergian atau bermain, setelah memegang atau merawat binatang, sebelum menyentuh bayi dan setelah memegang benda-benda kotor.

3) Kebersihan handuk

Secara kontak tidak langsung penyakit kulit dapat disebabkan oleh pemakaian handuk secara bergantian dengan penderita. sebagai santri baru yang belum tahu kehidupan di pesantren membuat mereka luput dari kesehatan, mandi secara bersama-sama, saling tukar pakaian, handuk dan lainnya yang dapat menyebabkan tertular penyakit (Maertalina Limbang, 2018).

Sebaiknya tidak memakai handuk secara bergantian karena mudah menularkan kuman dari penderita ke orang lain. Apalagi bila handuk tidak pernah dijemur dibawah terik matahari dan di tumpuk di dalam kamar atau ruang yang lembab ataupun tidak dicuci dalam jangka waktu yang lama maka kemungkinan membuat jumlah kuman yang ada pada handuk akan menjadi

banyak sekali dan sangat berisiko untuk menularkan penyakit kulit pada pemakai handuk tersebut dan membuat kulit menjadi gatal-gatal karena handuk yang lembab membuat bakteri mudah menyebar ke kulit (Lubis, 2023).

4) Kebersihan pakaian

Menjaga kebersihan pakaian adalah salah satu cara agar kita terhindar oleh penyakit kulit yang menular dari pakaian dilihat dari lokasi yang memiliki suhu yang tinggi, jelas akan membuat siapapun akan berkeringat dan membuat aktivitas bakteri semakin meningkat. Menjaga kebersihan pakaian akan membuat kita terhindar dari penyakit kulit, dikarenakan pakaian dapat menyerap kotoran dan debu penyebab penyakit (Musthofa et al, 2023).

Ada hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kebersihan pakaian yaitu mengganti pakaian dua kali sehari, selalu menyetrika pakaian, mencuci pakaian menggunakan detergen, menjemur pakaian dibawah matahari dan tidak bertukar pakaian dengan teman. Dampak yang sering dijumpai karena tidak memperhatikan kebersihan pakaian adalah penyakit kulit

seperti *scabies*, jamur, panu, *infeksi*, *bakteri* dan *pioderma* (Hidayah, 2020).

5) Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala

kulit kepala menghasilkan minyak alami yang disebut sebum yang melembapkan dan melindungi kulit dari infeksi. Beberapa orang menghasilkan lebih banyak sebum daripada yang lain. Ketika tubuh menghasilkan terlalu banyak sebum, sebum tersebut dapat menumpuk di kulit kepala. Jika Anda jarang keramas, sel kulit mati, kotoran, sisa produk, dan keringat juga dapat menumpuk di kulit kepala. Hal ini dapat menyebabkan rambut berminyak, peningkatan risiko infeksi, dan bau tidak sedap (Maertalina Limbang, 2018).

Mencuci kulit kepala 2-3x dalam seminggu menggunakan shampo dan sisir dapat membantu mengendalikan kondisi dan infeksi pada kulit kepala serta menjaganya tetap bersih. Penyakit kulit kepala Salah satunya kurap, Kurap di kulit kepala menyebar melalui kontak langsung dengan hewan atau orang yang terinfeksi, atau dari lingkungan. Praktik kebersihan yang baik, seperti tidak berbagi sisir, handuk, atau barang pribadi lainnya dan mencuci tangan secara teratur (Fitri et al., 2024).

Dan juga kutu kepala, Kutu rambut paling sering menyebar melalui kontak langsung kepala ke kepala (rambut ke rambut).

Namun, jauh lebih jarang, kutu rambut dapat menyebar melalui pakaian atau barang-barang lain yang digunakan bersama jika terdapat telur kutu atau kutu di dalamnya. Praktik kebersihan yang baik sangat penting untuk mencegah dan mengendalikan penyebaran kutu rambut. Misalnya, jangan berbagi sisir, sikat, atau handuk. Cuci pakaian dan linen yang digunakan oleh orang yang memiliki kutu rambut menggunakan siklus pencucian air panas dan siklus pengeringan suhu tinggi (walker, 2025).

6) Kebersihan Gigi dan Mulut

Memasuki fase remaja, seseorang akan mengalami perubahan bentuk psikologis, mental dan fisik pada kehidupan mereka. Rasa malu biasanya sudah mulai muncul dalam diri sebagai bentuk perubahan psikologis. Hal ini biasanya muncul ketika penampilan mereka dirasa tidak indah dalam penampilan fisik, termasuk mulut dan gigi yang tidak estetik yang timbul oleh adanya bau mulut dan penyakit gigi yang muncul sebagai akibat gigi yang tidak dilakukan pemeliharaan dengan baik (Safira, Z. D., & Ayunin, 2024).

Penyakit gigi adalah penyakit yang banyak berhubungan dengan akibat makanan dan gaya hidup. Terjadi kemungkinan peningkatan risiko untuk kesehatan gigi, cenderung menyikat gigi dengan waktu yang menurut mereka adalah waktu yang

lama yaitu 2 menit. Mereka cenderung menganggap semakin lama menyikat gigi akan membuat perilaku menyikat gigi mereka menjadi baik (Wilantara, R. W., Rahmad, N. N., & Suhartini, 2024).

Praktek kebersihan mulut oleh masing-masing individu adalah tindakan pencegahan yang paling dianjurkan, sehingga individu telah melakukan tindakan pencegahan yang sesungguhnya. Praktek kebersihan mulut ini dapat dilakukan oleh individu dengan cara menyikat gigi (Salsabila Fauziah Rahayu, 2022).

Menyikat gigi merupakan rutinitas yang penting dan harus dipertahankan dalam menjaga serta memelihara kesehatan gigi agar terhindar dari bakteri serta membersihkan sisa makanan yang melekat dengan menggunakan bantuan sikat gigi dan pasta gigi berfluoride waktu yang optimal dapat diterapkan 2x sehari pada pagi hari setelah sarapan dan malam sebelum tidur. Menggosok gigi berfungsi untuk menghilangkan dan menghindari terjadinya pembentukan plak dan debris, membersihkan kotoran sisa makanan yang menempel pada gigi, menstimulasi jaringan gingiva, serta menghilangkan halitosis atau biasa disebut bau mulut yang tidak diinginkan (Hadi et al, 2022).

c. Tujuan *Personal Hygiene*

Tujuan seseorang dalam melakukan perawatan *personal hygiene* (Salsabila Fauziah Rahayu, 2022) meliputi:

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan.
- 2) Rasa nyaman dan menciptakan keindahan.
- 3) Mencegah penyakit pada diri sendiri maupun pada orang lain.
- 4) Meningkatkan percaya diri.

d. Faktor yang mempengaruhi *Personal Hygiene*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* (Pratiwi, 2021) meliputi:

1) Status kesehatan

Seseorang dalam kondisi sakit atau cedera, sehingga memerlukan *bedrest*, apalagi dalam waktu lama, hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan *personal hygiene* dan tingkat kesehatan klien. Maka ini menjadi peran perawatan untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* dan mencegah gangguan seperti kerusakan membran mukosa, kulit dan lain lain.

2) Budaya

Sejumlah mitos berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa seseorang yang dalam keadaan sakit tidak dimandikan, hal ini dikarenakan nanti penyakitnya tambah parah.

3) Status sosial ekonomi

Seseorang dalam kegiatan pemenuhan *personal hygiene* yang baik memerlukan sarana dan prasarana, seperti kamar mandi, air cukup dan bersih, peralatan (misalnya sabun, shampo, dan lain-lain). *Personal hygiene* yang baik pada santri dengan status ekonomi rendah dikarenakan kurang terpenuhinya sarana prasarana *personal hygiene* santri selama di asrama, sehingga terpaksa meminjam peralatan pribadi seperti sarung, pakaian dan handuk atau meminta perlengkapan mandi kepada teman santrinya.

4) Tingkat pengetahuan dan perkembangan

Tingkat pengetahuan mempengaruhi tingkat kephahaman tentang kebersihan diri karena pengetahuan memiliki peranan penting dalam upaya pencegahan penularan scabies yaitu melalui praktik kebersihan diri yang baik. Faktor pengetahuan dari individu, kelompok, dan komunitas yang memiliki risiko *personal hygiene* yang buruk.

e. Pengukuran Perilaku *Personal Hygiene*

Pengukuran atau cara mengamati perilaku perilaku *personal hygiene* dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu

1) Langsung

Dengan cara Mengamati atau mengukur secara langsung dengan pengamatan, yaitu mengamati tindakan dari responden

terkait perilaku *personal hygiene* yang dilakukan dengan cara pengamatan dan wawancara sebelum dan sesudah melakukan pendidikan kesehatan tentang kegiatan perilaku personal hygiene santri dalam rangka memelihara kesehatannya.

2) Tidak langsung

Sedangkan secara tidak langsung menggunakan *kuesioner* yang berisi 18 pertanyaan tentang perilaku *personal hygiene*. Kuesioner ini bertujuan untuk memperoleh data awal sejauh mana santri memahami dan telah *mengimplementasikan* perilaku *personal hygiene* yang baik di lingkungan pesantren.

4. Santri

a. Pengertian Santri

Santri secara umum merupakan seseorang yang belajar agama islam dan mendalami tentang agama islam di sebuah pesantrian atau dengan sebutan pada umumnya “Pesantren” yang menjadi tempat belajar bagi para santri. Santri juga bisa disebut dengan orang yang tinggal di dalam lingkungan pesantren dan mengabdikan diri di dalam pesantren tersebut (Abdul Basith, Ainu Zuhriyah, Mohamad Nazil Rahmaddana, Shofia Nafi’atul ’Ilmi, Rizka Amelya, 2025).

Menurut Abu Hamid dalam Yakub istilah santri berasal dari kata shastra dari bahasa Tamil yang berarti seorang ahli buku suci (Hindu). Dalam dunia pesantren istilah santri adalah peserta didik

di pesantren yang biasanya tinggal di asrama atau pondok. (Melia et al., 2022)

b. Pengelompokan Santri

Menurut para ahli santri dapat dikelompokkan beberapa bagian yaitu:

- 1) Santri Mukim, Mereka peserta didik yang berasal dari daerah yang jauh dan menetap dalam kelompok pesantren. Santri mukim yang paling lama tinggal di pesantren tersebut biasanya merupakan satu kelompok tersendiri yang memegang tanggung jawab kepentingan pesantren sehari-hari, mereka juga memikul tanggung jawab mengajar santri-santri muda tentang kitab-kitab dasar dan menengah (Saimima et al., 2021).
- 2) Santri Kalong, Peserta didik yang berasal dari daerah sekeliling pesantren, yang biasanya tidak menetap dalam pesantren. Untuk mengikuti pelajaran di pesantren, mereka bolak-balik dari rumahnya sendiri. Biasanya perbedaan antara pesantren besar dan pesantren kecil dapat dilihat dari komposisi santri kalong (Melia et al., 2022).

c. Karakter Santri dalam menjaga *personal hygiene*

1) Pengetahuan Santri

Penerapan *personal hygiene* hendaknya didukung dengan pengetahuan yang baik karena semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka akan semakin besar peluangnya

untuk menerapkan *personal hygiene*. Selain pengetahuan faktor lain yang mendukung penerapan *personal hygiene* adalah *persepsi* seseorang terhadap personal higiene itu sendiri (Hidayah, 2020).

Begitu pula sebaliknya semakin rendah pengetahuan seseorang maka semakin kecil kemungkinan untuk menerapkan *personal hygiene*. Siswa perempuan memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang *personal hygiene* daripada laki-laki. Informasi tentang *personal hygiene* lebih banyak diperoleh dari keluarga kemudian dari guru dan berbagai media (Rosidin et al., 2021).

2) Perilaku Santri

Santri yang memiliki *personal hygiene* buruk dapat dilihat dari kebiasaan santri seperti tidak terbiasa mengganti sprei dikarenakan aktivitas yang padat, mandi hanya satu kali sehari, tidur bersama dalam satu kamar, kebiasaan saling tukar menukar barang atau pakaian, malas untuk bersih-bersih, sering bertukar handuk, dan tempat tidur kepada sesama teman, tidak mencuci tangan dengan sabun serta *frekuensi* memotong kuku yang jarang akan menyebabkan tungau skabies menetap pada permukaan tubuh (Wilantara, R. W., Rahmad, N. N., & Suhartini, 2024).

3) Lingkungan Pesantren

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku *personal hygiene* yang buruk salah satunya yaitu tinggal bersama seperti di Pondok Pesantren memang berisiko mudah tertular berbagi penyakit khususnya penyakit kulit. (Fitri et al., 2024). Penularan terjadi apabila kebersihan pribadi dan lingkungan tidak terjaga dengan baik. Faktanya sebagian Pesantren tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, tempat mandi dan WC yang kotor, ketersediaan air bersih yang kurang, lingkungan yang lembab dan *sanitasi* yang buruk (Larashati, 2025).

5. Pesantren

a. Pengertian Pesantren

Pondok Pesantren merupakan lembaga Pendidikan Islam di Indonesia memiliki perbedaan dengan yang lainnya. Baik dari segi aspek pendidikan ataupun dari aspek sistem pendidikan yang diterapkan. Ada beberapa ciri atau karakter yang harus dimiliki oleh pesantren sebagai lembaga pendidikan dan lembaga sosial yang secara informal terlibat dalam pengembangan masyarakat. Terdapat lima unsur yang tidak bisa dipisahkan dari pondok pesantren yakni adanya Masjid, Pondok, Pengajaran pada kitab-kitab Islam klasik, Santri dan sosok Kiyai (Saimima et al., 2021) .

Banyak diantara para ahli yang memberikan pengertian tentang pesantren dengan pengertian yang berbeda-beda. Pengertian terkait pesantren yang dipersepsikan berkaitan dengan darimana ia memandang sebuah pesantren dengan segala aplikasinya. Zamakhasyari Dhofier dalam mendefinisikan kata „pondok“ berasal dari pengertian asrama-asrama yang menaungi para santri, atau yang disebut pondok, tempat tinggal yang dibuat dari bambu atau juga berasal dari kata Arab “*funduq*” dengan memiliki arti hotel atau asrama (Apiyah, 2021).

b. Model Pondok Pesantren

Bahri Ghozali, mengemukakan beberapa tipe pondok pesantren terbagi kedalam tiga tipe (Abdul Basith, Ainu Zuhriyah, Mohamad Nazil Rahmaddana, Shofia Nafi’atul ’Ilmi, Rizka Amelya, 2025) meliputi;

1) Pondok Pesantren Tradisional

Pondok pesantren tradisional yaitu pondok yang dalam perkembangannya pesantren tersebut menyelenggarakan pelajaran dengan pendekatan tradisional. Pembelajarannya ilmu-ilmu agama Islam dilakukan secara individual atau kelompok dengan konsentrasi dengan kitab-kitab klasik berbahasa Arab.

2) Pondok Pesantren Modern

Pondok pesantren moderen adalah pondok pesantren yang menyelenggarakan kegiatan pendidikan dengan pendekatan modern melalui suatu pendidikan formal, baik madrasah ataupun sekolah, tetapi dengan menggunakan cara klasikal.

3) Pondok Pesantren Komprehensif

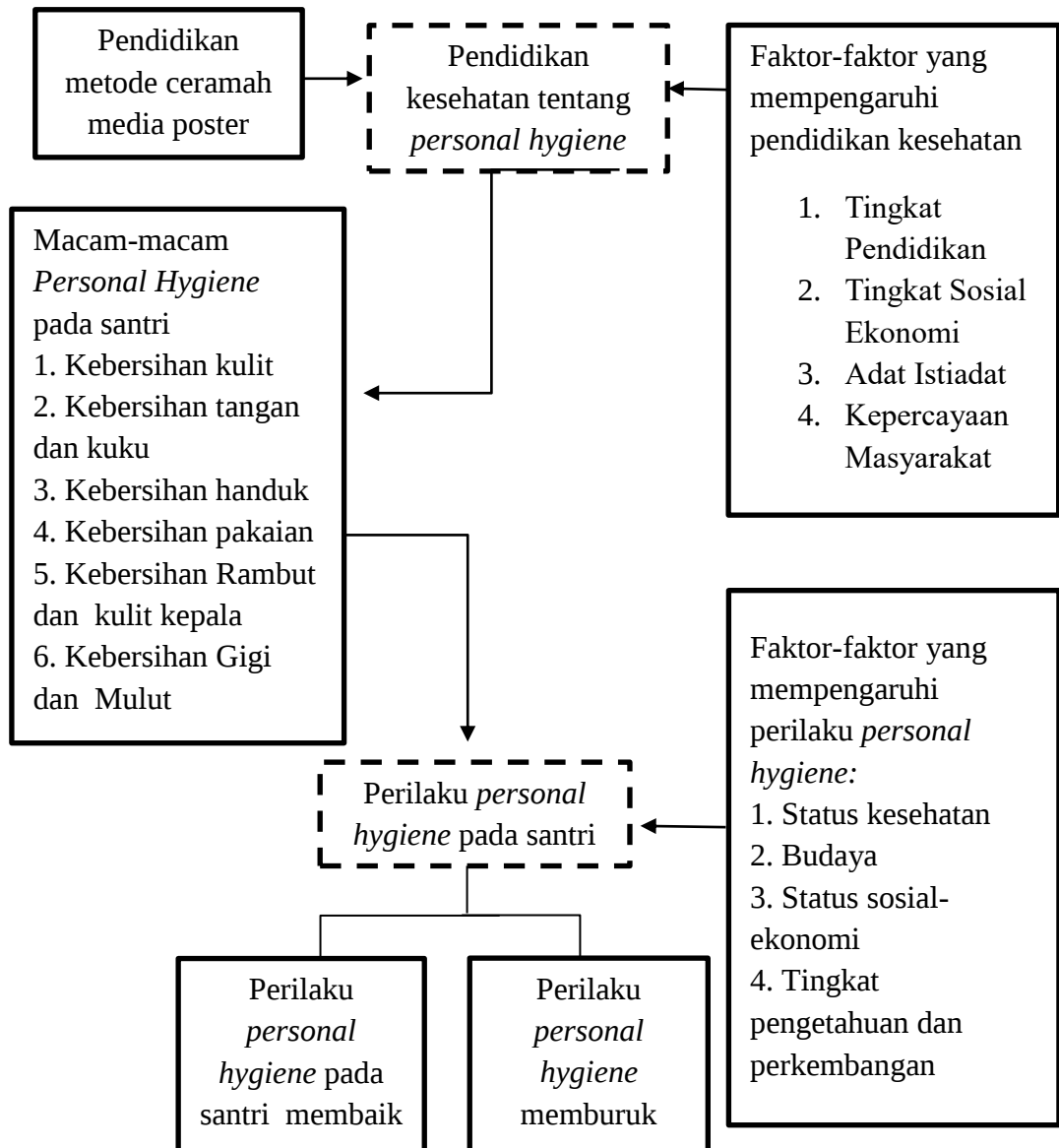
Pondok pesantren komprehensif adalah pondok pesantren yang sistem pendidikan dan pengajarannya gabungan antara yang tradisional dan yang moderen. Artinya didalamnya ditetapkan pendidikan dan pengajarannya kitab kuning dengan metode *sorogan*, *bandongan*, *wetonan*, namun secara regular sistem persekolahan terus dikembangkan dan model pondok komprehensiflah yang dijadikan peneliti sebagai tempat penelitian

Dalam tahap perkembangannya, Zamarkhasyi Dhofier dalam Kompri membagi pesantren ke dalam dua bagian (Saimima et al., 2021) yaitu:

- 1) Pesantren Salaf, adalah lembaga pesantren yang mempertahankan pengajaran kitab-kitab klasik sebagai inti pendidikan. Adapun sistem madrasah ditetapkan hanya untuk memudahkan sistem yang dipakai dalam lembaga-lembaga pengajian bentuk lama, tanpa mengenalkan pengajaran pengetahuan umum.

- 2) Pesantren Khalaf, adalah lembaga pesantren yang memasukan pelajaran umum dalam kurikulum madrasah pesantren yang dikembangkan, atau pesantren yang menyelenggarakan tipe-tipe sekolah umum seperti SMP, SMA dan bahkan perguruan tinggi dalam lingkungannya pesantrennya. .

B. Kerangka Teori

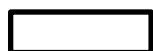


Gambar 2 .2 Kerangka Teori

Keterangan:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti