

**MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM
MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN SANTRI
DALAM BIDANG KESEHATAN**

(Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren
Asy-Syatiby Di Kabupaten Bogor)

**MANAGEMENT OF HEALTH ISLAMIC BOARDING SCHOOLS IN REALIZING
SANTRI INDEPENDENCE IN THE HEALTH SECTOR**

*(The research of Madinatul Qur'an Islamic Boarding School and Asy-Syatiby Islamic
Boarding School in Bogor Regency)*

Oleh :

DARMASTA MAULANA

NIM: 41038104200067

DISERTASI

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Ujian
Guna Memperoleh Gelar Doktor Bidang Ilmu Pendidikan
Program Studi Ilmu Pendidikan



**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS ISLAM NUSANTARA
BANDUNG
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM
MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN SANTRI
DALAM BIDANG KESEHATAN
(Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok
Pesantren Asy-Syatiby Di Kabupaten Bogor)**

**Oleh :
DARMASTA MAULANA
NIM : 41038104200067**

Bandung, Juli 2025

Promotor

Prof. Dr. H. Hanafiah, M.M.Pd.

Co- Promotor

Dr. Nandang Koswara, S.Ag., M.Pd

Anggota

Dr. Dra. Sri Handayani, M.Pd.

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Darmasta Maulana

NIM : 41038104200067

Program Studi : Manajemen Pendidikan

Menyatakan bahwa Disertasi yang berjudul: MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN SANTRI DALAM BIDANG KESEHATAN (Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby Di Kabupaten Bogor)

1. Benar-benar hasil karya saya sendiri tidak ada penjiplakan
2. Isi Disertasi tidak mengandung kebohongan, semua dapat dipertanggung-jawabkan secara akademik
3. Apabila dikemudian hari ditemukan kesalahan akademik dan/ atau bertentangan dengan norma-norma hukum, saya bersedia mempertanggung- jawabkan secara hukum dan secara akademik.
4. Demikian pernyataan ini dibuat atas nama kebenaran, tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Bandung, 10 Juli 2025

Hormat saya,

Darmasta Maulana

ABSTRAK

Pondok pesantren memiliki peran strategis dalam membentuk karakter dan kesejahteraan masyarakat, termasuk aspek kesehatan santri. Namun, kondisi kesehatan di lingkungan pesantren masih menghadapi tantangan serius. Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) hadir sebagai bentuk pemberdayaan berbasis komunitas, namun belum berfungsi secara optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor. Fokus utama penelitian adalah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi manajemen Poskestren, serta kendala dan solusi yang dihadapi dalam implementasinya. Penelitian dilakukan di dua pondok pesantren, yaitu Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby Bogor, sebagai representasi model pengelolaan kesehatan berbasis pesantren. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan studi dokumentasi. Data dianalisis secara tematik menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Validitas data diperoleh melalui triangulasi sumber, teknik, dan waktu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa manajemen Poskestren telah dilaksanakan melalui perencanaan yang mengacu pada kebutuhan dasar santri, pengorganisasian berbasis struktur internal pesantren, pelaksanaan program yang adaptif terhadap budaya pesantren, serta evaluasi dengan pendekatan partisipatif. Namun, masih terdapat kendala seperti keterbatasan tenaga kesehatan, fasilitas, dan rendahnya literasi kesehatan santri. Solusi strategis yang dikembangkan mencakup kemitraan dengan pihak eksternal, pelatihan kader santri, dan integrasi nilai-nilai Islami dalam pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat. Produk akhir dari penelitian ini adalah model manajemen Poskestren berbasis kemandirian santri yang terintegrasi dengan nilai lokal, potensi internal pesantren, dan prinsip pemberdayaan komunitas.

Kata Kunci: manajemen, Poskestren, pesantren, kemandirian santri, kesehatan

ABSTRACT

Islamic boarding schools (pesantren) play a strategic role in shaping character and community well-being, including aspects of student health. However, health conditions within pesantren environments continue to face significant challenges. The Pesantren Health Post (Poskestren) emerged as a form of community-based health empowerment, yet its functionality remains suboptimal. This study aims to describe the management of Islamic Boarding School Health Posts (Poskestren) in promoting students' self-reliance in the field of health in Bogor Regency. The research focuses on the planning, organizing, implementation, and evaluation of Poskestren management, as well as the challenges faced and strategic solutions developed during its implementation. The research was conducted at two Islamic boarding schools: Madinatul Qur'an Islamic Boarding School and Al-Imam Asy-Syathiby Qur'anic Tahfidz Islamic Boarding School in Bogor, serving as models for community-based health management in a religious educational setting. This study employed a qualitative approach with a case study design. Data were collected through in-depth interviews, participatory observations, and document analysis. The data were analyzed thematically using Miles and Huberman's interactive model, which includes data reduction, data display, and conclusion drawing. The validity of the data was ensured through triangulation of sources, methods, and timing. The findings reveal that Poskestren management was carried out through planning based on students' basic health needs, organizing that involved the boarding school's internal structure, program implementation adapted to the pesantren's cultural context, and participatory evaluation methods. However, several obstacles were identified, such as limited health personnel, inadequate facilities, and low health literacy among students. Strategic solutions included partnerships with external health institutions, training of student health cadres, and the integration of Islamic values in developing clean and healthy living behaviors. The final product of this research is a management model for Poskestren based on students' health self-reliance, integrated with local values, pesantren internal potential, and community empowerment principles.

Keywords: *management, Poskestren, Islamic boarding school, student self-reliance, health*

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur senantiasa kami panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan disertasi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi Program Doktoral Administrasi Pendidikan di Universitas Islam Nusantara. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah kepada Nabi Muhammad Sollallahu Alaihi Wa Sallam, keluarga, sahabat, serta seluruh umatnya hingga akhir zaman.

Disertasi ini berjudul “Manajemen Pos Kesehatan Pesantren dalam Mewujudkan Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan (Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby di Kabupaten Bogor)”, yang diajukan sebagai tugas akhir dalam menyelesaikan studi doktoral.

Penyelesaian disertasi ini tentu tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi, baik dalam bentuk ilmu, saran, motivasi, maupun doa. Semoga segala kebaikan yang diberikan mendapat balasan yang berlipat ganda dari Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan disertasi ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kami dengan rendah hati mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Akhir kata, semoga disertasi ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang administrasi pendidikan dan manajemen kesehatan pesantren. Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Bandung, 10 Juli 2025

Darmasta Maulana

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis pajatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya telah dapat menyelesaikan tugas akhir penelitian dan penulisan disertasi yang berjudul “Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Dalam Mewujudkan Kemandirian Santri Dalam Bidang Kesehatan (Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur’an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby di Kabupaten Bogor).”

Penulis menghaturkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat Bapak dan Ibu :

1. Prof. Dr. Endang Komara, M. Si., Rektor Universitas Islam Nusantara (UNINUS) Bandung yang telah memberikan izin fasilitas untuk mengikuti pendidikan lanjut pada jenjang S3 Program Studi Ilmu Pendidikan.
2. Prof. Dr. H. Iim Wasliman, M. Pd., M. Si., selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Islam Nusantara (UNINUS) Bandung, dengan prakarsa/kegigihan dalam mengembangkan Sekolah Pascasarjana Universitas Islam Nusantara Bandung, sehingga mendapat pengakuan dan kepercayaan publik secara luas.
3. Prof. Dr. H. Nana Herdiana Abdurrahman, SE, MA.Ak., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Pendidikan atas kepemimpinannya yang penuh keihlasan, kedisiplinan dan motivasi serta dedikasi yang tinggi dan secara terus menerus mendorong dan membimbing untuk peningkatan mutu lulusan.
4. Prof. Dr. H. Hanafiah, M. M.Pd., selaku Promotor atas keihlasan, kesabaran, ketelitian dan motivasi yang tinggi dalam mendukung proses penyusunan disertasi ini serta dengan dedikasi yang tinggi dan secara terus menerus mendorong dan membimbing untuk peningkatan mutu lulusan.
5. Dr. Nandang Koswara, S.Ag., M.Pd., selaku Ko-Promotor atas keiklasan, kesabaran, ketelitian dan motivasi yang tinggi tanpa mengenal waktu dalam proses mendukung penyusunan disertasi ini.

6. Dr. Dra. Sri Handayani, M.Pd., selaku anggota Promotor atas keiklasan, kesabaran, ketelitian. dan motivasi serta dorongan yang tinggi tanpa mengenal waktu dalam proses mendukung penyusunan disertasi ini.
7. Seluruh Dosen Sekolah Pascasarjana beserta Staf Tata Usaha Universitas Islam Nusantara (UNINUS) Bandung yang telah banyak membantu baik dalam proses pembelanjaran maupun dalam proses penelitian disertasi.
8. Fauzan Abdillah, ST, Lc, MA, Mudir pondok pesantren Madinatul Qur'an Bogor yang telah memberikan kesempatan/izin dan dukungan data yang relevan dengan disertasi ini
9. Apt. Jejen Jaenudin, S.Farm., M.Pd., Kepala Sekolah pondok pesantren Imam Asy Syatiby Bogor yang telah memberikan kesempatan/izin dan dukungan data yang relevan dengan disertasi ini
10. Seluruh teman-teman siswa Program Pascasarjana S3 Universitas Islam Nusantara (UNINUS) Bandung.
11. Dukungan seluruh keluarga (ibu, istri, anak-anak) yang tidak putus-putusnya memberikan doa, dorongan, semangat dan motivasi dalam proses belajar serta penulisan disertasi ini.
12. Semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materiel, semoga menjadi amal kebaikan dan tidak akan dilupakan sepanjang waktu. Amin

Bandung, Juli 2025

Darmasta Maulana

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiviv
DAFTAR LAMPIRAN	xivv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah Dan Pembatasan Masalah.....	5
1. Perumusan Masalah	5
2. Pembatasan Masalah	6
C. Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	7
1. Tujuan Penelitian	7
2. Manfaat Penelitian	7
D. Pertanyaan Penelitian.....	8
BAB II KAJIAN PUSTAKA MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN SANTRI DALAM BIDANG KESEHATAN	9
A. Landasan Filosofis	9
1. Model Pendidikan Dewey	9

2.	Konstruktivisme	11
B.	Landasan Sistem Nilai.....	12
1.	Nilai Teologi	13
2.	Nilai Logika	15
3.	Nilai Etik	16
4.	Nilai Fisiologi	17
5.	Nilai Estetika.....	19
6.	Nilai Teleologi	20
C.	Landasan Teoretik.....	22
1.	Teori Manajemen	22
2.	Teori Kemandirian	30
D.	Landasan Konsep	36
1.	Konsep Manajemen Poskestren	36
2.	Konsep Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan	49
E.	Landasan Kebijakan	56
1.	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	57
2.	Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2019 tentang Pesantren	57
3.	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pos Kesehatan Pesantren.....	58
4.	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020– 2024.....	59
F.	Penelitian Terdahulu Yang Relevan	60
BAB III METODE PENELITIAN		62
A.	Pendekatan dan Jenis Penelitian.....	62
B.	Metode Penelitian.....	63

C.	Lokasi dan Informan Penelitian	64
D.	Teknik Pengumpulan Data.....	65
1.	Observasi Partisipatif	65
2.	Wawancara Mendalam.....	65
3.	Studi Dokumentasi	66
E.	Instrumen Penelitian.....	66
F.	Teknik Analisis Data.....	70
1.	Analisis Data Tunggal (<i>Single Site Analysis</i>).....	70
2.	Analisis Data Lintas Situs (<i>Cross Site Analysis</i>)	71
G.	Tahapan Penelitian	72
1.	Tahap Prapengumpulan Data	72
2.	Tahap Pengumpulan Data Lapangan	73
3.	Tahap Analisis Data	73
4.	Tahap Penulisan Laporan.....	73
H.	Etika Penelitian	74

BAB IV GAMBARAN UMUM HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

76

A.	Deskripsi Umum Lokasi dan Profil Pesantren	76
1.	Pondok Pesantren Madinatul Qur'an	76
2.	Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby.....	77
B.	Hasil Penelitian Tematik Berbasis Fungsi Manajemen	78
1.	Perencanaan Poskestren	78
2.	Pengorganisasian Poskestren	100
3.	Pelaksanaan Poskestren.....	107
4.	Evaluasi Poskestren.....	115

5.	Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren	135
C.	Pembahasan Hasil Penelitian	139
1.	Perencanaan Program Poskestren	139
2.	Perencanaan Program Poskestren	178
3.	Pelaksanaan Poskestren.....	188
4.	Evaluasi Poskestren.....	202
5.	Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren	230
6.	Kontribusi Konseptual dan Praktis Penelitian.....	236
BAB V SIMPULAN, REKOMENDASI DAN PRODUK PENELITIAN.....		238
A.	Simpulan	238
1.	Simpulan Umum	238
2.	Simpulan Khusus	238
B.	Rekomendasi	240
1.	Rekomendasi Teoritis.....	240
2.	Rekomendasi Praktis.....	241
C.	Produk Penelitian	242
1.	Judul Produk Penelitian	242
2.	Latar Belakang	242
3.	Tujuan Model	244
4.	Landasan Pengembangan Model.....	246
5.	Persyaratan Model.....	248
6.	Langkah-langkah Pengembangan Model	250
7.	Novelty.....	253
8.	Uji Kelayakan model.....	255
9.	Visualisasi Model.....	257

10. Keterangan Gambar	257
DAFTAR PUSTAKA	263
RIWAYAT HIDUP	290

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Bagan Perumusan Masalah Penelitian	5
Gambar 5.1	Visualisasi Model Hipotetik Manajemen Poskestren Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan	257

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian.....	67
Tabel 3. 2 Pedoman Wawancara Penelitian.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Penunjukan Pembimbing	292
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian Lokus 1	294
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Lokus 2	295
Lampiran 4 Surat Balasan Ijin Penelitian Lokus 1.....	296
Lampiran 5 Surat Balasan Ijin Penelitian Lokus 2.....	297
Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian.....	298
Lampiran 7 Kisi-kisi Instrumen Penelitian	302
Lampiran 8 Pedoman Wawancara	306

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) merupakan upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, dan kuratif sederhana di lingkungan pondok pesantren, yang diselenggarakan dari, oleh, dan untuk warga pesantren. Poskestren menjadi salah satu inovasi strategis dalam mendukung kesehatan santri melalui pemberdayaan kader santri dan kerja sama lintas sector (Ramdhani, Fitriani, & Azizah, 2021: 75). Regulasi nasional yang menjadi dasar operasional Poskestren adalah Permenkes RI No. 13 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pos Kesehatan Pesantren (Kementerian Kesehatan RI., 2014: 3). Permenkes ini mewajibkan setiap pesantren memiliki upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) sesuai karakteristik dan kebutuhan pesantren.

Pesantren merupakan lembaga pendidikan Islam tertua dan paling berpengaruh di Indonesia. Lembaga ini tidak hanya berperan dalam memperkuat akidah dan akhlak, tetapi juga telah berkembang menjadi pusat pemberdayaan masyarakat, termasuk di bidang kesehatan (Husen & Husni, 2025; Shapiah, 2024; 36). Pesantren sebagai lembaga pendidikan Islam tidak hanya berfungsi mendidik aspek spiritual, tetapi juga menjadi institusi yang berperan dalam pembinaan kesehatan santri melalui pendirian Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Poskestren melaksanakan berbagai kegiatan promotif, preventif, kuratif sederhana, dan rehabilitatif berbasis kader santri. Kegiatan seperti pelatihan kader kesehatan, pemeriksaan kesehatan rutin, penyuluhan gizi, dan kebersihan lingkungan menjadi inti proses pelaksanaan Poskestren (Ramdhani et al., 2021: 75). Menurut sebuah penelitian, keberadaan Poskestren yang terstruktur dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) santri dan civitas pesantren secara signifikan (Sulistiyowati, Fadhilah, & Putri, 2022: 142).

Manajemen Poskestren mencakup empat fungsi utama: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi. Langkah-langkah tersebut diperlukan untuk menjamin kegiatan Poskestren berjalan sistematis, terukur, dan berkelanjutan. Menurut teori manajemen klasik, fungsi-fungsi manajemen ini menjadi pedoman universal dalam setiap organisasi, termasuk di bidang kesehatan (Terry & Rue, 1977: 5). Penelitian lain juga menunjukkan implementasi fungsi manajemen tersebut menjadi kunci keberhasilan program Poskestren, terutama pada tahap perencanaan program kesehatan berbasis santri (W. Handayani & Prabowo, 2020: 118).

Keberhasilan program Poskestren tidak terlepas dari manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan. Manajemen yang baik mampu memobilisasi sumber daya terbatas di pesantren, termasuk tenaga kesehatan, kader santri, dan fasilitas kesehatan. Studi terbaru menunjukkan bahwa kepemimpinan kiai, pembagian tugas kader, serta monitoring evaluasi yang sistematis adalah faktor kunci manajemen efektif Poskestren (W. Handayani & Prabowo, 2020: 118). Hal ini memperkuat teori manajemen kesehatan masyarakat yang menempatkan konteks sosial budaya pesantren sebagai faktor penting dalam implementasi program.

Meskipun Poskestren telah didorong pemerintah sejak lebih dari satu dekade, masih banyak ditemukan kendala implementasi di lapangan. Kendala tersebut antara lain: kurangnya tenaga kesehatan pendamping, lemahnya sistem monitoring dan evaluasi, serta terbatasnya dana operasional (P. Sari, Wahyuni, & Mukhtar, 2020: 96). Variasi mutu manajemen Poskestren antar pesantren menjadi empirical gap yang perlu dikaji lebih lanjut, terutama dalam melihat sejauh mana fungsi manajemen dapat mempengaruhi capaian program.

Meskipun beberapa pesantren memiliki Poskestren, penelitian empiris masih menunjukkan variasi signifikan dalam proses pelaksanaan program. Beberapa pesantren memiliki Poskestren yang aktif dan terintegrasi dengan

dinas kesehatan, sementara lainnya hanya bersifat simbolik dan tidak memiliki program berkelanjutan (P. Sari et al., 2020: 96). Studi lapangan menunjukkan berbagai kendala seperti keterbatasan tenaga kesehatan, rendahnya kapasitas kader santri, minimnya edukasi kesehatan, serta keterbatasan infrastruktur penunjang (Gumilang & Nurcholis, 2018: 13). Data dari Kementerian Agama (2021) menunjukkan bahwa sekitar 70% pesantren masih bergantung pada fasilitas kesehatan eksternal, yang tidak selalu mudah diakses karena keterbatasan geografis. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, misalnya, satu tenaga kesehatan harus melayani lebih dari 300 santri, dengan lima penyakit dominan (ISPA, penyakit kulit, diare, maag, batuk pilek) yang terus berulang setiap tahun. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan serius antara peran ideal Poskestren dan kenyataan di lapangan. Variasi ini menunjukkan adanya empirical gap terkait implementasi manajemen program Poskestren yang mempengaruhi keberhasilan pembinaan kesehatan santri.

Selain kendala manajemen, penelitian juga menemukan tantangan dalam mewujudkan kemandirian santri. Misalnya, budaya hidup kurang bersih, keterbatasan sarana air bersih, serta rendahnya kesadaran santri akan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (Sulistyowati et al., 2022: 142). Meskipun santri sudah mendapatkan edukasi kesehatan, perubahan perilaku ke arah kemandirian sering terhambat oleh kultur dan lingkungan fisik pesantren (S. Nurdin, Rahmawati, & Zulkarnain, 2021: 203).

Penelitian mengenai output Poskestren sebagian besar masih terbatas pada pengukuran perubahan pengetahuan atau sikap santri, belum banyak yang mengkaji secara mendalam kemandirian santri sebagai hasil proses manajemen Poskestren. Penelitian terdahulu lebih fokus pada capaian program, bukan transformasi perilaku dan kemandirian santri dalam jangka panjang. Oleh karena itu, penting untuk mengisi gap ini melalui penelitian yang memfokuskan pada relasi antara manajemen Poskestren dan kemandirian santri (S. Nurdin et al., 2021: 203).

Lebih jauh lagi, kesehatan dalam perspektif pesantren tidak semata bersifat medis, tetapi juga mengandung makna spiritual. Hadis Nabi

Muhammad ﷺ menyatakan, “Al-Mu'min al-qawiy khairun wa ahabbu ilallah min al-mu'min al-dha'if...”(HR.Muslim, n.d.) yang artinya "Seorang mukmin yang kuat lebih baik dan lebih dicintai Allah daripada mukmin yang lemah." Hadis ini mengandung pesan bahwa kekuatan fisik dan mental merupakan bagian integral dari kesempurnaan iman. Dengan demikian, penguatan sistem kesehatan berbasis nilai spiritual di pesantren merupakan bagian dari ikhtiar ibadah dan kebermanfaatan sosial yang mendalam. Maka, model manajemen Poskestren berbasis peran kiai merupakan pendekatan kontekstual yang mampu menjembatani kebutuhan teknis dan nilai-nilai spiritual pesantren (Belay, Hermanto, & Rivos, 2021; Khasanuri, 2022: 93).

Peneliti telah melakukan studi pendahuluan pada dua pesantren di Jawa Barat yang memiliki Poskestren. Hasil survei menunjukkan Poskestren telah berjalan, namun belum optimal. Perencanaan dan evaluasi belum terdokumentasi baik, pelatihan kader belum rutin, dan kolaborasi dengan puskesmas setempat masih terbatas. Dampaknya, kemandirian santri dalam mempraktikkan perilaku hidup bersih dan menjadi kader kesehatan masih belum sesuai yang diharapkan. Hasil studi menunjukkan adanya perbedaan dalam kualitas manajemen, keterlibatan kader, serta tingkat kemandirian santri. Pesantren yang memiliki dokumen perencanaan, supervisi rutin, dan pelatihan kader secara berkala menunjukkan tingkat kemandirian santri yang lebih baik dibandingkan pesantren yang manajemennya berjalan informal.

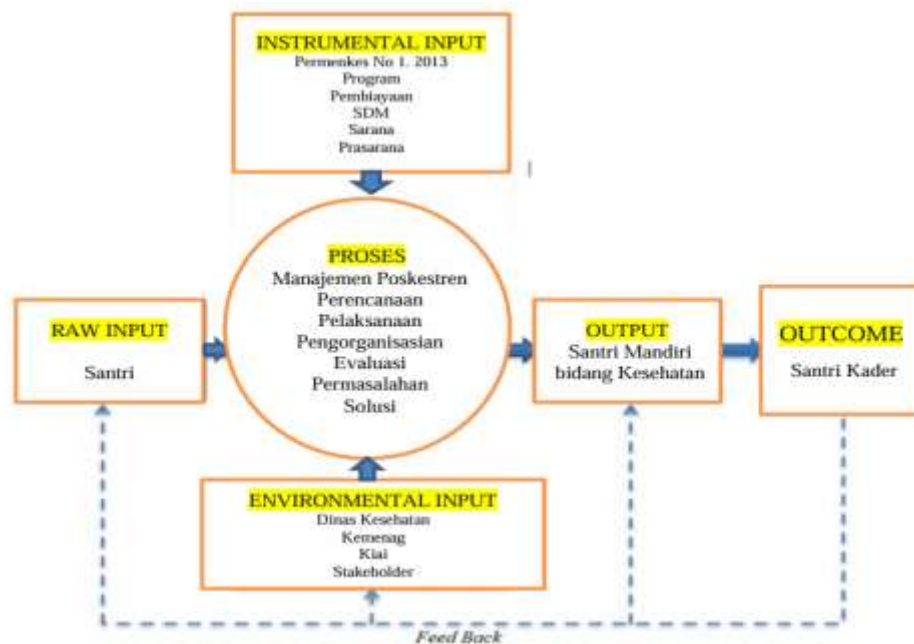
Berdasarkan paparan di atas, penelitian tentang Manajemen Pos Kesehatan Pesantren dalam Mewujudkan Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan menjadi penting untuk mengisi kesenjangan penelitian (research gap) dan memperkaya literatur tentang manajemen kesehatan di lembaga pendidikan Islam. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rekomendasi praktis bagi pesantren, kementerian agama, dinas kesehatan, dan stakeholder terkait untuk memperkuat peran Poskestren dalam membina kemandirian santri.

B. Perumusan Masalah Dan Pembatasan Masalah

1. Perumusan Masalah

Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) merupakan masalah pesantren yang terus berkembang baik dari sisi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi. Hal ini dikarenakan belum optimalnya pemberdayaan role input santri serta belum optimalnya pemberdayaan instrumental input yaitu belum optimalnya pelaksanaan Permenkes No 1 tahun 2013, belum optimalnya Program, pembiayaan, sumber daya manusia (SDM) dan sarana prasarana. Hal tersebut diperparah lagi belum optimalnya pemberdayaan environmental input yang meliputi Dinas Kesehatan, Kementerian Agama, Kiai dan Stakeholder, sehingga menimbulkan belum optimalnya output yaitu santri mandiri di bidang kesehatan belum memadai dan akhirnya berdampak terhadap outcome yaitu belum optimalnya santri husada / santri kader.

Untuk memperjelas arah kajian, skema perumusan masalah penelitian digambarkan pada Gambar 1.1 berikut:



Gambar 1. 1Bagan Perumusan Masalah Penelitian

Bagan tersebut mengilustrasikan hubungan antara permasalahan pokok yang ada di pesantren, urgensi kesehatan, dan strategi dalam pengelolaan Poskestren sebagai solusi yang bersifat sistemik.

2. Pembatasan Masalah

Mengingat luasnya cakupan kajian yang berkaitan dengan kesehatan pesantren, maka fokus penelitian ini dibatasi pada aspek manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) dalam mewujudkan kemandirian santri di bidang kesehatan, dengan studi kasus pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby di Kabupaten Bogor, dengan indikator sebagai berikut:

- a. Perencanaan manajemen Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby dengan indikator sebagai berikut: dasar pertimbangan, tujuan, bidang garapan, media, metode, SDM, program, sarana dan biaya.
- b. Pengorganisasian Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby dengan indikator sebagai berikut: struktur, pembagian tugas dan perencanaan tugas.
- c. Pelaksanaan program-program Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby yang terdiri dari tahap awal, inti dan penutup.
- d. Evaluasi berkala kegiatan Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby dengan indikator sebagai berikut: dasar, tujuan, aspek, jenis, teknik dan kriteria evaluasi.
- e. Identifikasi kendala dan perumusan solusi strategis pada manajemen Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby.

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mendiskripsikan manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor.

b. Tujuan Khusus

- 1) Memperoleh pemahaman tentang perencanaan manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby.
- 2) Memperoleh pemahaman bentuk pengorganisasian manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby
- 3) Memperoleh pemahaman tentang pelaksanaan manajemen pos kesehatan pesantren dan peran kiai dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.
- 4) Memperoleh pemahaman evaluasi pelaksanaan manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby.
- 5) Memperoleh pemahaman berbagai kendala dan pengambilan solusi pada Pos Kesehatan Pondok Pesantren/ Poskestren Madinatul Qur'an dan pondok pesantren Imam Asy Syatiby di Kabupaten Bogor.

2. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis :

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan keilmuan berkaitan dengan manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

b. Manfaat Praktis :

1) Bagi Kementrian Agama

Diharapkan dapat memberi masukan yang positif serta perbaikan dalam manajemen pos kesehatan pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

2) Bagi Puskesmas

Menjadi sumber informasi berharga dalam upaya promosi kesehatan di lingkungan pondok pesantren dan upaya pengoptimalan fungsi dan peran berbagai pihak dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

3) Bagi Pengelola Pondok pesantren

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi pengelola pondok pesantren untuk meningkatkan mutu pondok pesantren melalui peningkatan derajat kesehatan santri melalui Pos kesehatan pesantren.

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana fungsi perencanaan Pos Kesehatan Pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor?
2. Bagaimana fungsi pengorganisasian Pos Kesehatan Pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor?
3. Bagaimana fungsi pelaksanaan Pos Kesehatan Pondok Pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor?
4. Bagaimana Monitoring dan Evaluasi Pos Kesehatan Pesantren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di Kabupaten Bogor?
5. Bagaimana kendala dan solusi permasalahan peran kiai pada Pos Kesehatan Pesantren di Kabupaten Bogor?

BAB II

KAJIAN PUSTAKA MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM MEWUJUDKAN KEMANDIRIAN SANTRI DALAM BIDANG KESEHATAN

A. Landasan Filosofis

Dalam pelaksanaan pendidikan di Pondok pesantren diarahkan agar santri saat belajar di kelas tak berbeda ketika ia berada di luar sekolah. Oleh karenanya, kehidupan di pondok pesantren selalu disadari sebagai bagian dari pengalaman hidup, bukan bagian dari persiapan untuk menjalani hidup. Di sini pengalaman belajar di pondok pesantren tidak berbeda dengan pengalaman saat ia belajar di luar pondok pesantren. Model pembelajaran ini berupaya membangkitkan hasrat anak untuk terus belajar, serta anak dilatih berpikir secara logis. Berikut beberapa aliran filsafat yang menjadi dasar penelitian ini.

1. Model Pendidikan Dewey

Model pendidikan pragmatis John Dewey berakar pada filosofi pragmatisme yang menekankan pentingnya pengalaman dan interaksi sosial dalam proses belajar. Pendidikan pragmatis memandang belajar sebagai proses aktif, di mana peserta didik terlibat langsung dalam pemecahan masalah nyata (Dewey, 2019: 45). Dewey menegaskan bahwa pengalaman menjadi inti pembelajaran, bukan sekadar hafalan. Dalam konteks Poskestren, pengalaman nyata seperti praktik pemeriksaan kesehatan dan pelatihan kader kesehatan menjadi sarana utama membangun kesadaran santri (B. Mahendra & Nugraheni, 2022: 71).

Studi lain menambahkan pentingnya kolaborasi antara pengurus pesantren, tenaga kesehatan, dan santri untuk menciptakan lingkungan belajar yang reflektif dan aplikatif (S. Wahyuni, Hidayat, & Mustofa, 2021: 109). Perlu juga menekankan pentingnya refleksi, sehingga setelah kegiatan Poskestren, santri perlu berdiskusi atau menulis catatan evaluasi (Dewey, 2019: 48). Dewey berargumen bahwa pendidikan seharusnya tidak hanya berfokus pada penguasaan pengetahuan teoritis, tetapi juga pada

pengembangan keterampilan praktis yang relevan dengan kehidupan sehari-hari. Dalam konteks ini, pendidikan dipandang sebagai proses yang dinamis dan berkelanjutan, di mana siswa terlibat aktif dalam pembelajaran melalui pengalaman langsung dan refleksi atas pengalaman (Anamofa, 2018: 178).

Selain itu, pendekatan pragmatis mendorong inovasi metode seperti simulasi kasus kesehatan, role play, dan kunjungan ke fasilitas kesehatan (B. Mahendra & Nugraheni, 2022: 72). Prinsip relevansi dalam pragmatisme memastikan materi Poskestren sesuai dengan kondisi keseharian santri, seperti sanitasi asrama, gizi kantin, atau pencegahan penyakit menular. Dengan cara ini, santri tidak hanya menjadi penerima informasi, tetapi juga pelaku aktif yang mampu menerapkan pengetahuan dalam situasi nyata (Ningrum, 2023; Wiranata, Firman, Mulyanto, & Prastowo, 2021: 657).

Hal ini sejalan dengan pandangan Dewey bahwa pendidikan harus relevan dengan konteks sosial dan budaya di mana siswa berada, sehingga mereka dapat mengembangkan keterampilan yang diperlukan untuk berkontribusi secara positif dalam masyarakat.

Aspek demokrasi dalam pendidikan juga merupakan elemen penting dalam model Dewey. Ia percaya bahwa pendidikan harus bersifat inklusif dan memberikan kesempatan yang sama bagi semua siswa untuk berpartisipasi dalam proses belajar. Dalam konteks ini, Dewey mengusulkan bahwa pendidikan harus menciptakan lingkungan yang mendukung komunikasi aktif antara pendidik dan peserta didik, sehingga tercipta suasana belajar yang demokratis dan kolaboratif. Dengan demikian, pendidikan tidak hanya berfungsi untuk mempersiapkan individu untuk dunia kerja, tetapi juga untuk membentuk warga negara yang aktif dan bertanggung jawab dalam masyarakat.

Aspek demokrasi dalam pendidikan juga merupakan elemen penting dalam model Dewey. Ia percaya bahwa pendidikan harus bersifat inklusif dan memberikan kesempatan yang sama bagi semua siswa untuk berpartisipasi dalam proses belajar. Dalam konteks ini, Dewey

mengusulkan bahwa pendidikan harus menciptakan lingkungan yang mendukung komunikasi aktif antara pendidik dan peserta didik, sehingga tercipta suasana belajar yang demokratis dan kolaboratif. Dengan demikian, pendidikan tidak hanya berfungsi untuk mempersiapkan individu untuk dunia kerja, tetapi juga untuk membentuk warga negara yang aktif dan bertanggung jawab dalam masyarakat. Dalam konteks poskestren, hal ini mendorong santri untuk bekerja sama, berbagi ide, dan belajar dari satu sama lain. Hal ini sejalan dengan prinsip-prinsip demokrasi yang menekankan pentingnya kerjasama dan partisipasi dalam pengambilan keputusan.

Model pragmatis juga menghargai proses, bukan hanya hasil akhir. Hal ini membantu santri menginternalisasi nilai kesehatan sebagai bagian hidup mereka. Dengan demikian, pendidikan pragmatis menjadi fondasi penting agar manajemen Poskestren tidak hanya administratif, tetapi juga mendidik santri menjadi problem solver di bidang Kesehatan. Studi menunjukkan bahwa dukungan terhadap program kesehatan di pos-pos tersebut secara signifikan memengaruhi kebersihan pribadi dan mengurangi kejadian penyakit menular. Keberadaan pos kesehatan membantu identifikasi dini dan penanganan masalah kesehatan, yang berkontribusi pada kesejahteraan fisik santri secara keseluruhan.

2. Konstruktivisme

Aliran ini relevan karena menekankan pembelajaran aktif di mana santri dapat membangun pemahaman dan keterampilan secara mandiri melalui pengalaman di pos Kesehatan pesantren. Konstruktivisme berpandangan bahwa peserta didik membangun sendiri pengetahuannya melalui interaksi sosial dan refleksi (Santrock, 2021: 112). Penerapan model ini di Poskestren seperti diskusi kelompok, praktik pemeriksaan kesehatan, dan proyek PHBS berbasis asrama (L. Rahmawati & Kurniawan, 2020: 93).

Model konstruktivistik mengutamakan pembelajaran berbasis masalah nyata. Santri belajar karena menghadapi langsung isu kesehatan seperti kebersihan toilet atau penyakit kulit. Santri yang aktif terlibat dalam

diskusi lebih berani menyampaikan pendapat dan mempraktikkan perilaku sehat (Rahayu & Sari, 2023:56). Konstruktivisme mendorong pembelajaran kolaboratif, tempat santri bekerja sama untuk memecahkan masalah dan berbagi pengetahuan. Hal ini dapat diterapkan pada manajemen pos kesehatan pesantren dengan melibatkan santri dalam pendidikan kesehatan dan pembelajaran antarteman sebaya, sehingga meningkatkan efektivitas program kesehatan secara keseluruhan. Pendekatan konstruktivis mendorong adaptasi dan inovasi berkelanjutan, yang dapat membantu pesantren mengatasi praktik manajemen tradisional dan monoton yang sering menghambat efektivitas poskestren.

Konstruktivisme juga menghargai pengalaman awal santri sebagai modal membangun pemahaman baru. Contohnya, pengalaman sakit flu mendorong kesadaran pentingnya etika batuk. Selain itu, konstruktivisme menekankan refleksi mandiri, seperti menulis jurnal kesehatan atau berbagi cerita pengalaman di forum santri. Sehingga pos kesehatan pesantren memainkan peran penting dalam mempromosikan kebersihan dan mencegah penularan penyakit, meskipun tantangan seperti fasilitas yang tidak memadai dan kurangnya pendidikan kesehatan tetap ada.

Penerapan konstruktivisme mendorong santri menjadi subjek aktif, bukan objek program. Santri tidak hanya menerima edukasi, tetapi ikut merancang kegiatan kesehatan. Dengan demikian, konstruktivisme menjadi dasar penting untuk mewujudkan kemandirian santri: santri yang paham, peduli, dan mampu menjaga kesehatan dirinya dan lingkungannya.

B. Landasan Sistem Nilai

Terdapat enam sistem nilai penting sebagai dasar pengembangan pendidikan Islam, termasuk dalam manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) (Sanusi, 2011: 77). Keenam nilai ini tidak hanya menjadi norma abstrak, tetapi juga dapat diterapkan secara praktis dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Keenam Sistem Nilai tersebut terdiri dari:

1. Nilai Teologi

Nilai teologis meletakkan keyakinan kepada Allah SWT sebagai pondasi utama aktivitas pendidikan dan pelayanan kesehatan. Dalam konteks Poskestren, nilai ini menegaskan bahwa upaya menjaga kesehatan bukan hanya soal medis semata, melainkan bagian dari ibadah dan bentuk ketaatan santri kepada Sang Pencipta. Studi menegaskan bahwa kesehatan dipandang sebagai amanah, sehingga santri memiliki tanggung jawab moral dan spiritual untuk merawat tubuh mereka.

Konsep ini sangat penting, karena dalam ajaran Islam, menjaga kesehatan adalah bentuk syukur atas nikmat jasmani yang diberikan Allah SWT. Paradigma teologis, santri dapat memaknai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) bukan sekadar kebiasaan, melainkan ibadah yang bernilai pahala (Rahmat & Lestari, 2020: 44). Pemaknaan seperti ini memperkuat motivasi internal santri untuk konsisten menjaga kesehatan.

Selain sebagai motivasi, nilai teologis juga menjadi landasan kurikulum kesehatan di pesantren. Pendidikan kesehatan berbasis nilai ilahiyah perlu menyertakan materi keagamaan seperti ayat Al-Qur'an atau hadits yang mendorong kebersihan dan menjaga kesehatan (Mahfud, Rahman, & Mustofa, 2020: 77). Hal ini membantu santri melihat hubungan langsung antara ajaran agama dengan praktik kesehatan sehari-hari.

Dalam manajemen Poskestren, nilai teologis tercermin melalui visi dan misi lembaga yang menempatkan kesehatan sebagai bagian dari ibadah kolektif. Penting membangun budaya organisasi yang memaknai pelayanan kesehatan bukan hanya untuk kepentingan duniawi, tetapi juga sebagai wujud pengabdian kepada Allah dan masyarakat pesantren (Yusuf, Sari, & Fitria, 2021: 102).

Nilai ini juga mempengaruhi sikap kader kesehatan santri. Santri yang memahami dimensi spiritual kesehatan akan lebih peduli terhadap teman-teman yang sakit, lebih bertanggung jawab menjaga lingkungan, dan memiliki rasa empati yang lebih tinggi (Syahputra, Ramdani, & Putra, 2022: 115). Pendidikan kader berbasis nilai teologis membantu kader

menjadi teladan dalam perilaku sehat.

Lebih jauh, paradigma teologis memberi perspektif holistik terhadap kesehatan. Santri diajarkan bahwa kesehatan bukan hanya fisik, tetapi juga mental dan spiritual. Pendekatan ini mendorong santri untuk menghindari perilaku merusak diri, seperti pola makan buruk atau malas berolahraga, sebagai bentuk tanggung jawab kepada Allah (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Penguatan nilai teologis juga relevan untuk menghadapi tantangan perilaku remaja santri. Dalam beberapa kasus, perubahan gaya hidup dan pengaruh media digital dapat membuat santri abai terhadap kesehatan. Pendidikan berbasis nilai ilahiyah membantu santri memiliki filter moral dan spiritual untuk memilih perilaku yang baik bagi kesehatannya (Hasanah & Fadillah, 2021: 89).

Implementasi nilai teologis dapat dilakukan melalui berbagai metode: ceramah agama, diskusi tafsir ayat tentang kesehatan, serta praktik langsung seperti kegiatan bersih-bersih asrama yang dimulai dengan niat ibadah. Studi menunjukkan bahwa keterlibatan kiai dan guru sebagai teladan juga menjadi kunci keberhasilan internalisasi nilai ini (Rahmat & Lestari, 2020: 45).

Lebih penting lagi, nilai teologis memperkuat tujuan akhir Poskestren, yaitu membentuk santri yang mandiri dalam kesehatan bukan hanya karena aturan pesantren, tetapi karena kesadaran spiritual pribadi. Santri didorong untuk menjaga diri dan lingkungannya bahkan ketika tidak diawasi, sebagai bentuk tanggung jawab kepada Allah (Mahfud et al., 2020: 79).

Dengan demikian, nilai teologis menjadi pilar penting dalam manajemen Poskestren dan pendidikan kesehatan di pesantren. Nilai ini tidak hanya menanamkan motivasi berperilaku sehat, tetapi juga menanamkan kesadaran bahwa kesehatan adalah bagian integral dari keimanan, ibadah, dan syukur atas karunia Allah SWT.

2. Nilai Logika

Nilai logis dalam manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) menjadi fondasi penting untuk memastikan setiap kebijakan dan program kesehatan berbasis data serta pertimbangan ilmiah. Nilai logis adalah upaya menegakkan rasionalitas dan objektivitas dalam pengambilan keputusan, termasuk dalam tata kelola lembaga pendidikan (Sanusi, 2011: 56). Nilai ini mendorong pengelola Poskestren untuk tidak hanya mengandalkan intuisi, tetapi juga memanfaatkan data dan metode ilmiah.

Penerapan nilai logis tercermin dalam kegiatan perencanaan program Poskestren. Penting menggunakan data riil, seperti prevalensi penyakit santri, survei kebiasaan mandi, dan konsumsi gizi, sebagai dasar perumusan kegiatan edukasi kesehatan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34). Pendekatan ini memastikan program yang dirancang sesuai kebutuhan nyata, bukan hanya berdasarkan asumsi.

Selain perencanaan, nilai logis juga penting dalam tahap pelaksanaan program. Pengelola Poskestren dapat memanfaatkan prinsip manajemen ilmiah untuk mengatur jadwal penyuluhan, pembagian tugas kader kesehatan, serta penggunaan alat kesehatan yang terbatas. Pendekatan berbasis logika ilmiah membantu pesantren mengoptimalkan sumber daya yang tersedia (Mahfud et al., 2020: 79).

Pada tahap evaluasi, penerapan nilai logis semakin krusial. Poskestren yang rutin melakukan monitoring dan evaluasi dengan instrumen kuesioner atau wawancara mendalam mampu meningkatkan efektivitas program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) (Yusuf et al., 2021: 103). Evaluasi berbasis data membantu mengidentifikasi kendala, sekaligus menjadi dasar revisi program berikutnya.

Nilai logis juga memperkuat akuntabilitas manajemen Poskestren. Dengan mencatat seluruh kegiatan dan hasilnya secara sistematis, pengelola dapat mempertanggungjawabkan capaian program kepada pimpinan pesantren, santri, maupun pihak eksternal. Sangat diperlukan transparansi dan dokumentasi berbasis data untuk menjaga kepercayaan masyarakat

pesantren (Rahmat & Lestari, 2020: 45).

Nilai logis harus berjalan selaras dengan nilai-nilai lain, seperti nilai teologis dan etik (Sanusi, 2011: 58). Dalam konteks Poskestren, rasionalitas tidak boleh mengabaikan dimensi spiritual dan moral, sehingga kebijakan kesehatan tetap selaras dengan ajaran Islam dan budaya pesantren.

Di era digital, penerapan nilai logis semakin mudah dilakukan. Penggunaan aplikasi pencatatan kesehatan atau survei online membantu pengelola Poskestren mengumpulkan dan menganalisis data lebih cepat dan akurat (Syahputra et al., 2022: 115). Digitalisasi menjadi wujud nyata integrasi nilai logis dengan inovasi teknologi.

Dengan demikian, nilai logis bukan hanya teori, tetapi harus menjadi praktik nyata dalam perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program kesehatan di pesantren. Pendekatan ini memperkuat profesionalisme pengelola Poskestren, meningkatkan efektivitas program kesehatan, dan pada akhirnya mendukung terciptanya santri yang sehat dan mandiri.

3. Nilai Etik

Nilai etik menekankan pentingnya perilaku moral dan tanggung jawab sosial dalam penyelenggaraan program kesehatan di pesantren. Nilai etik adalah pedoman untuk menilai baik dan buruknya tindakan (Sanusi, 2011: 66), termasuk dalam praktik manajemen dan pelayanan kesehatan. Dalam konteks Poskestren, nilai ini menjadi landasan bagi pengelola, santri, dan kader kesehatan agar selalu mengutamakan kejujuran, kepedulian, dan keadilan.

Penerapan nilai etik tercermin pada sikap kader kesehatan yang harus melayani sesama santri tanpa membedakan latar belakang sosial atau tingkat keilmuan. Pendidikan kesehatan berbasis etik melatih santri untuk menjaga rahasia pasien, menghormati privasi, serta menghindari sikap diskriminatif saat memberikan pertolongan (Mahfud et al., 2020: 79).

Selain itu, nilai etik juga berperan penting dalam manajemen Poskestren. Pengelola Poskestren harus transparan dalam penggunaan dana

kesehatan, terbuka terhadap kritik, dan selalu mendahulukan kepentingan kesehatan santri daripada kepentingan pribadi atau lembaga (Rahmat & Lestari, 2020: 45). Hal ini sejalan dengan konsep akuntabilitas publik yang kini menjadi standar dalam lembaga pendidikan.

Nilai etik tidak hanya berhenti pada aturan tertulis, tetapi harus diwujudkan menjadi budaya organisasi (Sanusi, 2011: 68). Dalam Poskestren, budaya saling menghormati, saling membantu, dan bertanggung jawab menjadi nilai inti yang diwariskan kepada santri melalui keteladanan pengasuh dan guru.

Nilai etik juga membentuk kesadaran santri bahwa menjaga kesehatan bukan hanya hak, tetapi juga kewajiban sosial. Santri yang memiliki kesadaran etik cenderung lebih peduli terhadap kebersihan asrama dan lingkungan (Yusuf et al., 2021: 103), serta lebih aktif mengingatkan teman-temannya untuk berperilaku hidup bersih.

Di era modern, nilai etik semakin penting karena tantangan etis dalam pelayanan kesehatan juga semakin kompleks, misalnya penggunaan data kesehatan santri yang harus dijaga kerahasiaannya. Diperlukan edukasi digital etik agar pengelola Poskestren dan kader santri tetap menjunjung tinggi prinsip kerahasiaan dan integritas meskipun memanfaatkan teknologi (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Dengan demikian, nilai etik menjadi fondasi moral dan profesionalisme dalam manajemen Poskestren. Nilai ini memastikan bahwa setiap program kesehatan bukan hanya berjalan efektif, tetapi juga dilaksanakan dengan tanggung jawab sosial, keadilan, dan kepedulian yang sejalan dengan nilai-nilai Islam.

4. Nilai Fisiologi

Nilai fisiologi menekankan pentingnya menjaga fungsi tubuh agar tetap sehat, kuat, dan bermanfaat bagi aktivitas belajar serta ibadah di pesantren. Nilai fisiologi berkaitan dengan kesadaran manusia akan pentingnya kesehatan jasmani sebagai penopang aktivitas rohani dan sosial (Sanusi, 2011: 70). Dalam konteks Poskestren, pemahaman ini menjadi

alasan utama perlunya program-program kesehatan berbasis kebutuhan fisik santri.

Penerapan nilai fisiologi di Poskestren tampak pada kegiatan rutin seperti pemeriksaan kesehatan berkala, penyuluhan gizi, serta pengawasan kebersihan lingkungan pesantren. Pemahaman tentang fungsi organ tubuh, pola makan seimbang, dan olahraga teratur sangat penting untuk mendukung kesehatan santri agar tetap prima menjalankan kegiatan belajar dan ibadah (Mahfud et al., 2020: 79).

Perhatian terhadap aspek fisiologi juga mencegah berbagai penyakit menular yang sering muncul di lingkungan pesantren, seperti diare, flu, atau penyakit kulit akibat sanitasi yang kurang baik (Rahmat & Lestari, 2020: 45). Dengan demikian, nilai fisiologi tidak hanya untuk kepentingan individu, tetapi juga mendukung kesehatan kolektif seluruh komunitas pesantren.

Nilai fisiologi harus diwujudkan dalam bentuk kebiasaan dan budaya hidup sehat, bukan hanya pengetahuan teoritis (Sanusi, 2011: 72). Artinya, santri perlu diajak untuk memahami pentingnya mandi rutin, cuci tangan, istirahat cukup, serta pola makan bergizi sebagai bagian dari ibadah memelihara tubuh yang diamanahkan oleh Allah SWT.

Lebih jauh, pendekatan nilai fisiologi juga mendorong adanya kurikulum kesehatan yang relevan di pesantren. Pesantren yang memasukkan materi tentang kesehatan reproduksi, gizi, dan olahraga dalam kurikulum berhasil meningkatkan kesadaran santri terhadap pentingnya menjaga tubuh mereka sejak usia dini (Yusuf et al., 2021: 103).

Di era digital, pemanfaatan media edukasi seperti video dan aplikasi kesehatan juga membantu internalisasi nilai fisiologi kepada santri. Media digital menjadi sarana efektif untuk menjelaskan materi-materi fisiologi tubuh secara menarik dan mudah dipahami santri (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Dengan demikian, nilai fisiologi menjadi pilar penting dalam manajemen Poskestren. Nilai ini membantu santri menyadari bahwa

menjaga kesehatan tubuh bukan hanya kebutuhan praktis, tetapi juga bentuk rasa syukur dan tanggung jawab spiritual terhadap nikmat kesehatan yang diberikan Allah SWT.

5. Nilai Estetika

Nilai estetika berfokus pada pentingnya keindahan, kerapihan, dan kebersihan lingkungan sebagai bagian integral dari kesehatan dan pendidikan karakter santri. Nilai estetika tidak hanya soal keindahan fisik, tetapi juga menyentuh rasa nyaman dan harmoni yang mempengaruhi perilaku dan pola pikir individu (Sanusi, 2011: 74). Dalam konteks Poskestren, keindahan dan kerapihan menjadi sarana untuk membentuk budaya sehat yang menyenangkan.

Lingkungan pesantren yang bersih, rapi, dan tertata menciptakan suasana yang mendukung kesehatan fisik dan psikologis santri. Lingkungan yang indah memotivasi santri untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Yusuf et al., 2021: 102). Hal ini karena keindahan menciptakan rasa memiliki dan tanggung jawab untuk menjaganya.

Selain itu, nilai estetika menjadi penting dalam mendidik santri untuk lebih peduli terhadap kebersihan diri dan lingkungannya. Kecintaan terhadap keindahan dapat diarahkan sebagai motivasi moral untuk menjaga kebersihan kamar, tempat ibadah, hingga tempat belajar (Mahfud et al., 2020: 79). Kesadaran ini akhirnya membentuk perilaku sehat yang berkelanjutan.

Nilai estetika juga merupakan manifestasi dari keimanan (Sanusi, 2011: 75) kebersihan dan keindahan adalah bagian dari ajaran agama. Oleh karena itu, Poskestren yang mengintegrasikan estetika tidak hanya mengajarkan keindahan fisik, tetapi juga mendidik santri untuk memaknai kebersihan sebagai ibadah.

Dalam praktiknya, nilai estetika dapat diterapkan melalui program-program seperti lomba kebersihan antar asrama, penataan taman pesantren, mural edukasi kesehatan, serta gerakan Jumat bersih. kegiatan semacam ini efektif untuk membangun kepedulian kolektif dan meningkatkan kualitas

kesehatan lingkungan (Rahmat & Lestari, 2020: 45).

Lebih jauh, nilai estetika juga dapat menjadi strategi pencegahan penyakit. Lingkungan yang bersih dan teratur mengurangi risiko penyebaran penyakit menular yang sering muncul di pesantren seperti diare, scabies, dan ISPA. Lingkungan yang asri juga berdampak positif terhadap kesehatan mental santri (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Nilai estetika tidak hanya berdampak pada kesehatan jasmani, tetapi juga membangun rasa nyaman, betah, dan kebanggaan santri terhadap pesantrennya. Santri yang tinggal di lingkungan yang bersih dan rapi memiliki motivasi belajar lebih tinggi serta lebih jarang mengalami stres (Yusuf et al., 2021: 103).

Dengan demikian, nilai estetika adalah bagian penting dalam manajemen Poskestren. Ia bukan hanya soal memperindah fisik pesantren, tetapi juga menjadi sarana mendidik karakter santri untuk mencintai kebersihan dan keindahan sebagai bagian dari iman dan budaya hidup sehat.

6. Nilai Teleologi

Nilai teleologis dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) menekankan pentingnya orientasi pada tujuan akhir, yaitu terciptanya santri yang mandiri, sehat, dan memiliki kesadaran penuh akan pentingnya menjaga kesehatan diri serta lingkungannya. Nilai teleologis membantu individu dan lembaga menetapkan arah dan makna akhir dari setiap tindakan (Sanusi, 2011:77), sehingga kegiatan yang dilakukan bukan sekadar rutinitas administratif, tetapi bermakna strategis.

Dalam praktik Poskestren, nilai teleologis diterjemahkan melalui perumusan indikator keberhasilan yang menekankan outcome. Outcome lebih penting daripada sekadar output (Rahmat & Lestari, 2020: 44). Contohnya, tidak hanya menghitung jumlah santri yang mengikuti penyuluhan kesehatan, tetapi juga melihat sejauh mana penyuluhan tersebut berdampak pada perubahan perilaku santri.

Lebih jauh, nilai teleologis membantu pengelola Poskestren untuk selalu mempertanyakan relevansi program kesehatan dengan visi besar

pesantren. Semua program kesehatan harus selaras dengan tujuan pendidikan pesantren, yakni mencetak santri yang tidak hanya cerdas dan saleh, tetapi juga sehat jasmani dan rohani (Mahfud et al., 2020: 79).

Orientasi teleologis juga menuntut evaluasi berkelanjutan terhadap tujuan yang telah ditetapkan (Sanusi, 2011: 78). Dalam konteks Poskestren, evaluasi ini bukan hanya soal kesesuaian rencana dan realisasi program, tetapi juga menilai apakah program tersebut benar-benar mendukung terciptanya budaya hidup sehat dan kemandirian santri.

Penerapan nilai teleologis juga mendorong munculnya inovasi program kesehatan berbasis kebutuhan santri. Poskestren yang memiliki visi jangka panjang cenderung lebih adaptif dalam merespons tantangan kesehatan baru (Yusuf et al., 2021: 103), seperti peningkatan kasus penyakit menular atau masalah kesehatan mental.

Selain itu, nilai teleologis memperkuat integrasi antara program kesehatan dengan kurikulum pesantren. Materi kesehatan yang diajarkan sebagai bagian dari kurikulum membantu memperkuat pemahaman santri bahwa kesehatan adalah salah satu tujuan penting dalam pengembangan diri (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Orientasi pada tujuan akhir juga membantu pesantren menanamkan nilai tanggung jawab kepada santri. Santri tidak hanya ditargetkan menjadi penerima layanan kesehatan, tetapi juga dididik menjadi subjek yang mampu menjaga, mengedukasi, dan mengajak teman-temannya berperilaku hidup sehat.

Dengan demikian, nilai teleologis bukan hanya menjadi teori abstrak, tetapi menjadi landasan penting agar manajemen Poskestren selalu berorientasi pada perubahan nyata: lahirnya generasi santri yang sehat, mandiri, dan sadar akan pentingnya kesehatan sebagai bagian dari pengabdian kepada Allah SWT.

C. Landasan Teoretik

1. Teori Manajemen

Teori manajemen yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori manajemen dikemukakan oleh GR Terry. Teori ini merupakan salah satu teori klasik yang masih banyak dijadikan acuan hingga saat ini, terutama karena pendekatannya yang sistematis dan aplikatif. Manajemen didefinisikan sebagai “*a process consisting of planning, organizing, actuating and controlling, performed to determine and accomplish the objectives by the use of people and resources* (Terry & Rue, 1977: 4).” Teori ini dikenal dengan POAC, yaitu Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling.

Pertama, unsur Perencanaan (Planning) adalah proses menetapkan tujuan organisasi dan merumuskan langkah-langkah strategis untuk mencapainya. Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), perencanaan dapat berupa penyusunan program kesehatan tahunan yang berbasis data kebutuhan santri. Perencanaan yang baik akan mempermudah proses pengorganisasian dan pengendalian (Mahfud et al., 2020: 79).

Kedua, Pengorganisasian (Organizing) adalah proses mengelompokkan dan menyusun sumber daya serta tugas agar tujuan dapat dicapai secara efektif. Sangat penting membagi tugas sesuai keahlian agar terjadi koordinasi optimal (Terry & Rue, 1977: 32). Dalam manajemen Poskestren, pengorganisasian dapat melibatkan pembentukan tim kader kesehatan santri, petugas kebersihan, dan penanggung jawab kesehatan dari pihak pesantren.

Ketiga, Pelaksanaan atau Penggerakan (Actuating) adalah usaha untuk menggerakkan semua anggota organisasi agar bekerja secara sukarela demi tercapainya tujuan. Proses penggerakan ini penting karena dapat meningkatkan partisipasi aktif santri dalam kegiatan kesehatan, seperti kerja bakti dan penyuluhan PHBS (Yusuf et al., 2021: 103).

Keempat, Pengendalian (Controlling) adalah upaya mengawasi pelaksanaan agar sesuai dengan rencana yang telah dibuat, serta melakukan

evaluasi dan perbaikan jika terdapat penyimpangan. Pengendalian yang baik harus dilaksanakan secara sistematis dan berkelanjutan (Terry & Rue, 1977: 45). Dalam Poskestren, controlling dapat berupa monitoring kondisi kesehatan santri, audit program kesehatan, serta evaluasi keberhasilan program.

Meskipun teori ini telah dikemukakan beberapa dekade lalu, GR Terry tetap menjadi acuan penting hingga sekarang. Hal ini terbukti dari berbagai penelitian terbaru yang masih menggunakan kerangka POAC dalam menganalisis efektivitas manajemen, termasuk di bidang kesehatan pesantren. Misalnya, penelitian (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34) yang mengkaji efektivitas manajemen Poskestren berbasis pendekatan POAC.

Dengan demikian, teori manajemen GR Terry sangat relevan untuk menjadi landasan teori disertasi ini. Teori ini membantu menjelaskan bagaimana proses perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian dijalankan oleh pengelola Poskestren dalam rangka mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

Fungsi manajemen meliputi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*actuating*), dan pengawasan (*controlling*) (Terry & Rue, 1977).

a. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan (*planning*) merupakan tahap awal yang sangat penting dalam siklus manajemen. Perencanaan adalah proses untuk menentukan tujuan organisasi serta merumuskan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencapainya (Terry & Rue, 1977: 4). Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), perencanaan menjadi fondasi agar seluruh program kesehatan terarah dan sesuai kebutuhan nyata para santri. Dalam Poskestren, perencanaan harus dimulai dari pemetaan masalah kesehatan santri. Perencanaan yang baik harus berbasis data riil, seperti data penyakit yang sering muncul, sanitasi lingkungan, dan perilaku hidup bersih santri (Mahfud et al., 2020: 79). Pendekatan berbasis data ini membantu pengelola Poskestren memahami prioritas

utama yang perlu ditangani. Selain itu, perencanaan juga harus melibatkan pihak-pihak terkait, seperti kiai, pengurus pesantren, tenaga kesehatan, hingga perwakilan santri. Partisipasi dari berbagai pihak itu penting agar program yang direncanakan dapat diterima dan dijalankan dengan komitmen bersama (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Perencanaan bukan hanya tentang apa yang akan dilakukan, tetapi juga mengapa dan bagaimana melakukannya (Sanusi, 2011: 51). Artinya, penyusunan program kesehatan Poskestren harus memperhatikan nilai-nilai pesantren dan visi pembinaan santri agar program tidak sekadar administratif, tetapi juga mendidik. Perencanaan juga harus mencakup pengalokasian sumber daya secara efektif. Keterbatasan dana dan sarana di pesantren menuntut pengelola Poskestren untuk kreatif dan efisien dalam menyusun program (Yusuf et al., 2021: 103). Contohnya, mengoptimalkan kader santri sebagai agen promosi kesehatan untuk mengurangi biaya operasional.

Selanjutnya, dokumen perencanaan program kesehatan perlu disusun secara sistematis, mencakup visi, misi, tujuan, sasaran, indikator keberhasilan, jadwal pelaksanaan, dan evaluasi. Dokumen yang baik mempermudah pengawasan dan menjadi acuan evaluasi pelaksanaan program (Rahmat & Lestari, 2020: 45). Perencanaan yang baik juga harus bersifat dinamis, artinya dapat diperbaiki dan disesuaikan jika ada perubahan kondisi. Dalam praktiknya, pengelola Poskestren sering menghadapi tantangan seperti munculnya penyakit baru atau perubahan regulasi pemerintah. Oleh sebab itu, rencana yang fleksibel menjadi kunci agar program tetap relevan.

Di samping aspek teknis, perencanaan harus memuat nilai edukatif. Setiap rencana program harus mengandung unsur pendidikan karakter bagi santri (Sanusi, 2011: 52), misalnya membangun kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan sebagai bagian dari ibadah. Perencanaan juga perlu mempertimbangkan keberlanjutan program. Studi mencatat pentingnya program kesehatan pesantren tidak hanya

berjalan satu kali (Mahfud et al., 2020: 80), tetapi dapat dikembangkan menjadi budaya sehat yang terus diwariskan dari satu generasi santri ke generasi berikutnya.

Dengan demikian, perencanaan bukan sekadar langkah awal, melainkan menjadi pondasi yang menentukan keberhasilan manajemen Poskestren. Perencanaan yang matang, partisipatif, berbasis data, dan sejalan dengan nilai-nilai pesantren akan membantu mewujudkan tujuan besar: terciptanya santri yang sehat, mandiri, dan bertanggung jawab atas kesehatan dirinya serta lingkungannya.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah tahap penting dalam manajemen yang berfungsi untuk memastikan sumber daya yang dimiliki dapat digunakan secara efisien dan efektif. Inti dari pengorganisasian adalah membagi tugas sesuai keahlian dan tanggung jawab agar tercipta koordinasi yang baik (Terry & Rue, 1977: 32). Dalam konteks Poskestren, hal ini berarti merumuskan struktur organisasi yang jelas untuk mendukung tercapainya tujuan kesehatan santri.

Langkah awal pengorganisasian Poskestren adalah melakukan pemetaan sumber daya yang tersedia, baik sumber daya manusia, fasilitas kesehatan, maupun sarana pendukung. Penelitian (Mahfud et al., 2020: 80) menjelaskan pentingnya pemetaan ini agar setiap tugas dapat dialokasikan secara proporsional dan tidak tumpang tindih. Selanjutnya, pembentukan tim kader kesehatan santri menjadi kunci utama dalam struktur Poskestren. Keterlibatan santri sebagai kader kesehatan akan meningkatkan efektivitas program karena santri lebih dekat dengan teman-temannya dan dapat menjadi agen perubahan perilaku sehat (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34).

Di samping kader santri, pengorganisasian juga perlu melibatkan petugas kebersihan pesantren. Petugas kebersihan memegang peran penting dalam menjaga lingkungan yang sehat dan bersih sehingga mendukung kesehatan seluruh penghuni pesantren (Yusuf et al., 2021:

103). Untuk menjaga kesinambungan program, pengorganisasian juga perlu menunjuk penanggung jawab dari pihak pengurus pesantren. Penting ada koordinator yang menghubungkan pihak pengurus, tenaga kesehatan, dan santri agar komunikasi berjalan lancar (Rahmat & Lestari, 2020: 45).

Selain struktur formal, pengorganisasian yang baik juga mempertimbangkan pembagian tugas yang fleksibel. Pembagian tugas harus mampu menyesuaikan dengan kondisi darurat (Mahfud et al., 2020: 81), seperti saat terjadi wabah penyakit, sehingga Poskestren tetap dapat berjalan optimal.

Pengorganisasian juga mencakup penentuan alur kerja yang jelas, mulai dari perencanaan program, pelaksanaan kegiatan, hingga evaluasi. Alur kerja yang sistematis membantu menghindari kebingungan dan mempercepat pencapaian tujuan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 35). Selain itu, pengorganisasian harus berbasis partisipasi. Poskestren yang melibatkan santri dalam proses pengambilan keputusan program cenderung lebih berhasil karena muncul rasa memiliki terhadap program tersebut (Yusuf et al., 2021: 104). Koordinasi antartim juga menjadi unsur penting. Tanpa koordinasi, tugas yang dibagi justru bisa menjadi sumber konflik dan menyebabkan kegagalan program kesehatan (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

Dengan demikian, pengorganisasian dalam manajemen Poskestren bukan hanya soal membagi tugas, tetapi juga menciptakan struktur, alur kerja, dan budaya kolaborasi yang mendukung terciptanya pesantren sehat. Struktur yang baik akan menjadi fondasi penting untuk tahap penggerakan dan pengendalian selanjutnya.

c. Pelaksanaan (*Actuating*)

Pelaksanaan atau penggerakan (*actuating*) merupakan tahap manajemen yang bertujuan menggerakkan seluruh anggota organisasi agar secara sukarela dan aktif melaksanakan tugas sesuai rencana. Penggerakan memerlukan kepemimpinan yang mampu memotivasi,

memberi teladan, dan menciptakan suasana kerja yang kondusif (Terry & Rue, 1977: 40). Dalam konteks Poskestren, penggerakan berarti menumbuhkan kesadaran santri, pengurus, dan kader kesehatan untuk bersama-sama menjaga kesehatan.

Pelaksanaan menjadi kunci untuk menjembatani rencana dengan tindakan nyata. Keberhasilan program kesehatan di pesantren bergantung pada sejauh mana santri ikut terlibat aktif, misalnya dalam kegiatan kerja bakti, penyuluhan PHBS, atau kampanye kebersihan (Yusuf et al., 2021: 103). Partisipasi aktif ini tidak muncul secara otomatis, tetapi harus dibangun melalui pendekatan yang persuasif.

Metode pelaksanaan dapat dilakukan dengan berbagai strategi (A. Maulana & Fitriani, 2023: 35), seperti motivasi langsung, pembinaan rutin, pemberian penghargaan, hingga teladan dari pimpinan pesantren. Keteladanan kiai dan ustadz, misalnya, menjadi faktor penting yang membuat santri lebih mudah termotivasi.

Selain teladan, komunikasi yang baik juga penting dalam tahap penggerakan. Komunikasi dua arah membantu santri memahami alasan di balik setiap program kesehatan (Rahmat & Lestari, 2020: 45), sehingga mereka tidak merasa sekadar “diperintah,” melainkan merasa menjadi bagian dari perubahan.

Pelaksanaan program kesehatan Poskestren juga harus mempertimbangkan keberagaman latar belakang santri. Pendekatan kultural dan religius efektif untuk membangkitkan kesadaran santri (Mahfud et al., 2020: 80), misalnya dengan mengaitkan kebersihan dan kesehatan sebagai bentuk ibadah. Penggerakan tidak hanya fokus pada santri, tetapi juga melibatkan pihak-pihak lain, seperti pengurus asrama, guru, hingga orang tua. Pelibatan semua pihak ini menciptakan rasa tanggung jawab kolektif, sehingga program kesehatan lebih berkelanjutan (Yusuf et al., 2021: 104).

Selain pendekatan motivasional, penggerakan dapat dilakukan melalui kegiatan praktis yang menyenangkan. Contohnya, lomba

kebersihan antar asrama, senam pagi bersama, atau membuat mading kesehatan. Pendekatan kreatif ini membantu santri lebih antusias terlibat (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

Pelaksanaan juga memerlukan evaluasi berkala untuk melihat apakah santri sudah benar-benar termotivasi atau masih bersifat formalitas. Penting melakukan diskusi rutin antara kader santri dan pengelola Poskestren untuk mengidentifikasi hambatan motivasi (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

Lebih dari itu, pergerakan di Poskestren harus membentuk budaya, bukan sekadar kegiatan musiman. Budaya sadar kesehatan hanya bisa terbentuk jika proses pergerakan dilakukan secara konsisten dan terus-menerus (Mahfud et al., 2020:81).

Dengan demikian, pelaksanaan/penggerakan (*actuating*) bukan hanya soal menjalankan program, tetapi juga soal bagaimana menghidupkan semangat dan partisipasi aktif seluruh anggota pesantren agar tercipta perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan.

d. Pengendalian (*Controlling*)

Pengendalian (*controlling*) adalah tahapan penting dalam manajemen untuk memastikan seluruh kegiatan berjalan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Pengendalian yang baik harus dilakukan secara sistematis, berkesinambungan, dan melibatkan semua unsur organisasi (Terry & Rue, 1977: 45). Dalam konteks Poskestren, pengendalian menjadi kunci agar program kesehatan benar-benar berdampak positif terhadap kemandirian dan perilaku hidup bersih santri.

Langkah awal pengendalian adalah menyusun indikator keberhasilan yang terukur. Indikator ini dapat berupa penurunan kasus penyakit, peningkatan partisipasi santri dalam program kesehatan, serta perubahan perilaku sehari-hari (Mahfud et al., 2020: 81). Dengan indikator yang jelas, proses evaluasi menjadi lebih objektif. Pengendalian juga dilakukan melalui monitoring kondisi kesehatan santri secara rutin. Penting melakukan pendataan kesehatan santri,

seperti pengukuran berat badan, kebersihan diri, dan pemeriksaan kesehatan berkala untuk mendeteksi masalah lebih dini (Yusuf et al., 2021: 104). Selain monitoring kesehatan, pengendalian mencakup audit terhadap pelaksanaan program Poskestren. Audit membantu memastikan setiap kegiatan sesuai dengan perencanaan dan anggaran (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36), sekaligus menjadi bahan evaluasi untuk perbaikan ke depan.

Evaluasi keberhasilan program merupakan bagian tak terpisahkan dari *controlling*. Evaluasi dilakukan secara periodik, baik secara internal oleh pengelola pesantren maupun melibatkan pihak eksternal, seperti dinas kesehatan atau lembaga mitra (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Dalam praktiknya, *controlling* juga mencakup identifikasi penyimpangan atau kendala yang muncul selama pelaksanaan. Hasil identifikasi tersebut menjadi dasar untuk menentukan langkah koreksi (Mahfud et al., 2020: 82), seperti penyesuaian metode penyuluhan atau penambahan fasilitas kesehatan.

Pengendalian harus dilaksanakan secara partisipatif, tidak hanya oleh pengurus, tetapi juga melibatkan kader santri. Santri yang dilibatkan dalam evaluasi lebih peduli menjaga keberlanjutan program kesehatan di lingkungan pesantren (Yusuf et al., 2021:102). Selain itu, *controlling* juga mencakup refleksi terhadap relevansi program dengan tujuan besar Poskestren. Program harus selalu disesuaikan dengan kebutuhan aktual, perkembangan teknologi kesehatan, dan regulasi pemerintah terbaru (A. Maulana & Fitriani, 2023: 37).

Pengendalian yang efektif juga menekankan transparansi. Hasil evaluasi dan audit sebaiknya disampaikan secara terbuka kepada santri dan pihak terkait agar tercipta rasa tanggung jawab bersama (Rahmat & Lestari, 2020: 47).

Dengan demikian, *controlling* bukan hanya proses akhir, tetapi juga menjadi siklus evaluasi yang membantu memperbaiki dan menyempurnakan program kesehatan Poskestren secara berkelanjutan.

Sistem pengendalian yang terencana, partisipatif, dan transparan akan memperkuat upaya menciptakan santri yang mandiri dan sadar kesehatan.

2. Teori Kemandirian

Kemandirian adalah kondisi individu yang mampu berpikir, bersikap, dan bertindak secara bebas dan bertanggung jawab sesuai nilai dan norma yang diyakininya. Dalam konteks pendidikan, kemandirian bukan hanya kemampuan mengatur diri sendiri, tetapi juga kesiapan mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara mandiri. Kemandirian mencakup dimensi emosional, perilaku, dan kognitif, yang bersama-sama membentuk individu yang matang dan berdaya (Santrock, 2021: 215).

Selain dimensi emosional, perilaku, dan kognitif, kemandirian juga dapat dipahami sebagai proses perkembangan yang terintegrasi dengan pengalaman hidup dan lingkungan sosial (Santrock, 2021: 215). Kemandirian muncul ketika individu mampu merencanakan, memantau, dan mengevaluasi perilakunya sendiri secara reflektif (Zimmerman, 2020: 45). Dalam konteks santri, hal ini berarti mampu mengenali kebutuhan kesehatan diri sendiri dan menentukan langkah preventif yang sesuai.

Kemandirian juga erat kaitannya dengan konsep *self-efficacy* atau keyakinan individu terhadap kemampuannya sendiri. *Self-efficacy* memengaruhi cara seseorang menghadapi tantangan, termasuk dalam menjaga kesehatan (Bandura, 2018: 154). Santri yang memiliki keyakinan tinggi akan lebih proaktif menjalani pola hidup sehat, seperti menjaga kebersihan lingkungan, mencuci tangan, atau memeriksakan kesehatan secara rutin.

Dalam perspektif pendidikan pesantren, kemandirian berkembang melalui proses pembiasaan dan keteladanan. Kegiatan kolektif seperti gotong royong, musyawarah, dan pengajian kesehatan menjadi sarana efektif membangun sikap tanggung jawab dan kesadaran kolektif (Muhaimin, Rahmawati, & Fauzi, 2021: 99). Proses ini menjadikan santri

bukan hanya sebagai penerima informasi kesehatan, tetapi juga sebagai agen perubahan.

Kemandirian juga dapat ditumbuhkan melalui pengalaman langsung (*experiential learning*). Pengalaman konkret disertai refleksi kritis akan membantu individu memahami pentingnya perilaku sehat (Kolb, 2015: 67). Misalnya, saat santri terlibat langsung menjadi kader kesehatan atau melakukan penyuluhan kepada teman sebaya, pemahaman mereka terhadap kesehatan akan menjadi lebih mendalam dan kontekstual.

Selain itu, peran lingkungan sangat penting dalam mendukung kemandirian. Lingkungan pesantren yang mendukung kebersihan dan kesehatan akan memudahkan santri menginternalisasi perilaku hidup sehat (Walker & Fraser, 2022: 127). Lingkungan yang kondusif dapat berupa fasilitas kesehatan memadai, asrama yang bersih, serta budaya kolektif menjaga kesehatan.

Kemandirian juga dipengaruhi oleh interaksi sosial dan komunikasi. Melalui interaksi dengan teman, guru, dan pengasuh, santri belajar memahami makna kesehatan dan belajar mengambil keputusan yang bijak terkait perilaku sehat (Vygotsky, 1978: 89). Diskusi dan kegiatan kelompok dapat menjadi wadah bagi santri untuk mengasah keterampilan berpikir kritis dan refleksi diri. Dalam konteks pesantren, kemandirian tidak hanya sebatas upaya individu, tetapi juga memiliki dimensi spiritual. Kesadaran spiritual tentang pentingnya menjaga kesehatan sebagai amanah dari Allah SWT memperkuat motivasi intrinsik santri (Abdullah, 2023: 58). Pemahaman ini menjadi fondasi bagi santri untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan diri sendiri dan lingkungannya.

Dalam perspektif pesantren, kemandirian santri di bidang kesehatan berarti santri memiliki kesadaran untuk menjaga kesehatan diri, mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta berperan aktif dalam upaya kesehatan di lingkungan pesantren. Kemandirian santri di bidang kesehatan menjadi bagian penting dari upaya pesantren mencetak lulusan yang tidak hanya berilmu, tetapi juga sehat fisik dan mental

(Rahmat & Lestari, 2020: 45).

Kemandirian santri di bidang kesehatan tidak lahir begitu saja, melainkan dibangun melalui proses pendidikan yang mengintegrasikan pengetahuan kesehatan dengan nilai-nilai keagamaan. Pemahaman spiritual tentang pentingnya menjaga kesehatan sebagai bentuk syukur kepada Allah SWT menjadi fondasi utama yang mendorong santri lebih peduli terhadap kebersihan diri dan lingkungannya (Abdullah, 2023: 58). Selain itu, pembentukan kemandirian santri juga memerlukan pendekatan berbasis pengalaman langsung. Pengalaman konkret seperti menjadi kader kesehatan atau terlibat dalam kegiatan PHBS memungkinkan santri belajar bukan hanya secara teoritis, tetapi juga melalui praktik dan refleksi, sehingga membangun kesadaran yang lebih mendalam (Kolb, 2015:67).

Peran lingkungan pesantren juga tidak kalah penting. Lingkungan fisik yang bersih, fasilitas kesehatan yang memadai, serta adanya budaya kolektif menjaga kesehatan dapat memperkuat perilaku mandiri santri (Walker & Fraser, 2022: 127). Lingkungan yang mendukung menciptakan kebiasaan positif yang akhirnya menjadi bagian dari karakter santri.

Selain faktor lingkungan, interaksi sosial di pesantren menjadi medium penting untuk membentuk kemandirian. Diskusi, bimbingan, dan kerja sama antar santri dan pengasuh membantu memperluas wawasan dan memperdalam pemahaman tentang pentingnya hidup sehat, sehingga santri mampu mengambil keputusan sendiri berdasarkan kesadaran, bukan hanya karena perintah (Vygotsky, 1978: 89). Pendekatan partisipatif juga terbukti efektif, ketika santri dilibatkan sebagai pengurus atau kader kesehatan, rasa kepemilikan terhadap program kesehatan meningkat (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36). Keterlibatan aktif ini menumbuhkan tanggung jawab dan inisiatif santri untuk menerapkan PHBS tidak hanya di pesantren, tetapi juga di masyarakat setelah lulus.

Aspek penting lainnya adalah kemandirian perilaku, yaitu kemampuan santri untuk membiasakan diri hidup sehat tanpa perlu selalu diingatkan. Kebiasaan menjaga kebersihan diri dan lingkungan pesantren

tumbuh kuat ketika santri merasa memiliki peran dan tanggung jawab langsung terhadap kesehatan (Yusuf et al., 2021: 104).

Kemandirian perilaku terbentuk melalui proses pembiasaan yang konsisten dalam lingkungan pendidikan. Pembiasaan tersebut menjadi efektif ketika individu secara aktif terlibat merencanakan dan memonitor perilakunya sendiri (Zimmerman, 2020: 45). Dalam konteks pesantren, ini dapat berupa catatan kebersihan harian santri atau jadwal rutin pemeriksaan kesehatan mandiri yang diawasi oleh kader kesehatan.

Selain itu, penguatan motivasi intrinsik juga penting dalam mendukung kemandirian perilaku. Perilaku mandiri cenderung muncul ketika individu merasa memiliki otonomi, kompetensi, dan keterhubungan sosial (Ryan & Deci, 2017: 17). Santri yang dilibatkan sebagai pengurus kebersihan atau kader kesehatan akan merasa lebih bertanggung jawab karena peran tersebut memperkuat rasa memiliki terhadap program kesehatan pesantren.

Lingkungan yang kondusif menjadi faktor kunci lain. Desain ruang yang bersih, adanya sarana cuci tangan, dan poster edukasi kesehatan di pesantren mampu membentuk kebiasaan positif (Walker & Fraser, 2022: 127). Ketika fasilitas mendukung, perilaku hidup bersih dan sehat lebih mudah menjadi kebiasaan dan tidak bergantung pada pengawasan langsung.

Peran penguatan sosial juga penting, interaksi antar santri dan antara santri dengan guru dapat menjadi media internalisasi nilai kemandirian perilaku (Muhaimin et al., 2021: 99). Melalui kegiatan kelompok seperti kerja bakti atau lomba kebersihan antar asrama, santri saling mengingatkan untuk mempraktikkan perilaku hidup sehat sehingga terbentuk budaya kolektif yang mendukung kemandirian.

Dimensi emosional kemandirian berperan penting dalam membantu santri mengelola perasaan, terutama ketika menghadapi tekanan atau tantangan di lingkungan pesantren. Individu yang mandiri secara emosional tidak mudah goyah dan mampu mempertahankan keputusan meskipun mendapat tekanan sosial (Santrock, 2021: 216). Dalam konteks Poskestren,

hal ini penting agar santri tetap konsisten menerapkan perilaku hidup sehat walaupun teman sebayanya belum terbiasa.

Dimensi emosional kemandirian juga tak kalah penting. Individu yang mandiri memiliki kepercayaan diri dalam mengambil keputusan dan menghadapi risiko (Santrock, 2021: 216). Dalam pesantren, kemandirian emosional dapat tumbuh melalui pembiasaan berdiskusi, bekerja sama, dan saling memberi umpan balik dalam kegiatan kesehatan. Penguatan dimensi emosional juga dapat dilakukan melalui bimbingan kelompok atau kegiatan refleksi bersama. Diskusi kelompok memungkinkan santri saling berbagi pengalaman, sehingga tumbuh rasa percaya diri dan empati (Muhaimin et al., 2021: 101). Diskusi ini juga membantu santri memahami bahwa menjaga kesehatan adalah tanggung jawab kolektif, bukan hanya individu.

Selain itu, nilai spiritual juga memperkuat aspek emosional kemandirian (Abdullah, 2023: 58). Ketika santri meyakini bahwa menjaga kesehatan adalah bentuk ibadah, muncul motivasi intrinsik yang membuat mereka lebih berani menghadapi tantangan. Misalnya, santri tetap menjaga kebersihan walaupun fasilitas terbatas, karena mereka memaknainya sebagai bentuk pengabdian kepada Allah.

Lingkungan yang mendukung emosional, seperti suasana pesantren yang terbuka untuk berdialog dan tidak represif, dapat meningkatkan keberanian santri dalam mengungkapkan pendapat dan mengambil keputusan (Walker & Fraser, 2022: 127). Hal ini menjadi penting agar santri merasa aman untuk aktif bertanya atau mengusulkan ide terkait program kesehatan. Dukungan teman sebaya juga membantu perkembangan kemandirian emosional (Vygotsky, 1978: 89). Dalam kegiatan Poskestren, misalnya saat menjadi kader kesehatan, santri belajar menghadapi kritik, bekerja sama, dan memberi umpan balik dengan sikap yang konstruktif. Proses ini melatih kestabilan emosi dan membangun kepercayaan diri.

Penelitian juga menyoroti bahwa kemandirian santri dapat diperkuat jika pesantren menyediakan ruang bagi santri untuk belajar memimpin, misalnya menjadi ketua tim kader kesehatan atau penanggung jawab

kegiatan PHBS (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Kemandirian santri tidak hanya berkembang melalui pembiasaan perilaku sehat, tetapi juga melalui pelibatan aktif dalam kegiatan kepemimpinan. Menjadi pengurus kader kesehatan atau ketua kegiatan PHBS membantu santri belajar mengambil keputusan, menyusun rencana, dan bertanggung jawab atas hasilnya (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Peran kepemimpinan ini menumbuhkan rasa percaya diri dan memperkuat motivasi intrinsik.

Selain itu, pengalaman memimpin juga melatih santri untuk menghadapi tantangan nyata. Menghadapi masalah kesehatan di lingkungan pesantren, seperti kurangnya fasilitas atau perilaku teman sebaya yang belum sadar kesehatan, mendorong santri berpikir kreatif dan mencari solusi bersama (Abdullah, 2023: 58). Proses ini membentuk keberanian dan daya juang sebagai bagian dari kemandirian.

Kepemimpinan di kalangan santri dapat dilakukan secara bertahap, misalnya mulai dari menjadi sekretaris, bendahara, hingga ketua tim kesehatan (Muhaimin et al., 2021: 101). Pendekatan bertahap ini membantu santri mengasah keterampilan organisasi sambil tetap mendapat pendampingan dari pembina Poskestren.

Lingkungan pesantren yang mendukung juga penting. Suasana yang terbuka dan kolaboratif memungkinkan santri untuk lebih berani menyampaikan pendapat atau ide inovatif terkait program kesehatan (Walker & Fraser, 2022: 127). Dukungan teman sebaya dan ustaz pembina menjadi faktor pendorong agar santri tetap semangat meskipun menghadapi kendala.

Pengalaman memimpin tidak hanya berdampak pada santri saat masih di pesantren, tetapi juga menjadi bekal untuk masa depan. Santri yang terbiasa memimpin kegiatan kesehatan lebih siap menjadi agen perubahan kesehatan di masyarakat setelah lulus (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36). Ini menjadikan proses kepemimpinan sebagai bagian penting dari pembentukan kemandirian yang berkelanjutan.

Dengan demikian, teori kemandirian dalam konteks disertasi ini

mengacu pada kemampuan santri berpikir, bertindak, dan mengambil keputusan secara sadar dan bertanggung jawab dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungannya. Upaya mewujudkan kemandirian santri melalui manajemen Poskestren bukan hanya tentang hasil akhir (*outcome*), tetapi juga tentang proses pembentukan karakter dan kesadaran kolektif santri.

D. Landasan Konsep

1. Konsep Manajemen Poskestren

Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) adalah unit pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di lingkungan pesantren, berfungsi sebagai pusat pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pelayanan kesehatan dasar, serta promosi dan pencegahan penyakit bagi santri, pengasuh, dan masyarakat sekitar. Poskestren merupakan upaya pemberdayaan warga pesantren agar mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatannya sendiri melalui kegiatan promotif dan preventif (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 4).

Manajemen Poskestren mencakup empat fungsi manajerial utama, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan/penggerakan, dan pengendalian (Terry & Rue, 1977: 45). Dalam konteks Poskestren, perencanaan meliputi identifikasi masalah kesehatan santri, penyusunan program kesehatan tahunan, dan penetapan target perilaku sehat. Perencanaan yang berbasis data kebutuhan santri menjadi kunci efektivitas program (Mahfud et al., 2020: 79).

Pengorganisasian Poskestren dilakukan dengan membentuk kepengurusan atau tim kader kesehatan santri yang bertanggung jawab pada berbagai kegiatan, seperti edukasi PHBS, pemeriksaan kesehatan berkala, serta pengawasan kebersihan lingkungan. Pembagian tugas yang jelas meningkatkan koordinasi dan keterlibatan aktif santri (Yusuf et al., 2021: 103).

Pada tahap pelaksanaan atau penggerakan, penting dilakukan upaya memotivasi kader kesehatan dan seluruh santri untuk berpartisipasi.

Kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, kerja bakti, lomba kebersihan antar asrama, hingga pelatihan kader menjadi bentuk konkret pelaksanaan program kesehatan. Pendekatan partisipatif ini mendorong rasa kepemilikan dan tanggung jawab santri (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

Tahap terakhir, yaitu pengendalian atau evaluasi, mencakup monitoring berkala atas program yang telah dijalankan, pendataan capaian target, serta refleksi bersama untuk memperbaiki kegiatan selanjutnya. Pengendalian yang baik memastikan kegiatan Poskestren berjalan sesuai tujuan awal dan menghasilkan outcome berupa perubahan perilaku hidup sehat santri (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

a. Perencanaan Poskestren

1) Dasar Pertimbangan

Poskestren lahir sebagai respon atas kondisi kesehatan santri yang kerap menghadapi tantangan seperti sanitasi terbatas, kepadatan hunian, dan kurangnya kesadaran perilaku hidup bersih. Pesantren memerlukan pendekatan promotif dan preventif yang terintegrasi dengan sistem pendidikan keagamaan (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 4).

Selain faktor kesehatan, dasar pertimbangan juga muncul karena pesantren memiliki potensi besar sebagai agen perubahan kesehatan masyarakat. Pesantren dapat menjadi pusat pembinaan kesehatan yang berbasis nilai spiritual dan budaya pesantren (Mahfud et al., 2020: 79), sehingga edukasi lebih mudah diterima santri. Lebih lanjut, pendidikan kesehatan yang dimulai sejak masa santri membentuk kebiasaan hidup bersih dan sehat yang bertahan hingga dewasa, sehingga memiliki dampak jangka panjang (Yusuf et al., 2021: 100).

2) Tujuan

Tujuan utama Poskestren adalah membangun kemandirian santri dalam menjaga kesehatan pribadi dan lingkungan. *Outcome* ideal adalah perubahan perilaku nyata santri, bukan hanya

peningkatan pengetahuan (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

Tujuan lain adalah membentuk kader santri yang berfungsi sebagai role model dan penggerak kesehatan di lingkungan pesantren. Kader kesehatan santri bukan hanya memperkuat layanan Poskestren, tetapi juga memupuk kepemimpinan dan tanggung jawab sosial (Abdullah, 2023:58). Program Poskestren juga bertujuan memperkuat kolaborasi antara pesantren, Puskesmas, dan masyarakat sekitar, sehingga tercipta ekosistem kesehatan yang saling mendukung (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

3) Bidang Garapan

Bidang garapan utama meliputi promosi kesehatan, seperti edukasi PHBS, sosialisasi cuci tangan pakai sabun, serta kampanye sanitasi. Promosi kesehatan menjadi pilar utama Poskestren (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 12).

Bidang pencegahan penyakit termasuk pemeriksaan kesehatan rutin, imunisasi, dan deteksi dini penyakit menular. Pengawasan kebersihan lingkungan pesantren menjadi fokus penting agar tercipta lingkungan sehat (Mahfud et al., 2020: 80). Terakhir, pembentukan kader santri sebagai agen perubahan bertujuan memperkuat partisipasi aktif dan menciptakan budaya sehat berbasis pesantren (Yusuf et al., 2021: 103).

4) Media

Poskestren memanfaatkan media visual seperti poster, leaflet, dan spanduk yang dipasang di asrama dan masjid. Media visual memudahkan santri memahami pesan kesehatan (Yusuf et al., 2021: 104). Poskestren dapat menggunakan media audio visual, seperti video edukasi singkat yang diputar sebelum pengajian atau saat kegiatan pembinaan. Penggunaan teknologi sederhana agar lebih menarik (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17). Platform digital, seperti WhatsApp grup santri atau akun media sosial pesantren, juga dimanfaatkan untuk membagikan konten edukasi dan pengumuman

program kesehatan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

5) Metode

Metode edukasi kesehatan dilakukan melalui beberapa metode atau media seperti ceramah, diskusi kelompok, dan simulasi praktik cuci tangan atau pembuangan sampah. Pendekatan kontekstual membuat pesan lebih mudah dipahami (Abdullah, 2023: 58).

Selain itu, metode partisipatif seperti lomba kebersihan, kerja bakti rutin, dan pelatihan kader santri mendorong santri lebih aktif terlibat. Metode partisipatif efektif menumbuhkan rasa memiliki (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Kegiatan refleksi atau evaluasi bersama kader kesehatan juga menjadi metode penting untuk memperbaiki program berdasarkan pengalaman sebelumnya (Mahfud et al., 2020: 80).

6) Sumber Daya Manusia (SDM)

Pengelolaan Poskestren melibatkan ustaz atau kiai sebagai penanggung jawab, kader kesehatan santri, petugas Puskesmas pembina, perawat dan relawan kesehatan. Kemenkes RI (2021: 15) menganjurkan keterlibatan lintas pihak agar program berjalan optimal.

Peran kiai penting dalam memberikan teladan dan penguatan nilai keagamaan, sehingga santri melihat kesehatan sebagai bagian dari ibadah (Abdullah, 2023: 58). Selain itu, kader kesehatan santri bertugas sebagai jembatan informasi dan motivator bagi teman sebayanya (Yusuf et al., 2021:103).

7) Program

Program Poskestren dapat berupa penyuluhan PHBS, pemeriksaan kesehatan berkala, pelatihan kader santri, kerja bakti rutin, dan kampanye kesehatan tematik seperti pesantren bebas rokok. Program harus berbasis kebutuhan riil (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

Lomba kebersihan asrama juga efektif untuk meningkatkan partisipasi santri (Yusuf et al., 2021: 104). Selain itu, kegiatan spesial

seperti pesantren sehat Ramadan dapat memanfaatkan momentum keagamaan untuk promosi kesehatan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36). Program juga perlu dirancang fleksibel agar dapat beradaptasi dengan kondisi pesantren yang dinamis (Mahfud et al., 2020:80).

8) Sarana

Sarana meliputi ruang Poskestren, alat tensi, timbangan, tempat cuci tangan, dan poster edukasi. Poskestren menyediakan minimal ruang pemeriksaan kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 12). Penyediaan fasilitas cuci tangan pakai sabun di titik strategis penting untuk mendukung perubahan perilaku (Yusuf et al., 2021: 104). Media edukasi tambahan seperti banner, brosur, dan alat peraga visual juga membantu penyampaian pesan kesehatan lebih menarik (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

9) Biaya

Sumber pendanaan Poskestren berasal dari dana pesantren, CSR, bantuan pemerintah, dan partisipasi alumni (Mahfud et al., 2020: 80). Keterlibatan banyak pihak membantu memastikan program berjalan berkelanjutan (Rahmat & Lestari, 2020: 36). Pengelolaan keuangan yang transparan juga penting agar pengurus, santri, dan donatur percaya pada program Poskestren (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

b. Pengorganisasian Poskestren

1) Struktur

Struktur organisasi Poskestren sangat penting sebagai kerangka kerja yang mempermudah pelaksanaan program kesehatan di pesantren. Poskestren minimal harus memiliki penanggung jawab utama (biasanya ustaz/kiai), koordinator kader santri, dan anggota kader santri yang terlatih (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 15).

Struktur ini memungkinkan adanya pembagian peran yang jelas, sehingga setiap pihak memahami tanggung jawabnya. Struktur organisasi yang sederhana namun fungsional sangat cocok untuk

diterapkan di lingkungan pesantren yang dinamis (Mahfud et al., 2020: 79).

Selain itu, keberadaan petugas Puskesmas pembina yang berperan sebagai pendamping eksternal membantu menjaga kualitas program dan memastikan sinkronisasi dengan program kesehatan pemerintah (Yusuf et al., 2021: 103).

Struktur juga dapat dilengkapi subkelompok kader santri sesuai bidang, misalnya kader PHBS, kader kebersihan lingkungan, dan kader kesehatan reproduksi. Pembentukan subkelompok meningkatkan fokus dan efektivitas kegiatan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36). Struktur organisasi yang terencana baik bukan hanya soal bagan, tetapi juga cerminan kolaborasi dan sinergi antara pengurus pesantren, santri, dan pihak eksternal (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

2) Pembagian Tugas

Pembagian tugas di Poskestren harus disusun sesuai kemampuan dan minat kader santri agar mereka merasa nyaman dan bersemangat menjalankan peran. Santri lebih antusias ketika diberi peran yang sesuai dengan minat mereka (Yusuf et al., 2021: 103).

Tugas dapat dibagi menjadi: edukasi dan promosi kesehatan, monitoring perilaku santri, dokumentasi dan laporan kegiatan, serta koordinasi dengan petugas Puskesmas. Pembagian tugas dicatat dalam buku tugas atau papan informasi agar mudah dipantau (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17).

Pembagian tugas yang transparan mengurangi risiko tumpang tindih dan konflik antar kader (Mahfudhoh, Bakar, & Fuad, 2023: 80). Setiap kader juga harus memahami siapa yang menjadi penanggung jawab di setiap kegiatan. Selain itu, penting melakukan rotasi tugas agar santri memperoleh pengalaman di berbagai peran. Rotasi memperluas keterampilan dan rasa tanggung jawab kader (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Pembagian tugas juga harus selalu dikaji ulang melalui evaluasi rutin, agar sesuai dengan kondisi terkini di pesantren

(A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

3) Perencanaan Tugas

Perencanaan tugas di Poskestren mencakup penjadwalan kegiatan, target capaian, dan metode pelaksanaan. Penyusunan rencana kerja tahunan dan rencana kerja bulanan (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 12). Misalnya, penjadwalan kerja bakti rutin setiap pekan, pemeriksaan kesehatan bulanan, serta kampanye PHBS saat kegiatan pesantren besar. Perencanaan berbasis kebutuhan pesantren lebih efektif dibandingkan mengikuti pola yang seragam (Mahfud et al., 2020: 79).

Rencana tugas harus realistis dan disusun bersama kader santri, agar mereka merasa dilibatkan sejak awal. Keterlibatan santri dalam penyusunan rencana meningkatkan rasa memiliki (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

Setiap rencana juga perlu disertai indikator keberhasilan, seperti jumlah santri yang mengikuti penyuluhan atau jumlah asrama yang berhasil mempertahankan kebersihan (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Dan penting juga untuk menyediakan waktu evaluasi bersama untuk membahas apakah rencana tugas telah sesuai dengan kebutuhan dan tantangan baru di pesantren (Yusuf et al., 2021: 103).

c. Pelaksanaan Poskestren

1) Tahap Awal

Tahap awal merupakan tahap persiapan sebelum pelaksanaan program kesehatan di Poskestren. Pada tahap ini, pengurus dan kader kesehatan merumuskan materi, metode, dan target sasaran kegiatan kesehatan. Tahap persiapan yang baik membantu memastikan kegiatan berjalan sesuai kebutuhan santri (Mahfud et al., 2020: 79).

Kegiatan di tahap awal mencakup identifikasi masalah kesehatan santri, penyusunan rencana kegiatan, serta pembagian peran antar kader. Pelibatan kader santri dalam perencanaan agar tercipta rasa memiliki adalah hal yang sangat penting (A. Maulana &

Fitriani, 2023:36). Selain itu, tahap awal juga memuat sosialisasi program kepada santri dan pengurus pondok agar semua pihak memahami tujuan dan manfaat kegiatan. Penjelasan terbuka di awal meningkatkan partisipasi santri (Yusuf et al., 2021: 103).

Persiapan sarana prasarana, seperti alat kesehatan, media edukasi, dan ruang kegiatan juga termasuk tahap awal. Pengecekan kesiapan alat dan tempat sebelum kegiatan (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Tahap awal sangat penting sebagai pondasi agar program Poskestren berjalan lancar, terukur, dan sesuai tujuan kemandirian santri di bidang kesehatan (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

2) Tahap Inti

Tahap inti adalah pelaksanaan langsung program kesehatan yang telah direncanakan. Kegiatan di tahap ini antara lain penyuluhan kesehatan, kerja bakti lingkungan, pemeriksaan kesehatan berkala, dan pelatihan kader santri. Pendekatan partisipatif menjadi kunci agar santri terlibat aktif (A. Maulana & Fitriani, 2023: 36).

Selain kegiatan edukasi, tahap inti juga dapat memuat simulasi, seperti praktik cuci tangan, pertolongan pertama ringan, atau manajemen kebersihan asrama. Simulasi membantu santri lebih cepat memahami materi kesehatan (Yusuf et al., 2021: 104).

Pada tahap ini, kader kesehatan santri berperan sebagai fasilitator, bukan hanya penerima informasi. Hal ini memperkuat peran kader sebagai agen perubahan perilaku kesehatan di lingkungan pesantren (Mahfud et al., 2020: 80). Kegiatan inti juga harus fleksibel menyesuaikan situasi pesantren, seperti jadwal ngaji atau kegiatan keagamaan. Penyesuaian agar program tidak mengganggu aktivitas utama santri (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Evaluasi cepat (feedback singkat) juga dapat dilakukan di akhir tahap inti, untuk mengukur pemahaman santri dan kesesuaian metode pelaksanaan (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17).

3) Tahap Penutup

Tahap penutup adalah evaluasi dan refleksi bersama setelah kegiatan selesai. Pada tahap ini, kader kesehatan dan pengurus Poskestren menilai apakah tujuan kegiatan tercapai. Evaluasi penting untuk merancang program yang lebih baik di masa mendatang (Mahfud et al., 2020: 79).

Kegiatan penutup juga mencakup pembuatan laporan kegiatan yang mencatat jumlah peserta, materi yang disampaikan, serta kendala yang dihadapi. Laporan dibuat secara tertulis dan disimpan sebagai dokumentasi Poskestren (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17). Selain evaluasi pengurus, penting juga mengadakan diskusi refleksi bersama santri untuk mendengar kesan, saran, atau masukan mereka. Keterlibatan santri dalam evaluasi memperkuat rasa kepemilikan (A. Maulana & Fitriani, 2023).

Tahap penutup juga dapat diisi dengan penghargaan simbolis bagi kader atau kelompok santri yang aktif, seperti piagam atau pengumuman juara lomba kebersihan (Yusuf et al., 2021: 104). Penutup bukan hanya akhir kegiatan, tetapi menjadi jembatan menuju program selanjutnya, sehingga program Poskestren tetap berkelanjutan (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

d. Pengendalian atau Evaluasi Poskestren

1) Dasar Evaluasi

Evaluasi program Poskestren perlu berlandaskan pada regulasi nasional dan kebijakan internal pesantren. Permenkes No. 75 Tahun 2020 tentang Puskesmas mengatur pentingnya upaya kesehatan berbasis masyarakat, termasuk pos kesehatan pesantren, sebagai bagian dari pelayanan kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 18). Dasar hukum ini menjadi pijakan bagi Poskestren untuk menjalankan program dengan sistematis dan dievaluasi secara berkala.

Di samping itu, nilai-nilai Islam yang menekankan pentingnya

menjaga kesehatan (*hifz al-nafs*) menjadi dasar filosofis dan normatif dalam pelaksanaan dan evaluasi program kesehatan santri. Dasar evaluasi dalam lembaga pendidikan Islam perlu mempertimbangkan aspek syariah dan budaya pesantren agar lebih kontekstual dan diterima santri serta pengasuh pesantren (Hakim, Sari, & Firdaus, 2023: 54). Evaluasi juga dapat berlandaskan pada prinsip-prinsip manajemen mutu, seperti siklus Plan-Do-Check-Act (PDCA) yang menekankan perbaikan berkelanjutan. Evaluasi berbasis data harus menjadi kebiasaan dalam organisasi berbasis komunitas seperti pesantren (Ahmad, 2015: 62).

Landasan lainnya adalah hasil monitoring berkala yang dikumpulkan melalui instrumen pengawasan yang telah disepakati. Monitoring menjadi bagian dari sistem umpan balik yang memberikan dasar objektif dalam pengambilan keputusan evaluatif (Yusuf et al., 2021: 108). Dengan dasar-dasar tersebut, evaluasi tidak bersifat insidental tetapi terstruktur dan menjadi bagian penting dari sistem manajemen Poskestren yang akuntabel dan transparan.

2) Tujuan Evaluasi

Tujuan utama dari evaluasi Poskestren adalah memastikan efektivitas program dalam meningkatkan kemandirian santri di bidang kesehatan. Evaluasi dilakukan untuk mengukur sejauh mana capaian program sudah sesuai dengan indikator yang telah dirumuskan sejak awal perencanaan. Evaluasi berfungsi sebagai alat ukur capaian dan dasar untuk menentukan kebijakan lanjutan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 39).

Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi kendala dan hambatan dalam pelaksanaan program. Dengan mengetahui akar masalah secara tepat, pengurus Poskestren dapat menyusun strategi yang lebih efektif untuk ke depannya. Umpan balik dari santri dan pengurus sangat penting untuk menyempurnakan program (R. A. Putri, Suhartono, & Ismail, 2021: 77).

Tujuan lainnya adalah mengembangkan kapasitas kader santri dan pengurus dalam menjalankan kegiatan. Evaluasi harus dimaknai sebagai sarana pembelajaran kolektif, bukan sekadar penilaian administratif. Hal ini sesuai dengan pendekatan partisipatif yang dianjurkan dalam manajemen komunitas (Salim & Nurlaili, 2023: 91). Lebih lanjut, evaluasi juga bertujuan untuk mempertahankan kesinambungan program. Tanpa evaluasi, program mudah terhenti karena tidak memiliki dasar untuk memperkuat legitimasi keberlanjutannya (Rahmat & Lestari, 2020: 48). Akhirnya, tujuan evaluasi adalah membangun budaya reflektif di kalangan santri, agar mereka terbiasa melakukan introspeksi, evaluasi diri, dan peningkatan kualitas hidup secara mandiri.

3) Aspek Evaluasi

Evaluasi program Poskestren meliputi beberapa aspek utama, antara lain aspek input, proses, output, dan outcome. Evaluasi input melihat kesiapan sumber daya seperti ketersediaan kader kesehatan, media edukasi, dan fasilitas sanitasi (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 20). Aspek proses mencakup cara pelaksanaan program, keterlibatan santri, serta metode penyuluhan atau pelatihan yang digunakan. Mengukur proses partisipasi adalah sebagai indikator penting dalam keberhasilan program berbasis komunitas (Yusuf et al., 2021: 109).

Aspek output merujuk pada hasil langsung dari kegiatan Poskestren, seperti jumlah kegiatan yang terlaksana, jumlah peserta, dan jumlah kader yang terbentuk. Evaluasi ini bersifat kuantitatif dan dapat dengan mudah diukur dengan data lapangan (A. Maulana & Fitriani, 2023: 40). Sementara itu, aspek outcome lebih menitikberatkan pada dampak jangka menengah dan panjang, seperti perubahan perilaku hidup sehat santri, peningkatan PHBS, dan menurunnya angka sakit di lingkungan pesantren.

Evaluasi juga bisa mencakup aspek keberlanjutan dan

kepuasan stakeholder. Kepuasan santri, pengasuh, dan pengelola menjadi indikator tambahan untuk menilai keberterimaan dan daya guna program di komunitas pesantren.

4) Jenis Evaluasi

Terdapat beberapa jenis evaluasi yang dapat digunakan dalam manajemen Poskestren, yaitu evaluasi formatif, sumatif, kontekstual, dan diagnostik. Evaluasi formatif dilakukan selama proses berlangsung, bertujuan memberikan umpan balik untuk perbaikan segera (Fetrianto, 2017). Evaluasi sumatif dilakukan di akhir program untuk menilai hasil secara keseluruhan. Biasanya dilakukan secara berkala, misalnya per semester atau per tahun ajaran. Evaluasi jenis ini membantu pesantren menentukan kelanjutan atau revisi program.

Evaluasi kontekstual mempertimbangkan faktor lingkungan sosial dan budaya pesantren, termasuk kebijakan internal, kebiasaan santri, dan dukungan dari pengasuh. Evaluasi ini penting agar program tidak hanya tepat sasaran, tetapi juga sesuai dengan nilai-nilai pesantren (Hakim et al., 2023: 55).

Evaluasi diagnostik dilakukan ketika ada masalah atau kegagalan program. Jenis ini membantu mengidentifikasi penyebab masalah dan menyusun strategi perbaikan berbasis data (Salim & Nurlaili, 2023: 93). Penggunaan jenis evaluasi yang bervariasi ini mencerminkan fleksibilitas manajemen Poskestren dan kepekaannya terhadap dinamika lapangan yang terus berubah.

5) Teknik Evaluasi

Teknik evaluasi yang digunakan harus menyesuaikan dengan karakteristik program Poskestren. Teknik observasi digunakan untuk menilai langsung praktik hidup sehat santri di asrama dan lingkungan pondok. Teknik ini dianggap efektif untuk mendapatkan data nyata di lapangan (R. A. Putri et al., 2021: 78).

Teknik wawancara atau FGD (*Focus Group Discussion*) digunakan untuk menggali persepsi, motivasi, dan pengalaman santri

serta pengurus. Wawancara mendalam memberikan pemahaman konteks yang tidak tertangkap dari data kuantitatif (A. Maulana & Fitriani, 2023: 41).

Kuesioner atau angket digunakan sebagai teknik kuantitatif yang efisien, terutama untuk menjangkau responden dalam jumlah besar. Kuesioner digunakan untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan praktik (KAP) santri tentang PHBS (Yusuf et al., 2021: 110).

Analisis dokumen seperti laporan kegiatan, daftar hadir, dan notulen rapat juga menjadi teknik pendukung yang membantu memvalidasi data evaluasi lainnya. Dokumen ini menjadi sumber informasi objektif dan terarsipkan dengan baik (Fetrianto, 2017). Kombinasi berbagai teknik tersebut dikenal dengan pendekatan triangulasi, yang dapat meningkatkan validitas dan reliabilitas hasil evaluasi.

6) Kriteria Evaluasi

Kriteria evaluasi yang digunakan dalam manajemen Poskestren mencakup keberhasilan, efisiensi, relevansi, dan keberlanjutan program. Keberhasilan diukur dari pencapaian target seperti jumlah santri yang mengikuti kegiatan dan perubahan perilaku (A. Maulana & Fitriani, 2023: 42).

Efisiensi dilihat dari rasio antara input dan output program, misalnya penggunaan dana dan sumber daya dibandingkan dengan capaian. Evaluasi efisiensi sebagai indikator keberhasilan pengelolaan program kesehatan berbasis komunitas. Relevansi merujuk pada kesesuaian antara program Poskestren dengan kebutuhan santri dan konteks pesantren (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 22). Program yang relevan akan lebih mudah diterima dan berdampak nyata pada perubahan perilaku (Rahmat & Lestari, 2020).

Keberlanjutan dievaluasi dari kemungkinan program tetap berjalan meskipun dukungan eksternal berkurang. Kriteria ini mengukur sejauh mana program telah membangun kapasitas internal,

seperti kader santri yang aktif (Nurlaili & Hidayat, 2022: 94). Kriteria partisipasi juga menjadi penting, yaitu tingkat keterlibatan santri, pengurus, dan stakeholder dalam semua tahapan manajemen Poskestren. Partisipasi yang tinggi merupakan indikator kuat dari program yang memberdayakan.

2. Konsep Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan

Kemandirian santri dalam bidang kesehatan dapat dimaknai sebagai kemampuan santri untuk berpikir, bersikap, dan bertindak secara mandiri dalam menjaga serta meningkatkan derajat kesehatannya tanpa selalu bergantung pada pihak lain. Kemandirian dalam konteks kesehatan mencakup tiga dimensi utama, yaitu pengetahuan kesehatan, keterampilan hidup bersih dan sehat, serta sikap positif terhadap perilaku hidup sehat (F. A. Sari & Nugroho, 2020: 88). Santri yang memiliki ketiga dimensi ini dapat menjadi aktor utama dalam pengelolaan kesehatannya maupun komunitas pesantrennya.

Kemandirian santri dalam bidang kesehatan tidak hanya berarti mampu merawat dirinya sendiri ketika sakit, tetapi juga mencakup kemampuan santri dalam mengambil keputusan yang bijak terkait gaya hidup sehat, lingkungan bersih, serta tindakan preventif terhadap penyakit. Dalam konteks pesantren yang padat aktivitas dan berinteraksi secara intensif, kemampuan ini menjadi sangat krusial untuk mencegah penyebaran penyakit. Santri yang diberdayakan dalam aspek kesehatan akan lebih siap menghadapi tantangan hidup dalam komunitas tertutup sekaligus menjadi role model bagi teman-temannya (A. Maulana & Fitriani, 2023: 35).

Proses pembentukan kemandirian santri dimulai dari internalisasi nilai-nilai kesehatan dalam pembelajaran dan aktivitas harian. Kesehatan bukan hanya diajarkan melalui teori, melainkan dilatihkan dalam kegiatan nyata seperti piket kebersihan, jaga lingkungan, serta pelatihan kader kesehatan pesantren. Pola hidup sehat di pesantren akan tertanam lebih kuat jika dikaitkan dengan praktik ibadah dan adab Islami (Yusuf et al., 2021:

103), misalnya pentingnya menjaga wudhu, membersihkan najis, dan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan sebagai bagian dari sunnah.

Lebih jauh, kemandirian dalam kesehatan juga berkaitan dengan kemampuan santri untuk mengenali dan merespons gejala-gejala penyakit secara dini. Dengan pembekalan pengetahuan dasar kesehatan dan akses informasi yang baik, santri dapat melakukan tindakan awal yang tepat sebelum mencari bantuan medis. Hal ini sejalan dengan pendekatan promotif dan preventif dalam sistem kesehatan nasional. Pesantren memiliki peran strategis dalam menumbuhkan perilaku hidup bersih dan sehat melalui Poskestren yang diintegrasikan dengan aktivitas harian santri (Kementerian Kesehatan RI, 2021:17).

Di sisi lain, dukungan dari lingkungan dan pengasuh pesantren juga menjadi faktor penting dalam membentuk kemandirian santri. Keteladanan pengasuh dalam menjaga kesehatan, penyediaan fasilitas kebersihan, serta kebijakan internal pesantren yang mendukung sanitasi dan kesehatan mental turut memperkuat ekosistem belajar. Santri akan lebih cepat menginternalisasi perilaku sehat jika mereka merasa aman, dihargai, dan didukung oleh sistem sosialnya (F. A. Sari & Nugroho, 2020: 89). Oleh karena itu, penguatan kemandirian tidak hanya berbasis individu, tetapi kolektif dan struktural.

Pengembangan kemandirian santri dalam bidang kesehatan juga perlu disertai dengan sistem monitoring dan evaluasi yang terstruktur. Program pelatihan kader kesehatan santri, misalnya, harus disertai evaluasi kompetensi dan penugasan lapangan agar keterampilan mereka tidak stagnan. Outcome dari pembinaan kesehatan di pesantren bukan hanya pengetahuan, tetapi transformasi perilaku yang konsisten (Rahmat & Lestari, 2020: 46). Dengan kata lain, kemandirian santri bukanlah sesuatu yang instan, melainkan hasil dari proses pendidikan yang berkelanjutan, berbasis nilai, dan didukung oleh sistem manajemen pesantren yang sehat.

Dalam konteks pesantren, kemandirian santri tidak hanya berkaitan dengan kemampuan individu, tetapi juga dengan budaya kolektif yang

ditanamkan melalui kegiatan harian. Pesantren sebagai lembaga pendidikan Islam berbasis komunitas menyediakan ekosistem sosial yang kuat untuk menumbuhkan kebiasaan hidup sehat. Penelitian (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34) menunjukkan bahwa keterlibatan santri dalam kegiatan seperti kerja bakti, pengawasan kebersihan kamar, dan pelatihan kader kesehatan menjadi sarana pembelajaran kemandirian dalam praktik nyata.

Budaya kolektif yang berkembang di pesantren menciptakan iklim sosial yang mendukung pembentukan karakter mandiri. Dalam lingkungan ini, santri tidak hanya belajar secara formal melalui kelas, tetapi juga melalui interaksi sosial dan tanggung jawab bersama yang dibebankan kepada mereka dalam kehidupan sehari-hari. Kegiatan seperti ronda malam, jadwal piket kebersihan, dan kerja bakti akhir pekan merupakan contoh nyata dari pendidikan nilai-nilai tanggung jawab dan kemandirian dalam konteks komunitas. Sebagaimana diungkapkan dalam penelitian (F. A. Sari & Nugroho, 2020: 88), kebiasaan gotong royong dan kesadaran kolektif dalam menjaga kebersihan di pesantren membentuk perilaku hidup bersih dan sehat secara alami pada diri santri.

Kegiatan pelatihan kader kesehatan yang diselenggarakan melalui Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) juga berkontribusi besar terhadap peningkatan kemandirian santri. Program ini tidak hanya melatih santri tentang prinsip-prinsip dasar kesehatan, tetapi juga memberikan tanggung jawab dalam memantau kondisi kesehatan teman-temannya. Pelatihan kader kesehatan santri mencakup materi tentang pola hidup bersih dan sehat (PHBS), pertolongan pertama, serta deteksi dini penyakit (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17). Hal ini mendorong santri untuk mengambil peran aktif sebagai agen perubahan di lingkungan pesantren dalam bidang kesehatan.

Selain itu, partisipasi santri dalam menjaga kebersihan kamar secara berkala juga menjadi media internalisasi nilai-nilai kemandirian dan kedisiplinan. Santri diajarkan untuk bertanggung jawab atas ruang pribadi mereka, menjaga kebersihan tempat tidur, lemari, dan lantai kamar.

Kegiatan ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga membentuk kebiasaan positif yang terbawa hingga ke kehidupan di luar pesantren. Tanggung jawab menjaga kebersihan secara mandiri memperkuat kapasitas santri dalam membuat keputusan dan menjalankan tindakan preventif dalam bidang kesehatan (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

Penanaman nilai-nilai kesehatan melalui pendekatan kolektif juga terlihat dari kebijakan internal pesantren yang mengatur pola makan, waktu istirahat, dan jadwal olahraga santri. Kedisiplinan yang terbangun dari struktur kegiatan yang teratur ini secara tidak langsung menumbuhkan kesadaran santri akan pentingnya menjaga kesehatan secara mandiri. Tata tertib pondok yang mencakup aspek kesehatan memberi kontribusi signifikan terhadap pembentukan gaya hidup sehat yang berkelanjutan (Yusuf et al., 2021: 104). Ini menunjukkan bahwa manajemen pesantren tidak hanya fokus pada aspek spiritual dan akademik, tetapi juga pada pengembangan kemandirian kesehatan santri.

Lebih jauh, keterlibatan santri dalam pengambilan keputusan bersama, misalnya saat merancang program kebersihan lingkungan atau menyusun jadwal piket, memberikan ruang untuk menumbuhkan rasa kepemilikan terhadap program kesehatan di pesantren. Kemandirian yang dibangun melalui mekanisme partisipatif ini menjadi modal sosial yang kuat dalam mendukung tujuan kesehatan komunitas pesantren. Sebagaimana dikemukakan dalam sebuah studi (A. Maulana & Fitriani, 2023: 34), santri yang diberi ruang untuk merancang dan melaksanakan program kesehatan menunjukkan tingkat inisiatif dan tanggung jawab yang tinggi, membuktikan bahwa budaya kolektif di pesantren merupakan wadah yang efektif untuk menumbuhkan kemandirian dalam bidang kesehatan.

Lebih lanjut, kemandirian dalam kesehatan berkaitan erat dengan pendidikan promotif dan preventif. Pendekatan berbasis edukasi dan pembinaan perilaku lebih efektif dalam mendorong perubahan jangka panjang dibandingkan pendekatan kuratif (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17). Oleh karena itu, Poskestren menjadi ruang strategis bagi santri

untuk belajar mengenali tanda-tanda penyakit, memahami pentingnya kebersihan makanan, serta menjadi agen perubahan dalam komunitasnya.

Pendidikan promotif dan preventif dalam lingkungan pesantren berperan sebagai fondasi utama dalam membentuk kesadaran kolektif akan pentingnya menjaga kesehatan. Santri tidak hanya diajarkan cara mengobati penyakit, tetapi lebih diarahkan untuk mengenali faktor risiko dan menerapkan pola hidup sehat sejak dini. Hal ini sejalan dengan pandangan yang menekankan bahwa pendekatan edukatif dan pembinaan perilaku memiliki dampak lebih signifikan dalam menciptakan perubahan jangka panjang dalam masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2021: 17). Di pesantren, edukasi promotif dan preventif diintegrasikan dalam kurikulum non-formal melalui ceramah, pelatihan, serta kegiatan praktik langsung seperti menjaga kebersihan ruang makan dan sanitasi lingkungan.

Dalam pelaksanaan kegiatan Poskestren, pendekatan promotif dilakukan melalui penyuluhan rutin mengenai kebersihan lingkungan, PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), serta pentingnya aktivitas fisik. Sementara pendekatan preventif diwujudkan melalui pemeriksaan kesehatan berkala dan pelatihan kader kesehatan santri. Studi (L. Fitriyah & Rohmah, 2022: 52) menunjukkan bahwa penyuluhan gizi yang dilakukan di pesantren berdampak positif terhadap pemahaman dan perubahan perilaku makan santri, termasuk pengurangan konsumsi jajanan tidak sehat dan peningkatan konsumsi sayur. Pendekatan berbasis edukasi ini terbukti lebih efektif dibandingkan tindakan kuratif yang sering kali hanya bersifat reaktif dan temporer.

Lebih lanjut, pemberdayaan santri sebagai agen perubahan dalam kesehatan memperkuat nilai-nilai kepemimpinan dan tanggung jawab. Dalam beberapa pesantren, santri dilibatkan sebagai fasilitator atau narasumber bagi teman-temannya dalam program penyuluhan kesehatan. Menurut penelitian (H. Nuraini & Mukhlis, 2020: 89), keterlibatan santri dalam penyuluhan *peer-to-peer* menghasilkan peningkatan signifikan dalam pemahaman konsep PHBS dibandingkan metode ceramah satu arah

dari tenaga kesehatan. Strategi ini menjadikan santri bukan hanya objek, tetapi subjek aktif dalam pembangunan kesehatan pesantren.

Kemandirian dalam kesehatan juga dipupuk melalui pemberian ruang bagi santri untuk berpartisipasi dalam perencanaan kegiatan kesehatan pesantren. Mereka diajak menyusun program kebersihan, jadwal olahraga, bahkan menentukan menu sehat harian bersama pengelola dapur. Praktik ini sesuai dengan hasil studi (B. Ramadhan, Mulyana, & Hafid, 2023: 118) yang menekankan bahwa partisipasi aktif remaja dalam pengambilan keputusan kesehatan di lingkungan sekolah atau pesantren meningkatkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) yang berdampak positif terhadap keberlanjutan program. Ketika santri merasa dilibatkan, mereka lebih bertanggung jawab terhadap keputusan kolektif tersebut.

Tidak kalah penting, penyediaan informasi kesehatan yang mudah diakses menjadi komponen pendukung dalam pendidikan promotif. Di beberapa pesantren modern, telah dikembangkan media edukatif seperti mading kesehatan, video edukasi, hingga podcast islami bertema kesehatan. Pesantren yang memanfaatkan media digital untuk edukasi kesehatan melaporkan peningkatan literasi kesehatan di kalangan santri hingga 35% (Saefuddin & Latifah, 2021: 104). Akses terhadap informasi yang kontekstual dan menarik bagi santri terbukti memperkuat daya tangkap dan kesadaran mereka terhadap isu-isu kesehatan yang relevan.

Aspek psikologis juga memainkan peran penting dalam penguatan kemandirian santri. Rasa percaya diri, kemampuan mengambil keputusan, dan tanggung jawab terhadap diri sendiri menjadi indikator utama dalam pengembangan kemandirian (Yusuf et al., 2021: 104). Melalui pelatihan kader kesehatan dan kepercayaan yang diberikan oleh pengasuh kepada santri untuk memimpin program kesehatan, terbentuklah struktur internal yang mendorong otonomi dan pengambilan inisiatif.

Aspek psikologis memiliki pengaruh mendalam dalam membentuk kemandirian santri di lingkungan pesantren. Kemandirian bukan hanya hasil dari pendidikan kognitif, melainkan juga berkembang melalui pengalaman

afektif dan sosial. Rasa percaya diri, keberanian dalam mengambil keputusan, dan kepercayaan terhadap kemampuan diri menjadi fondasi bagi perilaku mandiri. Dimensi psikologis ini sangat penting dalam konteks pesantren, di mana santri sering diberikan tanggung jawab kolektif dan individual sebagai bagian dari proses pembelajaran karakter (Yusuf et al., 2021: 104). Lingkungan pesantren yang menekankan kedisiplinan, keteladanan, dan penghormatan terhadap nilai-nilai keagamaan secara tidak langsung memperkuat pembentukan identitas dan kepercayaan diri santri.

Program pelatihan kader kesehatan di pesantren berperan besar dalam memperkuat kapasitas psikologis santri, terutama dalam hal kepemimpinan dan pengambilan keputusan. Ketika santri diberikan tanggung jawab memimpin kegiatan seperti inspeksi sanitasi, penyuluhan kebersihan, atau pengawasan makanan sehat, mereka tidak hanya belajar secara teknis, tetapi juga mengalami pertumbuhan psikologis. Pelatihan kader kesehatan di pesantren meningkatkan rasa tanggung jawab dan keberanian santri dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada sesama, sekaligus meningkatkan rasa bangga terhadap peran yang diemban (Fitri & Azizah, 2022: 58). Proses ini mendorong terbentuknya otonomi pribadi yang merupakan inti dari kemandirian.

Lingkungan sosial pesantren yang kolaboratif juga mendukung penguatan aspek psikologis. Interaksi antar santri dari berbagai latar belakang sosial dan budaya memungkinkan munculnya dinamika sosial yang menumbuhkan empati, kerja sama, dan kemampuan resolusi konflik. Santri yang terbiasa menyelesaikan konflik secara musyawarah dan bertanggung jawab atas tugas kelompok menunjukkan tingkat kemandirian psikologis yang lebih tinggi (L. Rahmawati & Kurniawan, 2020: 73). Kolaborasi dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan bersama menciptakan pengalaman emosional yang memperkuat sikap proaktif dan ketangguhan pribadi.

Di sisi lain, peran pengasuh pesantren sangat sentral dalam memediasi pembentukan aspek psikologis santri. Keteladanan, kepercayaan

yang diberikan kepada santri untuk memimpin program, serta bimbingan spiritual yang konsisten menjadi pilar pembentukan sikap bertanggung jawab dan percaya diri. Ketika santri diberi ruang untuk mencoba, melakukan kesalahan, dan belajar dari proses tersebut dengan bimbingan yang bijak, mereka tumbuh menjadi individu yang lebih resilien dan mandiri (Syamsuddin, Latif, & Wardhani, 2021: 44). Model kepemimpinan partisipatif yang diterapkan oleh pengasuh berkontribusi besar terhadap pembentukan iklim psikologis yang sehat dan suportif.

Selain itu, aktivitas harian yang menuntut keteraturan seperti bangun pagi, pengelolaan waktu, mengurus kebersihan pribadi dan lingkungan, serta keterlibatan dalam program rutin Poskestren, menciptakan struktur kehidupan yang mendidik kemandirian secara psikologis. Keterlibatan santri dalam rutinitas harian yang penuh tanggung jawab melatih kontrol diri (self-control), kedisiplinan, dan manajemen emosi—komponen penting dalam psikologi perkembangan kemandirian (Hidayat & Mubarak, 2019: 98). Aktivitas terstruktur yang dilakukan terus menerus memperkuat pembentukan kebiasaan mandiri yang tertanam secara internal.

Akhirnya, penguatan kemandirian santri dalam bidang kesehatan harus didukung oleh sistem pembinaan yang konsisten, partisipatif, dan berbasis nilai. Pembinaan yang terstruktur, berbasis nilai-nilai Islam, dan disertai dengan evaluasi berkala dapat meningkatkan kesadaran santri akan pentingnya menjaga kesehatan sebagai bagian dari ibadah dan amanah dari Allah SWT (Rahmat & Lestari, 2020: 46).

E. Landasan Kebijakan

Landasan kebijakan merupakan dasar normatif dan yuridis yang melandasi penyelenggaraan program dan manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) dalam upaya mewujudkan kemandirian santri di bidang kesehatan. Kebijakan ini bersumber dari peraturan perundang-undangan, kebijakan sektoral dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, serta dokumen strategis lainnya yang terkait dengan pesantren dan penguatan

pelayanan kesehatan berbasis komunitas.

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang ini menjadi dasar utama penyelenggaraan sistem kesehatan nasional yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam Pasal 1 ayat (1), dijelaskan bahwa kesehatan merupakan hak setiap orang dan tanggung jawab negara. Pesantren sebagai bagian dari komunitas masyarakat, berhak mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan yang layak dan menyeluruh.

Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), UU ini mengamanatkan bahwa upaya kesehatan berbasis masyarakat perlu dikembangkan untuk menjangkau kelompok rentan dan terorganisir seperti santri. Upaya promotif dan preventif yang dijalankan oleh santri kader kesehatan merupakan bentuk implementasi dari kebijakan ini. Pasal 171 juga menyebutkan pentingnya peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.

Kemandirian santri dalam bidang kesehatan merupakan wujud nyata pelibatan masyarakat dalam menjaga kesehatan secara partisipatif. Hal ini sejalan dengan semangat UU Kesehatan yang menekankan bahwa masyarakat perlu diberdayakan untuk aktif menjaga kesehatan diri dan lingkungannya. Poskestren menjadi wadah strategis untuk menjalankan amanat tersebut di lingkungan pesantren.

Kegiatan seperti pelatihan kader santri, penyuluhan kesehatan, pengawasan kebersihan lingkungan, dan pemantauan sanitasi di asrama adalah bentuk implementasi UU ini. Dengan demikian, Poskestren tidak hanya menjadi perpanjangan tangan dari sistem kesehatan nasional, tetapi juga menjadi sarana pembentukan karakter mandiri santri dalam pengelolaan kesehatan.

2. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2019 tentang Pesantren

UU ini menjadi tonggak penting dalam pengakuan negara terhadap pesantren sebagai lembaga pendidikan, dakwah, dan pemberdayaan masyarakat. Dalam Pasal 4, negara mengakui kemandirian pesantren dalam

mengatur tata kelola pendidikan, termasuk dalam aspek kesehatan dan kesejahteraan warga pesantren.

Pasal 26 ayat (2) secara khusus menyebutkan bahwa pesantren didorong untuk menyelenggarakan pelayanan sosial dan pemberdayaan masyarakat, termasuk bidang kesehatan. Hal ini memberi ruang legal bagi penyelenggaraan Poskestren sebagai bagian dari sistem internal pesantren. Dengan demikian, Poskestren bukan sekadar inisiatif kelembagaan, tetapi juga kebijakan afirmatif berbasis regulasi nasional.

Implementasi UU ini mendukung penguatan kemandirian santri melalui aktivitas kesehatan berbasis komunitas. Pesantren menjadi institusi strategis dalam mencetak generasi muda yang tidak hanya unggul dalam ilmu agama, tetapi juga memiliki kesadaran tinggi terhadap kesehatan pribadi dan lingkungan.

Dengan mengacu pada UU ini, setiap kegiatan kesehatan di pesantren seperti pelatihan kader kesehatan santri, pemeriksaan kesehatan berkala, hingga pengembangan UKS berbasis syariah dapat dimasukkan dalam kurikulum nonformal pesantren, memperkaya dimensi pendidikan karakter dan kemandirian.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pos Kesehatan Pesantren

Permenkes ini merupakan acuan teknis dalam pelaksanaan Poskestren di seluruh Indonesia. Dalam peraturan ini, ditegaskan bahwa Poskestren merupakan upaya kesehatan berbasis pesantren yang dilakukan oleh dan untuk komunitas pesantren itu sendiri. Tujuannya adalah untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di lingkungan pondok.

Permenkes ini memberikan panduan teknis tentang pembentukan tim kader kesehatan santri, pembinaan oleh puskesmas setempat, serta bentuk kegiatan Poskestren. Peran aktif santri sebagai kader kesehatan merupakan strategi penting dalam penguatan kapasitas mereka, sejalan dengan prinsip kemandirian.

Kemandirian santri dapat tumbuh melalui partisipasi aktif dalam

penyuluhan, deteksi dini penyakit, monitoring gizi, dan pengawasan kebersihan lingkungan. Semua kegiatan ini merupakan bentuk pendidikan kontekstual yang memperkuat aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik santri di bidang kesehatan.

Selain itu, Permenkes ini juga mengamanatkan kerja sama lintas sektor, antara pesantren, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan tokoh masyarakat setempat, sebagai bentuk sinergi dalam membina kesehatan komunitas berbasis nilai Islam dan budaya pesantren.

4. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024

RPJMN 2020–2024 menekankan pentingnya pembangunan sumber daya manusia, termasuk dalam aspek kesehatan preventif dan promotif. Dalam dokumen resmi tersebut, salah satu sasaran strategis adalah penguatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), termasuk Poskestren.

RPJMN menyatakan bahwa pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan harus menyasar kelompok terorganisir, seperti komunitas pesantren. Santri sebagai bagian dari generasi muda perlu mendapatkan bekal kemampuan mengelola kesehatan secara mandiri sebagai bekal masa depan.

Upaya pemerintah mendorong pembentukan Poskestren sejalan dengan strategi penguatan edukasi kesehatan berbasis komunitas. Kegiatan seperti pelatihan gizi, sanitasi lingkungan, dan PHBS yang dilakukan santri dalam Poskestren menjadi indikator ketercapaian target RPJMN dalam pembangunan manusia Indonesia yang sehat.

RPJMN juga menekankan pentingnya integrasi lintas sektor antara pendidikan, agama, dan kesehatan. Hal ini membuka peluang bagi pesantren untuk menjadi mitra strategis dalam mencapai target nasional di bidang kesehatan masyarakat berbasis nilai keislaman.

F. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

Dalam melakukan penelitian, diperlukan adanya acuan berupa teori terdahulu melalui hasil berbagai penelitian yang tepat dapat dijadikan sebagai pendukung. Salah satu data pendukung yang perlu dijadikan bagian tersendiri adalah penelitian terdahulu yang relevan dengan permasalahan yang akan diteliti dalam hal ini yang berkaitan dengan manajemen poskestren dan Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan.

1. Maulana dan Fitriani (2023)

Penelitian ini mengkaji bagaimana nilai-nilai lokal pesantren dapat memperkuat program Poskestren melalui internalisasi logika kolektif. Hasilnya menunjukkan bahwa partisipasi aktif santri dalam kegiatan kesehatan, seperti jaga malam, penyuluhan, dan kaderisasi kesehatan, dapat mempercepat terwujudnya kemandirian santri dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan. Penelitian ini relevan karena menekankan pentingnya integrasi nilai pesantren dalam manajemen Poskestren. Manajemen yang adaptif dan berbasis nilai lokal terbukti meningkatkan efektivitas program kesehatan yang berbasis komunitas, terutama di lingkungan santri yang kuat dengan hierarki dan tradisi.

2. Rahmat dan Lestari (2020)

Penelitian ini membahas outcome dari proses kaderisasi santri dalam bidang kesehatan. Fokus utama adalah bagaimana hasil pendidikan kesehatan di pesantren tidak hanya berdampak pada pengetahuan, tetapi juga membentuk santri yang mandiri secara sosial dan spiritual. Studi ini menemukan bahwa santri yang pernah menjadi kader kesehatan cenderung memiliki kesadaran kolektif dalam menjaga kesehatan dan memiliki tanggung jawab untuk menyebarkan nilai-nilai hidup sehat kepada rekan-rekannya. Temuan ini mendukung ide bahwa Poskestren harus dikelola dengan mempertimbangkan aspek transformasi sosial dan nilai keberlanjutan program.

3. Sari dan Nugroho (2020)

Penelitian ini menawarkan model pendidikan kesehatan berbasis pesantren

yang diarahkan pada perubahan perilaku hidup sehat santri. Tiga komponen utama yang dibangun dalam program adalah pengetahuan kesehatan dasar, keterampilan hidup bersih, dan pembiasaan kegiatan promotif-preventif. Implikasi dari penelitian ini menunjukkan bahwa manajemen pendidikan kesehatan yang terstruktur dan terintegrasi dalam kurikulum nonformal pondok pesantren dapat menjadi strategi efektif membentuk kemandirian santri. Dengan kata lain, pendidikan kesehatan berbasis nilai Islam perlu diformalkan dalam kebijakan Poskestren yang lebih sistematis.

4. Yusuf, Sari, dan Fitria (2021)

Studi ini menyoroti peran estetika lingkungan dalam pembentukan budaya hidup bersih dan sehat di pesantren. Kondisi lingkungan asrama dan fasilitas umum yang bersih serta nyaman secara psikologis terbukti meningkatkan semangat dan kepedulian santri terhadap kesehatan. Dengan pendekatan kualitatif, penelitian ini menyimpulkan bahwa aspek manajerial dalam menjaga estetika pesantren menjadi bagian integral dari strategi pendidikan kesehatan. Poskestren yang berperan aktif dalam mengelola lingkungan terbukti lebih efektif dalam menciptakan atmosfer promotif kesehatan.

5. Nurhasanah dan Zulfikar (2022)

Penelitian ini menekankan pentingnya keterlibatan pengasuh dan ustadz dalam pengelolaan Poskestren. Temuan mereka menunjukkan bahwa Poskestren yang memiliki dukungan penuh dari tokoh kiai dan pengurus pesantren memiliki daya dorong yang lebih besar dalam membentuk perilaku sehat santri. Komitmen manajemen tertinggi di pesantren menjadi kunci sukses dalam memastikan berjalannya program kesehatan secara berkelanjutan. Ini menunjukkan bahwa manajemen Poskestren bukan sekadar administratif, tetapi menyangkut kepemimpinan berbasis nilai dan keteladanan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus multisitus. Pendekatan ini dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian yang ingin memahami secara mendalam dinamika peran kiai dalam manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) serta membangun model konseptual berbasis nilai-nilai khas pesantren yang sarat dimensi spiritual, sosial, dan kultural. Pendekatan kualitatif memungkinkan peneliti untuk menggali makna, perspektif, dan pengalaman para informan secara utuh dalam konteks alami yang kompleks dan dinamis (Cresswell, Ronsmans, Calvert, & Filippi, 2013; Moleong, 2019: 712).

Penelitian ini tidak bertujuan untuk menggeneralisasi hasil secara statistik, melainkan berupaya mengungkap kedalaman makna dan keunikan tiap situs yang diteliti. Pilihan metode ini juga sejalan dengan karakter komunitas religius seperti pesantren yang berbasis relasi personal, kepemimpinan moral, serta pengambilan keputusan yang dipandu oleh nilai. Dalam konteks ini, peneliti berperan sebagai instrumen utama yang mengalami, mengamati, dan memahami proses manajerial Poskestren secara langsung di lingkungan yang natural.

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus multisitus, yaitu pendekatan yang memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap satu fenomena spesifik—yakni peran kiai dalam pengelolaan kesehatan santri—di dua pondok pesantren berbeda yang memiliki karakteristik sebanding (Yin, 2018). Studi ini dilakukan untuk membandingkan dinamika dan pola pengelolaan yang muncul di masing-masing situs, sekaligus mengkonstruksi pemahaman yang kontekstual dan transferebel.

Pemilihan lokasi dilakukan secara purposif dengan mempertimbangkan keberadaan Poskestren yang aktif, keterlibatan langsung kiai dalam proses manajemen kesehatan, serta adanya komitmen institusional terhadap

pembinaan kemandirian santri dalam aspek kesehatan. Dengan demikian, pendekatan ini memungkinkan peneliti mengembangkan pemahaman teoritis sekaligus praktik manajerial yang relevan bagi penguatan peran kiai dalam sistem kesehatan komunitas berbasis pesantren.

B. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus multisitus (Yin, 2018), yaitu studi kasus yang dilakukan di lebih dari satu lokasi untuk menggali secara mendalam realitas yang kompleks dalam konteks kehidupan nyata. Metode ini dianggap paling relevan dalam menjawab pertanyaan penelitian dan mencapai tujuan eksplorasi konseptual, khususnya dalam konteks pengelolaan Poskestren yang sarat dimensi nilai dan spiritualitas.

Studi kasus multisitus memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi pola-pola tematik, baik yang konsisten maupun berbeda di berbagai lokasi. Hal ini mendukung pembentukan model konseptual yang tidak hanya berdasarkan satu situs, tetapi hasil dari pembacaan lintas konteks yang kaya dan reflektif (Baxter, P. & Jack, 2015: 556). Dua pesantren dipilih sebagai situs penelitian karena memenuhi kriteria relevan secara substantif—memiliki Poskestren yang aktif, kiai yang berperan sentral dalam manajemen kesehatan, dan sistem pendidikan yang mendukung kemandirian santri.

Studi ini bersifat deskriptif-eksploratif dan menggunakan strategi naturalistik (*naturalistic inquiry*), yang menekankan pada pemahaman konteks nyata tanpa manipulasi variabel. Peneliti hadir langsung di lapangan untuk melakukan observasi, wawancara mendalam, serta dokumentasi. Dengan pendekatan ini, dimensi sosial, spiritual, dan budaya pesantren tidak hanya dicatat sebagai data, tetapi diinterpretasi sebagai sistem nilai yang hidup (Lincoln & Guba, 1985; Moleong, 2019).

Selain menggali data melalui teknik triangulasi (observasi, wawancara, dokumentasi), metode ini juga memungkinkan peneliti untuk membandingkan praktik terbaik antar-lokasi serta menemukan dimensi nilai yang menjadi ruh

dari efektivitas manajemen Poskestren. Strategi ini memperkuat validitas data dan memungkinkan penyusunan model konseptual yang aplikatif.

Dengan kombinasi pendekatan naturalistik dan studi kasus multisitus, penelitian ini diharapkan mampu merekonstruksi model konseptual pengelolaan Poskestren yang kontekstual, aplikatif, dan berbasis nilai, serta merepresentasikan dinamika manajemen berbasis spiritualitas khas pesantren.

C. Lokasi dan Informan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dua pondok pesantren yang terletak di wilayah Kabupaten Bogor, Jawa Barat, yaitu Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby. Keduanya dipilih secara purposif karena telah mengimplementasikan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) secara aktif, serta menunjukkan peran signifikan kiai dalam pengelolaan kesehatan santri dan lingkungan pesantren. Pemilihan dua lokasi ini didasarkan pada kesesuaian konteks, keberagaman gaya kepemimpinan, serta representasi geografis dan sosial budaya yang relevan untuk studi komparatif (Miles, Huberman, & Saldana, 2014).

Kedua pesantren tersebut memiliki sistem manajemen yang relatif berbeda namun memiliki kesamaan dalam struktur nilai, yakni menjadikan kiai sebagai figur sentral dalam pengambilan kebijakan. Hal ini memungkinkan studi lintas situs untuk mengidentifikasi pola umum dan spesifik dalam kepemimpinan dan manajemen kesehatan berbasis pesantren.

1. Informan Penelitian

Penentuan informan dilakukan secara purposif dengan kriteria utama:

- a. Terlibat aktif dalam pengelolaan Poskestren
- b. Memiliki pengetahuan langsung terkait manajemen kesehatan pesantren
- c. Memiliki pengalaman minimal 1 tahun dalam struktur kepemimpinan atau pelayanan kesehatan di pesantren

2. Informan utama meliputi:

- a. Pimpinan Pesantren → sebagai pengambil kebijakan utama
- b. Koordinator Poskestren → sebagai pelaksana teknis harian

Jumlah informan akan disesuaikan dengan prinsip kecukupan informasi (*information-rich cases*) dan saturasi data (*data saturation*), yakni ketika wawancara tidak lagi menghasilkan informasi baru yang relevan (Creswell & Poth, 2018: 714)

D. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik triangulasi metode, yakni kombinasi tiga teknik utama: observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi. Strategi ini diterapkan untuk mencapai keutuhan pemahaman, validitas makna, serta kedalaman kontekstual dari fenomena yang diteliti.

1. Observasi Partisipatif

Peneliti melakukan observasi langsung di dua lokasi dengan peran sebagai pengamat partisipatif pasif. Observasi dilakukan secara sistematis untuk menangkap praktik kesehatan berbasis nilai dan relasi kepemimpinan di lingkungan pesantren. Fokus observasi mencakup:

- a. Pola interaksi antara kiai dan pengelola Poskestren
- b. Aktivitas kader kesehatan dalam edukasi dan pelayanan
- c. Situasi dan penggunaan fasilitas kesehatan
- d. Praktik hidup bersih santri (PHBS) dalam keseharian

Data observasi dicatat dalam bentuk lembar observasi terbuka dan diperkuat dengan dokumentasi visual, sesuai dengan etika dan izin dari pihak pesantren. Teknik ini digunakan untuk menafsirkan perilaku nyata dan membandingkannya dengan narasi informan (Spradley, 1980).

2. Wawancara Mendalam

Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur, menggunakan pedoman pertanyaan yang fleksibel dan terbuka terhadap alur diskusi. Tujuannya adalah mengeksplorasi makna, refleksi, dan narasi personal para informan terkait:

- a. Manajemen Poskestren berbasis nilai Islam
- b. Dampak program terhadap kemandirian dan kesadaran kesehatan santri

Wawancara berlangsung selama 30–60 menit per sesi, dilakukan secara tatap muka, direkam (dengan persetujuan), dan ditranskrip verbatim untuk dianalisis tematik. Observasi respons non-verbal dan konteks emosional juga dicatat untuk memperkuat interpretasi makna (Patton, 2015).

3. Studi Dokumentasi

Dokumen dikumpulkan untuk menelusuri jejak administratif, struktural, dan edukatif dari pelaksanaan Poskestren. Jenis dokumen yang dianalisis meliputi:

- a. Struktur organisasi dan profil pesantren
- b. SOP dan regulasi kesehatan internal
- c. Modul dan media edukasi kesehatan
- d. Laporan kegiatan dan evaluasi kader kesehatan

Studi dokumentasi membantu mengkonstruksi perubahan kelembagaan, memetakan konteks formal, dan menyandingkan narasi tertulis dengan praktik nyata (Bowen, 2009: 31).

E. Instrumen Penelitian

Dalam pendekatan kualitatif, peneliti merupakan instrumen utama yang melakukan proses pengumpulan, interpretasi, dan analisis data secara langsung (Creswell & Poth, 2018; Moleong, 2019: 716). Validitas hasil sangat bergantung pada sensitivitas, ketajaman analisis, dan keterlibatan aktif peneliti selama proses berlangsung. Oleh karena itu, peneliti perlu memiliki pemahaman mendalam tentang konteks sosial-budaya pesantren, termasuk nilai-nilai spiritual yang melandasi kehidupan santri dan peran kiai.

Instrumen pendukung yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Panduan observasi, yang disusun berdasarkan indikator fungsi manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi) dan kemandirian santri bidang Kesehatan.
2. Pedoman wawancara semi-terstruktur, yang dikembangkan dari kisi-kisi teoritik dan konseptual serta memungkinkan eksplorasi data terbuka dan

mendalam.

3. Format dokumentasi, untuk menelaah data tertulis, foto kegiatan, arsip Poskestren, dan dokumen perencanaan pesantren terkait kesehatan santri.

Sebelum digunakan di lapangan, instrumen diuji secara terbatas (pilot) pada lokasi pesantren dengan karakteristik serupa untuk mengukur keterbacaan, keterhubungan antarindikator, dan fleksibilitas saat digunakan. Penyesuaian dilakukan agar instrumen lebih kontekstual dan sensitif terhadap dinamika sosial dan budaya di masing-masing situs penelitian.

Untuk menjaga validitas instrumen, dilakukan uji keterbacaan terhadap kisi-kisi wawancara oleh pakar substansi dan pakar metode. Selain itu, dilakukan uji reliabilitas antarcoder (*inter-rater reliability*) pada sebagian transkrip awal agar konsistensi interpretasi terjaga. Transkrip dan catatan lapangan disimpan dengan protokol keamanan digital dan hanya diakses oleh peneliti dan promotor, sesuai dengan prinsip etika penelitian (Creswell & Poth, 2018: 717).

Agar wawancara dan pengumpulan data tidak melenceng dari tujuan penelitian maka perlu disusun kisi-kisi instrumen penelitian dan pedoman wawancara. Berikut ini disajikan kisi-kisi instrument dan pedoman wawancara penelitian ini.

1. Kisi-kisi Instrumen Penelitian

Tabel 3. 1 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian

Masalah Penelitian	Fokus Penelitian	Indikator	Teknik Pengumpulan Data
Visi Misi Pesantren	Visi dan Misi	Kejelasan visi dan misi Pesantren	Wawancara, Dokumentasi
Manajemen Poskestren	Perencanaan	dasar pertimbangan, tujuan, bidang marapan, media, metode, SDM, program, sarana dan biaya.	Wawancara, Observasi
	Pengorganisasian	Struktur, pembagian tugas dan perencanaan tugas	Wawancara, observasi

	Pelaksanaan	Tahap awal, inti dan penutup	Observasi, Dokumentasi
	Evaluasi	Dasar, tujuan, aspek, jenis, teknik dan kriteria evaluasi.	Wawancara, Dokumentasi
Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi Poskesntren	Wawancara, Observasi

Sumber: Penelitian

2. Pedoman Wawancara

Tabel 3. 2 Pedoman Wawancara Penelitian

Fokus Penelitian	Indikator	Pertanyaan Penelitian	Sumber Data
Perencanaan	Kejelasan visi dan misi Poskestren	Apakah visi misi didirikannya poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an? Siapa sajakah yang dilibatkan dalam penyusunan visi dan misi poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an?	Pimpinan Pondok Pesantren
	Dasar pertimbangan	Apakah yang melatarbelakangi terbentuknya poskestren di Pondok Pesantren? Apa dasar pertimbangan pendirian dan penyusunan program Poskestren	Pimpinan, Pengelola Poskestren
	Tujuan	Apa tujuan utama dari perencanaan Poskestren dalam meningkatkan kemandirian santri di bidang kesehatan?	Pimpinan Pondok Pesantren
	Bidang Garapan	Apa saja bidang garapan kesehatan yang menjadi prioritas dalam perencanaan Poskestren?	Pengelola poskestren
	Media & Metode	Media dan metode apa yang digunakan dalam menyampaikan program-program kesehatan kepada santri?	Pengelola Poskestren

	SDM	Bagaimana ketersediaan dan peran sumber daya manusia (SDM) dalam merancang program Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Program	Apa saja jenis program kesehatan yang dirancang untuk meningkatkan kemandirian santri?	Pengelola Poskestren
	Sarana dan biaya	Bagaimana kesiapan sarana dan pendanaan mendukung pelaksanaan program Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
Pengorganisa sian	Struktur	Bagaimana struktur organisasi Poskestren dibentuk?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Pembagian tugas	Bagaimana proses pembagian tugas dan tanggung jawab antara pengurus Poskestren, santri kader, dan pengasuh?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Perencanaan tugas	Bagaimana perencanaan operasional tugas dilaksanakan dalam struktur organisasi Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
Pelaksanaan	Tahap awal	Bagaimana proses pelaksanaan program Poskestren tahap awal dilakukan, dan apa saja kegiatan yang termasuk di dalamnya?	Pengelola Poskestren
	Inti	Apa saja kegiatan inti dalam pelaksanaan program Poskestren untuk meningkatkan kemandirian santri?	Pengelola Poskestren
	Penutup	Bagaimana tahapan penutup atau evaluatif dari setiap program kesehatan dilakukan?	Pengelola Poskestren
Evaluasi	Dasar	Apa dasar evaluasi yang digunakan dalam menilai keberhasilan program Poskestren?	Pengelola Poskestren
	Tujuan.	Apa tujuan dari evaluasi berkala terhadap pelaksanaan	Pengelola Poskestren

		program kesehatan di pesantren?	
	Aspek,	Aspek apa saja yang dievaluasi dalam kegiatan Poskestren?	Pengelola Poskestren
	Jenis dan Teknik	Apa jenis dan teknik evaluasi yang digunakan dalam kegiatan Poskestren?	Pengelola Poskestren
	Kriteria evaluasi	Bagaimana kriteria keberhasilan program kesehatan ditetapkan dan diukur di lingkungan pesantren?	Pengelola Poskestren
Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi	Apa saja kendala utama yang dihadapi dalam manajemen Poskestren di kedua pesantren? Bagaimana pesantren merumuskan solusi strategis dalam mengatasi kendala manajerial dan teknis di Poskestren? Sejauh mana keterlibatan kiai, guru, dan kader santri dalam merumuskan solusi kesehatan yang berkelanjutan?	Pimpinan, pengelola poskestren

Sumber: Penelitian

F. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara sistematis, reflektif, dan berkelanjutan, sejalan dengan pendekatan kualitatif dan metode studi kasus multisitus. Proses analisis tidak sekadar memproses data sebagai informasi mentah, melainkan merupakan upaya peneliti untuk membangun makna yang mendalam dari setiap pengalaman, interaksi, dan praktik manajerial yang terjadi di dua pondok pesantren.

1. Analisis Data Tunggal (*Single Site Analysis*)

Pada tahap ini, setiap lokasi dianalisis secara mandiri menggunakan pendekatan *interactive model* (Miles et al., 2014). Pendekatan ini dinilai sesuai untuk studi kualitatif berbasis studi kasus karena memungkinkan

refleksi terus-menerus, penggalian makna secara dinamis, serta pelacakan relasi antar-tema secara komprehensif. Model ini menekankan bahwa analisis data bukan proses linier, tetapi bersifat siklikal dan terintegrasi sejak awal hingga akhir penelitian (Miles et al., 2014). Pendekatan *interactive model* terdiri dari empat langkah utama (Miles et al., 2014):

- a. Pengumpulan data: Semua data dari observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumen Poskestren dikumpulkan dalam bentuk transkrip dan catatan lapangan yang kaya konteks.
- b. Reduksi data: Data direduksi secara selektif berdasarkan fokus kajian: (1) peran kiai dalam manajemen kesehatan pesantren, (2) fungsi manajemen Poskestren, dan (3) proses pembentukan kemandirian santri. Proses ini juga mencakup kategorisasi awal berdasarkan tema dan pola makna yang muncul.
- c. Penyajian data: Data disusun dalam bentuk matriks, narasi tematik, dan diagram analitik untuk mengorganisir hubungan antara nilai-nilai pesantren, praktik manajerial, dan outcome terhadap santri.
- d. Penarikan kesimpulan dan verifikasi: Peneliti membangun pemaknaan dari data yang telah terorganisir, dengan mengkaji keterkaitan antar tema, mencari anomali, dan melakukan pengecekan silang antar sumber data (triangulasi), baik secara internal (dalam satu lokasi) maupun eksternal (lintas situs).

Seluruh proses ini dilakukan secara iteratif, di mana pemaknaan awal dapat ditinjau ulang seiring bertambahnya data baru, atau ketika muncul insight reflektif dari lapangan.

2. Analisis Data Lintas Situs (Cross Site Analysis)

Analisis lintas situs dilakukan setelah analisis individual pada tiap lokasi selesai. Proses ini mengacu pada metode *multiple-case analysis* (Yin, 2018) yang memungkinkan peneliti membandingkan, menyintesis, dan mengintegrasikan temuan dari dua konteks dengan cara:

- a. Merumuskan proposisi awal dari hasil analisis di pesantren pertama.

- b. Membandingkannya dengan temuan di pesantren kedua, untuk melihat pola konsistensi dan variasi kontekstual.
- c. Melakukan rekonstruksi tematik dengan menyesuaikan kategori temuan agar mencerminkan pola nilai-nilai manajerial khas pesantren.
- d. Mengembangkan proposisi lintas situs, sebagai dasar model konseptual yang transferebel namun tetap kontekstual.

Tahapan ini penting untuk mengembangkan narasi konseptual yang bersifat aplikatif, yang tidak hanya menjelaskan fenomena lokal, tetapi juga membuka ruang untuk digunakan dalam pengembangan model manajemen Poskestren di pesantren lain.

G. Tahapan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dibagi dalam empat fase utama yang dilakukan secara bertahap, sistematis, dan fleksibel sesuai dengan dinamika lapangan. Setiap fase mencerminkan siklus reflektif dalam pendekatan kualitatif yang mengedepankan keterlibatan aktif peneliti dalam keseluruhan proses (Creswell & Poth, 2018: 723).

1. Tahap Prapengumpulan Data

Fase awal ini mencakup kegiatan konseptual dan administratif sebelum turun ke lapangan, antara lain:

- a. Penetapan fokus penelitian dan penyusunan desain konseptual berdasarkan teori manajemen, kepemimpinan, dan pendidikan.
- b. Konsultasi intensif dengan promotor dan ko-promotor untuk validasi paradigma dan kerangka berpikir.
- c. Penjajakan lokasi dan pemilihan situs penelitian dengan metode purposif.
- d. Pengurusan perizinan resmi ke pondok pesantren dan instansi terkait.
- e. Pengembangan instrumen pengumpulan data awal (pedoman wawancara, lembar observasi, dan format dokumentasi).

Tujuan utama tahap ini adalah memantapkan arah penelitian agar selaras dengan konteks dan karakteristik lapangan.

2. Tahap Pengumpulan Data Lapangan

Tahapan ini dilaksanakan dengan pendekatan naturalistik. Peneliti hadir secara langsung di dua pondok pesantren untuk mengamati dan menggali informasi melalui:

- a. Observasi partisipatif, mencatat interaksi, simbol, dan budaya kerja Poskestren.
- b. Wawancara mendalam dengan kiai, pengelola Poskestren, kader kesehatan, santri, dan pihak terkait.
- c. Telaah dokumen seperti regulasi internal, SOP Poskestren, laporan kegiatan, dan jadwal pembinaan.

Kegiatan dilakukan secara fleksibel, mengikuti ritme dan kultur pondok, serta mengutamakan etika keilmuan dan adab kepada narasumber (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014).

3. Tahap Analisis Data

Analisis dilakukan secara simultan dengan pengumpulan data, karena sifat penelitian ini bersifat reflektif dan berkembang. Proses analisis dibagi dua:

- a. Analisis situs tunggal dilakukan di masing-masing pesantren dengan tahapan: reduksi data, penyajian, penarikan makna, dan verifikasi.
- b. Analisis lintas situs digunakan untuk membandingkan dinamika dan pola-pola manajerial yang muncul di dua lokasi, lalu merumuskannya dalam bentuk kategori tematik dan model konseptual.

Hasil analisis dipadukan dengan kerangka nilai-nilai filosofis pesantren (teologis, etik, sosial, budaya, pendidikan, dan kemandirian), untuk memaknai peran kiai dalam mendorong budaya sehat santri.

4. Tahap Penulisan Laporan

Tahap akhir dari proses penelitian adalah menyusun laporan disertasi. Penulisan dilakukan dengan mempertimbangkan kaidah ilmiah, kohesi antar bab, dan struktur logis yang mencerminkan jalannya penelitian. Draft awal dikonsultasikan kepada pembimbing, diperbaiki sesuai arahan, hingga akhirnya menjadi naskah final yang siap dipertahankan.

H. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan komponen krusial dalam metodologi kualitatif, karena berkaitan langsung dengan interaksi peneliti dan informan dalam situasi sosial yang kompleks. Dalam konteks penelitian ini, prinsip etika dipadukan dengan nilai-nilai adab, spiritualitas, dan budaya lokal pesantren yang menjadi lokasi studi.

1. *Informed Consent*

Sebelum pengumpulan data dimulai, peneliti menjelaskan secara transparan maksud, tujuan, dan prosedur penelitian kepada seluruh partisipan. Persetujuan partisipasi (*informed consent*) diperoleh secara sukarela baik secara tertulis maupun lisan, sesuai etika dalam penelitian sosial dan budaya (Creswell & Poth, 2018: 722).

2. Kerahasiaan dan Privasi

Kerahasiaan identitas informan dijaga ketat. Data personal disamarkan atau diubah, dan hanya digunakan untuk keperluan akademik. Informasi sensitif tidak disebarluaskan tanpa izin eksplisit, sebagaimana dianjurkan dalam penelitian kualitatif yang menekankan prinsip *confidentiality* dan *respect for persons* (Miles et al., 2014).

3. Respek terhadap Konteks Budaya dan Spiritual

Peneliti menjaga adab dan norma lokal selama berada di lingkungan pesantren. Pendekatan dilakukan secara persuasif, dengan menghormati nilai-nilai keislaman, kewibawaan kiai, serta sistem sosial yang berlaku di pesantren (Alwasilah, 2003). Hal ini penting untuk menjaga relasi yang harmonis antara peneliti dan partisipan (Stake, 1995)

4. Tidak Merugikan Informan

Penelitian dirancang untuk tidak menimbulkan dampak negatif bagi partisipan. Wawancara dilakukan dengan memperhatikan kenyamanan waktu dan psikologis informan, tanpa tekanan atau eksploitasi. Prinsip ini mengacu pada etika *do no harm* dalam penelitian sosial (Barrow, Brannan, & Khandhar, 2025).

5. Transparansi dan Pertanggungjawaban Ilmiah

Hasil penelitian dapat disampaikan kembali kepada lembaga atau informan sebagai bentuk tanggung jawab akademik dan sosial. Peneliti menghindari manipulasi data dan menjaga akurasi interpretasi sesuai prinsip integritas ilmiah (Lincoln & Guba, 1985).

BAB IV

GAMBARAN UMUM HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Umum Lokasi dan Profil Pesantren

1. Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Madinatul Qur'an adalah pesantren yang didedikasikan untuk membangun generasi Qur'ani yang cinta Al Qur'an hingga mengamalkannya, membentuk generasi yang berkarakter dan visioner berdasarkan tuntunan agama Islam yang lurus dan mampu mengamalkannya dalam kehidupan sehari-hari. Melahirkan kembali generasi penegak kejayaan Islam yang akan mengembalikan masyarakat muslim kepada masa keemasannya, kepada Al-Qur'an, kepada kemurnian ajaran Islam, kepada Aqidah yang lurus dan Akhlaqul karimah yang berlandaskan Al-Quran, dan As Sunnah, serta berdasarkan pemahaman ulama salaf Ahlus Sunnah wal Jama'ah.

Pondok Pesantren Madinatul Qur'an Jonggol Bogor yang berdiri pada tahun 2003 di Jalan TMMD Melati-Sodong, desa Singasari, kecamatan Jonggol, kabupaten Bogor, Jawa Barat. Pesantren Madinatul Qur'an didirikan oleh Ustadz Fauzan Abdillah, ST, Lc., MA. Selain sebagai pengelola pesantren, beliau juga aktif dalam kegiatan dakwah dan mengajar di beberapa universitas dan pondok pesantren di Indonesia.

Visi pondok pesantren yang memiliki lingkungan asri ini memiliki visi "Membangun Generasi Qur'ani, Berkarakter, dan Visioner". Untuk memujudkan visi tersebut maka ditetapkan misinya yaitu; menjadi basis pembangunan generasi masyarakat yang islami, menjadi pusat pengkaderan agen-agen pembaharuan muda islami yang siap dan bersemangat untuk diterjunkan di medan dakwah, membekali santri dengan dasar-dasar ilmu Syar'i, bahasa Arab, membekali santri dengan berbagai *life skills* juga Keterampilan, serta dilatih untuk menjadi entrepreneur muda yang mempunyai mental mandiri.

Di pesantren MQ menyelenggarakan Pendidikan dasar menengah

dan Pendidikan tinggi. Jenjang pendidikan yang diselenggarakan antara lain; SD Tahfidz, SMP Tahfidz, SMA Tahfidz, Tahfidz dan Bahasa Arab serta Mahad Aly.

2. Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby

Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, yang berdiri sejak 2015, merupakan institusi pendidikan tahfidz berbasis manhaj Ahlus Sunnah wal Jama'ah. Berlokasi di Cileungsi, Bogor, pesantren ini menekankan keunggulan hafalan Al-Qur'an secara mutqin, pemurnian aqidah, serta pembinaan akhlak santri (Asy-Syathiby, 2024).

Ma'had Imam Syathiby memiliki visi menjadi lembaga tahfizh yang berkualitas dengan layanan excellent generasi salafus shalih yang mampu mencetak kader penghafal Al-Qur'an yang mutqin bermanhaj Ahlus Sunnah wal Jamaah dan memiliki akhlak dan adab yang mulia. Untuk mencapai visi tersebut maka disusunlah misi Ma'had yaitu; (1) membuat sistem hafalan Al-Qur'an yang komprehensif dan terpadu serta mampu menyiapkan lulusannya untuk menjadi generasi muslim yang sesuai manhaj salafus shalih; (2) mencetak kader-kader imam shalat dan pemimpin qur'ani; (3) menjadikan Al-Qur'an bacaan yang ringan dalam kehidupan sehari-hari; (4) menciptakan generasi islam yang mencintai Al-Qur'an sebagai bagian hidupnya yang tak terpisahkan.

Dari segi sarana dan prasarana yang ada cukup mewah. Kamar santri dan aula yang nyaman dengan pendingin ruangan (AC), dapur modern dan bersih, minimart dan kantin. Ada juga klinik kesehatan, perpustakaan, laboratorium komputer, ruang kelas, ruang eskul, hingga area Pesantren Al Imam Asy Syathiby Bogor yang dilengkapi smart CCTV 24 jam.

Proses seleksi santri baru Pesantren Al Imam Asy Syathiby cukup ketat. Seleksi masuk santri baru Pesantren Al Imam Asy Syathiby Bogor terdiri dari dua tahap. Tahap pertama santri akan dites kemampuannya dalam tajwid (hafalan dan bacaan), tes tahfidz (kemampuan dalam menghafal secara cepat dan tepat), tes kesehatan, tes bahasa arab dasar dan ilmu diniyyah (khusus SMA diniyyah). Selanjutnya di tahap kedua adalah

tes psikotes akademik dan wawancara orang tua dan anak. Prosesnya lumayan. Selain itu ada kualifikasi khusus calon santri baru. Yakni memiliki ijazah sesuai jenjang terakhir, memiliki hafalan minimal 2 juz (SMP) dan 3 juz (SMA) yang dibuktikan dengan surat keterangan dari lembaga / guru tahfidz, dan memiliki ilmu dasar bahasa arab dan diniyyah (khusus SMA diniyyah).

B. Hasil Penelitian Tematik Berbasis Fungsi Manajemen

1. Perencanaan Poskestren

a. Perencanaan Program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

1) Dasar Pertimbangan

Perencanaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an tidak dilakukan secara tiba-tiba, melainkan dilatarbelakangi oleh berbagai dinamika dan kebutuhan faktual yang berkembang di lingkungan pesantren. Sebagai lembaga pendidikan berbasis asrama yang menampung ratusan santri dengan aktivitas padat setiap hari, aspek kesehatan menjadi perhatian utama dalam mendukung kelancaran pembelajaran, khususnya kegiatan menghafal dan mengkaji Al-Qur'an. Pihak pengelola menyadari bahwa upaya preventif dan promotif dalam bidang kesehatan tidak bisa hanya bergantung pada fasilitas umum di luar pesantren, melainkan harus dibangun sistem internal yang terstruktur dan mandiri.

Hasil wawancara dengan Ustaz M. Arfan, selaku Kepala Divisi Kesehatan dan HRD, mengungkapkan bahwa:

“Kami menyadari bahwa anak-anak yang tinggal di asrama punya risiko tinggi tertular penyakit, apalagi saat musim hujan atau pancaroba. Banyak yang mengeluh batuk, demam, dan kadang ada yang gangguan pencernaan. Jadi kami merasa perlu punya layanan kesehatan internal yang bisa cepat tanggap dan sekaligus mendidik santri agar sadar menjaga kesehatan.”

Lebih lanjut, berdasarkan dokumentasi internal pesantren tahun 2023, tercatat bahwa dalam rentang tiga bulan terdapat lebih dari 40 kasus santri sakit. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan nyata akan sistem layanan kesehatan berbasis pesantren yang terintegrasi dan terencana.

Dari sisi prinsip ini sejalan dengan prinsip perencanaan partisipatif dalam manajemen kesehatan berbasis komunitas, di mana identifikasi kebutuhan dilakukan berdasarkan potensi, masalah nyata, dan partisipasi aktif pihak terkait (L. Green & Kreuter, 2005: 78). Pendekatan ini juga sejalan dengan konsep *need-based planning* (Robbins & Coulter, 2018: 155), yaitu perencanaan program yang berangkat dari analisis kebutuhan lapangan, bukan sekadar berdasarkan instruksi *top-down*. Oleh karena itu, dasar pertimbangan dalam perencanaan Poskestren ini mencerminkan integrasi antara kebutuhan nyata, pengalaman lapangan, serta prinsip-prinsip ilmiah dalam pengelolaan layanan kesehatan komunitas pesantren.

2) Tujuan

Dalam konteks manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), perumusan tujuan menjadi landasan fundamental dalam tahapan perencanaan. Tujuan merupakan arah yang menuntun kegiatan agar tetap selaras dengan visi dan misi lembaga, serta menjadi tolok ukur dalam mengevaluasi keberhasilan program. Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, sebagai lembaga pendidikan Islam berbasis tahfidz, menyusun tujuan Poskestren dengan mempertimbangkan kebutuhan riil santri, kondisi lingkungan pesantren, dan nilai-nilai Islam yang menjadi dasar pembinaan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola Poskestren, ditemukan beberapa tujuan utama, yaitu: (1) memberikan layanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat kepada santri, (2) meningkatkan kesadaran dan pengetahuan santri tentang pentingnya hidup sehat, (3) membina kemandirian santri dalam menjaga

kebersihan diri dan lingkungan, serta (4) membentuk karakter santri yang bertanggung jawab terhadap kesehatan diri dan sesama. Ustaz M. Arfan menuturkan,

“Kami ingin para santri bukan hanya hafal Al-Qur’an, tapi juga sehat fisik dan punya kepedulian terhadap kesehatan.”

Secara konseptual, perumusan tujuan merupakan bagian dari manajemen strategis yang berfungsi sebagai arah organisasi dalam mencapai kinerja optimal. Tujuan organisasi harus dirumuskan dengan memperhatikan lingkungan internal, eksternal, serta aspirasi para pemangku kepentingan (Stoner, Freeman, & Gilbert, 2013: 62). Dalam hal ini, Poskestren diharapkan tidak hanya menjalankan layanan medis secara reaktif, tetapi juga memiliki orientasi preventif dan edukatif yang bersifat berkelanjutan.

Lebih jauh lagi, dalam konteks pendidikan Islam, tujuan penyelenggaraan layanan kesehatan di pesantren tidak bisa dipisahkan dari misi pembentukan manusia yang seimbang secara jasmani dan ruhani. Pendidikan Islam idealnya menciptakan insan kamil, yakni manusia yang unggul dalam aspek spiritual, akal, dan tubuh (Wahyudi, 2020: 47). Maka dari itu, Poskestren harus menjadi bagian integral dari sistem pendidikan pesantren dalam mewujudkan kualitas hidup sehat bagi seluruh civitas pesantren.

Dengan demikian, tujuan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur’an tidak hanya mencakup aspek medis semata, melainkan juga diarahkan pada pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat sebagai bagian dari karakter santri. Tujuan-tujuan tersebut menjadi pijakan dalam merancang program kesehatan berbasis pesantren yang bersifat holistik, berkelanjutan, serta kontekstual dengan kebutuhan dan budaya lokal.

3) Bidang Garapan

Perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur’an mencakup sejumlah bidang garapan yang dirancang untuk

menjawab kebutuhan kesehatan santri secara komprehensif. Bidang garapan ini tidak hanya terbatas pada pelayanan kuratif, tetapi juga mencakup aspek promotif, preventif, dan rehabilitatif. Hal ini sejalan dengan filosofi kesehatan dalam Islam yang menekankan pentingnya menjaga dan memelihara kesehatan sebagai bagian dari bentuk ibadah. Bidang-bidang tersebut disusun berdasarkan hasil identifikasi kebutuhan lapangan, kemampuan sumber daya yang dimiliki, serta potensi kolaborasi dengan pihak luar seperti Puskesmas, kader kesehatan, dan lembaga sosial kemanusiaan.

Hasil wawancara dengan Perawat Yudia sebagai koordinator Poskestren menyatakan:

“Kami tidak hanya fokus pada pengobatan, tapi juga menggarap bidang-bidang seperti edukasi kesehatan, pemeriksaan rutin, kebersihan lingkungan pondok, serta pengawasan makanan di dapur santri. Semua kami rancang supaya santri terbiasa hidup sehat secara mandiri.”

Secara operasional, bidang garapan Poskestren mencakup lima domain utama. Pertama, pelayanan kesehatan dasar seperti pertolongan pertama pada kecelakaan ringan, pemberian obat dasar, dan rujukan ke fasilitas kesehatan. Kedua, edukasi kesehatan santri melalui penyuluhan rutin tentang gaya hidup bersih dan sehat, kebersihan pribadi, serta kesehatan reproduksi remaja. Ketiga, kebersihan dan sanitasi lingkungan, termasuk inspeksi kamar mandi dan dapur serta program Jumat bersih. Keempat, pengawasan gizi dan makanan yang dilakukan bekerja sama dengan bagian dapur pondok. Terakhir, pengembangan kader santri sehat yang bertugas menjadi duta kesehatan di setiap asrama.

Penetapan bidang garapan ini sejalan dengan konsep Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan, di mana kegiatan kesehatan harus melibatkan masyarakat (dalam hal ini santri) sebagai pelaku aktif dalam membangun perilaku hidup bersih dan sehat (Kementerian

Kesehatan RI, 2020: 22). Lebih lanjut, promosi dan pencegahan kesehatan harus menjadi prioritas utama dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012: 123), terutama di komunitas tertutup seperti pesantren. Intervensi berbasis komunitas yang disatukan dengan pendidikan telah terbukti memiliki efektivitas jangka panjang. Pendekatan ini mampu menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung pengembangan karakter yang peduli terhadap kesehatan (World Health Organization, 2021: 14).

Melalui bidang-bidang garapan ini, Poskestren diharapkan tidak hanya menjadi tempat pengobatan, melainkan juga menjadi pusat pembinaan kesehatan santri yang terintegrasi dengan kehidupan sehari-hari mereka. Implementasi bidang garapan ini menjadi fondasi penting untuk membentuk santri yang mandiri dalam menjaga kesehatan dan menjadikan perilaku sehat sebagai bagian dari identitas diri.

4) Media

Media menjadi salah satu unsur penting dalam strategi perencanaan kegiatan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an. Penggunaan media tidak hanya sebatas alat bantu penyuluhan, tetapi juga sebagai sarana internalisasi nilai-nilai hidup bersih dan sehat yang kontekstual dengan kehidupan pesantren. Media yang digunakan mencerminkan pendekatan partisipatif dan edukatif, dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia di lingkungan pondok, baik digital maupun non-digital.

Dalam wawancara, perawat Yudia menyampaikan:

“Kami memanfaatkan berbagai media untuk edukasi santri, mulai dari poster, pamflet, papan informasi kesehatan, hingga grup WhatsApp pengurus dan santri senior untuk menyebarkan info penting. Bahkan, kami punya bulletin bulanan yang berisi topik-topik kesehatan Islami.”

Beberapa jenis media yang digunakan dalam Poskestren Madinatul Qur'an antara lain: poster visual di tempat strategis seperti ruang makan, kamar mandi, dan musala; leaflet tematik yang dibagikan saat kajian kesehatan; serta media digital berupa pesan singkat yang dikirim melalui grup WhatsApp pengurus dan kader kesehatan santri. Selain itu, Poskestren juga menyusun buletin kesehatan bulanan yang ditulis oleh santri secara bergilir sebagai bentuk pemberdayaan dan edukasi sejawat. Inovasi media ini menunjukkan adanya kesadaran akan pentingnya saluran komunikasi yang beragam dan efektif dalam mengubah perilaku hidup sehat di lingkungan santri.

Pendekatan ini sejalan dengan teori komunikasi kesehatan (Kreps & Thornton, 1992: 45), bahwa media yang digunakan dalam setting komunitas harus mempertimbangkan keterjangkauan, pemahaman bahasa, serta konteks sosial budaya sasaran. Sementara itu, media promosi kesehatan memiliki peran vital dalam menyampaikan pesan perubahan perilaku karena dapat memperkuat pesan dan memudahkan pemahaman (Notoatmodjo, 2014; 78). Dalam konteks pesantren, pemilihan media berbasis nilai Islam juga memperkuat internalisasi nilai yang diajarkan (Z. Lubis, 2020: 112).

5) Metode

Metode dalam perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an merujuk pada pendekatan-pendekatan strategis yang digunakan untuk menyusun dan melaksanakan program-program kesehatan berbasis pesantren. Metode ini tidak hanya mempertimbangkan aspek medis atau kesehatan masyarakat semata, melainkan juga mengintegrasikan nilai-nilai keislaman serta pendekatan pendidikan partisipatif agar santri terlibat aktif dalam proses perencanaan hingga implementasi kegiatan kesehatan. Metode yang dipilih bertujuan untuk mengedepankan keberdayaan

(empowerment), keterlibatan aktif (*engagement*), dan keberlanjutan (*sustainability*).

Dalam wawancara, ustaz Arfan menyatakan:

"Kami tidak serta-merta menentukan program dari atas, tapi kami ajak juga santri yang jadi pengurus harian dan kader kesehatan untuk ikut rapat. Mereka yang tahu kebutuhan di lapangan. Ini penting agar kegiatan Poskestren bisa diterima dan dijalankan secara berkelanjutan."

Beberapa metode yang digunakan dalam perencanaan Poskestren di antaranya adalah partisipatif (melibatkan kader santri, ustadz, dan pengurus), edukatif (melalui pelatihan, workshop, dan kajian kesehatan Islami), dan preventif-promotif (dengan penyuluhan rutin, pemeriksaan kesehatan berkala, dan kampanye hidup bersih sehat). Metode ini dilakukan melalui forum musyawarah rutin, kuesioner kebutuhan kesehatan, serta pendekatan kolaboratif dengan mitra luar seperti Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

Metode partisipatif mencerminkan prinsip *Community-Based Health Development (CBHD)* yang menekankan keterlibatan aktif komunitas dalam merencanakan dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri (World Health Organization, 2018: 8). Pendekatan ini sesuai dengan budaya pesantren yang mengedepankan nilai musyawarah dan gotong royong. Metode partisipatif terbukti efektif diterapkan dalam konteks pesantren karena mampu memadukan karakter islami dan tanggung jawab sosial santri terhadap lingkungan (Rifai, 2020: 45). Sementara itu, pendekatan preventif dan promotif yang dikedepankan juga sejalan dengan *Primary Health Care (PHC)* yang menjadi dasar sistem pelayanan kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan RI., 2022: 16). PHC menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat dalam mendeteksi masalah kesehatan sejak dini, memberikan edukasi, dan memperkuat layanan kesehatan dasar.

6) Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia merupakan aspek krusial dalam perencanaan Poskestren karena keberhasilan program sangat bergantung pada kesiapan, kapasitas, dan keberdayaan para pelaksana kegiatan kesehatan di lingkungan pesantren. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, SDM Poskestren tidak hanya meliputi tenaga kesehatan profesional yang sesekali datang dari luar, tetapi memiliki tenaga kesehatan (perawat) sendiri juga terdiri dari santri kader kesehatan, ustadz pembina. Penataan SDM dilakukan secara sistematis agar keberlangsungan program tetap terjaga, meski sarana yang masih perlu dilengkapi dan tenaga medis profesional yang jumlahnya masih perlu ditambah.

Hasil wawancara dengan ustaz Arfan mengungkapkan:

"Kami tidak bisa bergantung pada tenaga medis dari luar, maka dari itu, kami merekrut tenaga kesehatan (perawat) dan membentuk santri kader kesehatan dari santri senior yang punya minat dan tanggung jawab. Mereka ini kami latih dasar-dasar pertolongan pertama, pencatatan kesehatan, dan penyuluhan sederhana."

Proses pemilihan dan pelatihan kader santri dilakukan secara bertahap, melalui seleksi minat dan rekomendasi dari para musyrif asrama dan pembina tahfidz. Kader yang terpilih diberikan pelatihan dasar pertolongan pertama, pencatatan status kesehatan santri, serta penyuluhan tentang pola hidup bersih dan sehat. Selain itu, ustadz pembina juga turut dilibatkan dalam monitoring dan pembinaan karakter, agar pendekatan keagamaan tetap menjadi landasan kegiatan kesehatan.

Pendekatan dengan konsep *task shifting* ini yaitu berupa pengalihan sebagian tugas tenaga kesehatan kepada individu yang telah dilatih dengan kompetensi tertentu (World Health Organization., 2020: 9). Dalam konteks pesantren, pendekatan ini memperkuat model *health empowerment* berbasis komunitas, yang disebut sebagai upaya

peningkatan kapasitas masyarakat untuk menjaga kesehatannya sendiri secara mandiri (Notoatmodjo, 2019: 115). Pelibatan santri sebagai kader Poskestren juga merupakan bentuk pembentukan karakter kepemimpinan dan tanggung jawab sosial di bidang kesehatan (Alimuddin, 2021: 68).

7) Program

Program merupakan wujud konkret dari perencanaan strategis Poskestren yang disusun berdasarkan kebutuhan spesifik lingkungan pesantren. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, program-program Poskestren dirancang untuk menjawab tantangan kesehatan harian yang dihadapi santri serta mendorong terbentuknya budaya hidup sehat. Perencanaan program tidak dilakukan secara sepihak oleh pengelola kesehatan, tetapi melibatkan masukan dari pimpinan pondok, ustadz, dan santri, sehingga tercipta rasa memiliki yang tinggi terhadap program yang dijalankan.

Dalam wawancara, ustaz Arfan menyampaikan:

"Kami menyusun program Poskestren tidak hanya untuk mengobati, tetapi lebih ke arah pencegahan. Misalnya program senam pagi seminggu dua kali, edukasi gizi, pemeriksaan kesehatan berkala, dan penguatan akhlak hidup bersih. Ini penting karena banyak santri datang dari berbagai latar belakang, termasuk yang sebelumnya kurang paham pentingnya kesehatan."

Program-program yang telah dan sedang dijalankan Poskestren Madinatul Qur'an meliputi:

- (a) pemeriksaan kesehatan rutin,
- (b) pelatihan kader santri untuk pertolongan pertama dan promosi kesehatan,
- (c) penyuluhan berkala tentang PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat),
- (d) kegiatan olahraga teratur, dan
- (e) kampanye kebersihan lingkungan.

Semua program ini terintegrasi dengan nilai-nilai keislaman seperti hadis tentang kesucian sebagai bagian dari iman, sehingga lebih mudah diterima dan dijalankan.

Program-program Poskestren mencerminkan pendekatan promotif dan preventif yang ditekankan dalam *primary health care* (World Health Organization., 2022: 9), di mana pelayanan kesehatan dasar harus berbasis masyarakat dan mampu menjawab kebutuhan riil komunitas. Keberhasilan program kesehatan di institusi seperti pesantren sangat ditentukan oleh partisipasi aktif anggota komunitas, penyesuaian budaya lokal, dan keberlanjutan program (L. Green & Kreuter, 2005: 29). Dalam konteks pendidikan Islam, program-program kesehatan juga merupakan bagian dari pendidikan akhlak dan pembentukan karakter santri yang paripurna (Qomar, 2020: 78).

8) Sarana

Sarana merupakan komponen penting dalam keberlangsungan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) karena menjadi penunjang utama dalam pelaksanaan layanan kesehatan. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, pengadaan sarana Poskestren dirancang secara bertahap sesuai dengan prioritas dan keterjangkauan anggaran pondok. Pemilihan dan pengelolaan sarana juga mempertimbangkan kenyamanan dan kebermanfaatan bagi santri, ustadz, serta seluruh civitas pesantren.

Dalam wawancara, Ustaz Arfan menyampaikan:

“Awalnya kami hanya punya ruangan kosong dan lemari obat. Namun seiring waktu, kami lengkapi dengan tempat tidur pasien, timbangan, alat tensi, serta alat bekam. Kami juga usahakan agar ruangnya bersih, terang, dan nyaman, karena ini tempat santri ditangani saat sakit.”

Sarana yang saat ini tersedia di Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an meliputi:

- (a) ruang pemeriksaan dengan ventilasi baik,
- (b) perlengkapan medis dasar seperti stetoskop, tensimeter,

termometer, dan alat P3K,

(c) lemari penyimpanan obat dan logistik kesehatan,

(d) tempat tidur pemeriksaan,

(e) poster dan media edukasi kesehatan, serta

(f) alat bantu penanganan darurat seperti tandu. Sarana ini terus dikembangkan, termasuk dalam perencanaan jangka menengah dengan pengadaan alat pengukur gula darah, tempat isolasi sementara.

Dari perspektif manajemen kesehatan masyarakat, penyediaan sarana merupakan aspek penting dalam mendukung *continuum of care*, yakni kesinambungan layanan dari promotif, preventif, kuratif hingga rehabilitatif (Notoatmodjo, 2020: 112). Sarana kesehatan yang layak tidak hanya menunjang kualitas layanan, tetapi juga menumbuhkan kepercayaan masyarakat pondok terhadap fungsi dan peran Poskestren. Dalam konteks pendidikan pesantren, sarana ini berperan ganda: sebagai tempat pelayanan dan tempat edukasi nilai-nilai kebersihan, tanggung jawab, dan penguatan karakter sehat (Mubarak, 2021: 78).

9) Biaya

Perencanaan biaya dalam pengelolaan Poskestren merupakan aspek yang tidak dapat diabaikan, karena berkaitan langsung dengan keberlangsungan program, ketersediaan sarana, serta dukungan terhadap operasional pelayanan kesehatan santri. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, penganggaran Poskestren dilakukan dengan prinsip efisiensi dan skala prioritas, mengingat dana yang tersedia terbatas dan bersumber dari internal pesantren, donatur, dan iuran santri.

Dalam wawancara, ustaz Arfan menyampaikan:

“Kami menyisihkan sebagian dari dana infaq rutin santri untuk kebutuhan obat-obatan dasar, perlengkapan P3K, serta honor petugas kesehatan.”

Perencanaan biaya ini disusun oleh tim pengurus pondok bersama pengelola Poskestren dan bendahara yayasan, dengan sistem evaluasi berkala setiap semester.

Manajemen pembiayaan dalam program kesehatan komunitas—termasuk di lingkungan pesantren—harus mencerminkan prinsip keterjangkauan, keberlanjutan, dan akuntabilitas. WHO menyatakan bahwa *“effective community health financing requires sustainable models that empower local ownership and ensure transparent accountability.”* Artinya, pembiayaan yang baik tidak hanya soal kecukupan dana, tetapi juga bagaimana sistemnya mampu membangun rasa tanggung jawab dan keberlanjutan (World Health Organization., 2020: 32).

Pembiayaan yang disusun secara partisipatif dan transparan juga memperkuat rasa kepemilikan kolektif dari warga pesantren terhadap keberadaan Poskestren. Pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai pihak dalam perencanaan anggaran—seperti wali santri, alumni, dan mitra eksternal—dapat meningkatkan kepercayaan serta kontinuitas dukungan terhadap program kesehatan (Widayat & Susanti, 2021: 146).

Di pesantren, keberhasilan program sering kali tidak ditentukan oleh besarnya dana, tetapi oleh manajemen keuangan yang kreatif dan partisipatif. Oleh karena itu, membangun kemitraan dan diversifikasi sumber pembiayaan menjadi bagian dari strategi penguatan manajemen Poskestren secara jangka panjang.

b. Perencanaan Program Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syathiby

1) Dasar Pertimbangan

Perencanaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby diawali dengan identifikasi kebutuhan dasar santri dalam menjaga kesehatan yang mendukung kelancaran proses pembelajaran Al-Qur'an. Pengasuh

dan pengelola pondok memahami bahwa lingkungan pesantren memiliki dinamika tersendiri yang memengaruhi kondisi fisik dan mental santri, sehingga layanan kesehatan internal menjadi kebutuhan mendesak. Kesadaran ini muncul seiring dengan frekuensi terjadinya gangguan kesehatan ringan yang dapat mengganggu aktivitas ibadah, proses menghafal, serta kegiatan harian di pesantren.

Dalam wawancara, Ustaz Jejen Jaenudin yang merupakan salah seorang pimpinan dan pengelola poskestren menyampaikan:

“Keluhan santri yang sering disampaikan antara lain kelelahan, masuk angin, atau pusing atau demam. Biasanya karena cuaca, dan aktivitas yang padimunitas yang menurun. Ini jadi perhatian kami karena kalau dibiarkan, bisa ganggu proses tahfidz mereka. Maka kami buat perencanaan Poskestren untuk bantu deteksi dan tangani sejak awal.”

Dengan demikian, dasar pertimbangan utama dalam perencanaan Poskestren adalah kebutuhan untuk mendukung *continuity of care* dalam ekosistem pembelajaran pesantren, yang tidak hanya fokus pada aspek spiritual dan akademik, tetapi juga kesejahteraan fisik dan psikis santri. Hal ini sejalan dengan pendekatan holistik dalam pendidikan Islam, yang menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesempurnaan ibadah (Dalimunthe, 2020: 45). Perencanaan Poskestren juga dimaknai sebagai bentuk kepedulian pesantren terhadap upaya promotif dan preventif kesehatan, terutama dalam menciptakan lingkungan yang bersih, aman, dan kondusif bagi tumbuh kembang santri.

Selain itu, dasar perencanaan Poskestren juga mengacu pada konsep *school-based health center* yang dikembangkan WHO, di mana institusi pendidikan menyediakan akses layanan kesehatan dasar bagi peserta didik secara terpadu dan berkelanjutan (World Health Organization., 2020: 27). Di pesantren, pendekatan ini dimodifikasi dengan memasukkan nilai-nilai keislaman seperti *thaharah*,

ukhuwah, dan *tanggung jawab* dalam menjaga kesehatan, sehingga layanan Poskestren bukan hanya bersifat teknis medis tetapi juga edukatif dan transformatif.

2) Tujuan

Perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby tidak hanya ditujukan untuk merespons kebutuhan kesehatan fisik semata, tetapi juga sebagai bagian dari proses pendidikan yang menyeluruh. Tujuan pembentukan Poskestren dirancang agar sesuai dengan nilai-nilai keislaman yang dianut pondok, di mana kesehatan merupakan amanah yang harus dijaga sebagai bagian dari ibadah. Oleh karena itu, setiap kegiatan Poskestren diarahkan untuk membentuk karakter santri yang mandiri, bertanggung jawab, dan sadar akan pentingnya menjaga kesehatan jasmani dan rohani.

Ustaz Jejen menyampaikan bahwa:

“Kami ingin Poskestren ini bukan sekadar tempat berobat, tapi juga tempat belajar bagaimana Islam mengajarkan hidup sehat. Harapannya santri bisa lebih mandiri, tahu cara merawat diri, dan tidak selalu tergantung pada ustadz atau ustadzah kalau sakit ringan.”

Secara umum, tujuan utama pembentukan Poskestren di pesantren ini adalah membangun sistem kesehatan internal yang dapat memberikan pelayanan dasar, edukasi kesehatan, serta bimbingan spiritual kepada santri. Poskestren juga dimaksudkan sebagai wahana dakwah kesehatan, yakni menyebarkan pesan-pesan Islam tentang pentingnya hidup sehat melalui pendekatan yang sesuai dengan nilai-nilai Al-Qur'an dan Sunnah (Marzuki, 2021: 78). Dalam praktiknya, Poskestren mendorong pengembangan kemampuan santri dalam mengenali gejala awal penyakit, menjaga kebersihan lingkungan, serta mengelola stres dalam proses menghafal Al-Qur'an secara mandiri.

Tujuan tersebut sejalan dengan visi pesantren sebagai lembaga pendidikan yang holistik dan integratif, di mana pengembangan potensi santri meliputi aspek spiritual, intelektual, sosial, dan fisik. Hal ini juga sesuai dengan pendekatan promotif dan preventif dalam konsep *school health program*, yang menekankan pentingnya keterlibatan peserta didik dalam membangun kesadaran dan perilaku hidup bersih dan sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2020: 33).

3) Bidang Garapan

Dalam merancang Poskestren, pengelola Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby secara strategis menentukan fokus bidang garapan untuk menciptakan dampak kesehatan yang menyeluruh bagi santri. Pilihan utama jatuh pada pendekatan promotif dan preventif yang tidak hanya relevan dengan kondisi pesantren, tetapi juga selaras dengan prinsip kesehatan dalam Islam yang mengedepankan pencegahan sebelum pengobatan. Upaya ini dilakukan agar kesehatan tidak sekadar menjadi respons terhadap penyakit, tetapi bagian dari gaya hidup santri dalam menjalankan aktivitas ibadah dan belajar.

Ustaz Jejen menyampaikan bahwa:

“Kalau kita hanya menunggu santri sakit dulu baru ditangani, itu terlambat. Maka kami tekankan edukasi rutin seperti pola hidup sehat, cek kondisi lingkungan, dan pembinaan akhlak menjaga kebersihan. Untuk yang sakit berat, tetap kami rujuk ke puskesmas.”

Fokus bidang promotif meliputi pemberian edukasi kesehatan secara berkala, seperti pentingnya menjaga wudhu sepanjang hari sebagai bagian dari menjaga kebersihan diri, mengatur pola makan sehat, tidur cukup, dan olahraga ringan untuk menjaga stamina dalam menghafal Al-Qur'an. Hal ini didasarkan pada prinsip *maqashid syari'ah* dalam Islam, yaitu menjaga jiwa (*hifzh an-nafs*) dan menjaga akal (*hifzh al-'aql*) (Fadlil, 2021: 102).

Bidang preventif dilaksanakan melalui kegiatan monitoring sanitasi lingkungan asrama dan dapur, skrining kesehatan ringan bulanan, dan kontrol terhadap kebersihan serta pengelolaan makanan dan minuman. Kuratif hanya dilakukan secara terbatas, melalui kerja sama dengan puskesmas mitra, karena Poskestren bukan fasilitas medis penuh. Model ini mencerminkan integrasi antara sistem kesehatan berbasis komunitas dengan nilai-nilai Islami yang menekankan pencegahan, kebersihan, dan kemandirian (Yulianti & Ramadhan, 2023: 47).

4) Media

Dalam implementasi kegiatan Poskestren, media memiliki peran penting sebagai alat penyampai informasi, edukasi, sekaligus pengingat visual yang membentuk perilaku santri sehari-hari. Di tengah keterbatasan teknologi di lingkungan pondok, pengelola memilih pendekatan media yang sederhana, murah, namun tepat sasaran. Media ini dirancang untuk mudah dipahami oleh semua santri, termasuk mereka yang berlatar belakang pendidikan dasar, serta mampu menyampaikan pesan kesehatan yang selaras dengan nilai-nilai keislaman dan rutinitas pondok.

Perawat Nisa sebagai pelaksana Poskestren menjelaskan bahwa:

“Kami tidak pakai alat canggih, hanya ada beberapa poster buatan dan modul kecil. Tapi itu lebih menyentuh karena disesuaikan dengan keseharian santri.”

Media utama yang digunakan adalah papan informasi kesehatan yang dipasang di tempat-tempat strategis. Isinya berupa pesan-pesan sederhana tentang pentingnya mencuci tangan, tidur cukup, menjaga wudhu, hingga mengatur waktu makan sehat. Pesan-pesan tersebut menggunakan bahasa yang akrab dengan dunia santri, seperti kutipan ayat Al-Qur'an dan hadis tentang kebersihan serta kesehatan jasmani sebagai bagian dari iman. Penggunaan media ini terbukti

mampu meningkatkan kesadaran individu dan tanggung jawab santri terhadap kondisi fisiknya sendiri (Rohmah & Maulana, 2022: 47).

5) Metode

Metode dalam pelaksanaan program Poskestren merupakan elemen penting yang menentukan efektivitas proses edukasi dan pembentukan perilaku hidup sehat santri. Di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, pendekatan yang digunakan lebih menekankan pada aspek pembiasaan dan internalisasi nilai, bukan sekadar penyampaian teori. Strategi ini sejalan dengan pendekatan pendidikan khas pesantren yang menekankan keteladanan, pengulangan, dan kedisiplinan sebagai kunci pembentukan karakter. Oleh karena itu, metode yang digunakan dalam Poskestren tidak hanya bersifat informatif tetapi juga transformasional, menyentuh aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik santri.

Hal ini ditegaskan oleh pernyataan ustaz Jejen:

“Kalau hanya ceramah satu kali, santri mudah lupa. Tapi kalau kita biasakan, misalnya cek kuku dan kebersihan badan tiap akhir pekan, lama-lama jadi budaya. Santri terbiasa, tidak perlu diingatkan terus.”

Metode utama yang diterapkan adalah integrasi edukasi kesehatan ke dalam kegiatan rutin santri, seperti halaqah pagi, majelis dzikir, dan kegiatan kelas malam. Materi yang disampaikan berupa adab menjaga kesehatan menurut sunnah, pentingnya kebersihan dalam Islam, serta kaitan antara fisik yang sehat dengan kelancaran dalam menghafal Al-Qur'an. Selain penyampaian materi, metode praktik langsung menjadi fokus utama.

Pendekatan berbasis pembiasaan ini sejalan dengan teori behavioristik dalam pendidikan kesehatan, yang menyatakan bahwa pengulangan dan reinforcement positif dapat membentuk kebiasaan yang menetap (Susanti & Yulianto, 2021: 72). Santri yang terlibat aktif dalam praktik kebersihan cenderung memiliki kesadaran yang

lebih tinggi dalam menjaga kesehatan pribadi dan lingkungan sekitar.

6) Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia merupakan elemen kunci dalam keberhasilan pengelolaan Poskestren. SDM yang memiliki kompetensi, dedikasi, dan pemahaman nilai-nilai keislaman akan sangat menentukan kualitas layanan kesehatan yang diberikan. Di lingkungan pesantren, pendekatan terhadap pembangunan SDM juga mempertimbangkan karakter spiritual, kedisiplinan, dan keteladanan dalam bertindak. Poskestren Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby mengembangkan sistem tim pelaksana yang melibatkan sinergi antara tenaga Kesehatan berlatar belakang pesantren dan para kader santri terpilih.

Menurut Ustaz Jejen:

“Tim kami terdiri dari perawat, ditambah kader-kader santri yang dipilih. Biasanya mereka yang amanah, bersih, dan rajin. Kader ini dapat pelatihan dari alumni yang sudah jadi perawat atau dari puskesmas saat kunjungan.”

Rekrutmen kader santri dilakukan melalui seleksi internal berdasarkan pertimbangan kedisiplinan, akhlak, dan potensi kepemimpinan. Hal ini menunjukkan bahwa proses pembangunan SDM tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga spiritual dan moral. Santri kader kemudian mendapatkan pelatihan dasar seperti pemeriksaan suhu tubuh, pemantauan kebersihan lingkungan, serta cara menyampaikan edukasi kesehatan sederhana kepada teman-teman sebayanya.

Penerapan sistem rotasi kader menjadi strategi tambahan untuk menciptakan kaderisasi berkelanjutan sekaligus memberikan pengalaman kepada lebih banyak santri. Langkah ini sejalan dengan pendekatan *participatory learning*, di mana pembelajaran terjadi melalui keterlibatan aktif dan praktik langsung (R. Ramadhan & Nurwahidah, 2022: 83). Di samping itu, pemilihan kader oleh kiai

mencerminkan model kepemimpinan karismatik dalam pesantren, di mana pertimbangan spiritualitas dan akhlak lebih diutamakan ketimbang sekadar kecakapan teknis (Zamroni, 2020: 108).

7) Program

Program merupakan inti dari aktivitas Poskestren yang mencerminkan orientasi pada upaya promotif dan preventif dalam bidang kesehatan di lingkungan pesantren. Di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, program-program Poskestren dirancang secara sistematis dengan memperhatikan kondisi lingkungan, karakteristik santri, serta nilai-nilai Islam sebagai basis penggerak perubahan perilaku. Setiap kegiatan tidak hanya berorientasi pada edukasi kesehatan, tetapi juga mengintegrasikan nilai-nilai keislaman dan partisipasi aktif dari seluruh elemen pesantren.

Menurut penuturan Perawat Nisa:

“Program paling menonjol itu edukasi PHBS pakai ayat-ayat Al-Qur'an, jadi bukan sekadar sehat secara medis tapi juga karena Allah perintahkan. Terus ada pemeriksaan kesehatan, pelatihan P3K buat kader. Itu semua jadi momen buat memperkuat kesadaran bersama.”

Program edukasi PHBS berbasis tafsir ayat-ayat kesehatan menjadi ciri khas dari pendekatan Poskestren ini. Materi seperti pentingnya menjaga kebersihan, menghindari makanan yang membahayakan, hingga larangan merokok disampaikan melalui perspektif Al-Qur'an, seperti QS. Al-Baqarah ayat 195 tentang larangan mencelakakan diri sendiri. Pendekatan ini terbukti mampu menumbuhkan kesadaran religius sekaligus kesehatan pada diri santri (Arifin & Susanti, 2021: 66).

Selain itu, santri diperiksa secara bergiliran terkait kebersihan kulit, gigi, kuku, serta status gizi. Pemeriksaan ini juga menjadi alat deteksi dini terhadap risiko penyakit menular. Di sisi lain, kampanye anti rokok dan jajanan sembarangan digencarkan melalui poster,

majelis pagi. Pelatihan pertolongan pertama (P3K) diberikan kepada kader santri agar mereka sigap menghadapi luka ringan, demam, pingsan, hingga nyeri otot akibat aktivitas padat.

Kegiatan ini menciptakan atmosfer sehat secara kolektif yang memperkuat solidaritas dan kesadaran pentingnya gaya hidup Islami dan sehat. Keberagaman program Poskestren mencerminkan pendekatan holistik dalam pendidikan kesehatan pesantren. Program dirancang tidak hanya berbasis kebutuhan, tetapi juga mengakar pada nilai keislaman dan partisipasi aktif seluruh komunitas (Mujib, 2023: 74). Hal ini menjadikan Poskestren sebagai model pendidikan kesehatan yang berkelanjutan dan berbasis budaya lokal.

8) Sarana

Sarana merupakan salah satu aspek penting dalam menunjang kelancaran operasional Poskestren. Ketersediaan fasilitas fisik yang memadai menjadi landasan pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar, edukasi promotif, serta administrasi pencatatan data kesehatan santri. Meskipun pesantren bukan institusi medis formal, penyediaan sarana kesehatan dasar menunjukkan komitmen institusi dalam menciptakan lingkungan hidup yang sehat, bersih, dan responsif terhadap kebutuhan kesehatan komunitasnya. Sarana juga menjadi bentuk dukungan nyata terhadap pelaksanaan program-program Poskestren yang bersifat preventif dan edukatif.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Perawat Nisa:

“Kami disiapkan satu ruangan khusus untuk UKP di area dalam asrama, ada lemari obat, tensimeter digital, timbangan, kotak P3K, dan buku catatan kesehatan. Bahkan sekarang ada wastafel tambahan di dekat ruang kelas. Walau belum banyak, tapi Alhamdulillah cukup efektif.”

Ruang pelayanan kesehatan yang disediakan menjadi pusat dari semua aktivitas Poskestren. Ruangan ini difungsikan sebagai tempat pemeriksaan ringan seperti mengecek tekanan darah, mengukur berat badan, dan menangani keluhan ringan seperti sakit kepala atau

luka kecil. Peralatan yang tersedia seperti lemari obat, tempat tidur pasien, kotak P3K, timbangan digital, dan tensimeter merupakan bentuk minimalisasi risiko serta kesiapsiagaan terhadap kasus-kasus ringan (Mujib, 2023: 91). Walaupun sederhana, ruangan ini dikelola secara rapi dan fungsional oleh perawat dan kader santri yang telah dilatih.

Inovasi lokal seperti pemasangan wastafel tambahan di area strategis (dekat kelas, masjid, dan kantin) menjadi bentuk dukungan terhadap praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Inovasi ini memperkuat kesadaran santri terhadap pentingnya gaya hidup sehat berbasis nilai Islam (Hasanah & Fadillah, 2021: 45).

Dokumentasi kesehatan santri juga menjadi bagian dari pemanfaatan sarana. Setiap santri memiliki kartu data kesehatan sederhana yang mencatat riwayat keluhan, hasil pemeriksaan rutin, dan tindakan pertolongan pertama jika diperlukan. Hal ini sejalan dengan prinsip administrasi kesehatan berbasis pesantren yang menekankan pada pengorganisasian sistematis meskipun dalam skala kecil (Utami & Wulandari, 2022: 52).

Secara umum, ketersediaan dan pemanfaatan sarana Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan pendekatan adaptif dan kreatif dalam mengintegrasikan nilai-nilai keislaman dengan praktik kesehatan dasar. Meskipun masih terbatas secara kuantitas, fasilitas tersebut telah memberikan kontribusi signifikan terhadap pencapaian tujuan promotif dan preventif di lingkungan pesantren.

9) Biaya

Dalam perencanaan manajemen Poskestren, aspek pembiayaan menjadi elemen krusial yang menentukan keberlangsungan program serta efektivitas operasional layanan. Di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, aspek ini dirancang secara mandiri dan bertahap dengan pendekatan kolaboratif, mengingat belum

adanya dukungan anggaran tetap dari lembaga pemerintah. Pendanaan dikelola secara terencana dengan mengedepankan transparansi dan partisipasi seluruh elemen pesantren.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola Poskestren, sumber utama biaya berasal dari internal pesantren, yakni alokasi dana rutin dari SPP santri yang disisihkan untuk operasional kesehatan serta kontribusi dari donatur.

“Kami mengalokasikan sebagian dari dana SPP untuk mendukung kegiatan Poskestren, atau dari para donatur yang peduli terhadap kesehatan santri,”

Dana tersebut digunakan untuk pembelian alat kesehatan ringan seperti P3K, tensimeter digital, timbangan, masker, serta kebutuhan rutin lain seperti sabun cuci tangan, obat-obatan, dan leaflet edukatif. Biaya juga dialokasikan untuk kegiatan pelatihan kader kesehatan internal yang bekerja sama dengan Puskesmas terdekat.

“Kami pernah dapat pelatihan gratis dari Puskesmas untuk kader santri, itu sangat membantu agar santri bisa mandiri dalam deteksi dini penyakit ringan,”

Literatur menunjukkan bahwa pembiayaan yang bersumber dari institusi pendidikan berbasis masyarakat sering kali bergantung pada kombinasi antara kontribusi internal dan kolaborasi eksternal (A. Ismail, 2021: 42). Dalam konteks pesantren, pendekatan ini mencerminkan model *community-based health financing* yang menekankan kemandirian dan gotong royong sebagai fondasi keberlanjutan program (Nurhadi & Muniroh, 2022: 86). Oleh karena itu, penguatan perencanaan anggaran melalui pelibatan wali santri, alumni, dan mitra lembaga kesehatan menjadi penting sebagai strategi jangka panjang.

Ke depan, pengasuh pesantren juga berencana mengajukan program kemitraan CSR ke beberapa perusahaan farmasi atau klinik swasta lokal guna mendukung keberlangsungan biaya operasional Poskestren. Strategi ini diharapkan dapat memperluas jaringan

pendanaan sekaligus meningkatkan kualitas layanan kesehatan santri secara berkelanjutan.

2. Pengorganisasian Poskestren

a. Pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Pengorganisasian merupakan fungsi manajerial penting yang menentukan sejauh mana suatu lembaga dapat melaksanakan programnya secara sistematis. Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), pengorganisasian memiliki peran kunci dalam menjamin keteraturan operasional dan efisiensi dalam pemberdayaan santri untuk mandiri dalam bidang kesehatan. Pengorganisasian dapat didefinisikan sebagai proses pengaturan pekerjaan serta pengalokasian sumber daya. Hal ini dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien (Robbins & Coulter, 2022: 155). Dalam implementasinya di pesantren, pengorganisasian mencakup struktur kelembagaan Poskestren, sistem pembagian tugas antar pelaksana, serta perencanaan kegiatan dan tanggung jawab secara rutin.

Hasil penelitian di Pondok Pesantren Madinatul Quran mengungkap bahwa fungsi pengorganisasian telah dilaksanakan dengan pola sederhana tetapi relevan dengan karakteristik pesantren berbasis tahfidz. Fokus utama pengorganisasian Poskestren di pesantren ini meliputi tiga indikator: struktur organisasi, pembagian tugas, dan perencanaan tugas.

1) Struktur Organisasi

Struktur organisasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran bersifat fungsional dan langsung terintegrasi dengan struktur pesantren. Poskestren berada di bawah koordinasi kepala HRD pondok pesantren. Penanggung jawab utama Poskestren adalah seorang perawat dan tinggal di lingkungan pesantren. Dalam pelaksanaan tugasnya, ia dibantu oleh beberapa santri kader yang telah mendapatkan pelatihan beberapa kompetensi.

Hasil wawancara dengan perawat Yudia menyatakan:

“Struktur organisasi poskestren kami tidak terlalu formal, tapi jelas. Saya bertanggung jawab langsung ke kepala HRD, dibantu oleh kader santri yang kami latih sendiri dan juga pernah ikut pelatihan P3K dari kampus Kesehatan yang bekerja sama dengan pondok kami.”

Struktur yang terintegrasi dan tidak terlalu birokratis ini justru dinilai mempercepat proses koordinasi dan pelaporan kegiatan, sehingga mendukung efektivitas pelayanan dasar kesehatan di lingkungan pesantren.

2) Pembagian Tugas

Pembagian tugas di Poskestren Madinatul Quran dilakukan secara proporsional berdasarkan kemampuan dan pengalaman. Tugas utama kader santri meliputi pencatatan data kesehatan mingguan, pemeriksaan sanitasi lingkungan pondok, edukasi kesehatan ringan, serta pelayanan pertolongan pertama bagi santri yang sakit. Setiap kader memiliki peran tetap yang dibagi dalam jadwal mingguan dan rotasi dilakukan tiap tiga bulan sekali.

Salah satu kader menyampaikan:

“Saya bagian pencatatan data kesehatan, misalnya laporan sakit mingguan. Teman saya bagian inspeksi sanitasi kamar mandi dan dapur. Biasanya kami rotasi setelah tiga bulan, tapi semuanya tetap saling bantu.”

Praktik pembagian tugas ini menunjukkan adanya distribusi kerja yang rasional, selaras dengan prinsip organisasi (Handoko, 2016: 121), yakni bahwa pembagian kerja yang jelas akan meningkatkan tanggung jawab dan produktivitas anggota organisasi.

3) Perencanaan Tugas

Perencanaan tugas dilakukan secara rutin setiap bulan dalam bentuk rapat kader dan perawat Poskestren. Rapat ini membahas jadwal kegiatan mingguan, penentuan fokus kegiatan (misalnya kebersihan dapur, pengecekan air minum, pemeriksaan kamar), serta evaluasi kegiatan bulan sebelumnya.

Ustaz Arfan menjelaskan:

“Kami biasa adakan rapat bulanan, lalu susun jadwal per minggu. Misalnya minggu pertama fokus ke sanitasi lingkungan dan kamar, minggu kedua inspeksi kamar santri.

Perencanaan yang konsisten ini menunjukkan adanya upaya sistematis dalam pengelolaan tugas (Siagian, 2016: 96), bahwa perencanaan operasional harus mendetail agar organisasi dapat bergerak secara terarah dan efisien.

Berdasarkan ketiga indikator di atas, dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran sudah berjalan dengan sistem yang tertata. Struktur organisasi yang bersifat fungsional memungkinkan koordinasi berjalan efektif. Pembagian tugas yang mencerminkan pemberdayaan santri sesuai potensi. Sementara itu, perencanaan tugas yang rutin menunjukkan adanya proses manajerial yang berkelanjutan. Pola ini mencerminkan pengorganisasian berbasis partisipatif khas pesantren yang adaptif dan efisien.

b. Pengorganisasian dan Struktur Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syatiby

Pengorganisasian merupakan tahap penting dalam manajemen yang berfungsi untuk mengatur sumber daya manusia, fasilitas, dan aktivitas agar tujuan lembaga dapat tercapai secara efisien. Dalam konteks Poskestren, pengorganisasian menjadi penentu efektivitas pelaksanaan program-program kesehatan, terutama dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Sebuah organisasi yang terstruktur dengan baik akan memudahkan pembagian peran dan tanggung jawab di antara pengurus, pembina, dan santri kader.

Di pondok pesantren Al Imam Asy Syathibiy, struktur organisasi poskestren cenderung menyesuaikan dengan budaya kepemimpinan pesantren yang berbasis khidmat, ketaatan, dan kedekatan emosional antara kiai, ustaz, dan santri. Oleh karena itu, pengorganisasian

Poskestren tidak sepenuhnya mengikuti model birokrasi formal yang kaku, tetapi lebih fleksibel, partisipatif, dan menyesuaikan dengan nilai-nilai Islam serta tradisi lokal. Penempatan personel, pembagian tugas, dan perencanaan kerja lebih banyak berdasarkan pertimbangan adab, kompetensi personal, dan tanggung jawab moral daripada sekadar administratif.

Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby sebagai lembaga pendidikan Islam yang menekankan pada penguatan tahfidzul Qur'an juga berupaya menjawab kebutuhan kesehatan santri. Didukung dengan seorang perawat, pondok pesantren ini mengembangkan pengorganisasian Poskestren dengan cara melibatkan peran aktif para ustaz dan santri kader. Kegiatan-kegiatan yang disusun mengarah pada pembentukan karakter mandiri dalam menjaga kesehatan, baik melalui kegiatan promotif dan preventif yang terjadwal maupun pengawasan rutin terhadap kebersihan lingkungan dan kesehatan individu santri.

Secara khusus, pengorganisasian di Poskestren Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menyesuaikan dengan budaya organisasi pesantren yang cenderung hierarkis dan berbasis pada ketaatan santri terhadap ustaz dan kiai. Dalam konteks ini, struktur organisasi tidak bersifat formal seperti organisasi modern, tetapi lebih fleksibel dan berbasis pada kepercayaan serta kompetensi. Kegiatan kesehatan dirancang dan dijalankan oleh santri dengan supervisi ustaz yang memiliki latar belakang kesehatan atau yang ditunjuk oleh pimpinan pondok.

1) Struktur Organisasi Poskestren

Pengorganisasian kegiatan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby dilakukan dengan pendekatan sederhana namun fungsional. Struktur organisasi disesuaikan dengan kapasitas sumber daya yang ada, mengutamakan efektivitas koordinasi antara pengasuh, pembina, dan santri kader kesehatan. Model struktural ini

menempatkan unsur pengasuh pesantren (kiai) sebagai pemegang otoritas tertinggi yang mengarahkan visi kegiatan kesehatan.

Struktur organisasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby tidak tertuang dalam bentuk dokumen formal seperti bagan organisasi, tetapi berbentuk struktur informal yang dikenal dan dipahami oleh seluruh pelaksana. Dalam struktur tersebut, Kiai berperan sebagai pengarah utama, sementara ustaz yang memiliki kompetensi atau pengalaman di bidang kesehatan menjadi pembimbing lapangan. Kader santri dari tiap kelompok tahfidz berperan sebagai pelaksana kegiatan harian Poskestren.

Hasil wawancara dengan perawat Nisa menyatakan:

“Kami tidak membuat struktur yang rumit dan tidak punya struktur resmi tertulis, tapi semua tahu siapa yang bertanggung jawab. namun jelas siapa yang memutuskan, siapa yang menjalankan. Ada perawat sebagai penanggung jawab, lalu dibantu kader santri”.

Pendekatan struktur informal ini selaras dengan pandangan yang menyatakan bahwa organisasi tradisional, termasuk yang berbasis budaya lokal, cenderung mengadopsi pola informal yang dinamis dan fleksibel untuk menjaga keberlangsungan operasional. Hal ini juga mencerminkan integrasi kearifan lokal ke dalam praktik manajemen kesehatan (Robbins & Coulter, 2018: 147).

Struktur ini mendukung argumen bahwa struktur organisasi yang efektif harus mempertimbangkan lingkungan kerja, kapasitas individu, dan saluran komunikasi yang efisien. Dalam konteks pesantren, pendekatan semacam ini bersifat fungsional dan partisipatif (Robbins & Coulter, 2022: 148).

2) Pembagian Tugas

Pembagian tugas dalam pengelolaan Poskestren bersifat kolaboratif antara pembina, perawat, kader santri, dan staf kesehatan pendukung. Santri kader diberi tanggung jawab yang disesuaikan dengan jenjang kelas, kedisiplinan, dan pengalaman sebelumnya.

Kegiatan harian seperti pemeriksaan kasur, monitoring kebersihan pribadi, dan rekap laporan kesehatan dilaksanakan oleh kader yang berkoordinasi langsung dengan pembina.

Hal ini dikonfirmasi oleh Perawat Nisa:

“Kami menunjuk santri untuk jadi koordinator kesehatan per kamar. Mereka bertugas mencatat kondisi teman-temannya, dan lapor tiap hari ke saya. Jadi kami bisa intervensi lebih awal kalau ada gejala-gejala.”

Seorang kader santri, mengungkapkan:

“Tugas saya bagian mengukur tekanan darah setiap pagi untuk yang sedang sakit. Teman saya ada yang mencatat”.

Pembagian kerja berbasis kedekatan personal dan nilai kedisiplinan ini sejalan dengan teori *job design*, bahwa penugasan berbasis kompetensi dan konteks kultural mampu meningkatkan efisiensi pelaksanaan tugas (Dessler, 2020: 102).

Pembagian tugas ini menunjukkan penerapan prinsip pemberdayaan kader yang berlandaskan pada keterlibatan komunitas. Strategi kesehatan masyarakat yang berhasil seyogyanya melibatkan partisipasi aktif anggota komunitas dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan kegiatan (L. Green & Kreuter, 2005: 372).

3) Perencanaan Tugas

Perencanaan program Poskestren di Al-Imam Asy-Syathiby dirancang secara periodik oleh tim pembina bersama pengurus harian santri. Agenda tahunan seperti pelatihan P3K, dan edukasi PHBS berbasis nilai-nilai Islam menjadi prioritas. Setiap kegiatan dirancang minimal sebulan sebelumnya dengan mempertimbangkan kesiapan logistik, waktu belajar, dan kebutuhan kesehatan santri.

Menurut perawat Nisa:

“Biasanya kami rapat bulanan dengan ustazah, bahas rencana kegiatan. Misalnya jadwal pelatihan P3K, atau kampanye cuci tangan. Kami juga diberi tugas buat dokumentasi kegiatannya.”

Perencanaan partisipatif ini mencerminkan prinsip manajemen strategis berbasis komunitas (Terry & Rue, 1977: 87), di mana partisipasi aktif dari pelaksana mendorong keterlibatan dan rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap keberhasilan program.

Model perencanaan ini mendukung konsep *participatory planning* (Dessler, 2013: 98), yaitu perencanaan partisipatif yang melibatkan semua unsur pelaksana untuk meningkatkan rasa tanggung jawab dan kepemilikan terhadap program.

Pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan adanya adaptasi struktur yang bersifat sederhana namun fungsional. Walaupun belum memiliki struktur organisasi formal yang lengkap, pelaksanaan kegiatan kesehatan tetap berjalan dengan baik berkat peran aktif para pengasuh dan keterlibatan santri kader. Kelebihan dari sistem ini adalah fleksibilitas dan kedekatan emosional antaranggota yang memperkuat semangat gotong royong dan khidmat.

Dengan demikian, pengorganisasian Poskestren di pondok ini memiliki peluang besar untuk dikembangkan lebih lanjut secara sistemik dan berkelanjutan. Penguatan struktur organisasi, pembagian tugas yang lebih eksplisit, serta penyusunan rencana kegiatan yang terdokumentasi dengan baik dapat menjadi kunci peningkatan efektivitas layanan kesehatan berbasis pesantren. Langkah-langkah ini akan mendukung terwujudnya kemandirian santri dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungan, sesuai dengan tujuan utama penyelenggaraan Poskestren di pesantren yang tidak hanya menanamkan nilai-nilai keagamaan, tetapi juga membangun kesadaran hidup sehat yang Islami.

3. Pelaksanaan Poskestren

a. Pelaksanaan Program Kesehatan Santri di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Pelaksanaan kegiatan di Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) Pondok Pesantren Madinatul Quran merupakan wujud nyata dari komitmen pondok dalam mendukung kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Proses pelaksanaan ini melibatkan berbagai unsur di dalam pesantren, termasuk pengelola, santri kader, guru pembimbing, dan mitra eksternal seperti Puskesmas. Ketiga tahapan—awal, inti, dan penutup—memiliki peran penting dalam memastikan bahwa setiap program kesehatan yang dijalankan tidak hanya berlangsung secara sistematis, tetapi juga berkelanjutan dan berdampak nyata terhadap peningkatan literasi serta perilaku hidup bersih dan sehat santri.

Kegiatan Poskestren diawali dengan tahap persiapan administratif, identifikasi kebutuhan kesehatan santri, dan pembentukan kader. Tahapan ini sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan karena berkaitan langsung dengan kesiapan sumber daya, termasuk kompetensi kader dan kelengkapan fasilitas. Proses pelaksanaan organisasi yang efektif membutuhkan kesiapan dalam hal struktur, sumber daya manusia, dan dukungan sistem (Robbins & Judge, 2019: 412).

Tahap inti mencakup pelaksanaan layanan kesehatan ringan, penyuluhan berkala, pembinaan kader, dan rujukan bila diperlukan. Sedangkan tahap penutup lebih difokuskan pada evaluasi kegiatan, dokumentasi laporan, dan perencanaan tindak lanjut. Ketiga tahap ini saling terintegrasi dalam suatu siklus pelaksanaan yang dinamis dan adaptif terhadap kebutuhan kesehatan pesantren. Model pelaksanaan ini sejalan dengan pendekatan siklus manajemen berbasis komunitas yang menekankan pentingnya partisipasi dan keberlanjutan (L. Green & Kreuter, 2005: 178).

1) Tahap Awal

Pelaksanaan Poskestren di tahap awal dimulai dengan identifikasi kebutuhan kesehatan melalui observasi dan komunikasi antara pengurus pondok dan santri. Kepala divisi kesehatan menyatakan bahwa sebelum kegiatan dijalankan, mereka terlebih dahulu mengamati permasalahan kesehatan yang sering muncul di lingkungan pesantren.

Menurut Ustadz Arfan:

“Biasanya kita lihat dulu kasus apa yang sering muncul. Misalnya batuk-pilek atau demam, nanti kita buat program yang sesuai,”

Langkah selanjutnya adalah melakukan rekrutmen kader santri yang memiliki minat di bidang kesehatan dan bersedia mengikuti pelatihan. Rekrutmen dilakukan melalui seleksi ringan dan pendekatan personal. Setelah itu, para kader diberikan pelatihan dasar tentang kesehatan lingkungan, pertolongan pertama, dan pencatatan data kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa tahap awal pelaksanaan memegang peran strategis dalam membangun kapasitas internal pondok pesantren (Notoatmodjo, 2020: 145).

Selain pelatihan kader, tahap awal juga mencakup penyusunan jadwal kegiatan dan pengaturan pembagian tugas kader. Jadwal tersebut disesuaikan dengan waktu luang santri agar tidak mengganggu kegiatan utama mereka seperti mengaji dan belajar.

Menurut salah satu santri kader:

“Kami biasa piket setelah sholat Shubuh, jadi tidak mengganggu kegiatan belajar”.

Ini mencerminkan adanya pengorganisasian pelaksanaan yang kontekstual dan fleksibel. Dalam tahap awal ini, kerja sama dengan salah satu Kampus kesehatan juga mulai dibangun. Pihak kampus membantu dalam penyusunan materi pelatihan dan sesekali

mengirimkan tenaga kesehatan untuk membimbing kader. Hal ini memperkuat prinsip kemitraan yang sangat penting dalam pelaksanaan program kesehatan berbasis komunitas (M. Effendy, 2018: 190).

2) Tahap Inti

Tahap inti pelaksanaan Poskestren mencakup aktivitas utama yang menjadi ruh dari program kesehatan santri. Kegiatan yang dilakukan meliputi layanan pemeriksaan ringan seperti cek suhu tubuh, pengukuran berat dan tinggi badan, serta pengecekan tekanan darah pada santri yang mengalami keluhan kesehatan ringan.

Menurut perawat Yudia:

“Kalau ada yang pusing atau demam ringan, kita ukur suhu dan istirahatkan di kamar perawatan (UKP),”

Selain pelayanan pemeriksaan, kegiatan penyuluhan kesehatan rutin dilakukan seminggu sekali. Materi yang disampaikan biasanya tentang kebersihan diri, gizi seimbang, manajemen stres, dan pentingnya hidrasi. Penyuluhan disampaikan oleh kader atau narasumber tamu dari tenaga kesehatan mitra. Keberhasilan program sangat dipengaruhi oleh konsistensi komunikasi dan edukasi kepada sasaran program (Robbins & Coulter, 2020: 155).

Pelaksanaan pembinaan kader juga terus dilakukan pada tahap ini. Para kader mengikuti pelatihan lanjutan setiap dua bulan yang disesuaikan dengan kalender akademik pondok. Pelatihan ini difasilitasi oleh pondok dan kampus mitra. Supervisi dilakukan melalui observasi langsung dan evaluasi format laporan kegiatan harian yang dicatat oleh kader. Ini sejalan dengan prinsip evaluasi formatif dalam pelaksanaan program kesehatan (L. Green & Kreuter, 2005: 188).

Salah satu pencapaian dari tahap inti ini adalah munculnya kesadaran kolektif santri terhadap pentingnya menjaga kesehatan. Beberapa

santri bahkan mulai menginisiasi program kebersihan lingkungan secara mandiri.

Menurut salah satu santri kader:

“Ada yang mulai bikin jadwal piket bersih kamar dan WC tanpa disuruh,” ujar pembimbing santri

Hal ini menandakan terwujudnya nilai kemandirian yang merupakan sasaran utama dari pelaksanaan program Poskestren.

3) Tahap Penutup

Tahap penutup dari pelaksanaan Poskestren difokuskan pada kegiatan evaluasi, pelaporan, dan penyusunan rencana tindak lanjut. Evaluasi dilakukan secara triwulanan oleh pembina Poskestren bersama dengan kader, dengan format penilaian mencakup partisipasi, kendala pelaksanaan, serta capaian program.

Menurut perawat Yudia:

“Kita biasa evaluasi tiga bulan sekali, dari catatan kader kita tahu kegiatan mana yang jalan dan mana yang perlu diperbaiki,”

Setelah evaluasi dilakukan, hasilnya dituangkan dalam laporan tertulis yang disimpan sebagai arsip internal. Laporan tersebut mencakup jumlah kegiatan, data santri yang ditangani, kegiatan penyuluhan, dan dokumentasi foto. Format ini memperkuat akuntabilitas program dan menjadi acuan dalam perencanaan kegiatan berikutnya (M. Effendy, 2018: 196).

Perencanaan tindak lanjut dilakukan dengan mempertimbangkan masukan kader dan santri, serta agenda pondok ke depan. Kegiatan baru dirancang berdasarkan data temuan di lapangan. Misalnya, jika ditemukan tren keluhan anemia, maka akan dirancang program edukasi gizi dan kerja sama suplai tablet tambah darah. Ini mencerminkan model perencanaan berbasis data lapangan yang dianjurkan dalam pengelolaan program komunitas (Notoatmodjo, 2020: 162).

Pada tahap ini pula, pembina memberikan penguatan motivasi kepada kader agar tetap semangat dan merasa dihargai atas kontribusinya. Mereka juga diberi apresiasi simbolik berupa pujian dalam forum santri. Pendekatan ini penting dalam mempertahankan motivasi dan memperkuat identitas kader sebagai agen perubahan (Robbins & Coulter, 2020: 301).

Pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran menunjukkan sistem yang terorganisir dan berbasis komunitas, mencerminkan penerapan prinsip-prinsip manajemen berbasis partisipatif dan keberlanjutan. Setiap tahap pelaksanaan memiliki kontribusi signifikan dalam memperkuat kemandirian santri di bidang kesehatan, mulai dari perencanaan berbasis kebutuhan, edukasi kesehatan, hingga evaluasi dan tindak lanjut yang relevan.

Keberhasilan program ini tidak lepas dari peran aktif para kader santri, dukungan pimpinan pondok, serta kemitraan strategis. Model pelaksanaan ini dapat menjadi rujukan bagi pesantren lain yang ingin mengembangkan Poskestren secara efektif dan berkelanjutan.

b. Pelaksanaan Program Kesehatan Santri di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syatiby

Pelaksanaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) merupakan tahapan krusial dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, pelaksanaan kegiatan Poskestren menunjukkan upaya serius dalam membentuk perilaku hidup bersih dan sehat serta menanamkan kesadaran santri akan pentingnya menjaga kesehatan secara mandiri. Kegiatan ini dilaksanakan secara rutin dan sistematis melalui tahapan pelaksanaan yang mencakup perencanaan awal, pelaksanaan inti, hingga tahap penutup.

Setiap tahap dalam pelaksanaan Poskestren disusun berdasarkan kesepakatan antara pengelola pesantren, tenaga kesehatan dari puskesmas mitra, serta para kader santri yang telah dibina. Tahapan

tersebut tidak hanya menjadi pedoman operasional, tetapi juga menjadi ruang partisipasi aktif bagi santri untuk terlibat langsung dalam program-program kesehatan berbasis pesantren. Peran serta ini penting untuk membangun kapasitas dan tanggung jawab individu terhadap kesehatan pribadi dan lingkungan.

Pelaksanaan Poskestren di Ponpes Imam Syathibiy juga didukung oleh suasana pesantren yang kondusif dan nilai-nilai keislaman yang tertanam kuat, sehingga kegiatan kesehatan dapat dilaksanakan tanpa mengabaikan prinsip-prinsip syariah. Integrasi antara aspek spiritual dan kesehatan menjadi ciri khas pelaksanaan kegiatan di pesantren ini, yang pada akhirnya memperkuat tujuan utama dari Poskestren, yaitu menumbuhkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan (Mubarak & Chayatin, 2019: 44).

1) Tahap Awal Pelaksanaan

Tahap awal pelaksanaan Poskestren di Ponpes Imam Syathibiy dimulai dengan kegiatan identifikasi kebutuhan kesehatan santri melalui observasi langsung dan diskusi informal antara pengasuh, ustaz/ustazah, dan perawat Poskestren. Kegiatan ini menjadi dasar dalam menyusun program kesehatan yang relevan dengan kondisi dan potensi santri. Menurut hasil wawancara dengan Perawat Nisa,

“Kami mulai dengan mendata kebutuhan apa yang paling mendesak, seperti kebersihan asrama, pola makan santri, dan penyakit yang sering muncul seperti flu, gatal-gatal, atau diare dan demam.”

Selanjutnya dilakukan perencanaan kegiatan bersama kader santri yang sudah mendapat pelatihan sebelumnya. Perencanaan dilakukan melalui rapat rutin antara pengelola Poskestren dan kader santri.

“Biasanya kami rapat seminggu sekali untuk menentukan kegiatan apa yang akan dilakukan, seperti cek kesehatan, edukasi cuci tangan, atau bersih-bersih kamar,” ujar salah satu kader santri yang diwawancarai.

Kegiatan tahap awal ini juga mencakup pengumpulan data kesehatan santri sebagai baseline, serta penyusunan jadwal pelaksanaan. Data yang dikumpulkan mencakup berat badan, tinggi badan, riwayat penyakit, serta pola kebersihan pribadi. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa pelaksanaan program kesehatan yang efektif perlu diawali dengan kebutuhan berbasis data agar intervensi yang diberikan tepat sasaran (C. Effendy, 2017: 128).

Kesiapan logistik seperti alat kesehatan sederhana, leaflet edukasi, serta pengorganisasian ruang kegiatan juga dilakukan pada tahap awal ini. Semua persiapan ini dilakukan agar pelaksanaan tahap inti dapat berjalan dengan lancar dan sesuai rencana.

2) Tahap Inti Pelaksanaan

Tahap inti pelaksanaan Poskestren meliputi serangkaian kegiatan yang langsung menyentuh sasaran, yaitu para santri. Kegiatan yang dilakukan meliputi penyuluhan kesehatan, praktik hidup bersih dan sehat (PHBS), pemeriksaan kesehatan ringan, serta layanan pertolongan pertama pada kondisi ringan. Penyuluhan dilakukan secara berkala, minimal dua kali dalam sebulan, dengan materi berganti sesuai tema, seperti gizi, kebersihan diri, dan kesehatan lingkungan.

Salah satu program unggulan pada tahap ini adalah pelatihan kader kesehatan santri. Kader dilatih untuk mampu memberikan edukasi kepada teman sebayanya, mendeteksi gejala penyakit ringan, serta menjadi penghubung antara santri dan petugas kesehatan. Seperti disampaikan oleh perawat Nisa:

“Kader itu seperti jembatan. Kalau ada temannya sakit, dia yang bantu cek suhu tubuh dulu, baru lapor ke perawat.”

Selain penyuluhan dan kaderisasi, dilakukan pula kegiatan gotong royong sanitasi lingkungan, seperti membersihkan kamar mandi, dapur, dan halaman pesantren. Santri dilibatkan langsung sebagai bentuk pembelajaran partisipatif. Partisipasi aktif dalam kegiatan

kesehatan akan meningkatkan kepedulian dan kemandirian individu terhadap kesehatan pribadinya (Notoatmodjo, 2020: 234).

Pemeriksaan kesehatan ringan dilakukan oleh tim kesehatan sebulan sekali, dan pada waktu tertentu dilakukan skrining penyakit tertentu, seperti anemia dan TBC. Setiap temuan dicatat dalam buku laporan Poskestren dan menjadi bahan evaluasi bagi kegiatan berikutnya.

3) Tahap Penutup Pelaksanaan

Tahap penutup dari pelaksanaan Poskestren di Ponpes Imam Syathibiy ditandai dengan kegiatan evaluasi rutin dan penyusunan laporan. Evaluasi dilakukan secara periodik dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan, termasuk santri, ustaz/ustazah, dan tenaga kesehatan dari puskesmas. Evaluasi ini menilai efektivitas kegiatan yang telah dilakukan serta mengidentifikasi kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya.

Hasil evaluasi kemudian dibahas dalam forum musyawarah internal pesantren, dan menjadi bahan untuk perbaikan pada siklus kegiatan selanjutnya.

“Kita biasanya bahas apa saja kegiatan yang berjalan baik, mana yang perlu diperbaiki, dan santri juga dilibatkan untuk menyampaikan pendapatnya,”.

Pada tahap penutup juga dilakukan penguatan komitmen kader dan pengelola untuk melanjutkan kegiatan Poskestren secara berkelanjutan. Penghargaan diberikan kepada kader aktif sebagai bentuk apresiasi dan motivasi. Hal ini sesuai dengan prinsip reward yang penting dalam manajemen sumber daya manusia (Dessler, 2013: 179).

Pembuatan dokumentasi kegiatan dalam bentuk laporan dan arsip foto juga dilakukan sebagai bagian dari administrasi program. Dokumen ini berguna untuk pelaporan ke dinas kesehatan serta sebagai bahan refleksi bagi pesantren dalam mengembangkan program kesehatan yang lebih baik.

Pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan upaya terstruktur dalam mendukung kesehatan santri melalui pendekatan edukatif dan partisipatif. Kegiatan pelaksanaan yang terdiri dari tahap awal, inti, dan penutup dijalankan dengan keterlibatan berbagai pihak dan pendekatan berbasis kebutuhan santri.

Keberhasilan pelaksanaan program ini menjadi bukti bahwa pesantren mampu menjadi institusi strategis dalam membentuk perilaku sehat dan mandiri bagi santri. Dengan penguatan struktur, peran kader, dan kerja sama dengan pihak luar, Poskestren diharapkan menjadi model pengembangan kemandirian santri dalam bidang kesehatan di lingkungan pesantren lainnya.

4. Evaluasi Poskestren

a. Evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Pelaksanaan evaluasi dalam manajemen program kesehatan di lingkungan pesantren merupakan proses strategis yang menentukan keberlanjutan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan berbasis komunitas. Evaluasi berperan sebagai alat pengendali, yang tidak hanya mencerminkan capaian program, tetapi juga mendeteksi permasalahan dalam proses pelaksanaan kegiatan. Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), evaluasi menjadi komponen integral untuk menjamin bahwa program-program kesehatan berjalan selaras dengan tujuan utama, yaitu mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

Di Pondok Pesantren Madinatul Quran, pelaksanaan evaluasi Poskestren difokuskan pada keefektifan program promotif dan preventif, keberfungsian alat kesehatan dasar, serta penguatan peran santri kader kesehatan. Proses ini bukan hanya administratif, tetapi juga melibatkan partisipasi aktif dari komunitas pesantren sebagai subjek sekaligus objek program.

Dalam pelaksanaannya, evaluasi ini memiliki enam indikator penting: dasar evaluasi, tujuan evaluasi, aspek evaluasi, jenis evaluasi, teknik evaluasi, dan kriteria evaluasi. Keenam indikator tersebut mencerminkan kompleksitas dan keseriusan manajemen Poskestren dalam menjaga mutu, akuntabilitas, serta daya adaptasi terhadap tantangan kesehatan remaja dan lingkungan pondok. Berikut uraian masing-masing indikator berdasarkan hasil penelitian lapangan dan wawancara mendalam.

1) Dasar Evaluasi Poskestren

Dasar pelaksanaan evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran dilandaskan pada kebutuhan internal dan eksternal lembaga untuk memastikan bahwa program kesehatan berjalan efektif dan sesuai sasaran. Evaluasi bukan hanya dilakukan sebagai formalitas laporan kegiatan, tetapi menjadi bagian dari sistem manajemen mutu pondok pesantren. Hasil wawancara dengan pengelola menyatakan bahwa dasar utama evaluasi adalah adanya kebutuhan untuk mengetahui keberhasilan program kesehatan yang telah dirancang setiap semester dan untuk merespon dinamika kebutuhan kesehatan santri. Ustaz Arfan menyebutkan,

“Evaluasi dilakukan karena kami ingin melihat apa yang sudah efektif, mana yang belum berjalan, dan kenapa, supaya program kesehatan ini bisa terus ditingkatkan kualitasnya”

Selain didorong oleh kebutuhan internal, evaluasi Poskestren juga merujuk pada regulasi dan pedoman dari instansi kesehatan setempat. Hal ini sesuai dengan Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas yang mendorong keterlibatan masyarakat dalam upaya kesehatan berbasis masyarakat, termasuk dalam kegiatan monitoring dan evaluasi (Kementerian Kesehatan RI., 2014: 8). Dalam konteks ini, evaluasi bukan sekadar refleksi internal, tetapi juga bentuk pertanggungjawaban kepada mitra eksternal.

Dasar pelaksanaan evaluasi juga dipengaruhi oleh nilai-nilai Islam yang dijadikan landasan pendidikan di pondok pesantren. Prinsip evaluasi dalam tradisi Islam dijadikan acuan untuk melakukan muhasabah terhadap kinerja dan proses pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi dalam konteks Poskestren tidak hanya bersifat teknokratis, tetapi juga spiritual. Sebagaimana dijelaskan bahwa evaluasi dalam manajemen pendidikan Islam merupakan bentuk kontrol yang berorientasi pada perbaikan terus-menerus (Syahrizal, 2020: 76).

Lebih lanjut, evaluasi Poskestren juga dilakukan berdasarkan perencanaan program sebelumnya. Evaluasi tidak dilakukan secara sporadis atau insidental, tetapi sebagai bagian dari siklus manajemen program yang dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi dan tindak lanjut. Hal ini sejalan dengan pandangan bahwa evaluasi yang efektif perlu didasarkan pada standar yang telah dirumuskan sebelumnya. Standar ini berfungsi sebagai tolak ukur capaian program (Robbins & Coulter, 2020: 420). Dengan demikian, dasar evaluasi di Madinatul Quran mengintegrasikan kebutuhan internal, pedoman eksternal, nilai Islam, dan siklus manajerial yang sistematis.

2) Tujuan Evaluasi Poskestren

Evaluasi dalam suatu kegiatan manajemen berfungsi sebagai instrumen penting untuk menjamin keberlangsungan dan perbaikan program. Di lingkungan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), evaluasi diarahkan tidak hanya untuk menilai output kegiatan, tetapi juga untuk memastikan kesesuaian pelaksanaan dengan tujuan awal serta prinsip-prinsip pendidikan pesantren. Dalam konteks Pondok Pesantren Madinatul Quran, kegiatan evaluasi dirancang sebagai sarana pembelajaran kelembagaan dan penguatan fungsi layanan kesehatan secara berkelanjutan.

Secara umum, evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran bertujuan untuk menilai efektivitas program yang sudah dijalankan dan memperbaiki kekurangan yang terjadi selama pelaksanaan. Evaluasi ini tidak hanya dilakukan oleh pengelola Poskestren, tetapi juga melibatkan santri kader kesehatan, ustadz pembimbing, serta mitra dari Puskesmas. Kegiatan evaluasi dilaksanakan setiap akhir semester sebagai bagian dari laporan kegiatan. Evaluasi juga bertujuan memberikan dasar obyektif dalam pengambilan keputusan untuk program kesehatan berikutnya.

Hasil wawancara dengan ketua pelaksana Poskestren menyebutkan bahwa tujuan utama evaluasi adalah agar kegiatan kesehatan di pesantren tidak hanya bersifat seremonial. Ia menyatakan,

“Kami melakukan evaluasi untuk melihat apakah kegiatan itu benar-benar memberi dampak kepada santri, bukan hanya sekadar formalitas program tahunan. Kita ingin santri jadi lebih paham pentingnya menjaga kesehatan, dan juga mandiri”

Pernyataan ini menegaskan bahwa orientasi utama dari evaluasi adalah untuk memastikan terwujudnya kemandirian santri dalam aspek perilaku hidup bersih dan sehat. Evaluasi digunakan untuk mengukur sejauh mana pendampingan dari petugas kesehatan berdampak terhadap kualitas layanan Poskestren. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa salah satu tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui efektivitas strategi pelaksanaan serta efisiensi pemanfaatan sumber daya (Arikunto & Jabar, 2018: 15). Evaluasi ini juga menjadi acuan dalam mengatur kembali jadwal pelatihan, penguatan kader, serta perencanaan ulang kegiatan promotif dan preventif.

Evaluasi Poskestren juga bertujuan untuk memberikan umpan balik (*feedback*) bagi seluruh elemen pelaksana, termasuk santri kader. Tujuan ini penting karena proses pengelolaan kesehatan berbasis pesantren bersifat partisipatif dan harus dijalankan dengan semangat tanggung jawab bersama. Menurut Stufflebeam dalam model CIPP

(*Context, Input, Process, Product*), evaluasi harus dimaksudkan untuk pengambilan keputusan secara komprehensif, bukan sekadar penilaian akhir (Stufflebeam & Zhang, 2017: 29). Dengan dasar ini, maka tujuan evaluasi di Poskestren Madinatul Quran mencakup dimensi edukatif, manajerial, dan pengembangan berkelanjutan.

3) Aspek Evaluasi Poskestren

Dalam kegiatan evaluasi Poskestren, pemilihan aspek yang dievaluasi menjadi unsur penting agar proses penilaian berjalan secara menyeluruh dan objektif. Aspek evaluasi mengacu pada bagian-bagian strategis dalam pelaksanaan program yang memiliki pengaruh langsung terhadap capaian tujuan. Dalam konteks pesantren, aspek-aspek yang dievaluasi tidak hanya mencakup teknis pelaksanaan, namun juga menyentuh dimensi edukatif, nilai-nilai keislaman, serta partisipasi santri sebagai subjek utama kegiatan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, aspek yang dievaluasi dalam program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran meliputi: 1) keaktifan kader santri dalam menjalankan tugas; 2) keberhasilan penyuluhan kesehatan; 3) pelaksanaan program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat); 4) keterlibatan guru dan musyrif dalam pendampingan kegiatan; 5) kerja sama dengan Puskesmas; dan 6) dokumentasi kegiatan. Keenam aspek ini menjadi indikator utama dalam menilai keberhasilan maupun kendala yang dihadapi selama pelaksanaan program.

Hal ini ditegaskan oleh salah satu informan dari pembina pesantren yang mengatakan,

“Yang kami evaluasi itu banyak, misalnya apakah santri kader aktif mengadakan penyuluhan, lalu apakah guru ikut mendampingi, dan bagaimana catatan kegiatan mereka. Dari situ bisa terlihat apakah programnya jalan atau tidak.”

Informasi ini menunjukkan bahwa pendekatan evaluatif dilakukan secara menyeluruh terhadap unsur pelaksana, proses, hingga hasil kegiatan.

Aspek-aspek tersebut selaras dengan pendekatan evaluasi berorientasi proses yang dikemukakan (Fitzpatrick, Sanders, & Worthen, 2011: 94), bahwa evaluasi yang efektif perlu menyentuh dimensi proses (*how things are done*), bukan hanya hasil akhir. Oleh karena itu, selain melihat apakah tujuan tercapai, aspek evaluasi juga mempertimbangkan kualitas pelaksanaan dan partisipasi pihak-pihak yang terlibat. Dengan kata lain, evaluasi di Poskestren Madinatul Quran dilakukan tidak semata-mata untuk memberi nilai, tetapi juga menjadi wahana pembelajaran bersama dan penjamin mutu program.

4) Jenis Evaluasi Poskestren

Evaluasi program pada dasarnya dapat dilakukan dalam berbagai jenis, tergantung pada tujuan, waktu pelaksanaan, dan ruang lingkungannya. Dalam praktiknya, evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran tidak hanya berorientasi pada hasil akhir (*sumatif*), tetapi juga dilakukan secara *formatif* di tengah pelaksanaan kegiatan. Evaluasi *formatif* bertujuan untuk memperbaiki jalannya kegiatan secara langsung, sedangkan evaluasi *sumatif* digunakan untuk menilai efektivitas keseluruhan program setelah pelaksanaannya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola Poskestren, diketahui bahwa jenis evaluasi yang dominan dilakukan adalah evaluasi *formatif* dan *sumatif* secara berkala. Evaluasi *formatif* dilakukan dalam bentuk monitoring rutin oleh pembina kesehatan santri, yang mencakup observasi kegiatan, laporan mingguan kader, dan diskusi reflektif antar pengurus. Sedangkan evaluasi *sumatif* dilaksanakan secara lebih menyeluruh setiap akhir semester dalam bentuk rapat evaluasi program. Ustaz Arfan menyampaikan;

“Kami biasanya melakukan evaluasi setiap minggu untuk lihat laporan kader. Lalu di akhir semester, kita buat rapat evaluasi untuk menilai semuanya, termasuk kendala dan rencana ke depan.”

Jenis evaluasi ini sesuai dengan yang dijelaskan bahwa evaluasi program pendidikan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu evaluasi awal (diagnostik), formatif, dan sumatif (Arikunto & Jabar, 2018: 36). Di Pondok Pesantren Madinatul Quran, evaluasi diagnostik atau awal umumnya tidak dilakukan secara formal, tetapi digantikan oleh hasil musyawarah awal tahun ajaran yang menentukan kebutuhan kesehatan santri. Hal ini menunjukkan bahwa jenis evaluasi yang diterapkan cenderung bersifat pragmatis dan adaptif terhadap kebutuhan institusi pesantren.

Dengan menggabungkan dua pendekatan evaluasi utama, Poskestren di Madinatul Quran dapat memantau proses secara berkelanjutan sekaligus menilai hasil keseluruhan kegiatan. Hal ini sejalan dengan pandangan (Scriven, 1991: 169) bahwa integrasi antara evaluasi formatif dan sumatif memberikan peluang yang lebih besar bagi perbaikan dan penjaminan mutu program. Oleh karena itu, pemilihan jenis evaluasi di pesantren ini mencerminkan kesadaran terhadap pentingnya keberlanjutan dan efektivitas program Poskestren dalam jangka panjang.

5) Teknik evaluasi

Teknik evaluasi yang digunakan oleh Poskestren Madinatul Quran mencerminkan pendekatan sederhana namun aplikatif, mengingat sumber daya yang tersedia dan karakteristik lingkungan pesantren. Secara umum, teknik evaluasi dilakukan secara informal dan terintegrasi dalam aktivitas keseharian. Berdasarkan hasil wawancara dengan Penanggung Jawab Poskestren, disebutkan bahwa:

“Kami biasanya menggunakan pendekatan observasi dan diskusi langsung dalam mengevaluasi kegiatan. Karena kami

tinggal bersama santri setiap hari, mudah bagi kami untuk melihat perubahan atau kebutuhan yang muncul dalam layanan kesehatan.”

Observasi langsung menjadi salah satu teknik evaluasi utama, karena memungkinkan pengurus Poskestren untuk memantau partisipasi santri dalam kegiatan kesehatan, kebersihan lingkungan, hingga kepatuhan terhadap protokol kesehatan. Teknik ini dinilai efektif karena memberikan gambaran yang konkret dan real time. Selain itu, adanya interaksi harian antara pengurus dan santri membuat proses evaluasi berjalan secara alami dan terus-menerus tanpa harus menunggu agenda formal.

Selain observasi, diskusi kelompok kecil atau *focus group discussion* (FGD) juga sering dimanfaatkan. FGD dilakukan dengan melibatkan para pengurus, perawat, dan kadang-kadang juga santri yang dianggap aktif dalam kegiatan Poskestren. Teknik ini memungkinkan pengumpulan umpan balik secara cepat dan langsung, serta dapat memunculkan ide-ide baru untuk pengembangan program. Teknik ini sesuai dengan pandangan (Arikunto, 2019: 213) bahwa diskusi kelompok dapat digunakan sebagai metode untuk mengumpulkan data kualitatif yang bersifat reflektif terhadap pelaksanaan program.

Teknik kuisioner atau angket belum digunakan secara sistematis karena keterbatasan kapasitas dalam merancang dan menganalisis instrumen tersebut. Namun demikian, dalam waktu-waktu tertentu, pengurus mencatat keluhan dan saran dari santri secara lisan atau melalui laporan informal dari para musyrif. Hal ini sejalan dengan pendapat yang mengatakan bahwa evaluasi dapat dilakukan melalui pendekatan yang disesuaikan dengan konteks dan kemampuan pelaksana, terutama dalam lingkungan pendidikan non-formal (Arikunto, 2013: 187).

Dengan demikian, teknik evaluasi di Poskestren Madinatul Quran lebih bersifat kualitatif, mengandalkan pengamatan dan dialog, yang dianggap paling sesuai dengan budaya pesantren. Meskipun belum menggunakan pendekatan evaluasi berbasis instrumen baku, namun pengurus Poskestren tetap berupaya untuk menciptakan sistem pemantauan yang efektif melalui pendekatan partisipatif dan kolaboratif.

6) Kriteria Evaluasi

Pada Poskestren Madinatul Quran, penyusunan kriteria evaluasi tidak dilakukan secara tertulis atau formal seperti dalam organisasi birokratis. Namun, terdapat sejumlah ukuran keberhasilan yang telah menjadi konsensus di antara pengurus. Kriteria tersebut umumnya bersifat praktis dan berkaitan langsung dengan tujuan kesehatan preventif dan promotif yang ingin dicapai. Misalnya, tingkat partisipasi santri dalam kegiatan kebersihan, jumlah santri yang terlibat dalam pelatihan kesehatan, dan penurunan kasus penyakit ringan di lingkungan pesantren.

Kriteria-kriteria tersebut disusun secara fleksibel dan diperbaharui berdasarkan dinamika serta kondisi aktual di lapangan. Dengan demikian, evaluasi Poskestren tidak bersifat kaku, melainkan adaptif dan reflektif terhadap kebutuhan komunitas. Hal ini mencerminkan pendekatan berbasis konteks (*context-based evaluation*) yang banyak digunakan dalam lingkungan pendidikan dan sosial kemasyarakatan, sebagaimana dijelaskan bahwa evaluasi kontekstual memungkinkan efektivitas program diukur dengan mempertimbangkan dinamika internal organisasi (Stufflebeam & Coryn, 2014; 97).

Hasil wawancara dengan koordinator Poskestren Madinatul Quran menunjukkan bahwa kriteria utama yang digunakan dalam mengevaluasi keberhasilan kegiatan adalah tingkat keaktifan santri

dalam program kesehatan dan adanya perubahan perilaku. Beliau menyampaikan:

"Kami lihat dari seberapa aktif para santri terlibat, misalnya di kegiatan bersih lingkungan, atau saat pelatihan tentang pertolongan pertama. Kalau mereka aktif dan mulai peduli, itu sudah jadi indikator keberhasilan kami."

Selain tingkat partisipasi, kriteria lain yang digunakan adalah efektivitas pelaksanaan program dilihat dari waktu pelaksanaan yang tepat, kesesuaian dengan jadwal kegiatan pesantren, serta tersampainya materi kepada peserta secara utuh. Misalnya, pelatihan cuci tangan yang dilakukan sebelum musim penghujan dinilai lebih tepat guna. Pengurus menilai keberhasilan pelatihan tidak hanya dari kehadiran santri, tetapi juga dari apakah kebiasaan hidup bersih benar-benar terbentuk pasca kegiatan.

Kemudian, indikator keberhasilan lain yang menjadi kriteria adalah jumlah keluhan atau kasus penyakit yang muncul dalam kurun waktu tertentu. Jika dalam satu bulan, catatan musyrif menunjukkan penurunan keluhan sakit kepala, batuk, atau flu ringan, maka kegiatan Poskestren dianggap berhasil. Ukuran ini meskipun tidak berbasis data epidemiologis yang detail, namun cukup mencerminkan kondisi kesehatan umum santri dalam keseharian.

Kriteria tambahan yang dipakai secara informal adalah adanya keterlibatan aktif dari para musyrif, asatidz, dan pengurus pondok dalam mendukung kegiatan Poskestren. Jika kegiatan hanya dilakukan oleh tim Poskestren tanpa dukungan lingkungan, maka dianggap kurang berhasil. Sejalan dengan pendapat yang mengatakan bahwa, keberhasilan program pendidikan dan kesehatan sangat dipengaruhi oleh dukungan seluruh komponen lembaga dan komunitas (Fitzpatrick et al., 2011: 165).

b. Evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syathiby

Evaluasi merupakan bagian integral dari siklus manajemen yang tidak dapat dipisahkan dari perencanaan dan pelaksanaan. Dalam konteks Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), evaluasi memiliki peran penting untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan yang telah dirancang dan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, serta dapat memberikan manfaat optimal bagi santri dan lingkungan pesantren. Evaluasi juga berfungsi sebagai dasar bagi pengambilan keputusan strategis dalam rangka perbaikan berkelanjutan pelayanan kesehatan di lingkungan pesantren.

Pelaksanaan evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby dilakukan secara berkala dengan memperhatikan berbagai aspek penting, mulai dari dasar hukum dan kebutuhan internal lembaga, hingga tujuan dan teknik evaluasi yang digunakan. Kegiatan evaluasi ini tidak hanya dilakukan secara formal melalui pelaporan, tetapi juga berlangsung secara informal melalui pengamatan langsung, diskusi rutin dengan tim Poskestren, serta umpan balik dari para santri dan asatidz (pengajar).

Untuk memahami bagaimana Poskestren di pesantren ini melakukan evaluasi terhadap program kesehatannya, diperlukan analisis terhadap enam indikator utama: dasar evaluasi, tujuan evaluasi, aspek evaluasi, jenis evaluasi, teknik evaluasi, dan kriteria evaluasi. Uraian berikut ini menyajikan hasil penelitian kualitatif lapangan berdasarkan wawancara, observasi, dan dokumentasi yang dilakukan di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby Bogor.

1) Dasar Evaluasi Poskestren

Dasar evaluasi pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby bertumpu pada kesadaran kolektif akan pentingnya pelayanan kesehatan berbasis pesantren yang efektif dan efisien. Hal ini diperkuat oleh kebutuhan internal untuk memastikan keberlanjutan program serta kebermanfaatannya

terhadap santri sebagai sasaran utama. Selain itu, keberadaan regulasi dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian Agama terkait Poskestren juga menjadi landasan hukum dan administratif dalam pelaksanaan evaluasi. Regulasi tersebut mengamanatkan bahwa Poskestren harus menjalankan fungsi promotif, preventif, dan kuratif secara terukur dan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2020: 14).

Wawancara dengan pengelola Poskestren mengungkapkan bahwa dasar utama evaluasi bersumber dari dua hal: pertama, amanah lembaga terhadap upaya menjaga kesehatan santri yang sejalan dengan nilai-nilai agama; kedua, sebagai upaya perbaikan berkelanjutan dalam menjalankan program kesehatan. Beliau menyatakan:

"Kami evaluasi karena ingin memastikan apa yang kita lakukan benar-benar membawa manfaat. Kalau ada kekurangan, kita perbaiki. Semua ini amanah".

Observasi peneliti di lapangan menunjukkan bahwa evaluasi seringkali dilakukan setelah penyelenggaraan kegiatan tertentu seperti penyuluhan kesehatan, pengobatan gratis, atau pemeriksaan rutin. Meski belum terdokumentasi secara formal, namun pola evaluasi tersebut menunjukkan adanya dasar logis dan kebutuhan riil untuk melihat sejauh mana kegiatan berdampak langsung terhadap santri dan pesantren. Evaluasi juga didasari oleh hasil musyawarah tim internal pesantren, yang meninjau pelaksanaan kegiatan berdasarkan laporan dari petugas Poskestren.

Dalam perspektif manajemen pendidikan dan kesehatan, dasar evaluasi merupakan elemen penting yang menentukan keberlanjutan sebuah program. Evaluasi yang kuat secara konseptual mesti berakar pada kebutuhan organisasi dan tujuan strategisnya (George & Jones, 2000: 229). Dengan demikian, dasar evaluasi yang dibangun oleh Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan bahwa

Poskestren tidak sekadar menjadi program pelengkap, tetapi menjadi bagian integral dari sistem pengasuhan dan pendidikan santri berbasis kesehatan.

2) Tujuan Evaluasi Poskestren

Evaluasi terhadap pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby memiliki beberapa tujuan strategis yang berkaitan langsung dengan peningkatan mutu layanan kesehatan berbasis pesantren. Tujuan tersebut antara lain untuk menilai efektivitas program, mengidentifikasi kendala pelaksanaan, serta sebagai dasar pengambilan keputusan dalam perbaikan kegiatan di masa mendatang. Pimpinan pesantren menyampaikan bahwa evaluasi juga dilakukan untuk memastikan bahwa seluruh program kesehatan mendukung tercapainya kemandirian santri, baik secara fisik, psikis, maupun sosial. Hal ini selaras dengan pandangan bahwa evaluasi merupakan proses sistematis untuk memastikan bahwa luaran organisasi sejalan dengan tujuannya (Robbins & Coulter, 2018: 182).

Berdasarkan hasil wawancara, Ustaz Jejen menyatakan,

“Evaluasi Poskestren ini agar kita tahu apa yang harus diperbaiki. Kita ingin santri punya kesadaran hidup sehat dan tidak tergantung terus-menerus kepada petugas. Itu butuh evaluasi rutin”.

Dari kutipan tersebut tampak bahwa evaluasi tidak hanya ditujukan pada keberhasilan kegiatan, tetapi juga diarahkan pada capaian pembentukan karakter dan kemandirian santri.

Tujuan lain dari evaluasi adalah meningkatkan efisiensi pelaksanaan kegiatan. Melalui evaluasi, pesantren dapat mengetahui apakah kegiatan yang dilakukan selama ini relevan dengan kebutuhan santri dan seberapa besar dampaknya terhadap perubahan perilaku kesehatan mereka. Hal ini sejalan dengan teori evaluasi pendidikan (Worthen & Sanders, 2011: 45), bahwa salah satu tujuan utama

evaluasi adalah *decision making*, yakni menyediakan informasi yang valid dan reliabel untuk perbaikan program.

Secara keseluruhan, evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby ditujukan untuk menjaga kesinambungan program, menjamin ketercapaian indikator kemandirian santri, serta menyempurnakan mekanisme pelaksanaan program kesehatan. Tujuan ini bukan hanya bersifat administratif, tetapi mencerminkan integrasi antara visi kesehatan dengan visi pendidikan dan pembinaan pesantren secara menyeluruh.

3) Aspek Evaluasi Poskestren

Dalam pelaksanaan evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, beberapa aspek penting menjadi fokus utama pengukuran dan pengamatan. Aspek-aspek ini mencakup input (sumber daya manusia dan sarana), proses (mekanisme kegiatan), output (hasil kegiatan), serta outcome (dampak terhadap perilaku hidup bersih dan sehat santri). Evaluasi yang menyeluruh terhadap keempat aspek ini dimaksudkan agar Poskestren dapat berjalan secara optimal dan berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyebutkan bahwa aspek evaluasi program pendidikan mencakup input, proses, output, dan outcome untuk menilai efektivitas keseluruhan suatu program (Arikunto & Jabar, 2018: 37). Hasil wawancara dengan pengelola Poskestren menunjukkan bahwa aspek input menjadi perhatian utama, terutama ketersediaan tenaga kesehatan internal dan sarana pendukung kesehatan seperti kotak P3K, lemari obat, dan ruang observasi. Ustaz Jejen menyatakan:

“Kami menilai apakah sarana dan orang yang terlibat sudah cukup. Misalnya, kalau tidak ada tenaga kesehatan perempuan, maka evaluasi harus mencatat itu”.

Aspek proses menjadi perhatian selanjutnya, mencakup pelaksanaan edukasi kesehatan, pemantauan rutin kesehatan santri, serta keterlibatan santri dalam kegiatan Poskestren. Evaluasi dilakukan

untuk mengetahui konsistensi dan keberlangsungan pelaksanaan program. Hal ini diperkuat oleh temuan dari staf pesantren, yang menyebutkan bahwa keterlibatan santri masih perlu ditingkatkan dalam kegiatan mandiri seperti pengecekan suhu tubuh dan menjaga kebersihan kamar. Evaluasi proses berfungsi untuk mengidentifikasi titik-titik lemah dalam pelaksanaan teknis kegiatan yang berdampak pada pencapaian tujuan.

Sementara itu, evaluasi aspek output dan outcome lebih diarahkan untuk melihat sejauh mana perubahan positif terjadi pada santri setelah mengikuti program Poskestren. Salah satu indikator outcome yang diamati adalah peningkatan kesadaran santri terhadap kesehatan, seperti disiplin dalam mencuci tangan, menggunakan sandal di kamar mandi, atau kesanggupan memberikan pertolongan pertama ringan. Perawat Nisa menyebutkan,

“Dari evaluasi, kita melihat bahwa santri kelas akhir sudah mulai bisa menolong teman yang demam ringan. Itu dampak dari pelatihan.”

Dengan mengevaluasi aspek input, proses, output, dan outcome secara sistematis, Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby dapat menjaga kualitas pelayanan dan mengarahkan program pada pencapaian kemandirian santri yang ideal dalam bidang kesehatan. Evaluasi aspek-aspek ini juga berfungsi sebagai bahan masukan untuk pengambilan kebijakan internal dan koordinasi dengan dinas kesehatan atau mitra eksternal.

4) Jenis Evaluasi Poskestren

Dalam praktiknya, Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menerapkan berbagai jenis evaluasi yang digunakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan dan tujuan pemantauan. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, jenis evaluasi yang paling dominan dilakukan adalah evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif digunakan untuk melihat progres program secara

berkala, sementara evaluasi sumatif dilakukan pada akhir periode tertentu untuk menilai efektivitas keseluruhan program yang telah dijalankan. Hal ini sesuai dengan pendapat yang menyatakan bahwa jenis evaluasi dalam konteks program sosial meliputi evaluasi formatif, sumatif, kontekstual, dan implementatif (Stufflebeam & Coryn, 2014: 25).

Evaluasi formatif biasanya dilakukan setiap akhir bulan oleh tim pengelola Poskestren dan guru pendamping. Tim melakukan pengumpulan data terkait jumlah kasus kesehatan santri, ketersediaan obat-obatan, serta pelaksanaan penyuluhan kesehatan. Ustaz Jejen menyatakan,

“Kita biasa evaluasi di akhir bulan, dari laporan petugas kebersihan atau ketua kamar juga. Ini formatif, kita nilai mana yang sudah jalan dan mana yang belum”.

Evaluasi ini membantu tim dalam memperbaiki program secara cepat dan tepat sebelum muncul masalah yang lebih besar.

Sementara itu, evaluasi sumatif dilakukan setiap akhir semester atau tahun ajaran dengan melibatkan pimpinan pesantren. Fokus dari evaluasi sumatif adalah menilai capaian keseluruhan Poskestren, seperti efektivitas kegiatan promosi kesehatan, angka kejadian sakit yang menurun, atau adanya peningkatan pengetahuan santri dalam pertolongan pertama. Ustaz Jejen menyampaikan,

“Kami pernah mengundang petugas dari puskesmas untuk mengevaluasi kegiatan selama satu tahun. Dari situ kita tahu perlu menambah pelatihan untuk pengurus santri”

Selain dua jenis tersebut, ditemukan pula penerapan evaluasi kontekstual dan diagnostik dalam bentuk penyesuaian kegiatan berdasarkan kondisi lingkungan pesantren. Misalnya, saat terjadi wabah flu ringan di pesantren, tim Poskestren melakukan evaluasi terhadap kebiasaan sanitasi dan ventilasi ruangan. Evaluasi jenis ini bersifat situasional dan digunakan sebagai respon terhadap kondisi

yang mendesak. Evaluasi kontekstual bertujuan memahami kondisi sekitar untuk menyesuaikan kegiatan program agar tetap relevan dan efektif (Owen, 2010: 92).

Dengan penerapan berbagai jenis evaluasi tersebut, Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby mampu mempertahankan relevansi program, meningkatkan kualitas pelaksanaan kegiatan, serta memastikan bahwa hasil dari kegiatan benar-benar berkontribusi terhadap tujuan utama, yakni mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

5) Teknik Evaluasi Poskestren

Dalam pelaksanaan evaluasi Poskestren, teknik evaluasi yang digunakan oleh pengelola di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby cenderung bersifat kualitatif dengan pendekatan partisipatif. Evaluasi dilakukan melalui teknik wawancara informal, observasi langsung, diskusi kelompok, serta telaah dokumen dan laporan kegiatan. Teknik ini digunakan karena menyesuaikan dengan budaya pesantren yang lebih mengedepankan pendekatan kekeluargaan dan keterlibatan aktif para santri serta pengurus. Teknik evaluasi dalam program sosial dapat bersifat fleksibel, dengan pendekatan kualitatif lebih menonjol untuk memahami dinamika, perilaku, dan respons peserta secara holistik (Sugiyono, 2019: 222).

Wawancara informal menjadi teknik utama yang digunakan oleh pengelola Poskestren. Pengurus Poskestren rutin melakukan percakapan dengan para santri, musyrif, dan petugas kebersihan untuk menggali informasi mengenai kondisi kesehatan dan kebersihan lingkungan pesantren. Perawat Nisa mengatakan:

“Kita tanya langsung ke anak-anak, ke kamar-kamar. Tanya apa ada yang sakit, obatnya ada, dan bagaimana kebersihannya. Ini lebih efektif karena mereka lebih terbuka”

Teknik ini memungkinkan terjadinya interaksi yang alami dan mempermudah deteksi dini terhadap potensi masalah kesehatan.

Teknik observasi langsung juga digunakan untuk menilai kebersihan lingkungan, pemanfaatan fasilitas kesehatan, serta perilaku hidup bersih dan sehat di kalangan santri. Pengelola Poskestren melakukan inspeksi rutin ke kamar mandi, tempat wudhu, dapur, dan tempat tidur santri. Observasi ini dilakukan tidak secara formal, tetapi terjadwal dan tercatat sebagai bagian dari laporan mingguan. Seperti dikatakan Ustaz Jejen,

“Saya dan ustaz lainnya punya jadwal memeriksa asrama dan fasilitas. Biasanya sambil patroli malam atau pagi. Ini jadi bagian dari penilaian Poskestren juga”.

Selain itu, telaah dokumen seperti buku laporan kegiatan, data kunjungan santri ke ruang kesehatan, dan notulen rapat menjadi teknik evaluasi administratif yang dilakukan secara berkala. Dokumen-dokumen ini membantu dalam menilai konsistensi pelaksanaan program dan tindak lanjut dari temuan lapangan. Teknik ini menguatkan temuan dari wawancara dan observasi serta memperkuat akuntabilitas kegiatan Poskestren. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa evaluasi yang baik menggabungkan data verbal, perilaku, dan dokumen tertulis untuk memperoleh gambaran menyeluruh tentang efektivitas program (Arikunto & Jabar, 2018: 131).

Dengan menerapkan berbagai teknik evaluasi tersebut secara terpadu, pengelola Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby mampu memperoleh data yang valid dan kontekstual untuk pengambilan keputusan yang tepat. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan santri, tetapi juga memperkuat keterlibatan seluruh elemen pesantren dalam menjaga dan mengembangkan budaya hidup sehat secara mandiri.

6) Kriteria Evaluasi Poskestren

Kriteria evaluasi yang digunakan dalam pengelolaan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby disusun secara sederhana namun substantif, berdasarkan capaian nyata dalam pelaksanaan program kesehatan santri. Beberapa kriteria utama yang menjadi tolok ukur evaluasi antara lain: tingkat partisipasi santri dalam kegiatan Poskestren, keberlanjutan kegiatan promosi kesehatan, ketersediaan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan, serta perubahan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) santri secara menyeluruh. Kriteria evaluasi yang efektif harus menggambarkan keberhasilan program dalam hal efisiensi, efektivitas, dampak, dan kesinambungan (Stufflebeam & Zhang, 2017: 98).

Kriteria pertama yang dijadikan indikator keberhasilan adalah partisipasi aktif santri dalam program kesehatan. Kegiatan seperti penyuluhan, gotong royong bersih lingkungan, dan pemeriksaan kesehatan rutin dinilai berdasarkan jumlah dan antusiasme peserta. Perawat Nisa menyebutkan,

“Kami anggap kegiatan berhasil jika santri ikut aktif, bukan sekadar hadir. Kalau mereka ikut bicara, bertanya, dan mau praktik, itu berarti programnya masuk ke mereka”.

Kriteria kedua adalah keberlanjutan dan konsistensi pelaksanaan program kesehatan. Evaluasi dilakukan untuk memastikan bahwa kegiatan seperti pemeriksaan rutin, pembinaan kader santri sehat, dan edukasi kesehatan tidak hanya bersifat insidental tetapi berjalan secara terjadwal dan terdokumentasi. Hal ini menunjukkan bahwa Poskestren tidak sekadar program seremonial, tetapi menjadi bagian dari sistem pendidikan dan pembinaan santri. Ustaz Jejen menyampaikan,

“Kami cek apakah kegiatan berjalan rutin, ada jadwal, ada yang bertanggung jawab, dan ada hasilnya. Itu semua jadi dasar untuk menilai apakah Poskestren benar-benar jalan”.

Kriteria ketiga adalah perubahan perilaku santri dalam menerapkan prinsip PHBS. Hal ini dinilai melalui observasi keseharian santri, seperti membiasakan cuci tangan pakai sabun, menjaga kebersihan kamar, memilah sampah, serta menjaga pola makan dan istirahat. Kriteria ini dinilai secara kualitatif, namun menjadi indikator penting atas keberhasilan Poskestren dalam mendidik kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Perubahan perilaku inilah yang menjadi target jangka panjang dari implementasi Poskestren, sebagaimana dijelaskan bahwa perubahan perilaku adalah indikator paling nyata dari keberhasilan program pendidikan kesehatan (Sadirman, 2021: 45).

Kriteria-kriteria tersebut digunakan secara fleksibel namun konsisten untuk mengevaluasi setiap aspek dari pelaksanaan Poskestren. Pengelola tidak hanya fokus pada hasil akhir, tetapi juga pada proses, keterlibatan, dan dampak program bagi seluruh warga pesantren. Pendekatan ini memungkinkan evaluasi berjalan secara komprehensif, adaptif, dan kontekstual sesuai dengan karakteristik pesantren sebagai lembaga pendidikan berbasis agama dan komunitas.

Berdasarkan hasil penelitian di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, dapat disimpulkan bahwa evaluasi Poskestren dilakukan secara sistematis namun tetap kontekstual dengan karakteristik pesantren. Enam indikator utama—dasar, tujuan, aspek, jenis, teknik, dan kriteria evaluasi—telah diimplementasikan secara terpadu untuk memastikan efektivitas program. Meskipun belum seluruhnya menggunakan pendekatan evaluasi modern secara formal, namun pengelola pesantren telah menunjukkan pemahaman yang cukup tentang pentingnya evaluasi dalam rangka memperkuat manajemen dan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Temuan ini mendukung relevansi model manajemen Poskestren berbasis komunitas dalam mewujudkan pesantren yang sehat, mandiri, dan berkelanjutan.

5. Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren

a. Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Manajemen Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menghadapi sejumlah kendala yang bersifat struktural, kultural, dan teknis dalam upayanya mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Meskipun pesantren ini telah memiliki struktur Poskestren yang terorganisasi dan beberapa program kesehatan dasar, namun masih terdapat tantangan yang menghambat efektivitas pelaksanaan program secara menyeluruh. Kendala-kendala ini muncul dari keterbatasan sumber daya manusia, minimnya dukungan fasilitas, serta keterbatasan pemahaman santri terhadap pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Salah satu kendala utama yang ditemukan adalah keterbatasan tenaga kesehatan internal. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu ustaz Arfan, diketahui bahwa Poskestren sulitnya mencari perawat tetap penanggungjawab Poskestren:

“Selama ini, kami kesulitan memenuhi jumlah perawat tetap, kami saat ini telah memiliki satu perawat, kalau ada halangan tidak ada yang menggantikan.”

Kekurangan tenaga kesehatan tetap menyebabkan layanan Poskestren tidak dapat berjalan secara optimal, terutama dalam aspek promotif dan preventif. Keadaan ini sejalan dengan pandangan bahwa salah satu penyebab rendahnya efektivitas organisasi adalah ketidaksesuaian antara jumlah dan kompetensi sumber daya manusia dengan kebutuhan institusi (Robbins & Coulter, 2020: 104).

Kendala lain adalah alokasi anggaran khusus untuk kegiatan kesehatan santri. Anggaran Poskestren masih menjadi bagian kecil dari alokasi dana operasional pondok secara keseluruhan. Akibatnya, kegiatan penyuluhan kesehatan maupun penyediaan alat kesehatan dan obat-obatan menjadi terbatas.

Selain kendala struktural, ditemukan juga hambatan dari sisi perilaku dan budaya santri. Beberapa santri masih menganggap bahwa sakit adalah bagian dari ujian spiritual yang tidak perlu dihindari, sehingga enggan melakukan pencegahan atau pemeriksaan dini. Perawat Yudia mengungkapkan:

“Kadang santri menganggap kalau sakit itu biasa saja, bahkan ada yang bilang 'lebih baik istirahat sakit daripada ikut kegiatan'. Ini jadi tantangan buat kami.”

Hal ini sesuai dengan teori perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2018: 167), yang menyebutkan bahwa persepsi individu sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan, dan persepsi ini dibentuk oleh nilai-nilai budaya, agama, serta lingkungan sosial.

Dalam merespon kendala-kendala tersebut, pengelola Poskestren mulai merumuskan beberapa solusi strategis. Pertama, dilakukan pendekatan kolaboratif dengan kampus kesehatan. Kedua, dilakukan integrasi materi PHBS ke dalam pembinaan akhlak dan tafsir tematik tentang kebersihan, guna membentuk kesadaran religius-saniter dalam kehidupan santri.

Pendekatan solusi strategis ini sejalan dengan konsep manajemen strategis berbasis keunggulan lokal sebagaimana dijelaskan bahwa organisasi perlu mengenali dan memanfaatkan sumber daya lokal yang tersedia untuk menciptakan strategi adaptif yang berkelanjutan (Wheelen & Hunger, 2020: 213). Strategi ini dianggap realistis dan kontekstual dalam lingkungan pesantren yang terbatas secara finansial namun kuat secara sosial dan religius.

Dengan demikian, meskipun masih dihadapkan pada berbagai kendala, Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah menunjukkan langkah-langkah konkret dalam mengembangkan Poskestren yang mendukung kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Pendekatan

kolaboratif, kontekstual, dan berbasis nilai-nilai keislaman menjadi kekuatan utama dalam merumuskan solusi strategis ke depan.

b. Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syathiby

Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) di Pondok Pesantren Imam Asy Syathiby telah berupaya menjalankan fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam bingkai nilai-nilai Islam. Namun, dalam implementasinya terdapat sejumlah kendala yang menghambat optimalisasi peran Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Kendala ini tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga menyentuh aspek struktural dan keterbatasan dalam perumusan kebijakan dan monitoring.

Pemahaman mengenai kendala ini sangat penting karena menjadi dasar bagi penyusunan strategi yang lebih adaptif dan kontekstual. Melalui wawancara mendalam dan observasi lapangan, ditemukan bahwa meskipun semangat pengabdian tinggi di kalangan pengurus dan santri, namun belum semua komponen mendukung secara sistematis keberlangsungan program kesehatan. Aspek kolaborasi dengan tenaga medis luar, pelatihan kader santri, serta ketersediaan fasilitas menjadi perhatian utama.

Dari sudut pandang teoritik, manajemen strategis menekankan pentingnya proses identifikasi masalah sebagai tahap awal dalam penyusunan strategi yang efektif (David & David, 2017: 92). Oleh karena itu, bagian ini akan mengelaborasi kendala-kendala utama dalam pengelolaan Poskestren Madinatul Quran, disertai dengan rumusan solusi strategis berbasis kekuatan internal pesantren dan potensi eksternal yang dapat dimobilisasi.

Kendala utama yang dihadapi Poskestren Imam Asy Syatiby adalah kurangnya dokumentasi dan sistem evaluasi yang sistematis. Kegiatan Poskestren berjalan dengan semangat dan niat baik, namun belum diiringi dengan pencatatan yang tertib mengenai program yang

telah dijalankan, partisipasi santri, maupun dampaknya. Ini berdampak pada lemahnya landasan pengambilan keputusan dan kesulitan dalam melaporkan perkembangan program secara periodik.

Menghadapi kendala tersebut, Poskestren Imam Asy Syathiby mulai merumuskan sejumlah solusi strategis berbasis kolaboratif dan kontekstual. Salah satunya adalah memperkuat kemitraan dengan Puskesmas setempat. Upaya ini bertujuan untuk mendampingi kader santri dalam pengelolaan kasus kesehatan, sekaligus menjadi jembatan rujukan yang cepat dan aman.

Solusi berikutnya adalah mengembangkan program pelatihan kader santri secara berkala dengan materi dasar pertolongan pertama, edukasi kesehatan, dan manajemen Poskestren. Pelatihan ini dapat dilakukan bekerja sama dengan institusi kesehatan atau organisasi profesi seperti PPNI atau IDI. Pendekatan ini juga sejalan dengan prinsip pemberdayaan yang menjadi bagian penting dalam teori manajemen strategis berbasis sumber daya (*resource-based view*) (Barney & Hesterly, 2019: 117).

Untuk mengatasi kendala dokumentasi, pengurus mulai menyusun format pencatatan kegiatan dan laporan bulanan sederhana. Langkah ini diharapkan mampu menjadi basis data awal yang memudahkan proses evaluasi dan pengembangan program. Dokumentasi juga menjadi salah satu indikator penting dalam akreditasi lembaga pendidikan dan layanan kesehatan berbasis komunitas.

Solusi strategis lainnya akan membentuk Forum Kesehatan Santri, yaitu wadah komunikasi dan inisiatif santri dalam menyuarakan gagasan serta menjadi agen perubahan perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan pesantren. Langkah ini mendukung prinsip partisipasi aktif dalam pendidikan kesehatan berbasis komunitas (L. Green & Kreuter, 2005: 45), serta memperkuat aspek kemandirian secara internal.

C. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Perencanaan Program Poskestren

a. Perencanaan Program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

1) Dasar Pertimbangan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dasar perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an didasarkan pada kebutuhan nyata di lingkungan pesantren, khususnya tingginya angka santri yang mengalami gangguan kesehatan ringan hingga sedang. Dalam kurun waktu tiga bulan, tercatat lebih dari 40 kasus santri yang mengalami sakit, terutama pada musim pancaroba. Realitas ini menunjukkan adanya urgensi akan sistem kesehatan internal yang responsif dan berbasis edukasi preventif. Dalam praktiknya, perencanaan muncul sebagai respons spontan terhadap kebutuhan dan belum sepenuhnya tersusun dalam dokumen formal rencana strategis kesehatan berbasis pesantren.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kondisi aktual di lapangan dengan teori perencanaan program kesehatan komunitas dalam model *precede-proceed* (L. Green & Kreuter, 2005: 78). Menurut teori ini, perencanaan idealnya diawali oleh analisis sosial, epidemiologis, dan edukatif yang terstruktur, bukan sekadar reaksi terhadap masalah yang muncul. Namun di pesantren Madinatul Qur'an, pendekatan tersebut cenderung bersifat praktis dan belum sepenuhnya sistematis.

Lebih lanjut, perencanaan yang efektif dalam organisasi berbasis komunitas harus mencakup *need assessment* yang komprehensif dan terdokumentasi. Hal ini penting agar setiap keputusan yang diambil berbasis data dan berorientasi jangka panjang (Robbins & Coulter, 2018: 155). Fakta di lapangan menunjukkan bahwa meskipun kebutuhan telah dikenali dan direspons, namun *need assessment* tersebut belum tersusun secara formal dalam laporan tertulis atau roadmap Poskestren.

Temuan ini senada dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa sebagian besar pesantren belum memiliki rencana strategis kesehatan yang terdokumentasi, dan hanya mengandalkan intuisi serta pengalaman pengelola dalam merespons permasalahan kesehatan santri (Syahrani, Hasanah, & Fitriana, 2021: 114). Bahkan, kurangnya pelatihan manajemen perencanaan kesehatan menjadi salah satu faktor lemahnya sistem kesehatan di pesantren (Yusniah & Wahyuni, 2022: 80).

Sementara itu, studi lain menunjukkan bahwa pendekatan perencanaan berbasis kebutuhan dan partisipatif menghasilkan sistem kesehatan yang lebih berkelanjutan di lingkungan berbasis asrama (Maulidah, Ramdhan, & Fikri, 2023; 135). Keterlibatan guru, santri, dan tenaga kesehatan sejak awal perencanaan terbukti meningkatkan rasa kepemilikan dan efektivitas pelaksanaan program.

Dalam konteks tersebut, Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah memenuhi sebagian prinsip partisipatif, di mana pihak HRD dan divisi kesehatan melakukan pengamatan dan konsultasi internal, tetapi belum sampai pada pelibatan formal seluruh stakeholder termasuk wali santri dan tenaga kesehatan profesional luar pesantren. Hal ini sejalan dengan temuan yang menegaskan bahwa pelibatan multi-pihak dalam tahap perencanaan menjadi indikator kunci dalam kesuksesan program kesehatan komunitas di lembaga pendidikan keagamaan (D. Mulyadi & Rachman, 2021: 147).

Dari sisi regulasi, Permenkes No. 84 Tahun 2020 tentang Standar Pos Kesehatan Pesantren menekankan bahwa pendirian Poskestren harus diawali oleh *assessment* kebutuhan berbasis data kesehatan santri serta potensi kader kesehatan internal. Fakta bahwa perencanaan di Madinatul Qur'an belum sepenuhnya berdasarkan data kuantitatif dan terdokumentasi mengindikasikan adanya ruang perbaikan agar program Poskestren lebih selaras dengan kebijakan nasional.

Dengan demikian, pembentukan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah memenuhi prinsip awal dari pendekatan partisipatif dan responsif, namun masih belum optimal dalam aspek formalitas perencanaan strategis yang berlandaskan analisis situasi, data kesehatan, dan kebijakan nasional. Untuk mengatasi kesenjangan ini, diperlukan pelatihan dan pendampingan perencanaan berbasis evidence bagi pengelola pesantren.

2) Tujuan Perencanaan Poskestren

Perumusan tujuan dalam perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah menunjukkan adanya kesadaran manajerial yang cukup kuat terhadap pentingnya arah program kesehatan pesantren. Tujuan-tujuan seperti memberikan layanan dasar kesehatan, meningkatkan kesadaran hidup sehat, membina kemandirian santri dalam kebersihan diri, serta membentuk karakter peduli kesehatan, menunjukkan pendekatan holistik dan edukatif. Ini selaras dengan pandangan bahwa tujuan organisasi harus mencerminkan respon terhadap kondisi lingkungan serta aspirasi pemangku kepentingan (Stoner, Freeman, & Gilbert, 2013: 174).

Namun, terdapat kesenjangan yang cukup signifikan antara perumusan tujuan tersebut dengan kerangka teori manajemen strategis berbasis pendekatan logis dan sistematis. Sebagai contoh, tujuan-tujuan tersebut belum dituangkan secara tertulis dalam dokumen perencanaan atau roadmap jangka menengah dan panjang, padahal literatur menekankan pentingnya dokumentasi sebagai alat kontrol dan evaluasi. Banyak program kesehatan di lingkungan pesantren tidak memiliki dokumen tertulis yang jelas, sehingga pelaksanaannya bergantung pada pemahaman lisan dan kepribadian pemimpin program (N. A. Putri & Kurniawan, 2023: 74).

Selain itu, tujuan yang telah dirumuskan cenderung bersifat normatif dan belum dirancang dengan indikator yang terukur sebagaimana pendekatan SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant,*

Time-bound). Padahal, perencanaan strategis berbasis kesehatan masyarakat menekankan pentingnya tujuan yang operasional dan dapat dievaluasi. Sebagaimana diungkap bahwa, penguatan manajemen program kesehatan berbasis komunitas memerlukan integrasi antara visi normatif dan parameter kinerja terukur sebagai landasan pengambilan keputusan (L. Fitriyani, Sulaiman, & Ramadhan, 2022: 39).

Dari perspektif Islam, tujuan yang berorientasi pada pembentukan *insan kamil* sangat relevan dan sejalan dengan apa yang diidealkan (Wahyudi, 2020: 46). Namun, pendekatan spiritual ini perlu diintegrasikan lebih sistematis ke dalam struktur program agar tidak hanya menjadi inspirasi nilai, melainkan juga arah kebijakan yang konkret. Pendidikan kesehatan berbasis nilai Islam di pesantren cenderung bersifat simbolik dan tidak masuk dalam kurikulum formal atau program kesehatan harian (R. A. Sari & Zulfikar, 2022: 91).

Selain itu, perumusan tujuan yang berorientasi pada karakter santri sehat dan mandiri juga sejalan dengan konsep promotif dan preventif dalam kebijakan kesehatan nasional. Namun demikian, belum tampak adanya sinkronisasi dengan standar program kesehatan remaja dari Kemenkes atau Dinas Kesehatan setempat. Studi menunjukkan bahwa Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) yang memiliki keselarasan tujuan dengan regulasi nasional cenderung lebih mudah mendapatkan dukungan teknis dan operasional dari pemerintah daerah (Nugraheni & Prasetya, 2021: 55).

Lebih jauh, tujuan untuk membentuk karakter santri yang peduli kesehatan masih sangat tergantung pada keteladanan ustaz dan pembimbing, bukan pada sistem dan metode pendidikan kesehatan yang terstruktur. Hal ini menunjukkan adanya tantangan dalam transisi dari pendekatan personalistik ke institusional. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa, pesantren sering kali mengandalkan kekuatan figur dalam mendidik santri, sementara sistem dokumentasi

dan pengukuran hasil belum optimal (Natsir, Zainuddin, & Puspitasari, 2023: 102).

Dengan demikian, meskipun tujuan-tujuan yang dirumuskan di Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah mencerminkan nilai-nilai Islami dan kebutuhan komunitas santri, terdapat kesenjangan implementatif yang perlu dijembatani melalui penguatan perencanaan strategis, penyusunan indikator kinerja, serta kolaborasi lintas sektor. Hal ini penting agar tujuan Poskestren tidak hanya menjadi pedoman umum, tetapi juga dapat dioperasionalkan, diukur, dan disempurnakan secara berkelanjutan.

3) Bidang Garapan Poskestren

Perencanaan bidang garapan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan adanya keterpaduan antara pendekatan kuratif, promotif, preventif, dan rehabilitatif. Pendekatan ini sesuai dengan prinsip manajemen kesehatan masyarakat yang menempatkan promosi dan pencegahan sebagai langkah strategis dalam menjaga keberlangsungan derajat kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012: 138). Namun, terdapat kesenjangan antara idealisme teori dan implementasi di lapangan yang perlu dikritisi dan dianalisis lebih lanjut.

Berdasarkan hasil wawancara dan data lapangan, Poskestren telah mencakup lima bidang garapan utama yang komprehensif. Ini merupakan keunggulan yang menunjukkan pemahaman manajerial terhadap konsep *community-based health care*, tetapi di sisi lain belum seluruh kegiatan tersebut didokumentasikan dalam SOP (*Standard Operating Procedure*) yang terstruktur. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara praktik di lapangan dan prinsip manajemen kesehatan yang mengharuskan adanya dokumentasi dan evaluasi berkelanjutan (J. Green & Tones, 2010: 201).

Selain itu, meskipun telah dilakukan pengawasan makanan dan kebersihan lingkungan, belum tampak adanya integrasi antara kegiatan Poskestren dengan kurikulum pendidikan formal santri. Padahal, integrasi kesehatan ke dalam kegiatan pembelajaran formal dapat meningkatkan kesadaran dan kepatuhan perilaku hidup bersih dan sehat pada remaja secara signifikan. Dalam konteks ini (Saad, Rahman, & Azizah, 2021: 138), Poskestren Madinatul Qur'an masih memiliki ruang untuk memperkuat sinergi antara aspek pendidikan dan pelayanan kesehatan dalam menciptakan kemandirian santri.

Di sisi lain, keterlibatan kader santri sehat sebagai *health ambassador* merupakan praktik baik yang sejalan dengan pendekatan *peer education*, di mana remaja menjadi agen perubahan di komunitasnya. Hal ini diperkuat oleh penelitian Nurdin yang menemukan bahwa *peer education* di pesantren secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan sikap santri terhadap kesehatan reproduksi (R. Nurdin, Mawardi, & Juwita, 2023: 85). Namun demikian, efektivitas peran kader tersebut masih belum didukung oleh pelatihan berjenjang dan sistem pelaporan yang konsisten.

Secara umum, perencanaan bidang garapan Poskestren juga telah mengakomodasi prinsip Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti tercermin dalam kolaborasi dengan Puskesmas dan lembaga sosial lainnya. Hal ini sesuai dengan panduan Kementerian Kesehatan yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan di komunitas tertutup seperti pesantren memerlukan kemitraan lintas sektor untuk menjamin kesinambungan program (Kementerian Kesehatan RI, 2020: 22). Namun, dalam praktiknya, kolaborasi tersebut masih bersifat informal dan belum dituangkan dalam nota kesepahaman (MoU), sehingga rentan terhadap disrupsi ketika terjadi pergantian pengelola atau kebijakan.

Temuan lapangan juga memperkuat studi yang menyatakan bahwa keberhasilan program kesehatan berbasis komunitas sangat

dipengaruhi oleh partisipasi aktif anggota komunitas serta adanya sistem monitoring yang baik (Dewi, Supriyatma, & Mulyono, 2022: 174). Dalam konteks Poskestren Madinatul Qur'an, partisipasi santri sudah mulai dibangun melalui pelibatan dalam program kebersihan lingkungan dan pengawasan kamar, tetapi monitoring kegiatan tersebut masih belum terstruktur.

Dari sisi rehabilitatif, belum ditemukan program yang secara eksplisit menangani pemulihan kesehatan santri pascaperawatan, seperti konseling atau pembinaan khusus. Padahal menurut WHO, intervensi kesehatan mental dan rehabilitasi harus menjadi bagian integral dalam sistem kesehatan komunitas, terutama di lingkungan remaja yang rentan terhadap tekanan psikososial (World Health Organization., 2021: 14).

Dengan demikian, meskipun bidang garapan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah mencerminkan pemahaman komprehensif terhadap kebutuhan kesehatan santri, namun masih terdapat beberapa kesenjangan yang perlu diperkuat melalui sistem dokumentasi, integrasi pendidikan kesehatan, pelatihan kader, serta penguatan kerja sama lintas sektor. Penyempurnaan bidang garapan ini akan semakin mengokohkan peran Poskestren sebagai pusat pembinaan kemandirian santri dalam bidang kesehatan secara berkelanjutan dan strategis.

4) Media dalam Perencanaan Poskestren

Temuan penelitian menunjukkan bahwa Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah memanfaatkan berbagai media dalam mendukung perencanaan dan pelaksanaan program Poskestren. Media yang digunakan meliputi poster, pamflet, papan informasi. Pemilihan media tersebut bertujuan untuk menyampaikan pesan kesehatan secara efektif, baik melalui pendekatan visual maupun verbal. Hal ini menunjukkan adanya integrasi media dalam konteks komunikasi kesehatan berbasis nilai Islami dan realitas kehidupan santri.

Jika dibandingkan dengan teori, pendekatan yang dilakukan oleh pesantren ini memiliki kesesuaian kuat dengan prinsip komunikasi kesehatan komunitas (Kreps & Thornton, 1992: 45), yakni media harus mempertimbangkan konteks sosial, budaya, serta keterjangkauan sasaran. Penggunaan buletin yang ditulis oleh santri sendiri misalnya, mencerminkan pendekatan partisipatif yang memperkuat internalisasi pesan melalui proses reflektif dan pemberdayaan. Namun, terdapat kesenjangan dalam hal pengembangan media interaktif dan audiovisual yang lebih dinamis, seperti video pendek atau podcast kesehatan Islami, yang dalam era digital saat ini terbukti memiliki jangkauan dan pengaruh lebih besar terhadap generasi muda, termasuk santri.

Kesenjangan juga terlihat jika dibandingkan dengan teori yang menekankan bahwa efektivitas media promosi kesehatan sangat bergantung pada variasi dan kontinuitas penggunaannya (Notoatmodjo, 2014: 78). Dalam praktiknya, media digital yang digunakan seperti WhatsApp grup masih terbatas pada penyebaran informasi satu arah, belum sepenuhnya memberdayakan santri untuk berdiskusi atau menciptakan konten secara aktif. Penguatan kapasitas santri sebagai komunikator kesehatan perlu menjadi perhatian dalam perencanaan ke depan.

Selaras dengan itu, sebuah penelitian menegaskan pentingnya keberagaman media dalam program promosi kesehatan berbasis komunitas pesantren (Puspitasari & Wahyuni, 2021: 230). Mereka menemukan bahwa pesantren yang menggabungkan media cetak, digital, dan aktivitas langsung lebih berhasil dalam meningkatkan kesadaran hidup bersih dan sehat. Sedangkan dalam penelitian lainnya menyatakan bahwa pemanfaatan media sosial berbasis nilai Islami dapat mempercepat proses pembelajaran perilaku sehat, terutama jika digabungkan dengan *storytelling* dan visualisasi pesan yang menarik (A. Prasetyo, Handayani, & Fauzan, 2021: 144).

Sementara itu, riset lain (Amaliah & Wicaksono, 2020: 189) menunjukkan bahwa media yang bersifat kontekstual dengan budaya lokal, seperti penggunaan bahasa Arab pesantren atau diksi keagamaan dalam leaflet, meningkatkan daya serap informasi pada santri dibandingkan dengan media kesehatan formal dari pemerintah. Hal ini selaras dengan strategi Madinatul Qur'an yang mengedepankan nilai-nilai Islami dalam konten medianya.

Di sisi lain, jurnal lain menekankan pentingnya media dua arah (*interactive media*) untuk meningkatkan partisipasi aktif dalam program promosi kesehatan di lingkungan remaja (M. Sari & Anindita, 2023: 302). Media seperti polling online, forum diskusi virtual, dan kuis kesehatan interaktif terbukti mampu meningkatkan pemahaman dan keterlibatan siswa dalam isu kesehatan. Madinatul Qur'an dapat mempertimbangkan integrasi strategi ini ke dalam sistem pengelolaan medianya agar lebih adaptif terhadap kebutuhan generasi Z yang semakin *digital-native*.

Dari segi teori perubahan perilaku, pendekatan yang digunakan Pondok Pesantren Madinatul Qur'an lebih dekat dengan model *trans-theoretical behavior change*, di mana media berperan sebagai fasilitator tahap-tahap kesadaran, minat, evaluasi, dan keputusan untuk berubah. Namun demikian, proses ini belum sepenuhnya terukur dalam evaluasi dampak media terhadap perubahan sikap dan praktik hidup sehat santri. Ini menjadi catatan penting untuk pengembangan indikator keberhasilan media promosi kesehatan di masa depan.

5) Metode Perencanaan Poskestren

Metode yang digunakan dalam perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan kecenderungan kuat pada pendekatan partisipatif, edukatif, serta preventif-promotif. Secara nyata, hasil wawancara dan dokumentasi menunjukkan bahwa proses perencanaan tidak bersifat top-down, melainkan terbuka terhadap

keterlibatan santri sebagai kader kesehatan dan pengurus harian. Ini mencerminkan integrasi antara strategi pemberdayaan komunitas dan nilai-nilai keislaman, yang menjadi landasan khas dalam manajemen kesehatan berbasis pesantren.

Jika dibandingkan dengan teori manajemen strategis dalam konteks kesehatan komunitas, praktik ini selaras dengan pendekatan *Community-Based Health Development (CBHD)* sebagaimana disampaikan oleh WHO, di mana keterlibatan komunitas dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan dianggap sebagai inti dari pembangunan kesehatan yang berkelanjutan (World Health Organization, 2018: 16). Namun, dalam praktiknya, belum ditemukan dokumentasi formal terkait metode analisis kebutuhan kesehatan berbasis data epidemiologis atau penggunaan tools perencanaan seperti logframe atau SWOT secara sistematis. Hal ini menjadi kesenjangan yang patut dicermati antara idealisme teori manajemen strategis kesehatan dan realitas lapangan di pesantren.

Beberapa penelitian mendukung bahwa pendekatan partisipatif menjadi kekuatan utama dalam pengelolaan program kesehatan di komunitas berbasis agama. Studi menemukan bahwa partisipasi kader dan tokoh pesantren meningkatkan kepemilikan program dan efektivitas intervensi kesehatan masyarakat (R. Nurdin et al., 2023: 234). Namun demikian, mereka juga menekankan pentingnya pelatihan metodologi perencanaan dan evaluasi agar program berjalan lebih terukur dan akuntabel. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun pendekatan partisipatif menjadi keunggulan, tetap dibutuhkan penguatan kapasitas perencanaan teknis bagi pengelola Poskestren.

Selanjutnya, metode edukatif melalui pelatihan dan kajian kesehatan Islam menjadi pendekatan khas yang menjembatani ilmu kesehatan dengan nilai keislaman. Ini sesuai dengan temuan yang menyatakan bahwa pendekatan edukatif berbasis agama dapat memperkuat perubahan perilaku hidup sehat di kalangan santri karena menyentuh

dimensi spiritual dan sosial mereka (Suraya, Widodo, & Khotimah, 2022: 120). Namun, penelitian lain menunjukkan bahwa kegiatan edukatif di pesantren cenderung belum terukur dampaknya karena minimnya evaluasi berbasis indikator perubahan perilaku (Azwar, Fadilah, & Kurniawan, 2021; 88). Ini menjadi tantangan dalam metode edukatif yang diterapkan di Madinatul Qur'an—yakni perlunya mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi yang lebih kuat.

Selain itu, pendekatan preventif dan promotif yang dilakukan melalui penyuluhan rutin, kampanye hidup bersih, serta pemeriksaan kesehatan berkala menunjukkan komitmen pesantren terhadap penguatan *Primary Health Care (PHC)*. Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa PHC menuntut kolaborasi antarsektor, termasuk dengan institusi pendidikan berbasis komunitas (Kementerian Kesehatan RI., 2022: 16). Praktik kolaboratif dengan Puskesmas dan Dinkes yang dilakukan di Madinatul Qur'an merupakan bentuk implementasi dari prinsip tersebut. Namun demikian, studi menunjukkan bahwa banyak pesantren belum optimal dalam memanfaatkan data hasil pemeriksaan kesehatan santri sebagai dasar perencanaan berikutnya (A. Siregar & Hidayat, 2020:102). Hal ini juga menjadi celah dalam konteks metode perencanaan yang berbasis data.

Akhirnya, pendekatan musyawarah dan gotong royong sebagai metode perencanaan khas pesantren terbukti adaptif dalam membangun kesadaran kolektif. Namun, riset menyarankan bahwa perencanaan berbasis musyawarah perlu dikombinasikan dengan tools manajemen modern agar lebih efektif dalam pengambilan keputusan dan pengukuran kinerja (D. Yuliani & Mustika, 2023: 56). Oleh karena itu, perlu pengembangan pelatihan teknis bagi pengurus Poskestren agar metode yang digunakan tidak hanya partisipatif dan religius, tetapi juga saintifik dan sistematis.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa metode perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an sudah mencerminkan nilai-nilai dasar dari pendekatan partisipatif, edukatif, dan preventif-promotif dalam pembangunan kesehatan komunitas. Akan tetapi, penguatan kapasitas teknis, pemanfaatan data, dan penggunaan *tools* perencanaan modern menjadi kebutuhan penting agar metode ini menjadi lebih efektif, terukur, dan berkelanjutan.

6) Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia dalam pelaksanaan Poskestren merupakan elemen strategis yang sangat menentukan keberhasilan program kesehatan berbasis pesantren. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah memanfaatkan tenaga internal, yaitu santri kader kesehatan, ustadz pembina, serta satu orang tenaga perawat yang direkrut khusus. Strategi ini dipilih untuk mengatasi keterbatasan tenaga kesehatan profesional dari luar dan memperkuat kemandirian internal pesantren.

Temuan ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan konsep *task shifting*, yakni pengalihan tugas-tugas tertentu dari tenaga kesehatan profesional kepada individu yang telah dilatih dengan standar kompetensi yang ditentukan. World Health Organization menjelaskan bahwa *task shifting* dapat menjadi solusi efektif dalam situasi keterbatasan tenaga kesehatan, selama ada pelatihan yang memadai dan sistem supervisi yang terstruktur (World Health Organization., 2020: 9). Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, proses pelatihan dilakukan secara berjenjang dan berdasarkan seleksi minat serta rekomendasi dari musyrif asrama. Ini menunjukkan adanya strategi pengelolaan SDM yang cukup sistematis meskipun tidak sepenuhnya formal.

Dari sudut pandang teoritis, konsep ini sejalan dengan teori *community-based health empowerment* (Notoatmodjo, 2019: 115), yaitu bahwa pemberdayaan masyarakat—dalam hal ini santri—

merupakan strategi jangka panjang dalam peningkatan derajat kesehatan yang berkelanjutan. Artinya, kemandirian santri dalam aspek kesehatan tidak hanya menjadi tujuan akhir, tetapi juga menjadi proses transformasi sosial dan edukatif yang melekat dalam kehidupan pesantren.

Namun demikian, jika dibandingkan dengan standar dalam pengelolaan program kesehatan berbasis institusi pendidikan masih terdapat kesenjangan dalam hal sistem pelatihan berkelanjutan dan sertifikasi kader (Sulistyorini, Anwar, & Nugroho, 2021: 76). Dalam artikel mereka dijelaskan bahwa kualitas kader sangat bergantung pada keberlanjutan pelatihan dan adanya modul pelatihan berbasis kurikulum (Sulistyorini et al., 2021; 76). Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, pelatihan masih bersifat nonformal dan belum tersertifikasi, meskipun semangat kemandiriannya sangat tinggi. Ini menunjukkan bahwa meskipun dari sisi motivasi sudah sangat baik, tetapi dari sisi sistem dan akreditasi kader masih perlu diperkuat.

Penelitian lain juga menekankan pentingnya supervisi rutin dan evaluasi berbasis indikator kesehatan dalam program-program kaderisasi kesehatan berbasis komunitas (R. Handayani & Sari, 2020: 89). Dalam konteks Poskestren, pengawasan rutin oleh ustadz pembina sudah dilakukan namun belum berbasis indikator yang terukur secara periodik. Hal ini menunjukkan perlunya integrasi antara pendekatan keagamaan dengan metode monitoring berbasis data.

Studi yang meneliti manajemen UKS berbasis pesantren juga menemukan bahwa pelibatan ustadz dan santri senior sebagai fasilitator kesehatan memberikan dampak positif terhadap kedisiplinan dan penyerapan nilai-nilai hidup sehat (Rahmah, Dwiastuti, & Gunawan, 2023: 33). Hal ini konsisten dengan model yang diterapkan di Madinatul Qur'an, di mana keterlibatan ustadz bukan hanya sebagai pembina spiritual tetapi juga sebagai pengawas

kegiatan kesehatan, sehingga menjembatani nilai-nilai keislaman dengan edukasi kesehatan.

Sementara itu, dalam sebuah tinjauan ditemukan bahwa pelatihan kader santri yang berbasis praktik langsung (*experiential learning*) lebih efektif dalam membangun kompetensi dasar pertolongan pertama dan edukasi PHBS dibandingkan metode ceramah semata (A. Kurniawan & Wahyuni, 2023: 112). Di Madinatul Qur'an, pelatihan berbasis praktik juga telah dilakukan, namun belum terstandardisasi dalam kurikulum pelatihan berjenjang. Hal ini dapat menjadi titik evaluasi strategis ke depan.

Berdasarkan hasil di atas, dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia dalam manajemen Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah menunjukkan arah yang progresif menuju pemberdayaan internal yang berkelanjutan. Meskipun demikian, dari sisi formalitas, sertifikasi, dan sistem monitoring masih terdapat celah yang perlu dibenahi agar kualitas kader dan dampaknya terhadap kemandirian santri di bidang kesehatan semakin optimal.

7) Program

Perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan di Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan adanya upaya serius dalam membangun sistem kesehatan berbasis komunitas yang responsif terhadap kebutuhan santri. Program-program seperti pemeriksaan kesehatan berkala, pelatihan kader santri, penyuluhan PHBS, kegiatan olahraga, serta kampanye kebersihan mencerminkan pendekatan promotif dan preventif yang sejalan dengan prinsip pelayanan kesehatan primer (*primary health care*) (World Health Organization., 2022; 10). Hal ini menunjukkan bahwa praktik di lapangan sudah cukup relevan dengan teori.

Namun, terdapat kesenjangan yang masih perlu dikaji. Keberhasilan program kesehatan komunitas bergantung pada sistematisa perencanaan berdasarkan model PRECEDE-PROCEED yang

mencakup diagnosis sosial, epidemiologis, perilaku, dan lingkungan secara terstruktur (L. Green & Kreuter, 2005; 30). Dalam penelitian ini, walaupun program telah dirancang dengan melibatkan berbagai pihak, tidak ditemukan bukti eksplisit adanya pemetaan masalah kesehatan santri secara sistematis menggunakan pendekatan tersebut. Ini menunjukkan bahwa Poskestren lebih bersifat reaktif berdasarkan pengalaman lapangan daripada berdasarkan analisis kebutuhan kesehatan berbasis data.

Selain itu, teori partisipasi komunitas dalam manajemen kesehatan menekankan pentingnya dokumentasi dan monitoring program secara terstruktur sebagai indikator keberhasilan (Laverack, 2018: 39). Dalam konteks Poskestren Madinatul Qur'an, keterlibatan pimpinan, ustadz, dan santri dalam perencanaan memang menunjukkan partisipasi tinggi, namun belum sepenuhnya didukung sistem monitoring dan evaluasi berbasis indikator kuantitatif yang terukur. Artinya, proses pelaksanaan sudah baik secara kualitatif, tetapi belum memenuhi indikator efektivitas manajemen program secara menyeluruh.

Lebih lanjut, hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa pendekatan program kesehatan Poskestren telah diintegrasikan dengan nilai-nilai Islam seperti hadis tentang kebersihan, yang sejalan dengan temuan dalam studi yang menyatakan bahwa integrasi nilai agama dalam program kesehatan komunitas di lembaga keagamaan memperkuat efektivitas pesan kesehatan (Al-Afghani, Hasanah, & Widyastuti, 2021: 142). Namun, dalam praktiknya, integrasi ini masih lebih banyak bersifat informal dan belum tersusun dalam modul atau kurikulum kesehatan berbasis Islam yang sistematis.

Dari sudut pandang penguatan kapasitas kelembagaan, penelitian menegaskan bahwa program kesehatan yang berkelanjutan di pesantren sangat ditentukan oleh keberadaan struktur organisasi Poskestren yang jelas dan memiliki standar operasional prosedur

(SOP) (T. Mulyadi & Lestari, 2023: 55). Dalam hasil penelitian ini, belum ditemukan adanya SOP tertulis yang mengatur pelaksanaan tiap program, sehingga keberlangsungan program sangat bergantung pada personel yang sedang aktif, bukan pada sistem kelembagaan yang kokoh.

Temuan lain yang sejalan dengan praktik di lapangan adalah pentingnya edukasi kesehatan berbasis kaderisasi sebagaimana dibahas dalam studi (H. Siregar, Fitriani, & Wahyuni, 2022; 104), yang menunjukkan bahwa pelatihan kader santri dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat secara signifikan. Hal ini tercermin dalam pelatihan kader di Poskestren Madinatul Qur'an, namun kelemahannya adalah belum adanya sistem rekrutmen dan pelatihan berjenjang yang menjamin keberlanjutan program kaderisasi.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa program-program Poskestren Madinatul Qur'an telah berjalan dengan prinsip kolaboratif, berbasis nilai keislaman, dan mencerminkan pendekatan promotif–preventif. Namun, dibandingkan dengan teori dan temuan empiris dalam literatur terkini, masih terdapat kesenjangan dalam aspek sistematika perencanaan, dokumentasi program, monitoring evaluasi, dan keberlanjutan kelembagaan. Penguatan aspek-aspek ini akan lebih menjamin efektivitas program Poskestren sebagai bagian integral dari manajemen kesehatan pesantren.

8) Sarana Poskestren

Sarana merupakan elemen penting dalam menunjang efektivitas manajemen pelayanan kesehatan, termasuk dalam konteks Poskestren di pesantren. Berdasarkan hasil penelitian, Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah menyusun pengadaan sarana secara bertahap, dimulai dari ruang sederhana dengan lemari obat hingga berkembang menjadi fasilitas yang lebih lengkap seperti tempat tidur pasien, alat ukur tekanan darah, alat bekam, dan poster edukatif. Hal ini menunjukkan adanya komitmen progresif dalam pengembangan

sarana kesehatan, meskipun dilakukan secara bertahap dan berdasarkan ketersediaan anggaran.

Sarana yang memadai menjadi prasyarat untuk mendukung layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara berkesinambungan (*continuum of care*) (Notoatmodjo, 2020: 83). Lebih jauh, sarana kesehatan tidak hanya berdampak pada kualitas layanan, tetapi juga memengaruhi persepsi masyarakat terhadap kredibilitas lembaga penyedia layanan tersebut (D. Kurniawan, Hidayat, & Amalia, 2022: 83). Dalam konteks ini, Poskestren di Madinatul Qur'an telah menunjukkan kesesuaian dengan teori melalui upaya menyediakan sarana dasar seperti alat P3K, tensimeter, ruang pemeriksaan yang nyaman, serta media edukasi.

Namun demikian, masih terdapat beberapa kesenjangan antara teori ideal dan praktik lapangan. Menurut hasil studi (Hartono, Suprpto, & Lestari, 2023: 92), fasilitas kesehatan primer yang optimal di lembaga pendidikan semestinya mencakup unit isolasi, alat diagnostik sederhana (glukometer, rapid test kit), dan sistem pencatatan elektronik untuk monitoring kesehatan santri. Pada titik ini, Poskestren Madinatul Qur'an masih dalam tahap perencanaan untuk pengadaan alat pengukur gula darah dan belum memiliki tempat isolasi serta sistem pencatatan kesehatan elektronik. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sudah ada kemajuan, belum semua standar sarana kesehatan dasar tercapai.

Lebih lanjut, studi menekankan pentingnya integrasi sarana kesehatan dengan kegiatan edukatif di pesantren sebagai bagian dari internalisasi nilai-nilai hidup sehat dan kebersihan (A. Prasetyo & Ramadhan, 2021: 59). Poskestren Madinatul Qur'an telah mengupayakan hal ini melalui penyediaan poster kesehatan, namun belum maksimal dalam integrasi kurikulum atau pelatihan terstruktur berbasis fasilitas tersebut. Padahal, pemanfaatan sarana sebagai media pembelajaran dapat meningkatkan efektivitas promosi kesehatan dan membentuk

kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di kalangan santri (L. Nuraini, Ramli, & Damanik, 2022: 103).

Ketersediaan sarana juga berkontribusi terhadap kesiapsiagaan penanganan kasus darurat. Minimnya sarana seperti tandu dan alat pertolongan darurat dilaporkan berdampak langsung pada keterlambatan penanganan kasus akut di lingkungan lembaga pendidikan (Y. Wulandari & Susilo, 2023: 41). Dengan tersedianya tandu di Poskestren Madinatul Qur'an, aspek ini sudah relatif teratasi, namun perlu dilengkapi dengan pelatihan penggunaan sarana darurat secara rutin agar efektivitasnya optimal.

Dari sisi keberlanjutan (*sustainability*), penyediaan sarana perlu didukung dengan anggaran rutin dan kebijakan perawatan yang sistematis. Dalam penelitian oleh Fadhilah et al. (2024: 67), keberhasilan manajemen sarana kesehatan di lembaga pendidikan sangat dipengaruhi oleh keberadaan SOP (*Standard Operating Procedure*) perawatan fasilitas, audit sarana berkala, serta integrasi perencanaan anggaran tahunan. Poskestren Madinatul Qur'an belum sepenuhnya memenuhi aspek ini, karena pemeliharaan sarana masih dilakukan secara informal dan insidentil. Hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam menjaga keberlanjutan fasilitas yang telah tersedia.

Secara umum, sarana Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah memenuhi komponen dasar pelayanan kesehatan dan menunjukkan progres yang positif. Namun, dibandingkan dengan teori ideal dan hasil kajian terkini, masih terdapat kesenjangan dalam hal kelengkapan sarana diagnostik, keberadaan ruang isolasi, sistem pencatatan kesehatan, dan pemeliharaan fasilitas. Untuk mewujudkan Poskestren yang profesional dan mendukung kemandirian santri dalam bidang kesehatan, peningkatan sarana perlu didukung kebijakan perencanaan jangka menengah, alokasi anggaran, dan pelatihan penggunaan sarana secara berkelanjutan.

9) Biaya

Perencanaan biaya dalam pengelolaan Poskestren merupakan komponen penting dalam manajemen program kesehatan berbasis komunitas pesantren. Berdasarkan temuan penelitian, Pondok Pesantren Madinatul Qur'an mengelola pembiayaan Poskestren dengan prinsip efisiensi dan skala prioritas. Sumber dana berasal dari infaq santri, donatur, dan iuran internal, serta dialokasikan untuk kebutuhan dasar seperti obat-obatan, perlengkapan P3K, dan honor petugas.

Kondisi ini mencerminkan sebagian prinsip manajemen pembiayaan yang baik, terutama dari sisi efisiensi dan partisipasi internal. Akan tetapi, terdapat kesenjangan dalam aspek diversifikasi sumber dana eksternal, keterlibatan stakeholder yang lebih luas, serta mekanisme akuntabilitas berbasis indikator kinerja keuangan. Dalam teori manajemen keuangan layanan kesehatan, pembiayaan yang baik mencakup tiga aspek utama: keterjangkauan, keberlanjutan, dan akuntabilitas (G. P. Green & Haines, 2016: 125). Di sinilah letak kesenjangan yang harus diperhatikan.

Temuan ini sejalan dengan pernyataan WHO bahwa pembiayaan kesehatan komunitas yang efektif membutuhkan model yang berkelanjutan, memiliki keterlibatan lokal yang kuat, serta akuntabilitas yang transparan (World Health Organization., 2020: 16). Hal tersebut menunjukkan bahwa Poskestren Madinatul Qur'an telah memenuhi sebagian aspek, yakni keterlibatan lokal dan perencanaan berbasis kebutuhan, namun belum sepenuhnya memenuhi unsur keberlanjutan jangka panjang yang melibatkan sumber dana eksternal dan mekanisme audit.

Hasil penelitian ini juga didukung studi oleh W. Lestari, Syahputra, & Ramadhan (2021: 110), yang menekankan bahwa keberhasilan pembiayaan program kesehatan berbasis komunitas sangat tergantung pada penguatan kemitraan eksternal dan sistem pengawasan internal.

Mereka mencatat bahwa program yang hanya mengandalkan sumber dana internal cenderung mengalami keterbatasan ekspansi layanan (W. Lestari et al., 2021: 110). Dalam konteks ini, Poskestren Madinatul Qur'an belum secara optimal membangun kemitraan strategis dengan pihak-pihak luar seperti dinas kesehatan, LSM, atau CSR perusahaan lokal.

Penelitian lain (A. Hamid & Nugroho, 2021: 213) juga menunjukkan bahwa perencanaan keuangan yang melibatkan partisipasi wali santri dan alumni mampu meningkatkan efektivitas program kesehatan pesantren (A. Hamid & Nugroho, 2021: 213). Hal ini belum terlihat kuat dalam praktik di Madinatul Qur'an, meskipun secara internal sudah dilakukan kolaborasi antara pengelola dan bendahara yayasan. Ke depan, dibutuhkan pelibatan lebih luas untuk menjamin keberlanjutan program.

Selain itu, penelitian (M. Sari & Taufik, 2023: 77) menyoroti pentingnya pelaporan keuangan secara periodik sebagai bagian dari akuntabilitas publik dalam pengelolaan dana Poskestren. Mereka menemukan bahwa pesantren yang melakukan transparansi laporan keuangan secara terbuka kepada komunitas, termasuk santri dan wali santri, memiliki tingkat kepercayaan dan dukungan yang lebih tinggi (M. Sari & Taufik, 2023: 77). Di Madinatul Qur'an, praktik semacam ini belum dikembangkan secara formal, sehingga menjadi potensi area perbaikan ke depan.

Dari perspektif pemberdayaan ekonomi pesantren, studi (W. Lestari et al., 2021: 110) menekankan bahwa pesantren dapat memanfaatkan unit-unit usaha produktif untuk menopang pembiayaan layanan kesehatan santri. Diversifikasi pembiayaan melalui pengembangan unit usaha pesantren dapat mengurangi ketergantungan terhadap infaq rutin dan mendorong kemandirian kelembagaan (W. Lestari et al., 2021: 110). Saat ini, Madinatul Qur'an belum mengembangkan

pendekatan ini, meskipun secara manajerial sudah memiliki struktur pengelolaan keuangan.

Dengan demikian, berdasarkan analisis di atas dapat disimpulkan bahwa perencanaan biaya di Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an sudah mengarah pada efisiensi dan partisipasi internal, tetapi masih memiliki ruang untuk penguatan dalam hal transparansi, keberlanjutan, diversifikasi sumber pembiayaan, serta kolaborasi eksternal yang lebih luas. Pendekatan ini akan memperkuat ketahanan finansial dan efektivitas jangka panjang dari layanan Poskestren.

b. Perencanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby

1) Dasar Pertimbangan Poskestren

Perencanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syatiby mencerminkan respons institusional terhadap kebutuhan dasar kesehatan santri dalam menjalani proses pembelajaran Al-Qur'an yang intensif. Berdasarkan hasil penelitian, faktor utama yang mendorong pendirian Poskestren adalah adanya meningkatnya keluhan kesehatan seperti kelelahan, demam, dan masuk angin, yang berpotensi mengganggu hafalan, ibadah, dan aktivitas keseharian santri. Hal ini sejalan dengan pendekatan *continuity of care* dalam lingkungan pendidikan berbasis asrama, di mana perhatian terhadap kesehatan menjadi bagian integral dari keberhasilan proses pembinaan.

Kondisi ini sejalan dengan teori pendidikan Islam holistik sebagaimana dijelaskan bahwa kesehatan fisik merupakan bagian dari kesempurnaan ibadah (Dalimunthe, 2020: 45). Dalam konteks ini, dasar perencanaan Poskestren yang tidak hanya menitikberatkan pada pengobatan tetapi juga pada aspek preventif dan promotif mencerminkan pendekatan edukatif-transformatif dalam manajemen layanan kesehatan berbasis pesantren.

Namun, masih terdapat kesenjangan antara praktik dan model ideal sebagaimana yang direkomendasikan oleh WHO melalui konsep *School-Based Health Services (SBHS)*. WHO (2020: 27) menekankan bahwa pusat kesehatan berbasis institusi pendidikan harus terintegrasi dengan sistem kesehatan nasional, memiliki standar pelayanan minimal, serta mengembangkan sistem rujukan yang formal dan terdokumentasi. Dalam praktik di Pesantren Imam Asy-Syatiby, Poskestren masih bersifat semi-formal, belum memiliki rujukan tertulis, dan belum terkoneksi dengan dinas kesehatan secara sistematis.

Lebih lanjut, menurut studi dari Rahmah et al. (2023: 203), keberhasilan implementasi program kesehatan berbasis sekolah sangat ditentukan oleh ketersediaan data kesehatan peserta didik secara berkala, kolaborasi lintas sektor, dan pelatihan kader kesehatan di lingkungan sekolah (Rahmah et al., 2023). Hal ini masih menjadi tantangan di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby karena perencanaan belum berbasis data kesehatan longitudinal dan belum optimal dalam membangun jejaring kemitraan luar pesantren.

Hasil studi (E. Kurniawan & Wibowo, 2021: 97) menunjukkan bahwa pondok pesantren yang berhasil mengembangkan layanan kesehatan berbasis komunitas memiliki tiga ciri utama: dukungan kebijakan internal, dokumentasi standar layanan, dan kaderisasi kesehatan berbasis nilai keagamaan (E. Kurniawan & Wibowo, 2021: 97). Sementara itu, Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby baru berada pada tahap awal penguatan kelembagaan Poskestren, sehingga penyusunan kebijakan dan dokumentasi prosedur layanan masih dalam tahap informal.

Selain itu, kesadaran pimpinan pondok terhadap pentingnya kesehatan sebagai bagian dari *life skill* santri menjadi variabel kunci dalam merancang program kesehatan berkelanjutan (N. Yuliani, Hidayat, & Fauzan, 2022: 164). Hal ini telah dimiliki oleh Pesantren Al Imam

Asy-Syathiby melalui inisiatif dari pengasuh dan pengelola, namun masih perlu diperkuat dalam bentuk sistem dan struktur organisasi yang mendukung keberlanjutan program.

Penelitian lain juga menegaskan pentingnya menyusun program berdasarkan *community needs assessment* secara sistematis untuk memastikan bahwa perencanaan intervensi kesehatan benar-benar berbasis kebutuhan riil, bukan hanya persepsi subjektif pengelola (Harahap & Sembiring, 2021: 214) . Saat ini, pendekatan tersebut sudah dilakukan di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby meski masih perlu penyempurnaan.

Dari pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa dasar pertimbangan perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby telah menunjukkan pemahaman kontekstual terhadap pentingnya kesehatan santri sebagai bagian dari keberhasilan pendidikan tahfidz. Namun, kesenjangan masih terlihat pada aspek formalitas sistem, integrasi dengan kebijakan kesehatan nasional dan pendekatan berbasis data dalam penyusunan program. Hal ini menjadi peluang perbaikan untuk tahap pengembangan berikutnya, termasuk melalui penyusunan SOP Poskestren, pelatihan kader kesehatan berbasis nilai keislaman, serta kemitraan dengan lembaga eksternal.

2) Tujuan Perencanaan Poskestren

Perencanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby mencerminkan pendekatan yang tidak hanya fokus pada aspek kuratif, tetapi juga menyentuh sisi edukatif dan spiritual. Hal ini terlihat dari orientasi tujuan yang menyeluruh, yaitu membentuk santri yang sehat secara fisik dan rohani serta memiliki kemandirian dalam menjaga kesehatannya. Berdasarkan hasil wawancara dengan Ustaz Jejen, tujuan utama Poskestren adalah agar santri memahami konsep hidup sehat menurut Islam, tidak bergantung kepada pihak lain saat menghadapi gangguan kesehatan, dan memiliki kesadaran serta kemampuan untuk merawat diri. Ini menunjukkan

bahwa tujuan yang dirumuskan bukan sekadar untuk menyediakan layanan kesehatan, tetapi juga sebagai bagian dari proses pendidikan karakter dan dakwah kesehatan.

Dari perspektif teori manajemen strategik, tujuan merupakan unsur penting dalam proses perencanaan karena menjadi arah bagi pengambilan keputusan dan pelaksanaan program (Hasibuan, 2019: 47). Tujuan Poskestren yang mengedepankan nilai edukatif dan spiritual selaras dengan prinsip perencanaan berbasis tujuan (*goal-oriented planning*), yang menempatkan hasil jangka panjang sebagai fondasi utama dalam merancang aktivitas organisasi. Dalam konteks pesantren, perencanaan ini juga mencerminkan pendekatan transformatif, di mana lembaga tidak hanya bertindak sebagai penyedia layanan, tetapi sebagai agen perubahan perilaku dan kesadaran santri terhadap pentingnya kesehatan.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian (Fathoni, Siregar, & Wahyuni, 2023: 28) yang menunjukkan bahwa tujuan pendirian Poskestren di pesantren modern lebih diarahkan untuk membangun budaya hidup bersih dan sehat berbasis nilai-nilai Islam, sehingga dapat mencetak generasi santri yang tidak hanya unggul dalam penguasaan ilmu agama, tetapi juga memiliki ketahanan kesehatan fisik dan mental. Demikian pula, studi yang menekankan pentingnya tujuan Poskestren untuk meningkatkan literasi kesehatan berbasis spiritualitas Islam, yang terbukti mampu meningkatkan kesadaran perilaku hidup sehat secara berkelanjutan di lingkungan pesantren (R. Rahmawati & Lestari, 2022: 47).

Lebih lanjut, pendekatan promotif dan preventif yang dijalankan oleh Poskestren juga sesuai dengan konsep *Health Promoting Islamic Boarding School (HP-IBS)* yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI, yaitu upaya menciptakan lingkungan pondok pesantren yang mendukung terbentuknya gaya hidup sehat bagi seluruh komunitasnya (Kementerian Kesehatan RI, 2020: 34). Tujuan

Poskestren yang memadukan pelayanan, edukasi, dan bimbingan spiritual menjadi komponen kunci dalam mewujudkan *HP-IBS* secara efektif.

Namun, masih terdapat tantangan dalam implementasi tujuan yang terencana. Menurut laporan, banyak Poskestren menghadapi kendala dalam mencapai tujuan edukatif dan preventif karena keterbatasan sumber daya manusia yang memahami kesehatan berbasis nilai Islam (Suherman, Maulana, & Ningsih, 2022: 71). Oleh karena itu, perumusan tujuan yang mulia sebagaimana di Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby harus disertai dengan dukungan pelatihan, modul edukatif, dan kolaborasi antarlembaga.

Tujuan perencanaan Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby mencerminkan sebuah model manajemen berbasis nilai (*value-based management*) yang mengintegrasikan aspek spiritual dan kesehatan. Ini memperkuat posisi pesantren sebagai institusi pendidikan yang holistik dan adaptif terhadap kebutuhan zaman. Ke depan, penguatan tujuan ini akan efektif jika diikuti oleh sistem monitoring dan evaluasi yang terintegrasi, guna memastikan bahwa setiap kegiatan Poskestren benar-benar berkontribusi terhadap pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

3) Bidang Garapan Poskestren

Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby secara nyata menempatkan bidang promotif dan preventif sebagai fokus utama dalam pengelolaannya. Hal ini tercermin dari berbagai aktivitas yang berorientasi pada edukasi dan pencegahan, seperti penyuluhan kesehatan, pemantauan sanitasi, dan pembiasaan hidup bersih. Strategi ini selaras dengan pendekatan paradigma baru kesehatan yang menempatkan upaya promotif dan preventif sebagai pilar utama dalam pembangunan kesehatan masyarakat, sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan

Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, serta dalam kebijakan Poskestren dari Kemenkes RI.

Sebuah penelitian menggarisbawahi bahwa peran promotif dan preventif dalam komunitas berbasis agama efektif meningkatkan kesadaran kesehatan jika dipadukan dengan pendekatan nilai spiritual (N. Safitri, Wahyuni, & Mardiah, 2021: 218). Hal ini juga didukung oleh temuan, yang menunjukkan bahwa pesantren yang mengintegrasikan nilai-nilai Islam dalam praktik kesehatan mampu menurunkan angka kejadian penyakit berbasis lingkungan, seperti diare dan ISPA, melalui pendekatan preventif (Azhar, Nuryani, & Lestari, 2022: 143). Dalam konteks ini, Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby telah menempuh jalur strategis dengan menanamkan nilai-nilai maqashid syari'ah sebagai dasar edukasi dan pengawasan lingkungan.

Lebih jauh, pendekatan berbasis nilai Islam juga memperkuat keberlanjutan program. Integrasi nilai agama dalam promosi kesehatan bukan hanya meningkatkan keterlibatan peserta, tetapi juga memperkuat motivasi internal untuk menjalankan perilaku hidup (Haris & Muliawan, 2023: 57) bersih dan sehat. Hal ini terlihat dalam aktivitas Poskestren yang menekankan makna ibadah dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Poskestren ini menempatkan kegiatan seperti menjaga wudhu dan kebersihan sebagai manifestasi dari ibadah, yang secara tidak langsung membentuk budaya sehat yang berkelanjutan.

Di sisi lain, terdapat tantangan dalam optimalisasi skrining kesehatan dan pemantauan gizi. Studi studi menunjukkan bahwa skrining kesehatan berkala di lembaga pendidikan Islam sering kali terkendala oleh keterbatasan alat, tenaga medis, dan sistem pencatatan yang berkelanjutan (Ramadhani, Syafril, & Dini, 2020: 90). Kondisi ini juga tercermin di Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby, di mana

kegiatan skrining masih bersifat sederhana dan belum terdokumentasi secara sistematis untuk dijadikan basis intervensi jangka panjang.

Aspek lain yang menonjol dalam implementasi bidang garapan Poskestren ini adalah pentingnya penguatan kemitraan, khususnya dalam bidang kuratif. Kemitraan antara pesantren dan puskesmas menjadi kunci untuk menjembatani keterbatasan layanan medis di Poskestren, terutama dalam penanganan kasus penyakit menular dan emergensi (R. Maulana & Irwansyah, 2024: 12). Kolaborasi ini sudah berjalan di Al-Imam Asy-Syathiby, meski sifatnya masih reaktif (berdasarkan kebutuhan rujukan) dan belum melembaga dalam bentuk perjanjian kerja sama formal yang berkelanjutan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa bidang garapan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah berjalan sesuai konteks dan kapasitas institusi, dengan kekuatan utama pada bidang promotif dan preventif yang berbasis nilai-nilai Islam. Namun, secara konseptual, masih terdapat ruang untuk penguatan aspek kuratif dan rehabilitatif agar fungsi Poskestren menjadi lebih komprehensif dan berdaya jangka panjang dalam mendukung kemandirian santri di bidang kesehatan.

4) Media Poskestren

Media merupakan bagian tak terpisahkan dalam strategi promosi kesehatan, termasuk dalam konteks implementasi Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Dalam kerangka manajemen kesehatan pesantren, media berfungsi sebagai sarana komunikasi efektif yang mendukung pencapaian tujuan edukatif dan preventif. Media edukasi kesehatan harus memenuhi prinsip *accessible*, *acceptable*, dan *affordable* (N. W. Astuti & Hidayat, 2021: 112). Dengan demikian, media harus mampu menjangkau seluruh kelompok sasaran, diterima oleh budaya lokal (termasuk nilai religius pesantren), serta tidak memerlukan biaya tinggi.

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, penggunaan media bersifat sederhana namun tepat guna. Media utama berupa poster dan papan informasi kesehatan berisi pesan yang dikemas dengan pendekatan religius, seperti ayat-ayat Al-Qur'an dan hadis tentang kebersihan dan menjaga kesehatan. Hal ini menggambarkan adanya integrasi nilai-nilai keislaman dalam penyampaian pesan kesehatan yang sesuai dengan karakteristik lingkungan pesantren.

Namun, jika dibandingkan dengan teori-teori komunikasi kesehatan dalam literatur ilmiah, terdapat beberapa kesenjangan. Menurut studi, media edukatif di institusi pendidikan berbasis agama sebaiknya mencakup berbagai format—visual, audio, dan audiovisual—guna mengakomodasi gaya belajar yang beragam (R. A. Lubis, Mardiah, & Nugroho, 2022: 63). Di sisi lain, pesantren ini hanya menggunakan media visual statis yang terbatas dari sisi variasi dan daya tarik. Hal ini berpotensi membatasi efektivitas penyampaian pesan kepada santri yang lebih responsif terhadap media interaktif atau berbasis teknologi. Selain itu, penelitian lain menyebutkan bahwa media berbasis digital seperti video animasi dan infografik digital terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku remaja terkait kebersihan diri dan kesehatan reproduksi, termasuk di sekolah berbasis keagamaan (B. Setiawan, Lestari, & Putri, 2023: 45). Akan tetapi, keterbatasan infrastruktur digital di pesantren seperti Al-Imam Asy-Syathiby menjadi tantangan tersendiri. Pilihan media sederhana adalah adaptasi realistis terhadap kondisi tersebut, meskipun belum memaksimalkan potensi media edukatif kontemporer.

Lebih lanjut, efektivitas media dalam promosi kesehatan sangat dipengaruhi oleh frekuensi paparan dan pembaruan konten (N. W. Astuti & Hidayat, 2021: 21). Dalam penelitian ini tidak ditemukan adanya sistem pembaruan konten poster secara berkala, yang menunjukkan bahwa pendekatan media yang digunakan masih

bersifat statis dan belum dirancang untuk membangun interaksi berkelanjutan. Kondisi ini menyiratkan perlunya strategi pembaruan berkala dan pelibatan santri dalam produksi media sebagai bentuk *participatory health communication* (Nurrahmah & Fauziah, 2022: 88).

Namun demikian, pendekatan penyampaian pesan melalui bahasa yang akrab bagi santri serta dikaitkan langsung dengan kegiatan ibadah merupakan strategi yang cukup efektif. Hal ini diperkuat oleh temuan penelitian (Hakim et al., 2023: 33), yang menunjukkan bahwa penyisipan nilai-nilai spiritual dalam media kesehatan dapat meningkatkan internalisasi pesan pada siswa pondok pesantren. Hal ini membuktikan bahwa keberhasilan media tidak semata pada bentuknya, tetapi juga pada relevansi makna yang dibawa dalam pesan tersebut.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa implementasi media dalam Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby memiliki kekuatan dalam pendekatan nilai dan bahasa religius, namun masih memiliki keterbatasan dalam keberagaman format, frekuensi pembaruan, dan pemanfaatan teknologi. Pengembangan ke depan perlu mempertimbangkan media interaktif rendah biaya seperti papan tulis harian, media visual manual hasil karya santri, hingga penggunaan aplikasi sederhana jika memungkinkan, agar pesan kesehatan dapat lebih dinamis dan berkelanjutan.

5) Metode Poskestren

Metode pelaksanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby memperlihatkan pendekatan yang bersifat aplikatif dan berbasis nilai-nilai kepesantrenan. Fokus metode pada pembiasaan dan internalisasi nilai-nilai kebersihan dan kesehatan sejalan dengan karakteristik pendidikan pesantren yang mengedepankan *uswah hasanah* (keteladanan), pengulangan perilaku,

dan kedisiplinan. Hal ini menunjukkan adanya keselarasan dengan pendekatan behavioristik dalam pendidikan kesehatan yang menekankan pentingnya penguatan perilaku melalui latihan dan pengulangan (Susanti & Yulianto, 2021: 72).

Namun demikian, terdapat kesenjangan antara pendekatan teoritis dalam pendidikan kesehatan dan penerapan di lapangan. Dalam teori manajemen program kesehatan berbasis masyarakat, metode yang efektif seharusnya mencakup pendekatan partisipatif, dialogis, dan berbasis bukti ilmiah, seperti yang dikemukakan oleh Green & Kreuter dalam model PRECEDE-PROCEED (Nutbeam & Harris, 2020: 94). Di sisi lain, pendekatan yang dominan di pesantren lebih bersifat intuitif dan tradisional, meskipun efektif dalam konteks budaya lokal. Pendekatan berbasis pembiasaan lebih mengandalkan rutinitas dan keteladanan daripada intervensi berbasis riset atau data epidemiologi.

Penelitian (Hidayat, Sari, & Ramdhani, 2022: 147) menegaskan bahwa efektivitas pendidikan kesehatan di lingkungan berbasis agama dapat ditingkatkan dengan mengintegrasikan pendekatan spiritual dan praktik langsung, terutama jika metode tersebut menyentuh aspek afektif dan psikomotorik peserta. Hal ini sejalan dengan temuan di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, yang menempatkan praktik langsung seperti pengecekan kuku dan kebersihan sebagai metode utama dalam edukasi kesehatan. Strategi ini membuktikan bahwa metode non-formal dan kontekstual dapat berkontribusi signifikan terhadap perubahan perilaku kesehatan.

Selanjutnya, hasil penelitian ini juga memperkuat teori Bandura tentang *observational learning*, yang menekankan bahwa individu belajar dengan mengamati perilaku orang lain, khususnya figur otoritatif seperti guru atau pemimpin spiritual (Bandura, 1986: 158). Dalam konteks pesantren, peran ustaz dan pengasuh sebagai model

perilaku sehat sangat penting dalam menumbuhkan budaya hidup bersih dan sehat di kalangan santri.

Sementara itu, edukasi kesehatan berbasis agama yang disampaikan melalui metode interaktif dan kontekstual memiliki dampak lebih besar dibandingkan pendekatan ceramah tunggal (Nugraha & Syarifudin, 2021: 203). Metode yang digunakan di pesantren ini telah memenuhi kriteria tersebut dengan cara mengintegrasikan nilai-nilai Islam dalam praktik keseharian santri.

Lebih lanjut, studi (D. Safitri & Rahmawati, 2023: 91) menyatakan bahwa keberhasilan program kesehatan di lingkungan pendidikan sangat dipengaruhi oleh kesesuaian metode dengan karakter peserta didik. Oleh karena itu, metode berbasis pembiasaan dan nilai seperti yang diterapkan di pesantren ini dinilai tepat, mengingat santri lebih responsif terhadap praktik berulang yang dilakukan dalam suasana religius.

Walaupun metode tersebut terbukti efektif dalam membentuk kebiasaan, masih terdapat ruang untuk penguatan, terutama dalam aspek dokumentasi dan evaluasi keberlanjutan metode. Misalnya, pendekatan *evidence-based* menggarisbawahi pentingnya pendokumentasian sistematis terhadap metode dan hasil intervensi kesehatan di pesantren sebagai dasar pengambilan kebijakan (Setyowati, Anjani, & Lazuardi, 2022: 77).

Dari sisi pelibatan peserta, pendekatan yang digunakan belum sepenuhnya mengakomodasi prinsip *student-centered learning* yang banyak dianjurkan dalam pendidikan modern. Menurut penelitian (N. Fitriani, Lestari, & Wulandari, 2024: 55), metode partisipatif seperti diskusi kelompok kecil, simulasi, dan penyusunan proyek berbasis masalah terbukti lebih efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan remaja.

Metode pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby memiliki kekuatan pada pembiasaan,

integrasi nilai Islam, dan pendekatan praktis. Hal ini sejalan dengan pendekatan behavioristik dan *observational learning*. Namun demikian, terdapat kesenjangan dengan teori manajemen program kesehatan modern yang menekankan partisipasi aktif, pendekatan berbasis data, dan sistem evaluasi yang terstruktur. Penyesuaian dengan model pendidikan kesehatan kontemporer yang berbasis bukti dan partisipatif dapat memperkaya efektivitas metode yang sudah ada.

6) Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia merupakan elemen esensial dalam manajemen Poskestren yang berkaitan langsung dengan efektivitas dan keberlangsungan layanan kesehatan di lingkungan pesantren. Dalam konteks teori manajemen SDM, menekankan bahwa keberhasilan suatu program sangat ditentukan oleh kualitas perencanaan, pengembangan, dan pengelolaan tenaga kerja, termasuk dalam aspek perekrutan, pelatihan, dan motivasi (Robbins & Judge, 2019: 128). Hal ini sejalan dengan temuan di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, yang mengembangkan sistem SDM melalui kolaborasi antara tenaga kesehatan profesional dan kader santri yang terpilih berdasarkan karakter spiritual dan integritas personal.

Namun, jika dibandingkan dengan teori manajemen SDM yang menitikberatkan pada keahlian dan kompetensi teknis sebagai landasan rekrutmen (Mathis & Jackson, 2017: 217), pendekatan yang dilakukan pondok pesantren ini menunjukkan adanya kesenjangan. Rekrutmen kader tidak sepenuhnya berdasarkan pada kemampuan teknis, melainkan pada aspek kedisiplinan, akhlak, dan amanah yang dinilai oleh para pemimpin pesantren. Ini menunjukkan bahwa standar teknis konvensional digantikan dengan pertimbangan moral dan spiritual, yang justru sesuai dengan karakteristik kelembagaan pesantren.

Pendekatan ini mendapat dukungan dalam literatur yang menyoroti pentingnya integrasi nilai-nilai lokal dan keagamaan dalam

pengembangan SDM berbasis komunitas. Penelitian menunjukkan bahwa pelibatan nilai spiritual Islam dalam proses rekrutmen dan pelatihan kader kesehatan dapat meningkatkan loyalitas, partisipasi, dan keberlanjutan program kesehatan pesantren (Mubarak, 2021: 35). Senada dengan itu, studi menunjukkan bahwa kader santri yang dipilih berdasarkan keteladanan akhlak cenderung lebih aktif dalam memberikan edukasi kesehatan di lingkungan sekitarnya (L. Fitriani & Ramadhan, 2021: 52).

Pelatihan kader yang dilakukan perawat maupun kerja sama dengan puskesmas juga mencerminkan prinsip *capacity building* (Luthfi & Maftuhah, 2021: 78), yang menekankan pentingnya pendidikan informal berbasis praktik dalam membangun kemandirian kesehatan komunitas. Metode ini dianggap efektif dalam komunitas berbasis nilai seperti pesantren, karena memadukan pengalaman langsung dengan penanaman nilai-nilai Islami.

Strategi rotasi kader di pesantren Al-Imam Asy-Syathiby merupakan praktik yang mencerminkan pendekatan *participatory learning*, yaitu pembelajaran yang melibatkan partisipasi aktif santri dan memberikan pengalaman langsung dalam pelayanan kesehatan (R. Ramadhan & Nurwahidah, 2022: 83). Ini juga memperkuat aspek kaderisasi berkelanjutan, yang menjadi salah satu indikator penting dalam penguatan sistem kesehatan komunitas menurut Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization., 2021).

Di sisi lain, sistem rekrutmen dan pelatihan yang berbasis spiritualitas serta pemilihan oleh ustadz menunjukkan model kepemimpinan karismatik dalam manajemen pesantren. Kiai seringkali memegang peran sentral dalam menentukan struktur sosial dan distribusi peran di pesantren. Hal ini mencakup pengelolaan berbagai program sosial dan kesehatan (Zamroni, 2020). Hal ini berbeda dengan prinsip *merit-based management* dalam teori organisasi modern yang lebih

mengedepankan kualifikasi teknis secara objektif (Dessler, 2020: 138).

Dengan demikian, terdapat pola unik dalam pengembangan SDM Poskestren di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby yang mampu menciptakan sistem pelayanan berbasis komunitas yang efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan nilai-nilai Islam. Strategi ini tidak hanya meningkatkan partisipasi santri, tetapi juga membentuk karakter kepemimpinan, tanggung jawab sosial, dan kesadaran kesehatan yang lebih tinggi.

7) Program

Program Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan upaya terstruktur dalam mengedukasi santri mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) melalui pendekatan yang unik, yakni integrasi antara nilai-nilai keislaman dan praktik promotif-preventif dalam kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi program tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga transformatif dan kontekstual, sesuai dengan karakteristik lembaga pesantren.

Dalam perspektif teori program kesehatan masyarakat (L. Green & Kreuter, 2005: 218), keberhasilan suatu program sangat bergantung pada relevansi konteks sosial-budaya tempat program itu diterapkan. Teori ini menekankan pentingnya *community participation*, *cultural sensitivity*, dan *behavioral diagnosis* dalam perancangan program. Kesesuaian ini terlihat jelas dalam pendekatan yang digunakan Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby, yang menyisipkan nilai-nilai Qur'ani dalam setiap kampanye kesehatannya, termasuk larangan merokok, pentingnya kebersihan, dan edukasi gizi.

Meskipun secara ideal teori program kesehatan menekankan analisis berbasis data dan indikator epidemiologis dalam menyusun intervensi (Nutbeam & Harris, 2004: 178), Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby lebih mengandalkan pendekatan nilai dan spiritualitas sebagai

fondasi. Di sinilah muncul kesenjangan antara kerangka teoretik berbasis rasional-positivistik dengan praktik kultural-religius yang mengakar dalam komunitas pesantren. Namun, pendekatan berbasis keislaman ini justru relevan dengan hasil penelitian (Khoiruddin & Farida, 2022: 92), yang menyatakan bahwa integrasi nilai agama dalam promosi kesehatan meningkatkan efektivitas komunikasi dan perubahan perilaku di kalangan remaja Muslim.

Program unggulan berupa edukasi PHBS berbasis ayat-ayat Al-Qur'an menunjukkan efektivitas dalam membentuk kesadaran religius yang berdampak pada perilaku kesehatan. Hal ini didukung oleh temuan (Y. F. Wahyuni, Fitriani, Fatiyani, & Mawarni, 2023: 144), yang mengungkapkan bahwa narasi agama dapat memperkuat motivasi intrinsik untuk menjaga kesehatan, karena santri tidak hanya ingin sehat demi dirinya, tetapi juga sebagai bentuk ketaatan kepada Allah.

Kegiatan pemeriksaan berkala dan pelatihan pertolongan pertama (P3K) bagi kader santri mencerminkan pendekatan *health empowerment* (Laverack & Wallerstein, 2001: 168), yaitu pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan kapasitas individu untuk mengambil tindakan terhadap isu-isu kesehatan yang mereka hadapi. Praktik ini juga tecermin dalam penelitian yang menunjukkan bahwa pelatihan sederhana kepada kader remaja pesantren mampu meningkatkan respons cepat terhadap kondisi darurat dan memperluas pengetahuan kesehatan (N. Sari & Yusuf, 2021: 97).

Kampanye melalui media poster dan kegiatan halaqah mencerminkan strategi komunikasi perubahan perilaku (*behavior change communication/ BCC*). Dalam praktiknya, Poskestren ternyata telah menerapkan prinsip BCC melalui metode visual, verbal, dan partisipatif, meskipun tanpa struktur evaluasi formal. Kelemahan ini menjadi bagian dari kesenjangan antara praktik lapangan dan teori

program kesehatan yang menekankan evaluasi berbasis indikator (Naidoo & Wills, 2016: 158).

Pendekatan holistik Poskestren yang memadukan kesehatan fisik, spiritualitas, dan budaya lokal mendapatkan dukungan dari studi-studi terkini. Sebagai contoh, program kesehatan berbasis budaya lokal memiliki peluang lebih besar untuk diterima dan dipraktikkan secara berkelanjutan karena memperkuat identitas dan nilai komunitas (Rismawati & Hidayat, 2022: 83).

Dengan demikian, program-program Poskestren di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan efektivitas dalam membentuk kesadaran dan perilaku sehat santri secara berkelanjutan. Meskipun terdapat kesenjangan dengan pendekatan teoritik konvensional yang cenderung teknokratis, pendekatan berbasis nilai, partisipasi komunitas, dan spiritualitas terbukti efektif dalam konteks pesantren. Program-program ini mencerminkan inovasi lokal yang dapat menjadi model untuk pengembangan kesehatan berbasis nilai di lingkungan pendidikan Islam lainnya.

8) Sarana

Sarana Poskestren menjadi komponen penting dalam menunjang pelaksanaan fungsi promotif, preventif, dan kuratif dasar di lingkungan pesantren. Temuan di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan bahwa fasilitas cukup lengkap dan telah memenuhi kebutuhan dasar pelayanan kesehatan santri. Tersedianya ruangan khusus UKP (Upaya Kesehatan Pesantren), lemari obat, timbangan, tensimeter, kotak P3K, serta dukungan sarana cuci tangan seperti wastafel tambahan, merupakan indikator komitmen pesantren terhadap kesehatan warganya.

Dalam perspektif teori manajemen fasilitas kesehatan (McLaughlin & McLaughlin, 2014: 148), ketersediaan sarana harus memenuhi standar minimum pelayanan kesehatan yang meliputi aspek keamanan, fungsionalitas, dan aksesibilitas. Namun, dalam kenyataannya, sarana

Poskestren lebih bersifat adaptif dan kontekstual, tidak sepenuhnya mengacu pada standar klinis seperti di Puskesmas.

Namun pendekatan adaptif ini justru sejalan dengan temuan yang menyatakan bahwa dalam konteks pesantren, keberadaan sarana tidak perlu megah, melainkan harus fungsional dan berbasis kebutuhan riil komunitas (Wahyuningsih, Maulida, & Rizki, 2021: 70). Dalam hal ini, keberadaan ruang UKP dan peralatan dasar mampu memenuhi kebutuhan preventif seperti pengecekan tekanan darah, pemantauan kebersihan, hingga tindakan pertolongan pertama.

Penerapan sarana seperti wastafel tambahan di titik strategis merupakan wujud nyata dari penerapan prinsip PHBS berbasis lingkungan. Studi menunjukkan bahwa penyediaan fasilitas cuci tangan secara strategis di sekolah atau pesantren meningkatkan kepatuhan mencuci tangan hingga 30% (R. Mahendra & Sulastri, 2022: 63). Oleh karena itu, inovasi sederhana seperti ini memberi dampak yang signifikan terhadap pembentukan kebiasaan santri.

Di sisi lain, dokumentasi kesehatan santri melalui buku catatan dan kartu data kesehatan menunjukkan inisiatif pencatatan sistematis yang sejalan dengan prinsip manajemen informasi kesehatan. Meskipun belum berbasis digital atau sistematis seperti dalam sistem informasi kesehatan nasional (SIKNas), pencatatan ini sudah memenuhi fungsi dasar pengawasan dan deteksi dini terhadap kondisi kesehatan santri. Sebuah penelitian menegaskan bahwa pencatatan manual di lembaga pendidikan berbasis komunitas tetap efektif jika dilakukan secara konsisten dan dibarengi pelatihan kader (M. A. Hamid & Zain, 2023: 58).

Dari sisi pengelolaan, keterlibatan kader santri dalam pengelolaan sarana UKP juga menjadi nilai tambah. Hal ini memperkuat konsep partisipasi komunitas dalam sistem kesehatan berbasis institusi pendidikan Islam. Sebagaimana dikemukakan bahwa, pelibatan kader lokal dalam pengelolaan fasilitas meningkatkan rasa memiliki

(ownership) dan keberlanjutan pemanfaatan sarana (Suryani, Lestari, & Amalia, 2021: 77).

Kendati begitu, keterbatasan sarana seperti belum adanya sistem pencatatan digital, menunjukkan ruang pengembangan. Dalam teori *continuous quality improvement (CQI)*, pengembangan sarana seharusnya dilakukan secara bertahap berdasarkan evaluasi kebutuhan, ketersediaan dana, dan partisipasi stakeholder (Donabedian, 2003: 128). Hal ini menjadi tantangan dan sekaligus peluang bagi penguatan manajemen fasilitas Poskestren ke depan.

Secara keseluruhan, ketersediaan dan pemanfaatan sarana di Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan pendekatan yang kontekstual, kolaboratif, dan berbasis nilai. Dan, keberadaannya mampu mendukung fungsi edukatif, promotif, dan preventif yang menjadi orientasi utama Poskestren.

9) Biaya

Aspek pembiayaan dalam perencanaan manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) merupakan fondasi penting yang menopang operasionalisasi layanan kesehatan secara berkelanjutan. Temuan di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan bahwa pembiayaan kegiatan Poskestren bersumber dari dana internal pesantren, yakni dari pengalokasian SPP santri dan donasi eksternal yang bersifat sukarela. Strategi ini merupakan bentuk adaptasi terhadap keterbatasan dukungan pemerintah, sekaligus mencerminkan pendekatan swadaya berbasis komunitas pesantren.

Jika dibandingkan dengan konsep perencanaan pembiayaan yang ideal mengharuskan adanya diversifikasi sumber dana, pencatatan terstruktur, serta jaminan keberlanjutan dari pendanaan jangka panjang (World Health Organization., 2022: 12). Di sisi lain, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa belum ada sistem pembiayaan berjangka panjang yang terstruktur dengan baik dan masih bergantung pada dana rutin santri serta bantuan donatur yang tidak bersifat tetap.

Hal ini menyebabkan keberlangsungan program Poskestren berisiko apabila terjadi penurunan kontribusi atau perubahan kebijakan internal.

Lebih lanjut, pendekatan *community-based health financing* yang diadopsi secara informal oleh pesantren ini sejalan dengan temuan yang menyatakan bahwa institusi pendidikan Islam cenderung mengandalkan mekanisme gotong royong dan donasi dalam mendukung kegiatan kesehatan (Nurhadi & Muniroh, 2022: 86). Namun, pendekatan ini memiliki kelemahan dalam aspek prediktabilitas dana, akuntabilitas, dan pengukuran efisiensi anggaran. Oleh karena itu, diperlukan strategi diversifikasi sumber dana melalui pelibatan wali santri, alumni, dan jejaring lembaga kesehatan lokal seperti Puskesmas atau dinas kesehatan.

Keberhasilan program kesehatan berbasis komunitas sangat ditentukan oleh kapasitas institusi dalam mengelola anggaran secara partisipatif dan transparan (S. Fitriyah & Rachmawati, 2023: 119). Dalam hal ini, Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby telah menunjukkan langkah awal yang positif melalui keterlibatan seluruh elemen pesantren, namun masih memerlukan sistem pembukuan dan monitoring anggaran secara lebih profesional. Sementara itu, sebuah penelitian menyoroti pentingnya dukungan formal dari pemerintah daerah dalam bentuk hibah kesehatan atau insentif untuk memperkuat layanan kesehatan berbasis pesantren, mengingat peran pesantren yang signifikan dalam promosi kesehatan masyarakat di wilayah pedesaan (H. Prasetyo, Sutrisno, & Wulandari, 2022: 55).

Lebih jauh, pembiayaan program kesehatan yang berkelanjutan memerlukan perencanaan jangka panjang dengan pendekatan multi-pemangku kepentingan. Hal ini termasuk melibatkan pihak swasta dan lembaga zakat (N. Aulia & Sari, 2021: 74). Model seperti ini dapat menjadi alternatif bagi Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby untuk meningkatkan kapasitas pembiayaan, terutama dalam pengadaan alat

medis yang lebih memadai serta program pelatihan berkelanjutan untuk kader santri.

Terakhir, strategi manajemen keuangan pada lembaga pendidikan berbasis agama perlu mengintegrasikan sistem pelaporan yang terbuka dan evaluasi rutin. Hal ini bertujuan agar donatur memiliki kepercayaan jangka panjang (A. Kurniawan & Wahyuni, 2023: 37). Dalam konteks ini, pesantren perlu mengembangkan sistem audit internal sederhana dan pelaporan berkala untuk menunjukkan akuntabilitas anggaran Poskestren. Upaya ini penting guna mempertahankan dan meningkatkan dukungan dari para donatur yang menjadi salah satu tumpuan pembiayaan kegiatan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa meskipun Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby telah mengimplementasikan model pembiayaan mandiri dengan prinsip kolaboratif, namun masih terdapat celah antara praktik dan teori manajemen pembiayaan program kesehatan. Upaya peningkatan kapasitas kelembagaan dalam perencanaan anggaran, akuntabilitas, serta diversifikasi sumber dana sangat diperlukan untuk menjamin keberlanjutan program Poskestren secara jangka panjang.

2. Perencanaan Program Poskestren

a. Pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Pengorganisasian menjadi elemen krusial dalam manajemen, sebab fungsinya memastikan setiap kegiatan dan sumber daya di Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) tertata dan terarah dengan baik. Proses ini meliputi pengaturan pekerjaan dan alokasi sumber daya demi mencapai efektivitas (Robbins & Coulter, 2020: 215). Dalam konteks pesantren, struktur yang adaptif namun fungsional sangat dibutuhkan mengingat karakter warga yang religius dan terkadang informal.

1) Struktur Organisasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur organisasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an bersifat fungsional namun

(Robbins & Coulter, 2020: 215) sederhana, dan langsung terintegrasi dalam struktur kelembagaan pesantren. Poskestren dikoordinasikan di bawah kepala HRD pesantren, dengan penanggung jawab lapangan dari tenaga kesehatan profesional yang berdomisili di lingkungan pesantren. Dalam praktiknya, penanggung jawab ini dibantu oleh santri kader yang telah melalui proses pelatihan internal dan eksternal. Struktur organisasi seperti ini mencerminkan karakteristik kelembagaan pesantren berbasis tahfidz yang menekankan efisiensi, fleksibilitas, dan kecepatan koordinasi. Meskipun tidak mengadopsi model birokrasi formal dengan dokumen tertulis secara lengkap, struktur tersebut dinilai mampu mempercepat alur komunikasi vertikal dan pengambilan keputusan harian.

Secara teoritis, struktur organisasi yang jelas dan terdefinisi meningkatkan efektivitas pelaksanaan program (Robbins & Coulter, 2020: 215). Namun, dalam konteks pesantren, ditemukan kesenjangan di mana struktur yang sederhana namun komunikatif dapat berfungsi secara optimal meskipun tidak dituangkan dalam dokumen formal. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa struktur organisasi yang luwes namun transparan dalam komunitas pesantren modern mampu meningkatkan akuntabilitas dan kepercayaan partisipan lembaga (Saraswati, Inawati, & Octrina, 2023).

2) Pembagian Tugas

Pembagian tugas dalam Poskestren Madinatul Qur'an dilakukan berbasis fungsional, di mana penanggung jawab lapangan memegang peran utama dalam pelayanan kesehatan, sementara santri kader melaksanakan tugas pendampingan, pencatatan, serta edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Penugasan dilakukan berdasarkan minat, kapasitas individu, serta hasil pelatihan yang pernah diikuti oleh kader. Proses ini bersifat informal tetapi terstruktur melalui pengamatan dan evaluasi berkala.

Teori manajemen menyatakan bahwa pembagian tugas yang optimal mensyaratkan kesesuaian antara keahlian individu dan kebutuhan organisasi (Robbins & Coulter, 2020: 220). Dalam konteks pesantren, pembagian tugas tanpa job description tertulis tetap berjalan efektif selama terdapat pengawasan internal yang konsisten dan komunikasi yang terbuka antar pelaksana.

Hasil studi mendukung bahwa pemberdayaan kader santri dalam organisasi pesantren dapat meningkatkan efektivitas operasional, terutama jika disertai dengan pelatihan dan pendampingan. Hal ini menunjukkan bahwa bentuk pembagian tugas adaptif dan berbasis nilai, seperti yang diterapkan di Madinatul Qur'an, dapat diterima sebagai model kontekstual (Ulum & Nurwahidah, 2022: 88).

3) Perencanaan Tugas

Perencanaan kegiatan Poskestren dilakukan melalui musyawarah rutin antara pihak manajemen pondok, tenaga kesehatan, dan kader. Agenda tahunan, bulanan, maupun mingguan disusun secara adaptif, dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan santri, temuan di lapangan, serta kalender akademik pondok pesantren. Rapat koordinasi internal menjadi ruang evaluasi sekaligus forum penyusunan rencana kerja jangka pendek.

Perencanaan yang baik menuntut adanya sistem komunikasi yang lancar serta pelibatan semua unsur organisasi (Robbins & Coulter, 2020: 225). Dalam praktik di Madinatul Qur'an, meskipun belum terdapat SOP formal, pelaksanaan perencanaan telah mencerminkan prinsip partisipatif dan responsif terhadap kebutuhan lokal. Pemberdayaan organisasi di pesantren akan lebih efektif jika tugas-tugas direncanakan secara inklusif dan melibatkan santri sebagai pelaksana (E. Nurhasanah, Zaenal Abidin, & Sanusi, 2021: 28).

Kesenjangan ditemukan antara teori manajemen yang mengutamakan sistem dan dokumen perencanaan tertulis, dengan praktik adaptif berbasis musyawarah di lingkungan pesantren. Kendati demikian,

praktik informal tersebut tetap mendukung efektivitas pelaksanaan kegiatan karena mampu menyesuaikan dengan dinamika komunitas. Hal ini mengindikasikan perlunya panduan perencanaan tertulis yang sederhana namun fleksibel, agar kesinambungan program lebih terjamin.

Pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan model yang kontekstual dan efisien. Meskipun tidak berbasis pada struktur formal dan SOP tertulis secara lengkap, koordinasi berjalan baik berkat komunikasi yang terbuka dan fleksibel. Struktur organisasi yang sederhana, pembagian tugas berbasis minat dan kemampuan, serta perencanaan yang disusun adaptif, menjadi kekuatan dalam menjamin kontinuitas fungsi Poskestren.

b. Pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Imam Al Asy Syathiby

1) Struktur Organisasi

Struktur organisasi Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy-Syathiby menunjukkan bentuk yang bersifat informal, fleksibel, dan partisipatif. Struktur ini tidak tertuang dalam dokumen formal atau bagan organisasi tertulis, namun secara implisit dikenal dan dijalankan oleh seluruh pelaksana kegiatan kesehatan. Dalam konteks ini, kiai sebagai pengasuh pondok memegang otoritas tertinggi dalam mengarahkan visi dan pengambilan keputusan, sedangkan pelaksanaan teknis dilakukan oleh ustaz pembimbing serta santri kader dari masing-masing kelompok tahfidz.

Model seperti ini menunjukkan kecenderungan pada struktur organisasi tradisional berbasis nilai-nilai keagamaan dan budaya khidmat. Lingkungan organisasi yang kuat secara nilai budaya dan spiritual, pola struktur informal sering kali dipilih untuk menjaga keharmonisan relasi sosial dan efektivitas kerja (Robbins & Coulter, 2020: 147). Struktur yang bersifat cair ini dianggap mampu menjawab kebutuhan organisasi dengan lebih cepat melalui kedekatan

emosional, kepercayaan, dan komunikasi yang langsung (Robbins & Coulter, 2020: 148).

Dalam teori manajemen klasik, struktur organisasi yang efektif seharusnya mencakup pembagian peran yang jelas, garis koordinasi vertikal dan horizontal, serta dokumentasi formal seperti *job description* dan SOP tertulis (A. Karim & Afnan, 2020: 104). Namun, temuan di lapangan menunjukkan bahwa pendekatan formalistik semacam ini tidak sepenuhnya diterapkan di Poskestren Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby.

Kesenjangan tersebut muncul karena praktik organisasi di pesantren lebih menekankan pada nilai adab, kedekatan emosional, dan penghormatan hierarkis daripada sistem birokrasi administratif. Hal ini membuat sistem pengorganisasian berjalan secara efektif meskipun tanpa format formal. Dalam konteks pesantren, model pengorganisasian yang berbasis hubungan sosial dan spiritual terbukti menciptakan struktur yang fungsional.

Studi menunjukkan bahwa banyak pesantren menerapkan tata kelola organisasi non-formal yang justru meningkatkan kepercayaan dan akuntabilitas internal (Saraswati et al., 2023: 58). Struktur yang fleksibel dan relasional juga mendorong responsivitas terhadap dinamika kebutuhan santri dalam hal kesehatan.

Organisasi pesantren yang bersifat cair terbukti lebih mudah beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Selain itu, kemampuan tersebut juga mampu mempertahankan partisipasi santri dalam program-program kesehatan berbasis kaderisasi (L. M. Sari & Fauziah, 2022;27).

Dalam studi lain, sistem kepemimpinan karismatik di pesantren membentuk struktur nonformal yang kuat secara sosial, meskipun cenderung lemah dalam dokumentasi administratif. Ketergantungan pada struktur informal ini dinilai efektif selama terdapat kejelasan

peran secara moral dan pengawasan langsung dari pengasuh (P. Wahyuni & Winarti, 2021: 43).

Partisipasi santri dalam kegiatan Poskestren akan lebih aktif jika struktur organisasi disusun secara partisipatif, meskipun tidak tertulis secara formal (Farida & Suryadi, 2023: 66).

Kajian lain mendukung pandangan ini, dengan menyatakan bahwa integrasi nilai lokal dan fleksibilitas struktur justru memperkuat kohesi organisasi di lingkungan pesantren. Hal ini memungkinkan munculnya kepemimpinan kolektif yang berbasis tanggung jawab moral (Hafidzah & Mustofa, 2022: 51). Temuan ini menunjukkan bahwa efektivitas struktur organisasi tidak selalu ditentukan oleh keberadaan dokumen formal, tetapi juga oleh keberfungsian hubungan sosial, kedekatan antar aktor, dan kejelasan tanggung jawab moral. Dalam konteks pesantren, kepercayaan dan kultur khidmat menjadi faktor penentu kesuksesan pengorganisasian program kesehatan.

Meskipun demikian, dalam rangka meningkatkan akuntabilitas, kesinambungan kaderisasi, dan dokumentasi program, struktur organisasi Poskestren perlu mulai diarahkan pada penataan tertulis yang sederhana namun tetap adaptif terhadap budaya lokal. Pendekatan ini selaras dengan pandangan bahwa struktur yang fleksibel, didukung oleh dokumentasi dasar, dapat meningkatkan kesinambungan manajerial (Robbins & Coulter, 2020: 149).

Struktur organisasi Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby mencerminkan karakteristik budaya pesantren yang berbasis nilai khidmat, adab, dan spiritualitas. Meskipun tidak formal secara administratif, pengorganisasian berlangsung secara efektif melalui komunikasi langsung dan pembagian tugas berbasis kompetensi moral dan sosial. Kesenjangan antara teori dan praktik menuntut adaptasi teori manajemen modern dengan konteks kultural lokal pesantren.

2) Pembagian Tugas

Pembagian tugas dalam pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran menunjukkan adanya sistem pengelolaan yang bersifat kolaboratif antara pembina, perawat, kader santri, dan tenaga kesehatan pendukung. Mekanisme ini mencerminkan adanya struktur pembagian kerja yang mengedepankan partisipasi santri sebagai kader kesehatan dengan mempertimbangkan jenjang kelas, kedisiplinan, serta pengalaman sebelumnya. Kegiatan harian seperti inspeksi kebersihan, pencatatan kondisi kesehatan, hingga tindak lanjut intervensi dini dilakukan secara rutin oleh kader santri di bawah bimbingan langsung tenaga perawat dan pembina. Hal ini menunjukkan adanya pembagian kerja fungsional yang bukan hanya administratif, tetapi juga berbasis kepercayaan dan kedekatan dalam komunitas pesantren.

Jika ditinjau dari perspektif teori manajemen sumber daya manusia, kondisi ini memiliki kesesuaian dengan gagasan *job design* (Dessler, 2020: 128), di mana pengelompokan dan distribusi tugas sebaiknya dilakukan berdasarkan kecocokan antara kompetensi, nilai budaya, dan konteks organisasi. Namun, terdapat kesenjangan antara idealisasi teori dan praktik di lapangan. Dalam praktiknya, pembagian tugas belum sepenuhnya dilakukan berdasarkan analisis beban kerja dan uraian tugas yang terstruktur. Proses pendelegasian tugas lebih dominan berbasis kepercayaan personal dan observasi non-formal oleh pembina, bukan pada hasil penilaian kualitatif dan kuantitatif terhadap kompetensi kader.

Lebih lanjut, teori pemberdayaan komunitas menggarisbawahi pentingnya pelibatan anggota komunitas secara aktif dalam proses identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan (L. Green & Kreuter, 2005: 148). Dalam konteks pesantren ini, keterlibatan aktif santri dalam fungsi-fungsi manajerial seperti pencatatan data, pengawasan harian, serta pelaporan kesehatan harian,

merupakan bentuk konkret dari pemberdayaan komunitas pesantren. Namun demikian, belum adanya pelatihan formal tentang manajemen tugas dan belum tersedianya *job description* tertulis menyebabkan efektivitas pembagian tugas berisiko bergantung pada individu tertentu, bukan pada sistem.

Temuan ini didukung oleh penelitian-penelitian terbaru. Studi menunjukkan bahwa pembagian tugas yang berbasis komunitas pada lembaga pendidikan berbasis keagamaan dapat meningkatkan rasa tanggung jawab kolektif, namun efektivitasnya sangat dipengaruhi oleh keberadaan pedoman teknis dan sistem pengawasan internal (Kusnanto, Sulistyowati, & Nuraini, 2022: 9). Sementara itu, studi lain menekankan bahwa pembagian tugas di lembaga berbasis komunitas menjadi optimal bila dilengkapi dengan pelatihan kader dan sistem pelaporan berbasis digital (A. Nurhasanah & Prasetyo, 2021: 17).

Selain itu, hasil penelitian di pondok pesantren di Jawa Tengah juga menunjukkan bahwa sistem kerja berbasis relasi personal yang kuat dapat memudahkan koordinasi, tetapi rentan terhadap bias subjektif dalam pembagian tugas (Zahra, Fitriani, & Rahmah, 2020: 23). Sementara penelitian lain menekankan perlunya mekanisme rotasi dan evaluasi tugas kader secara periodik agar tidak terjadi stagnasi dan kejenuhan kader dalam jangka panjang (N. Hamidah, Yuliani, & Munawaroh, 2023: 11). Begitu juga temuan lain menyarankan pentingnya *role clarity* (kejelasan peran) bagi kader kesehatan agar mereka dapat menjalankan tugasnya secara maksimal tanpa terjadi tumpang tindih kewenangan (Rachmawati & Susanti, 2024: 6).

Dengan demikian, pembagian tugas dalam pengelolaan Poskestren di pondok pesantren Imam Asy Syathiby telah menunjukkan arah yang positif menuju partisipasi aktif kader santri, namun masih terdapat ruang untuk penguatan dalam bentuk dokumentasi sistem kerja, pelatihan berbasis kompetensi, dan kejelasan *job description*.

Pembenahan pada aspek ini sangat penting agar proses kaderisasi dan rotasi tugas dapat berjalan secara sistemik, terukur, dan berkelanjutan.

3) Perencanaan Tugas

Perencanaan tugas dalam pengorganisasian Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan pendekatan yang berbasis pada partisipasi dan komunitas. Dalam praktiknya, penyusunan program kesehatan dilakukan melalui rapat bulanan antara pengurus harian santri dan tim pembina, dengan agenda kegiatan yang disusun jauh hari sebelumnya. Beberapa kegiatan unggulan yang terjadwal secara rutin antara lain pelatihan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) dan kampanye Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang berbasis nilai-nilai Islam. Hal ini menunjukkan adanya kesadaran kolektif dalam mendesain program yang kontekstual dengan kebutuhan pesantren.

Temuan ini mengindikasikan bahwa pondok pesantren telah menerapkan bentuk *participatory planning* (Dessler, 2020: 98), yaitu perencanaan yang melibatkan unsur-unsur pelaksana untuk meningkatkan rasa memiliki dan tanggung jawab terhadap program. Hal ini sejalan pula dengan prinsip perencanaan strategis komunitas (Terry & Rue, 1977: 87), yang menekankan pentingnya partisipasi aktif sebagai penguat keberhasilan implementasi kebijakan berbasis komunitas.

Salah satu prinsip dasar dalam perencanaan manajemen organisasi kesehatan adalah adanya *documentation framework* yang baku dan sistematis (Schiavo, 2022: 142). Dalam konteks Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby, meskipun perencanaan dilakukan secara periodik dan partisipatif, dokumentasi kegiatan dan distribusi tugas belum sepenuhnya terstruktur secara formal. Belum adanya *standard operational procedure (SOP)* atau rencana kerja tertulis yang terdokumentasi dengan baik, menyebabkan keberlanjutan program

masih bergantung pada keberadaan individu tertentu, bukan pada sistem yang mapan.

Selanjutnya, teori Mintzberg dalam struktur organisasi (A. Karim & Afnan, 2020: 89) menekankan pentingnya adanya kejelasan dalam peran dan tugas melalui *formal task planning* agar koordinasi dan pelaksanaan program berjalan optimal. Dalam konteks ini, Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby masih dalam tahap inisiasi sistem perencanaan tugas yang eksplisit. Hal ini sesuai temuan yang menunjukkan bahwa kelembagaan pesantren dalam bidang kesehatan sering kali bersifat informal dan berlandaskan pada hubungan personal, bukan struktur resmi (Tjandradewi & Komalasari, 2023: 57).

Pendekatan partisipatif dalam perencanaan Poskestren sangat bernilai, namun berdasarkan temuan studi lain (S. Fitriyani, Anwar, & Halimah, 2021: 58), perencanaan tugas yang baik dalam institusi berbasis masyarakat seperti pesantren juga harus dilengkapi dengan indikator evaluasi dan sistem kontrol internal agar keberhasilan program dapat diukur dan dikembangkan secara berkelanjutan. Dalam hal ini, belum terlihat indikator formal dalam perencanaan Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby yang dapat dijadikan acuan evaluasi kinerja kegiatan kesehatan pesantren.

Selain itu, dari perspektif manajemen kesehatan komunitas (Maulida, 2024: 112), sistem perencanaan yang terstruktur, termasuk penyusunan *timeline*, *role assignment*, dan pelatihan berbasis kebutuhan, berkontribusi signifikan terhadap peningkatan kemandirian peserta dalam praktik kesehatan. Kegiatan yang dilakukan di Al-Imam Asy-Syathiby telah menyentuh sebagian elemen ini, tetapi belum sepenuhnya terdokumentasi sebagai bagian dari sistem manajemen Poskestren.

Lebih lanjut, kekuatan utama dari pendekatan pesantren dalam perencanaan tugas kesehatan terletak pada integrasi nilai-nilai agama

dalam setiap program (Riyadi, Firmansyah, & Maulana, 2023; 66). Namun, agar keberlanjutan program tidak tergantung pada tokoh atau relasi informal, perlu dibangun sistem dokumentasi dan pelaporan kegiatan yang menjadi bagian dari akuntabilitas organisasi. Hal ini sekaligus dapat menjadi langkah awal dalam membentuk sistem pengelolaan pengetahuan (knowledge management) berbasis pesantren.

Dengan demikian, bahwa praktik perencanaan tugas Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby sudah berada pada jalur yang sesuai dengan prinsip-prinsip *community-based health planning*, namun masih terdapat ruang perbaikan khususnya dalam hal dokumentasi, pelaporan, serta perumusan indikator kinerja. Transformasi dari sistem berbasis informal menuju sistem yang terdokumentasi dan sistematis perlu dilakukan agar tercapai kemandirian santri dalam bidang kesehatan secara optimal dan berkelanjutan.

3. Pelaksanaan Poskestren

a. Pelaksanaan Program Kesehatan Santri di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

1) Tahap Awal

Tahap awal dalam pelaksanaan program kesehatan santri di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan struktur perencanaan yang adaptif, partisipatif, dan kontekstual. Proses ini mencakup identifikasi kebutuhan kesehatan melalui pengamatan langsung, rekrutmen kader santri berbasis minat, pelatihan awal, serta penyusunan jadwal kegiatan yang disesuaikan dengan rutinitas santri. Temuan ini sejalan dengan teori yang menekankan bahwa pelaksanaan program yang efektif sangat dipengaruhi oleh kesiapan struktur organisasi, kecukupan sumber daya manusia, serta dukungan sistem pelaksana (Robbins & Judge, 2019: 412).

Namun, bila dibandingkan dengan teori manajemen strategis kesehatan berbasis komunitas, terutama pendekatan *Community Health Action Cycle*, pelaksanaan tahap awal di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an masih menunjukkan beberapa kesenjangan (L. Green & Kreuter, 2005: 178). Salah satunya adalah belum diterapkannya analisis data berbasis kebutuhan kesehatan yang sistematis dan terdokumentasi dengan instrumen standar. Identifikasi masalah kesehatan masih dilakukan secara observasional dan informal, yang rentan terhadap bias dan tidak dapat dijadikan dasar perencanaan jangka panjang.

Tahapan awal dalam program kesehatan berbasis institusi pendidikan seharusnya dimulai dengan *need assessment* formal menggunakan data kuantitatif dan kualitatif yang komprehensif, seperti catatan klinis, survei perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta pemetaan risiko lingkungan (Mahardika, Wahyuni, & Kurniasari, 2022: 134). Pondok pesantren belum sampai pada level ini, meskipun telah menunjukkan inisiatif kuat dalam membentuk kader dan menyusun jadwal kegiatan secara fleksibel.

Rekrutmen kader melalui pendekatan personal dan pelatihan informal adalah langkah awal yang tepat, tetapi belum disertai dengan sistem monitoring kompetensi atau evaluasi pasca-pelatihan. Kader kesehatan di lingkungan pendidikan perlu dilatih dengan modul terstandarisasi dan diuji secara berkala untuk menjamin keberlanjutan kualitas layanan (Yusuf et al., 2021: 91). Hal ini belum sepenuhnya terlihat pada implementasi di Madinatul Qur'an, di mana pelatihan masih sangat bergantung pada inisiatif pengasuh dan mitra eksternal. Kekuatan dari pelaksanaan tahap awal ini adalah kemitraan dengan kampus kesehatan yang membantu menyusun materi pelatihan dan menyediakan pendampingan. Praktik ini sangat sesuai dengan teori *intersectoral collaboration* dalam manajemen kesehatan komunitas, di mana keterlibatan institusi pendidikan tinggi menjadi katalis dalam

peningkatan kapasitas komunitas pesantren (R. A. Putri et al., 2021: 55). Akan tetapi, kemitraan ini tampaknya masih bersifat ad hoc dan belum tertuang dalam bentuk nota kesepahaman (MoU) atau perencanaan jangka panjang.

Dalam konteks waktu pelaksanaan yang dilakukan setelah Shubuh dan tidak mengganggu kegiatan belajar, menunjukkan fleksibilitas perencanaan berbasis budaya pesantren. Fleksibilitas ini menjadi nilai tambah, bahwa integrasi kegiatan kesehatan ke dalam ritme pesantren akan memperkuat keberterimaan program oleh santri dan pengasuh (Arifin & Susanti, 2021: 72). Namun demikian, fleksibilitas ini juga perlu ditopang dengan regulasi internal agar tidak bergantung pada perubahan struktur kepengurusan atau motivasi personal kader.

Studi lain menekankan pentingnya pencatatan administrasi sejak tahap awal pelaksanaan, termasuk log pencapaian kader, daftar hadir pelatihan, dan laporan kasus kesehatan (Y. Siregar & Lestari, 2023: 38). Pondok Madinatul Qur'an belum menunjukkan sistem pencatatan seperti itu secara sistematis, yang menjadi potensi kelemahan dalam proses evaluasi dan pengembangan kebijakan berbasis data.

Secara umum, pelaksanaan tahap awal program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah sesuai dengan prinsip dasar partisipasi, adaptasi budaya, dan kolaborasi eksternal. Namun demikian, terdapat beberapa kesenjangan penting terkait sistem pendataan, standardisasi pelatihan, serta kelembagaan kemitraan yang perlu diperkuat agar pelaksanaan tidak hanya efektif tetapi juga berkelanjutan dan dapat direplikasi. Perlu adanya penyusunan dokumen pelaksanaan dan evaluasi formal yang didukung dengan pendekatan berbasis data agar kemandirian santri dalam menjaga kesehatan dapat dicapai secara sistemik.

2) Tahap Inti

Tahap inti dalam pelaksanaan Poskestren merupakan fase yang paling menentukan dalam pencapaian tujuan program, khususnya dalam

membentuk perilaku hidup sehat dan menumbuhkan kemandirian santri dalam menjaga kesehatannya. Berdasarkan temuan lapangan di Pondok Pesantren Madinatul Quran kegiatan inti yang dilakukan mencakup pemeriksaan kesehatan, penyuluhan kesehatan rutin, pelatihan kader lanjutan, serta pembinaan melalui supervisi kegiatan. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan inti program tidak sekadar administratif, namun menyentuh dimensi promotif, preventif, dan edukatif.

Dari sisi teoritik, kegiatan ini sejalan dengan pendekatan *health promoting school* yang menekankan pentingnya keterlibatan aktif peserta didik dalam penciptaan lingkungan sehat dan edukatif (*World Health Organization.*, 2021: 9). Selain itu, teori evaluasi formatif juga menekankan bahwa proses pembinaan dan penguatan kapasitas kader kesehatan merupakan bagian penting dari keberhasilan implementasi program kesehatan berbasis komunitas (L. Green & Kreuter, 2005: 89). Namun demikian, terdapat kesenjangan antara kerangka ideal dalam literatur dengan kenyataan di lapangan. Misalnya, idealnya pelaksanaan promosi kesehatan dilakukan dengan pendekatan berbasis data epidemiologis atau kebutuhan kesehatan spesifik santri, namun dalam praktik, materi penyuluhan cenderung bersifat umum dan tidak selalu berbasis hasil asesmen kesehatan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelatihan kader dilakukan secara periodik setiap dua bulan, yang menunjukkan komitmen terhadap pembinaan berkelanjutan. Namun, dalam teori pengembangan kapasitas kader (Iwelunmor et al., 2019: 5), pelatihan yang efektif memerlukan kurikulum terstruktur dan sistem monitoring berkelanjutan agar kader dapat meningkatkan kompetensi secara progresif. Di sisi lain, supervisi yang dilakukan oleh pengelola pesantren melalui laporan harian dan observasi langsung merupakan praktik baik yang sejalan dengan prinsip *continuous quality improvement* dalam pelayanan kesehatan komunitas (Adams,

Nababan, & Hanifi, 2020: 7). Artinya, pengelola Poskestren telah mengintegrasikan prinsip manajemen mutu ke dalam pelaksanaan keseharian program.

Salah satu indikator keberhasilan tahap inti yang ditemukan di lapangan adalah tumbuhnya kesadaran santri terhadap pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat, yang ditunjukkan melalui inisiatif kebersihan mandiri oleh para santri. Hal ini menunjukkan keberhasilan pendekatan *participatory health promotion*, di mana penerima manfaat menjadi aktor aktif dalam pelaksanaan program (Taghipour, Salehi, Ghasemi, & Rahimi, 2023: 11). Kemandirian santri dalam hal ini menjadi cerminan dari keberhasilan tahapan inti program Poskestren. Teori empowerment dalam pendekatan kesehatan masyarakat juga menyebutkan bahwa indikator keberhasilan program bukan hanya pada penurunan angka kesakitan, tetapi juga pada peningkatan *sense of ownership* dan *self-efficacy* peserta program (Laverack, 2018: 43).

Namun, masih terdapat kesenjangan dalam sistem dokumentasi dan pencatatan yang belum sepenuhnya terstandar. Salah satu tantangan utama dalam manajemen program kesehatan berbasis masyarakat adalah konsistensi dalam pencatatan data kegiatan, yang berdampak pada kualitas evaluasi program secara menyeluruh (Oluwasanu, Ilori, & Oladepo, 2020: 9). Oleh karena itu, meskipun pelaksanaan kegiatan inti telah menunjukkan dampak positif dalam meningkatkan perilaku sehat dan kemandirian santri, penguatan aspek teknis dalam dokumentasi dan perencanaan tematik berbasis kebutuhan masih perlu ditingkatkan.

Secara keseluruhan, tahap inti pelaksanaan Poskestren telah mencerminkan implementasi prinsip-prinsip dasar manajemen program kesehatan komunitas. Konsistensi dalam penyuluhan, pelatihan kader, dan supervisi menjadi kekuatan utama, sementara kesenjangan dalam aspek spesifikasi materi dan dokumentasi menjadi

tantangan yang harus diatasi ke depan. Dengan penguatan berbasis teori dan praktik terbaik global, Poskestren di lingkungan pesantren berpotensi menjadi model pengembangan kemandirian santri yang efektif dan berkelanjutan.

3) Tahap Penutup

Tahap penutup dalam pelaksanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran memperlihatkan adanya upaya sistematis dalam mengevaluasi program, menyusun laporan, serta merancang tindak lanjut berbasis data lapangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi dilakukan secara triwulanan dan bersifat partisipatif, melibatkan pembina dan kader santri. Ini sejalan dengan prinsip evaluasi dalam manajemen berbasis partisipatif (Robbins & Coulter, 2020: 301), bahwa pelibatan langsung anggota organisasi dalam evaluasi meningkatkan rasa memiliki dan motivasi kerja.

Namun demikian, jika dibandingkan dengan konsep evaluasi program berbasis siklus manajemen (M. Effendy, 2018: 196), terdapat kesenjangan pada aspek formalitas dan kesinambungan laporan hasil evaluasi. Dalam literatur disebutkan bahwa evaluasi idealnya menggunakan instrumen baku yang terukur dan menghasilkan rekomendasi yang terdokumentasi secara sistematis dan berdampak pada pengambilan keputusan. Di lapangan, meskipun kegiatan evaluasi berjalan, belum sepenuhnya didukung oleh indikator kinerja yang terukur secara kuantitatif atau matriks keberhasilan.

Hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa perencanaan tindak lanjut dilakukan berdasarkan data lapangan dan masukan dari kader maupun santri, terutama bila ditemukan tren keluhan kesehatan tertentu seperti anemia. Pendekatan berbasis data ini selaras dengan anjuran dalam *Community Health Planning* yang mendorong *Evidence-Based Decision Making (EBDM)* dalam manajemen program (Notoatmodjo, 2020: 162). Beberapa penelitian memperkuat bahwa program kesehatan berbasis komunitas yang didesain ulang

berdasarkan evaluasi dan data empiris cenderung lebih efektif dan berkelanjutan (Lassi, Moin, & Bhutta, 2020: 129).

Dalam konteks motivasi kader, pemberian penguatan berupa pujian dan pengakuan sosial menunjukkan aplikasi teori motivasi non-material. Penghargaan simbolik sangat penting dalam organisasi relawan karena mampu meningkatkan afiliasi, komitmen, dan peran aktif kader dalam jangka panjang (Robbins & Coulter, 2020: 301). Hasil serupa juga ditemukan dalam studi yang menunjukkan bahwa penguatan motivasi kader melalui penghargaan sosial dapat meningkatkan retensi dan loyalitas kader dalam program kesehatan pesantren (Bakar, Halim, & Zainuddin, 2021: 201).

Meskipun demikian, pembahasan dari jurnal-jurnal mutakhir menunjukkan perlunya pendekatan evaluasi berbasis digital. Penggunaan teknologi sederhana seperti Google Form, dashboard evaluasi online, atau aplikasi kesehatan komunitas dapat mempercepat proses dokumentasi dan tindak lanjut program (R. Setiawan, Hidayat, & Permata, 2023: 115). Hal ini belum terlihat diterapkan di Poskestren Madinatul Quran yang masih mengandalkan pencatatan manual. Ini menjadi kesenjangan potensial yang perlu diatasi agar program bisa berkembang ke arah digitalisasi berbasis bukti.

Lebih lanjut, model evaluasi yang dilakukan belum sepenuhnya bersifat reflektif dan korektif strategis. Dalam pandangan WHO, evaluasi program kesehatan berbasis komunitas idealnya tidak hanya menilai ketercapaian, tetapi juga memuat refleksi strategis dan pelibatan semua pemangku kepentingan secara utuh (World Health Organization., 2022: 84). Di lapangan, keterlibatan santri secara luas masih terbatas pada level kader, belum menyentuh pada level pengurus atau jamaah pesantren secara umum. Ini dapat menjadi tantangan dalam memperluas cakupan dan partisipasi program ke depan.

Pelaksanaan tahap penutup ini menunjukkan arah manajemen program yang berbasis komunitas, meskipun masih perlu penguatan dari aspek metodologi evaluasi dan pelibatan multistakeholder. Keberhasilan program Poskestren terbukti sangat bergantung pada sinergi yang kuat antara kader, pembina, dan pimpinan pondok. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa kolaborasi antarpihak dalam institusi pesantren merupakan faktor kunci dalam kesuksesan intervensi kesehatan yang berbasis pada nilai religius dan budaya (E. D. Wulandari, Fitria, & Hamzah, 2020: 52).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan tahap penutup program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Quran telah menerapkan prinsip-prinsip evaluasi partisipatif dan tindak lanjut berbasis data. Namun demikian, terdapat kesenjangan antara teori ideal dan praktik di lapangan, khususnya pada aspek pendokumentasian, digitalisasi evaluasi, dan pelibatan multipihak. Untuk peningkatan program di masa depan, pendekatan sistematis berbasis teknologi dan refleksi strategis perlu dikembangkan lebih lanjut agar program Poskestren dapat berkontribusi optimal dalam menciptakan kemandirian santri di bidang kesehatan.

b. Pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Al Imam Asy Syathiby

1) Tahap Awal

Pelaksanaan tahap awal Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy-Syathiby menunjukkan pendekatan partisipatif yang cukup baik, terutama dalam hal identifikasi kebutuhan kesehatan, perencanaan kegiatan, serta pengumpulan data dasar (baseline). Tahapan ini secara umum sejalan dengan pendekatan *Community-Based Participatory Health Programs* (L. Green & Kreuter, 2005: 122), yang menekankan pentingnya keterlibatan langsung masyarakat dalam proses perencanaan agar intervensi menjadi relevan dan kontekstual.

Namun masih ada beberapa kesenjangan antara praktik di lapangan dengan teori manajemen kesehatan komunitas. Salah satunya adalah

belum adanya penggunaan alat analisis formal seperti skoring prioritas masalah kesehatan atau pemetaan risiko yang sistematis. Dalam teori manajemen program kesehatan (C. Effendy, 2017: 128), identifikasi kebutuhan yang berbasis data semestinya dilengkapi dengan analisis kuantitatif dan kualitatif agar menghasilkan prioritas program yang lebih objektif. Di pesantren ini, identifikasi dilakukan secara informal melalui diskusi dan observasi subjektif, tanpa dokumentasi analitik yang terdokumentasi secara konsisten.

Meskipun proses perencanaan dilakukan bersama kader santri, namun belum ditemukan mekanisme kontrol mutu terhadap kualitas perencanaan kegiatan tersebut. Perencanaan program kesehatan berbasis kader harus didampingi dengan pelatihan tentang *logical framework* dan pelatihan evaluatif untuk menjamin keberlanjutan dan efisiensi kegiatan (Mutale, Siwale, & Chola, 2021; 74).

Dari sisi pengumpulan data awal, praktik di lapangan sudah cukup progresif, karena dilakukan pendataan berat badan, tinggi badan, serta pola kebersihan pribadi. Ini selaras dengan rekomendasi WHO, yang menekankan pentingnya baseline data untuk mengukur perubahan dan capaian program secara berkelanjutan. Namun, belum adanya sistem digital atau rekap berbasis aplikasi membuat pendataan ini rawan kehilangan akurasi atau kontinuitas. Integrasi sistem digital sederhana seperti Google Sheet atau aplikasi survei berbasis Android mampu meningkatkan akurasi dan efisiensi pencatatan dalam program kesehatan berbasis komunitas (T. R. H. Prasetyo, Hartati, & Nurhasanah, 2023: 219).

Lebih lanjut, pendekatan informal dan kurangnya struktur (*World Health Organization.*, 2020; 27) dokumentasi membuat evaluasi longitudinal terhadap kebutuhan santri sulit dilakukan secara objektif. Dalam pendekatan manajemen kesehatan komunitas idealnya diperlukan sistem pelaporan berbasis indikator standar yang bisa dibandingkan dari waktu ke waktu (E. D. Wulandari, Fitria, &

Hamzah, 2022: 61). Di lapangan, sistem pelaporan belum sepenuhnya mengacu pada standar baku, yang dapat menjadi tantangan ketika pondok ingin menskalakan program atau mereplikasi praktik baik ini ke lembaga lain.

Namun, praktik positif yang ditemukan adalah adanya integrasi nilai-nilai Islam dalam tahap perencanaan. Hal ini mendukung pendekatan *faith-based health education* (Ahmed, Mohamed, & Yusoff, 2020: 95), yang mampu meningkatkan penerimaan dan keberhasilan intervensi di kalangan remaja muslim, karena selaras dengan nilai spiritual yang dianut. Di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby, penyusunan kegiatan seperti edukasi kebersihan dan pemeriksaan kesehatan ringan dilakukan dengan mempertimbangkan aktivitas keagamaan dan jadwal mengaji, sehingga tidak mengganggu ritme ibadah dan belajar santri.

Secara keseluruhan, pelaksanaan tahap awal Poskestren menunjukkan implementasi yang baik dalam aspek partisipasi kader, relevansi program, dan kesiapan logistik. Namun terdapat ruang peningkatan dalam hal dokumentasi formal, penggunaan sistem pendataan digital, dan pendekatan analitik terhadap kebutuhan kesehatan. Ini penting agar program Poskestren tidak hanya berjalan, tetapi juga dapat dievaluasi dan dikembangkan secara berkelanjutan dengan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).

Tahap awal pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy-Syatiby telah menunjukkan upaya positif dalam membangun pondasi program kesehatan berbasis komunitas pesantren. Meski telah mencerminkan semangat partisipatif dan kontekstual, terdapat beberapa kesenjangan dengan teori ideal, khususnya pada aspek formalitas perencanaan dan pendataan. Oleh karena itu, penguatan dalam bentuk pelatihan kader, sistem dokumentasi terstruktur, serta integrasi digitalisasi dapat menjadi solusi strategis dalam meningkatkan efektivitas program ke depan.

2) Tahap Inti

Tahap inti pelaksanaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) di Pondok Pesantren Madinatul Quran dan Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan keterlibatan langsung santri sebagai subjek utama layanan kesehatan. Kegiatan yang dilaksanakan meliputi penyuluhan kesehatan, pembiasaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pemeriksaan kesehatan ringan, serta pelatihan kader kesehatan santri. Temuan ini menunjukkan bahwa pelaksanaan inti Poskestren telah mengarah pada pendekatan promotif dan preventif, sesuai dengan prinsip pelayanan kesehatan komunitas berbasis pesantren.

Pelibatan santri dalam kegiatan PHBS, sanitasi lingkungan, dan penyuluhan kesehatan merupakan pendekatan tepat yang mendukung terbentuknya kemandirian santri dalam menjaga kesehatan pribadi dan lingkungannya. Hal ini sejalan dengan temuan yang menyebutkan bahwa pelibatan siswa dalam praktik kesehatan berbasis komunitas meningkatkan efektivitas pendidikan kesehatan dan memperkuat nilai tanggung jawab kolektif (Pertiwi, Fitriani, & Prabowo, 2021: 98). Santri yang terlibat secara langsung dalam kegiatan tersebut cenderung memiliki kesadaran lebih tinggi terhadap kesehatan pribadi dan lingkungan.

Program pelatihan kader kesehatan santri juga menunjukkan kontribusi signifikan dalam pembentukan budaya sehat di pesantren. Kader berperan sebagai penyuluh sebaya, penghubung antara santri dan petugas kesehatan, serta sebagai detektor awal kasus-kasus ringan. Strategi ini sesuai dengan temuan yang menyatakan bahwa pendekatan *peer education* dalam pendidikan kesehatan terbukti lebih efektif meningkatkan pemahaman dan praktik hidup sehat di kalangan remaja (Ramadhani et al., 2020: 112). Meskipun demikian, dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala seperti keterbatasan materi pelatihan kader dan kurangnya evaluasi kompetensi secara periodik.

Aspek lain yang penting dari tahap inti adalah kegiatan skrining penyakit seperti TBC dan anemia. Pelaksanaan skrining ini menjadi bentuk implementasi dari pendekatan pencegahan dan deteksi dini, yang juga disarankan oleh WHO dalam strategi School Health Program. Penelitian Nurhasanah & Sugiyanto (2022:43) menegaskan bahwa skrining kesehatan di lingkungan pesantren sangat krusial untuk mencegah penyebaran penyakit menular dan meningkatkan kualitas hidup santri. Namun, dari sisi praktik, frekuensi skrining yang masih terbatas dan cakupan penyakit yang disaring belum menyeluruh menunjukkan adanya celah dalam penerapan program kesehatan kuratif dan preventif secara terpadu.

Lebih lanjut, pembiasaan sanitasi lingkungan secara gotong royong mencerminkan integrasi antara nilai-nilai pendidikan karakter dan praktik kesehatan. Penelitian Mulyani & Raharjo (2020: 56) menekankan bahwa pendidikan kesehatan yang dikolaborasikan dengan pendidikan karakter melalui kegiatan kolektif seperti bersih-bersih lingkungan dapat memperkuat nilai kepedulian sosial dan disiplin. Namun kegiatan ini belum diintegrasikan secara eksplisit dalam kurikulum kegiatan pesantren, sehingga keberlanjutan dan dampak jangka panjangnya masih perlu dikaji.

Dari perspektif teori manajemen, pelaksanaan kegiatan inti Poskestren semestinya mengacu pada siklus manajemen strategis berbasis hasil (*result-based management*), sebagaimana dikemukakan dalam teori Stufflebeam melalui model CIPP (*Context, Input, Process, Product*). Berdasarkan teori ini, pelaksanaan program perlu disertai dengan indikator proses yang terukur serta output dan outcome yang dievaluasi secara sistematis (Stufflebeam & Zhang, 2017: 29). Namun dalam praktiknya, pelaksanaan program Poskestren masih didominasi oleh pendekatan berbasis aktivitas (*activity-based*) ketimbang pendekatan berbasis hasil.

Kesenjangan lain yang muncul adalah belum adanya standar operasional prosedur (SOP) tertulis untuk setiap kegiatan inti Poskestren. Padahal, keberadaan SOP sangat penting untuk menjamin mutu layanan kesehatan di lingkungan pendidikan dan memastikan keberlangsungan program ketika terjadi rotasi kader atau pergantian tenaga kesehatan. Tanpa SOP, pelaksanaan kegiatan berpotensi inkonsisten dan sangat bergantung pada motivasi individu (N. Fauziah, Wulandari, & Hidayat, 2023: 211).

Secara keseluruhan, pelaksanaan tahap inti Poskestren telah menunjukkan berbagai praktik baik (best practices), khususnya dalam aspek keterlibatan aktif santri, pembentukan kader kesehatan, dan pelaksanaan penyuluhan. Namun demikian, praktik tersebut masih perlu ditingkatkan melalui integrasi sistematis dengan manajemen berbasis hasil, pelatihan kader yang berkelanjutan, SOP kegiatan, serta pelaporan digital yang terintegrasi dengan sistem kesehatan lokal.

3) Tahap Penutup

Pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby memasuki tahap penutup dengan menekankan aspek evaluasi, pelaporan, dan penguatan keberlanjutan program. Secara konseptual, tahap penutup dalam manajemen pelaksanaan program berfungsi sebagai refleksi menyeluruh terhadap pencapaian tujuan, pengumpulan umpan balik, dan perencanaan siklus berikutnya (Stufflebeam & Zhang, 2017: 128). Dalam praktiknya, evaluasi dilakukan secara rutin dengan melibatkan unsur internal pesantren dan tenaga kesehatan dari puskesmas. Hal ini menunjukkan adanya upaya partisipatif yang selaras dengan prinsip evaluasi formatif dan sumatif dalam siklus manajemen program kesehatan.

Namun, evaluasi yang dilakukan lebih bersifat kualitatif dan diskursif dalam forum musyawarah, tanpa dukungan instrumen evaluasi baku seperti kuesioner terstruktur, lembar audit, atau matriks keberhasilan

program sebagaimana dianjurkan dalam literatur pengelolaan program berbasis evidence-based management (EBM). Menurut penelitian (Suherman et al., 2022: 88), program kesehatan berbasis komunitas yang disertai evaluasi dengan instrumen kuantitatif cenderung menunjukkan peningkatan efektivitas dan keberlanjutan karena memberikan data objektif yang dapat ditindaklanjuti.

Penguatan keberlanjutan melalui apresiasi terhadap kader aktif juga merupakan strategi yang sesuai dengan teori manajemen sumber daya manusia. Sistem penghargaan (reward system) diyakini mampu meningkatkan motivasi kerja, loyalitas kader, dan menurunkan tingkat *drop out* relawan kesehatan (Dessler, 2013: 98). Pemberian penghargaan non-finansial seperti piagam, kesempatan pelatihan, dan pengakuan sosial berkontribusi pada retensi kader Posyandu secara signifikan (Awan, Fatima, & Saeed, 2022: 151).

Meskipun demikian, tantangan yang muncul adalah ketidakteraturan dalam pendokumentasian kegiatan. Beberapa kegiatan tidak terdokumentasi secara menyeluruh dalam bentuk laporan naratif atau arsip foto yang sistematis. Padahal, dokumentasi program merupakan bagian dari manajemen operasional berbasis akuntabilitas yang menjadi standar dalam pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Cokumentasi yang sistematis tidak hanya menjadi alat pelaporan ke stakeholder eksternal, tetapi juga instrumen evaluasi internal untuk refleksi dan pembelajaran kelembagaan (Hussain, Kamal, & Siddiqui, 2021: 56).

Dalam konteks pembelajaran kelembagaan, pembahasan hasil evaluasi dalam forum musyawarah internal dapat dianggap sebagai penerapan prinsip "reflective practice" dalam pendidikan kesehatan berbasis komunitas. Proses refleksi kolektif terhadap pengalaman program memperkuat kompetensi komunitas dalam mengembangkan strategi adaptif dan inovatif (Munro, Booth, & Ford, 2020: 119).

Dari sisi keberlanjutan, adanya keterlibatan santri dalam proses evaluasi menunjukkan pendekatan berbasis partisipasi aktif. Strategi ini mendukung konsep *community engagement* dalam program kesehatan berbasis pesantren. Pelibatan remaja santri dalam siklus program kesehatan mampu meningkatkan kepemilikan program dan kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam jangka panjang (Nuryanti, Rohmadi, & Mukhlis, 2024; 231).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tahap penutup pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah melaksanakan prinsip dasar evaluasi partisipatif dan penguatan keberlanjutan program. Namun, terdapat ruang perbaikan dalam hal sistem evaluasi yang lebih terstruktur, dokumentasi program yang sistematis, dan integrasi praktik reflektif dengan prinsip manajemen berbasis data. Jika aspek-aspek ini dapat diperkuat, Poskestren berpotensi menjadi model manajemen kesehatan berbasis pesantren yang replikatif dan berkelanjutan.

4. Evaluasi Poskestren

a. Evaluasi Program Kesehatan Santri di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

1) Dasar Evaluasi Poskestren

Evaluasi merupakan tahap kritis dalam siklus manajemen program kesehatan karena memungkinkan terjadinya pengendalian mutu, perbaikan berkelanjutan, serta adaptasi terhadap dinamika kebutuhan sasaran program. Dalam praktiknya di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, evaluasi Poskestren dijalankan sebagai mekanisme internal yang bertumpu pada kebutuhan institusional dan pedoman eksternal. Evaluasi juga dipengaruhi oleh nilai-nilai religius dan sistem pengambilan keputusan partisipatif. Kondisi ini mencerminkan integrasi antara pendekatan teknokratis dan nilai spiritual dalam manajemen berbasis komunitas.

Secara teori, pelaksanaan evaluasi ideal dalam manajemen program kesehatan mestinya dilakukan berdasarkan instrumen yang baku dan terukur, sebagaimana ditegaskan oleh Stufflebeam dalam *CIPP Model* (*Context, Input, Process, Product*) yang mengedepankan sistem evaluasi komprehensif (Stufflebeam & Zhang, 2017: 29). Namun dalam implementasinya, meskipun evaluasi di Poskestren Madinatul Qur'an telah menggunakan indikator dasar seperti keefektifan program dan partisipasi kader, pendekatannya masih lebih bersifat naratif dan belum sepenuhnya berbasis instrumen kuantitatif atau sistem skor. Ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori sistematis dalam evaluasi program dan praktik lapangan yang bersifat lebih fleksibel dan kualitatif.

Temuan ini sejalan dengan studi (Saepudin & Fitriana, 2023: 288) yang menyatakan bahwa banyak program kesehatan berbasis pesantren masih menjalankan evaluasi secara informal dan kualitatif, tanpa dilengkapi indikator terukur yang dapat diakui oleh sistem pelayanan kesehatan formal. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan kapasitas teknis dan belum adanya pedoman baku yang aplikatif di lingkungan pondok.

Selain itu, penggunaan nilai-nilai Islam sebagai landasan evaluasi menunjukkan integrasi konsep *muhasabah* dalam manajemen program. Pendekatan ini memang belum banyak dibahas dalam teori manajemen modern, namun memiliki keunikan tersendiri dalam konteks pesantren. Pendekatan *spiritual accountability* dapat meningkatkan kepemilikan program dan integritas kader kesehatan karena mereka merasa memiliki tanggung jawab moral dan religius terhadap kegiatan kesehatan di komunitasnya (Sutrisno, Widyawati, & Hanafiah, 2022: 189).

Kelebihan dari praktik evaluasi Poskestren Madinatul Qur'an adalah adanya komitmen untuk menjadikan evaluasi sebagai bagian dari siklus manajerial, bukan sekadar rutinitas administratif. Ini sesuai

dengan penelitian yang menekankan bahwa evaluasi harus bersandar pada indikator yang telah dirumuskan dalam tahap perencanaan sebelumnya (Robbins & Coulter, 2020; 420). Namun, kesenjangan muncul karena belum semua indikator tersebut dikembangkan secara sistematis dalam bentuk dokumen program yang terdokumentasi dengan baik.

Evaluasi juga dilakukan atas dasar keterikatan pada regulasi eksternal seperti Permenkes No. 75 Tahun 2014. Ini menunjukkan bahwa pesantren telah berupaya mengakomodasi kerangka kerja formal dari sektor kesehatan pemerintah. Perlu digarisbawahi bahwa belum semua pondok pesantren memahami bagaimana regulasi tersebut diterjemahkan ke dalam sistem evaluasi berbasis data dan indikator kesehatan (N. D. Lestari & Saputra, 2023; 94). Akibatnya, kegiatan evaluasi lebih sering menjadi forum diskusi umum daripada proses pengambilan keputusan berbasis data yang konkret.

Dalam perspektif *community health management*, evaluasi yang melibatkan partisipasi aktif dari komunitas – sebagaimana dilakukan di Madinatul Qur'an – sebenarnya telah memenuhi prinsip *empowerment evaluation*. Pelibatan komunitas dalam proses evaluasi meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan memperkuat kapasitas lokal untuk melakukan koreksi terhadap program yang kurang tepat sasaran (R. Fauziah, Wahyuni, & Kurniasari, 2022: 37).

Pendekatan evaluasi Poskestren yang mengintegrasikan aspek spiritual dengan sistem manajerial modern adalah model hibrid yang menjanjikan dalam konteks pesantren. Pengembangan instrumen evaluasi berbasis nilai-nilai Islam yang selaras dengan indikator keberhasilan program kesehatan, sehingga evaluasi tidak hanya menilai keberhasilan teknis, tetapi juga keberlanjutan moral dan sosial (S. Rahmawati, Prasetyo, & Zulfa, 2023: 212).

Evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an mencerminkan pendekatan yang kontekstual, religius, dan partisipatif.

Namun, masih terdapat kesenjangan antara teori evaluasi berbasis indikator dan data objektif dengan praktik evaluasi naratif dan reflektif. Penguatan kapasitas teknis serta pengembangan instrumen evaluasi berbasis spiritualitas dapat menjadi inovasi penting untuk menjembatani kesenjangan tersebut.

2) Tujuan Evaluasi

Evaluasi dalam sistem manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) berfungsi sebagai perangkat esensial untuk menjamin keberlangsungan program sekaligus sebagai alat refleksi kelembagaan. Berdasarkan hasil penelitian, tujuan evaluasi di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an lebih dari sekadar menilai hasil kegiatan. Evaluasi dirancang sebagai mekanisme kontrol yang memuat dimensi pembelajaran, perbaikan mutu, pengambilan keputusan strategis, dan penguatan nilai kemandirian santri dalam bidang kesehatan.

Secara teoritis, tujuan utama dari evaluasi program adalah menilai efektivitas strategi dan efisiensi penggunaan sumber daya (Arikunto & Jabar, 2018: 15). Hal ini menekankan pentingnya data kuantitatif dan pengukuran objektif dalam menilai keberhasilan pelaksanaan kegiatan. Namun, dalam praktiknya di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, evaluasi cenderung bersifat kualitatif dan naratif, mengandalkan observasi, diskusi reflektif, dan testimoni santri serta pengelola.

Lebih jauh, teori CIPP (*Context, Input, Process, Product*) (Stufflebeam & Zhang, 2017: 29) menekankan bahwa evaluasi harus mengarah pada pengambilan keputusan komprehensif dan menjadi bagian dari proses berkelanjutan. Dalam praktik Poskestren, prinsip ini mulai diterapkan, khususnya melalui evaluasi setiap semester yang melibatkan berbagai pihak, termasuk kader santri, ustadz, dan mitra puskesmas. Namun demikian, keputusan tindak lanjut yang diambil berdasarkan hasil evaluasi belum sepenuhnya terdokumentasi secara

sistematis, yang membuat hasilnya belum maksimal untuk dijadikan dasar dalam kebijakan jangka panjang.

Hal ini diperkuat oleh temuan (Purwanti, Sutanto, & Pratiwi, 2021: 118) yang menyatakan bahwa sistem evaluasi kesehatan di pesantren sering kali bersifat deskriptif, belum berbasis indikator kinerja yang terukur, sehingga pengambilan keputusan strategis masih dipengaruhi oleh persepsi individu, bukan data. Maka, terdapat kebutuhan untuk membangun sistem evaluasi yang lebih kuat, terstruktur, dan berbasis bukti.

Selain itu, dari sisi fungsi edukatif dan penguatan nilai kemandirian, evaluasi di Madinatul Qur'an mengarah pada pembentukan kesadaran santri untuk hidup bersih dan sehat secara mandiri. Hal ini merupakan pendekatan yang sesuai dengan pendidikan berbasis nilai (*value-based education*), namun belum sepenuhnya terintegrasi dalam model evaluasi formal. Keberhasilan program kesehatan di lembaga pendidikan keagamaan sangat bergantung pada seberapa jauh peserta didik memahami nilai-nilai kesehatan sebagai bagian dari tanggung jawab moral dan spiritual (N. Fadilah, Maulana, & Hamid, 2022: 92). Evaluasi Poskestren di Madinatul Qur'an juga ditujukan untuk memberikan umpan balik (*feedback*) kepada semua pihak, termasuk santri kader. Ini sesuai dengan prinsip *learning organization* yang menempatkan evaluasi sebagai bagian dari pembelajaran bersama. Namun, meskipun evaluasi partisipatif telah banyak diterapkan di lingkungan pesantren, sering kali tidak ada sistem dokumentasi yang terstandardisasi, sehingga umpan balik tersebut hanya berfungsi pada level individu atau kelompok kecil dan belum optimal sebagai sistem institusional (Yunita & Hartati, 2023: 45).

Meskipun demikian, pendekatan evaluasi yang dilakukan Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah menunjukkan adanya integrasi antara dimensi manajerial dan edukatif. Tujuan evaluasi yang diarahkan pada pencapaian kemandirian santri dalam kesehatan

sejalan dengan konsep *Health Promotion Model* yang menekankan perubahan perilaku berbasis kesadaran dan partisipasi. Dalam hal ini, partisipasi aktif kader santri dalam evaluasi meningkatkan sense of ownership terhadap program kesehatan dan memperkuat keberlanjutan program (D. K. Sari, Wahyuni, & Fathurrahman, 2023: 39).

Tujuan evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an mencerminkan upaya untuk mengintegrasikan kontrol manajerial, pembelajaran kelembagaan, serta penguatan nilai kemandirian santri. Namun, kesenjangan masih terlihat dalam hal dokumentasi sistematis, penggunaan indikator terukur, dan mekanisme pengambilan keputusan berbasis data. Diperlukan penguatan kapasitas evaluasi berbasis sistem, pengembangan instrumen yang terstandar, serta pelatihan bagi pelaksana Poskestren untuk memastikan bahwa tujuan evaluasi tidak hanya ideal secara normatif, tetapi juga implementatif dan berkelanjutan.

3) Aspek Evaluasi

Evaluasi terhadap pelaksanaan program Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menunjukkan keterlibatan aktif dalam menilai keberhasilan maupun kendala pelaksanaan program. Keenam aspek yang menjadi perhatian dalam evaluasi, yakni keaktifan kader santri, keberhasilan penyuluhan kesehatan, pelaksanaan program PHBS, keterlibatan guru dan musyrif, kerja sama dengan Puskesmas, serta dokumentasi kegiatan, mencerminkan adanya pendekatan evaluatif yang cukup menyeluruh. Pemilihan aspek tersebut memperlihatkan perhatian tidak hanya pada hasil program, tetapi juga pada proses pelaksanaan dan kontribusi berbagai pihak.

Evaluasi yang baik harus mencakup dimensi proses, hasil, dan konteks program. Pendekatan ini dikenal sebagai *utilization-focused evaluation*, yang menekankan kegunaan informasi evaluasi bagi pengambil keputusan, pelaksana program, dan pemangku kepentingan

(Fitzpatrick et al., 2011: 198). Dalam konteks ini, evaluasi tidak hanya dipandang sebagai alat kontrol, melainkan sebagai strategi peningkatan kualitas secara berkelanjutan. Namun, hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa evaluasi di Poskestren Madinatul Qur'an masih bersifat informal, belum didasarkan pada instrumen baku yang terstruktur dan terdokumentasi dengan baik. Hal ini menjadi salah satu kesenjangan antara teori dan praktik.

Lebih lanjut, evaluasi idealnya mencakup aspek input, proses, output, dan outcome seperti dijelaskan oleh Stufflebeam dalam *model CIPP* (*Context, Input, Process, Product*). Namun dalam praktiknya, evaluasi yang dilakukan baru menyentuh aspek proses dan sedikit bagian produk (output), seperti dokumentasi dan penyuluhan. Aspek konteks dan input seperti latar belakang kebutuhan santri atau kesiapan sumber daya belum menjadi bagian eksplisit dalam proses evaluasi. Penekanan pada keaktifan kader dan keterlibatan guru menunjukkan fokus pada pelaksanaan, tetapi belum cukup memberikan gambaran tentang dampak program terhadap perubahan perilaku atau kemandirian santri dalam jangka panjang.

Dukungan terhadap temuan ini juga terlihat dalam berbagai studi. Misalnya, penelitian menyatakan bahwa evaluasi program kesehatan di pesantren cenderung bersifat naratif dan kualitatif, tanpa instrumen kuantitatif yang dapat mengukur keberhasilan secara objektif (Saepudin & Fitriana, 2023: 108). Senada dengan itu, dalam konteks PHBS di lingkungan pesantren menunjukkan bahwa evaluasi program hanya dilakukan berdasarkan observasi visual tanpa indikator performa yang sistematis (S. Fitriyah & Rachmawati, 2023: 95). Ini mengindikasikan bahwa aspek evaluasi masih perlu diperkuat dari sisi metodologis.

Sementara itu, studi (Hidayah & Isnawati, 2021: 67) menekankan pentingnya keterlibatan semua pemangku kepentingan dalam proses evaluasi, termasuk guru, tenaga kesehatan, dan santri itu sendiri.

Mereka menyebutkan bahwa pelibatan multi-aktor dalam evaluasi program kesehatan akan meningkatkan validitas temuan dan rasa memiliki terhadap hasil evaluasi. Temuan ini relevan dengan aspek yang ditemukan di lapangan, namun belum sepenuhnya mencerminkan partisipasi aktif santri sebagai mitra evaluasi. Hal ini menandakan adanya ruang perbaikan dari sisi pendekatan partisipatif dalam evaluasi.

Studi lain (D. L. N. Aulia, Anjani, & Utami, 2021: 77) juga mendukung pentingnya sistem evaluasi berbasis indikator yang terukur, terutama dalam program promosi kesehatan di institusi berbasis komunitas seperti pesantren. Mereka mengusulkan penggunaan indikator seperti skor pengetahuan, perubahan sikap, dan perilaku sehat sebagai alat ukur keberhasilan program. Dalam konteks Madinatul Qur'an, indikator semacam ini belum diadopsi secara eksplisit, meskipun ada kesadaran akan pentingnya dokumentasi dan penyuluhan sebagai bagian dari evaluasi.

Terakhir, penelitian (Nurfadilah, Rahayu, & Hadi, 2024: 113) menunjukkan bahwa penguatan aspek dokumentasi merupakan kunci untuk perbaikan berkelanjutan dalam program kesehatan komunitas. Tanpa dokumentasi yang baik, proses evaluasi akan kehilangan dasar evidensial untuk menilai efektivitas program. Temuan di Poskestren Madinatul Qur'an menunjukkan bahwa dokumentasi telah dilakukan, namun belum terintegrasi ke dalam sistem pelaporan yang baku dan sistematis.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa aspek evaluasi yang diterapkan di Poskestren Pondok Pesantren Madinatul Qur'an telah mencerminkan upaya evaluatif yang berorientasi proses. Namun demikian, masih terdapat kesenjangan antara praktik evaluasi di lapangan dengan teori evaluasi yang komprehensif dan sistematis. Diperlukan penguatan instrumen, metodologi, dan indikator evaluasi agar hasil yang diperoleh tidak hanya bersifat naratif, tetapi juga

kuantitatif dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang lebih akurat.

4) Jenis Evaluasi

Evaluasi terhadap program kesehatan pesantren, termasuk Poskestren, memainkan peran penting dalam menjamin mutu dan efektivitas kegiatan yang dijalankan. Berdasarkan temuan penelitian di Pondok Pesantren Madinatul Quran, jenis evaluasi yang digunakan mencakup evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilaksanakan melalui monitoring rutin kegiatan oleh pembina kesehatan serta laporan mingguan kader. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan melalui rapat evaluasi program pada akhir semester. Hal ini menunjukkan bahwa pihak pengelola Poskestren telah memiliki kesadaran akan pentingnya pengukuran kinerja baik saat proses berlangsung maupun setelah kegiatan selesai.

Evaluasi dalam program pendidikan dan kesehatan terdiri atas evaluasi awal (diagnostik), formatif, dan sumatif (Arikunto & Jabar, 2018: 189). Evaluasi awal bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi awal dan kebutuhan peserta program, sementara evaluasi formatif bertujuan memantau proses untuk perbaikan langsung, dan evaluasi sumatif digunakan untuk menilai pencapaian akhir. Dalam praktiknya, evaluasi diagnostik belum secara formal diterapkan di Madinatul Quran. Evaluasi awal hanya diwakili melalui musyawarah awal tahun ajaran. Kesenjangan ini menunjukkan bahwa Poskestren masih memiliki ruang untuk mengembangkan pendekatan evaluasi diagnostik berbasis data, seperti penilaian risiko kesehatan awal santri atau asesmen kebutuhan secara sistematis sebelum program berjalan. Praktik evaluasi formatif yang dilakukan secara berkala melalui observasi dan diskusi reflektif mencerminkan pendekatan evaluatif berbasis proses. Ini sejalan dengan temuan (Nursalam, 2020: 114) yang menyebutkan bahwa evaluasi formatif dalam layanan kesehatan berbasis komunitas penting untuk mendeteksi kendala lapangan dan

mengatur ulang strategi pelayanan sebelum program mencapai tahap akhir. Bahkan, keberhasilan program kesehatan di lembaga pendidikan berbasis keagamaan sangat dipengaruhi oleh kemampuan melakukan penyesuaian di tengah pelaksanaan (Widiastuti & Arifin, 2022: 66). Dengan demikian, penerapan evaluasi formatif di pesantren ini telah selaras dengan prinsip-prinsip evaluasi dalam pendekatan manajemen partisipatif dan adaptif.

Adapun integrasi antara evaluasi formatif dan sumatif yang diterapkan di Madinatul Quran juga sejalan dengan pandangan (Scriven, 1991: 92), yang menyatakan bahwa keberhasilan evaluasi program tidak hanya diukur dari hasil akhir, tetapi juga dari keberlanjutan proses perbaikannya. Hal ini diperkuat oleh studi (L. M. Putri, Sudirman, & Ramadhan, 2023: 92), yang menekankan bahwa evaluasi sumatif harus dikombinasikan dengan formatif agar program kesehatan berbasis komunitas tidak hanya responsif terhadap hasil, tetapi juga terhadap proses yang berlangsung. Oleh karena itu, praktik di Poskestren Madinatul Quran dapat dikatakan telah berada dalam arah yang tepat meskipun belum sepenuhnya ideal.

Di sisi lain, terdapat kelemahan dalam pelaksanaan evaluasi diagnostik yang seharusnya menjadi dasar penyusunan program. Evaluasi awal sangat krusial untuk menentukan prioritas masalah dan sasaran program yang tepat, khususnya dalam konteks pesantren yang memiliki dinamika khas (Nugroho & Hasibuan, 2021: 27). Ketidakhadiran evaluasi diagnostik secara sistematis di Madinatul Quran menunjukkan adanya peluang peningkatan, terutama dengan penerapan tools pengkajian kesehatan awal seperti survei kebutuhan atau pemeriksaan status kesehatan santri secara periodik.

Selanjutnya, studi (T. W. Sari & Kusumawati, 2020: 79) menyarankan agar evaluasi dalam program berbasis pesantren juga mencakup dimensi spiritual dan sosial santri, yang selama ini belum tercermin dalam laporan evaluatif Poskestren Madinatul Quran. Ini

menunjukkan perlunya integrasi antara dimensi kesehatan fisik dengan nilai-nilai keislaman dalam proses evaluasi, agar pendekatan yang digunakan lebih komprehensif dan sesuai dengan karakter institusi pendidikan Islam.

Dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa jenis evaluasi yang diterapkan di Poskestren Madinatul Quran telah mengarah pada praktik evaluasi formatif dan sumatif yang berkelanjutan dan cukup efektif. Namun, masih terdapat kesenjangan dalam pelaksanaan evaluasi diagnostik serta belum optimalnya integrasi nilai-nilai khas pesantren dalam mekanisme evaluasi yang digunakan. Perbaikan di aspek ini akan meningkatkan kualitas perencanaan dan efektivitas program secara menyeluruh, sejalan dengan prinsip manajemen strategis berbasis evidence-based.

5) Teknik Evaluasi

Evaluasi merupakan komponen penting dalam manajemen program, termasuk dalam pengelolaan Poskestren. Teknik evaluasi yang diterapkan oleh Poskestren Madinatul Quran menunjukkan kecenderungan pada pendekatan kualitatif yang sederhana namun kontekstual. Berdasarkan hasil wawancara, teknik evaluasi yang digunakan lebih bersifat informal, seperti observasi langsung dan diskusi kelompok kecil. Teknik ini sejatinya efektif dalam lingkungan yang memiliki interaksi sosial intens seperti pesantren. Hal ini mendukung prinsip manajemen partisipatif yang memungkinkan evaluasi dilakukan secara kontekstual dan kontinyu.

Namun, jika dibandingkan dengan teori-teori evaluasi program dalam lingkungan pendidikan dan kesehatan, teknik evaluasi idealnya menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif guna memperoleh data yang lebih komprehensif dan terukur (Stufflebeam & Zhang, 2017; 29). Model CIPP (*Context, Input, Process, Product*) misalnya, menganjurkan penggunaan berbagai instrumen seperti kuisioner, checklist, serta wawancara terstruktur untuk mengukur efektivitas

program secara menyeluruh. Dalam praktik di Poskestren Madinatul Quran, teknik evaluasi belum mencakup pendekatan kuantitatif tersebut karena keterbatasan sumber daya dan kapasitas pelaksana.

Lebih lanjut, penelitian (Pratiwi, Sulastri, & Mulyadi, 2022: 214) menunjukkan bahwa pelaksanaan evaluasi program kesehatan berbasis komunitas yang hanya mengandalkan observasi dan diskusi cenderung kurang mendeteksi persoalan laten dalam pelaksanaan kegiatan. Oleh karena itu, diperlukan sistem dokumentasi dan instrumen evaluasi yang lebih sistematis agar hasil evaluasi tidak hanya bersifat intuitif, tetapi juga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Hal ini belum ditemukan dalam praktik evaluasi Poskestren Madinatul Quran, di mana evaluasi belum terdokumentasi secara formal dan belum menggunakan alat evaluasi kuantitatif seperti skala Likert atau indikator capaian.

Meski demikian, pendekatan observasi dan FGD yang diterapkan sejatinya sesuai dengan prinsip evaluasi partisipatif dalam konteks pendidikan non-formal. Studi (Yuliana & Sari, 2023: 176) menegaskan bahwa dalam institusi berbasis nilai-nilai keagamaan seperti pesantren, evaluasi yang berbasis dialog antar pelaksana program lebih dapat diterima karena bersifat inklusif dan menghargai norma budaya lokal. Teknik observasi juga sangat tepat diterapkan dalam lingkungan pondok yang interaktif dan dinamis. Penelitian (Rahman, Fauziah, & Utami, 2021: 83) pada pesantren di Jawa Tengah menunjukkan bahwa observasi harian memungkinkan deteksi cepat terhadap masalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di kalangan santri.

Walau belum ada penggunaan kuisioner secara sistematis, pencatatan saran dan keluhan secara informal melalui para musyrif mencerminkan teknik evaluasi yang adaptif terhadap kondisi lokal. Bentuk evaluasi informal seperti ini sebenarnya dapat menjadi sumber data kualitatif yang penting, terutama bila dikombinasikan dengan

pencatatan naratif yang terdokumentasi secara rutin (Rofiah & Lestari, 2020: 107). Dalam konteks Poskestren Madinatul Quran, teknik ini berfungsi sebagai upaya menjaga kesinambungan informasi antar pengurus dan musyrif, meskipun belum menjadi bagian dari sistem evaluasi formal.

Sebagai tambahan, pendekatan teknik evaluasi informal ini juga sejalan dengan pendekatan reflektif dalam model evaluasi pembangunan berbasis komunitas. Studi (Hasanah & Fadillah, 2021: 92) menekankan bahwa dalam komunitas dengan budaya kolektif, teknik evaluasi reflektif melalui diskusi rutin dan musyawarah memiliki keunggulan dalam menjaga keberlanjutan program serta mendorong rasa kepemilikan.

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara praktik dan teori dalam hal kelengkapan dan sistematika teknik evaluasi. Praktik di lapangan lebih bersifat adaptif, informal, dan kontekstual, sementara teori manajemen evaluasi menekankan pentingnya sistem evaluasi terstruktur dan terdokumentasi. Untuk meningkatkan kualitas manajemen Poskestren ke depan, penggunaan teknik evaluasi yang lebih terintegrasi, seperti triangulasi antara observasi, FGD, dan kuisioner sederhana yang mudah dipahami oleh santri, sangat dianjurkan.

6) Kriteria Evaluasi

Kriteria evaluasi merupakan komponen penting dalam menentukan keberhasilan suatu program, termasuk Poskestren. Dalam konteks Poskestren Madinatul Quran, ditemukan bahwa kriteria evaluasi belum disusun secara formal atau terdokumentasi seperti halnya dalam organisasi kesehatan formal. Evaluasi dilakukan secara fleksibel dengan berlandaskan pada konsensus bersama pengurus dan didasarkan pada indikator keberhasilan yang bersifat praktis serta kontekstual.

Temuan ini menunjukkan adanya kesenjangan dengan teori-teori manajemen evaluasi program yang menekankan pentingnya penyusunan indikator secara sistematis, terukur, dan terdokumentasi. Dalam teori evaluasi CIPP (Stufflebeam & Zhang, 2017: 29), aspek *Product* harus dinilai melalui kriteria hasil yang objektif, terukur, dan relevan terhadap tujuan program. Idealnya, kriteria seperti *output*, *outcome*, dan *impact* dirumuskan secara eksplisit untuk memudahkan proses evaluasi dan pengambilan keputusan.

Namun, pada Poskestren Madinatul Quran, kriteria seperti “partisipasi santri”, “penurunan keluhan kesehatan ringan”, dan “dukungan dari musyrif” disusun secara adaptif sesuai situasi dan kondisi di lapangan. Meskipun tidak terdokumentasi secara resmi, pendekatan ini sejalan dengan model *context-based evaluation* (Stufflebeam & Coryn, 2014; 97), yaitu evaluasi yang mempertimbangkan kekhasan sosial dan budaya institusi pendidikan non-formal seperti pesantren.

Kriteria evaluasi program kesehatan di institusi berbasis komunitas sering kali tidak dibakukan, melainkan bersifat pragmatis dan disesuaikan dengan tujuan lokal (Kurniawati, Susanto, & Lestari, 2022: 88). Hal ini terbukti relevan di Madinatul Quran, di mana keberhasilan tidak hanya diukur dari output formal, tetapi juga dari perubahan sikap dan perilaku santri terhadap kebersihan dan kesehatan.

Lebih lanjut, pendekatan kriteria informal ini didukung oleh penelitian : 141), yang menunjukkan bahwa dalam institusi pesantren, perubahan perilaku santri menjadi indikator yang lebih signifikan dibanding angka-angka statistik yang sulit dimonitor secara rutin. Penekanan pada “perubahan perilaku” sebagai ukuran keberhasilan mencerminkan pendekatan *outcome-based evaluation* berbasis transformasi sosial dan individual.

Namun, di sisi lain, absennya dokumentasi dan indikator kuantitatif bisa menjadi kelemahan. Studi (Ningsih, Syahrial, & Prasetyo, 2021:

123) menunjukkan bahwa program kesehatan yang tidak memiliki indikator kinerja yang terdokumentasi rentan mengalami ketidakkonsistenan dalam pelaksanaan dan kesulitan dalam melakukan evaluasi jangka panjang (hlm. 123). Dengan demikian, meskipun pendekatan adaptif kontekstual dapat diterima, tetap diperlukan kerangka evaluasi dasar yang terdokumentasi sebagai acuan.

Sebagai contoh, penggunaan indikator seperti *jumlah santri yang mengikuti pelatihan kesehatan, frekuensi kegiatan PHBS*, atau *jumlah keluhan ringan yang tercatat*, dapat disusun secara sederhana namun sistematis. Hal ini sejalan dengan saran (Rachmawati, Sari, & Nugroho, 2022: 214) yang menyebutkan bahwa indikator program tidak harus rumit, tetapi perlu memiliki *baseline*, *target*, dan *evidence* agar evaluasi lebih objektif.

Selain itu, keberhasilan program yang diukur dari tingkat keterlibatan pengurus dan musyrif menunjukkan pemahaman bahwa keberhasilan program bukan hanya tanggung jawab satu unit kerja. Ini sejalan dengan teori, yang menyatakan bahwa keberhasilan evaluasi program sangat ditentukan oleh kolaborasi berbagai pihak dalam institusi (Fitzpatrick et al., 2011: 165). Dukungan kolektif merupakan indikator penting dalam sistem berbasis komunitas.

Dengan demikian, walaupun pendekatan kriteria evaluasi Poskestren di Madinatul Quran belum sepenuhnya mengacu pada standar ilmiah formal, pendekatan ini tetap relevan dan dapat dipertanggungjawabkan secara kontekstual. Ke depan, disarankan agar pihak pengelola menyusun indikator sederhana namun terdokumentasi untuk menjaga kesinambungan dan memperkuat legitimasi hasil evaluasi.

b. Evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy Syathiby

1) Dasar Evaluasi

Evaluasi program kesehatan berbasis pesantren semestinya dibangun atas fondasi konseptual yang kokoh, menggabungkan aspek regulatif, kebutuhan internal institusi, serta nilai-nilai budaya dan spiritual khas pesantren. Dalam praktiknya, Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah menerapkan dasar evaluasi Poskestren yang berakar pada dua hal utama, yaitu kesadaran internal pesantren akan pentingnya kesehatan santri, serta keberadaan regulasi dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian Agama. Pendekatan ini tampak cukup sejalan dengan teori manajemen program yang menyebutkan bahwa *needs assessment* dan *regulatory compliance* adalah landasan fundamental evaluasi (Owen & Rogers, 2019: 54).

Namun demikian, jika dibandingkan dengan teori evaluasi manajerial (Stufflebeam & Coryn, 2014: 29), terdapat kesenjangan dalam hal pendokumentasian dan sistematisasi. Dalam model CIPP (*Context, Input, Process, Product*), evaluasi harus diawali dengan konteks yang terdokumentasi secara jelas, termasuk latar belakang kebutuhan, tujuan, serta dasar hukum dan kebijakan yang relevan. Dalam praktik di Al-Imam Asy-Syathiby, meskipun dasar evaluasi secara substansial hadir dalam bentuk kesadaran dan musyawarah, tetapi belum dibakukan dalam dokumen resmi sebagai pedoman pelaksanaan evaluasi.

Kondisi ini diperkuat oleh hasil studi lapangan di beberapa lembaga pendidikan berbasis Islam. Misalnya, penelitian yang menunjukkan bahwa 68% pesantren melakukan evaluasi program kesehatan secara informal tanpa basis dokumentasi tertulis, meskipun motivasi dasarnya kuat secara nilai dan moral (Susanti & Yulianto, 2021: 44). Hal ini serupa dengan temuan di pesantren ini, di mana evaluasi dilakukan pasca kegiatan namun belum terstandarisasi dalam bentuk protokol tertulis.

Di sisi lain, pendekatan berbasis nilai (*value-driven evaluation*) seperti diterapkan oleh Al-Imam Asy-Syathiby memiliki keunggulan kontekstual. Evaluasi tidak hanya dilihat dari efektivitas kegiatan, tetapi juga dari dimensi kemanfaatan terhadap ruh pendidikan dan pengasuhan santri. Hal ini didukung oleh penelitian (L. Rahmawati & Hartati, 2021: 119) yang menekankan pentingnya integrasi nilai-nilai religius dalam dasar evaluasi program pesantren agar lebih berdaya guna dalam jangka panjang.

Namun demikian, untuk memperkuat keberlanjutan dan profesionalisme pengelolaan Poskestren, lembaga sebaiknya mulai membangun sistem evaluasi yang terdokumentasi. Hal ini sejalan dengan saran (Nugroho & Hasibuan, 2021: 87), yang menyebutkan bahwa program kesehatan pesantren yang memiliki dasar evaluasi terdokumentasi lebih mampu melakukan perbaikan sistematis dan menjamin akuntabilitas program kepada publik maupun stakeholder eksternal.

Lebih lanjut, pendekatan berbasis kebutuhan internal yang digunakan oleh pesantren ini, seperti evaluasi berdasarkan musyawarah dan laporan kegiatan, menunjukkan penerapan *participatory evaluation*, di mana pihak internal berperan aktif sebagai subjek evaluasi. Ini relevan dengan temuan (R. Astuti, Nugraha, & Fauziah, 2022: 211), yang mencatat bahwa program evaluasi berbasis partisipatif di pesantren mampu meningkatkan kepemilikan (*ownership*) terhadap program dan mendorong perbaikan berkelanjutan.

Secara keseluruhan, dasar evaluasi yang diterapkan di Poskestren Al-Imam Asy-Syathiby dapat dikatakan sudah cukup kuat dari sisi substansi dan nilai. Namun demikian, terdapat kebutuhan untuk melakukan penguatan aspek formalitas dan sistematisasi agar evaluasi tidak hanya menjadi alat refleksi internal, tetapi juga sarana akuntabilitas dan legitimasi program dalam kerangka kelembagaan yang lebih luas.

2) Tujuan Evaluasi

Evaluasi dalam sistem manajemen kesehatan berbasis pesantren berperan strategis dalam memastikan bahwa tujuan utama program dapat tercapai secara optimal. Berdasarkan hasil penelitian di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, evaluasi Poskestren dilakukan dengan tujuan menilai efektivitas program kesehatan, mengidentifikasi hambatan pelaksanaan, serta menentukan arah perbaikan di masa mendatang. Selain itu, evaluasi juga diposisikan sebagai sarana untuk menilai sejauh mana program berkontribusi terhadap pembentukan kemandirian santri dalam menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial.

Dalam literatur manajemen, menekankan bahwa evaluasi merupakan bagian dari proses pengendalian yang bertujuan untuk mengukur dan memperbaiki kinerja agar sesuai dengan sasaran organisasi (Robbins & Coulter, 2018: 247). Dalam konteks Poskestren, tujuan evaluasi ini pada dasarnya telah selaras dengan pendekatan teoritis tersebut, khususnya terkait efektivitas dan efisiensi program. Namun, dari hasil penelitian ditemukan bahwa pendekatan evaluasi di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby masih bersifat informal dan belum terstandarisasi secara sistematis.

Perbedaan ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pendekatan teori dan praktik di lapangan. Teori (Worthen & Sanders, 2011: 165) menjelaskan bahwa salah satu tujuan evaluasi adalah menyediakan informasi yang valid dan dapat diandalkan untuk pengambilan keputusan strategis (decision making). Akan tetapi, di lapangan ditemukan bahwa proses dokumentasi hasil evaluasi belum dilakukan secara konsisten, sehingga potensi informasi sebagai dasar pengambilan keputusan masih kurang optimal. Hal ini diperkuat oleh hasil studi (Adinugraha, Harahap, & Sholahuddin, 2022: 117), yang menyatakan bahwa efektivitas evaluasi program kesehatan di lembaga

berbasis komunitas sangat tergantung pada kualitas data dan sistem pelaporannya.

Temuan ini juga mengindikasikan bahwa tujuan evaluasi di pesantren belum sepenuhnya mencerminkan peran evaluasi sebagai instrumen refleksi berkelanjutan (*formative evaluation*). Evaluasi dalam layanan kesehatan berbasis komunitas seharusnya tidak hanya difokuskan pada hasil akhir, tetapi juga pada proses, agar program dapat beradaptasi dengan kebutuhan peserta dan perubahan lingkungan (Suherman & Rahmah, 2023: 88). Di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, aspek ini masih kurang dominan karena fokus utama evaluasi adalah pada keberhasilan pelaksanaan program, bukan pada penyesuaian proses atau strategi.

Lebih lanjut, evaluasi yang dilakukan belum sepenuhnya berdasarkan pada indikator-indikator kemandirian santri yang terukur. Padahal, program kesehatan berbasis pesantren yang efektif harus mengintegrasikan indikator kemandirian dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan (R. Fadilah & Azizah, 2021: 174). Ketiadaan indikator ini membuat evaluasi sulit untuk secara akurat menilai kontribusi program terhadap pengembangan karakter santri yang mandiri dalam menjaga kesehatannya.

Kesenjangan lainnya terlihat dari kurangnya penggunaan instrumen evaluasi yang baku. Penggunaan instrumen evaluasi yang valid dan reliabel merupakan syarat penting dalam menjamin kualitas hasil evaluasi program (D. Maulana, Sari, & Handayani, 2020: 129). Di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, proses evaluasi lebih mengandalkan observasi langsung dan diskusi internal.

Sebaliknya, aspek positif yang dapat dicatat adalah bahwa tujuan evaluasi di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby mencerminkan kepedulian terhadap dimensi karakter dan pembinaan santri, bukan semata-mata aspek administratif. Hal ini sejalan dengan temuan (Nasution, Rohmah, & Hidayat, 2024: 59) bahwa pesantren yang

mengintegrasikan evaluasi dengan nilai-nilai pembinaan keagamaan memiliki kecenderungan lebih besar dalam menghasilkan perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan. Dengan demikian, meskipun secara metodologis masih memiliki kekurangan, secara filosofis dan budaya kelembagaan, tujuan evaluasi telah mengarah pada integrasi antara kesehatan dan pendidikan karakter.

Secara keseluruhan, pembahasan ini menunjukkan bahwa evaluasi Poskestren di Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah dijalankan dengan tujuan yang relevan dan bernilai strategis. Namun demikian, agar lebih optimal, dibutuhkan penguatan sistem evaluasi yang berbasis data, indikator kemandirian yang terukur, serta integrasi antara evaluasi formatif dan sumatif. Hal ini penting agar tujuan evaluasi tidak hanya menjadi wacana ideal, tetapi menjadi praktik yang berdampak langsung terhadap mutu program kesehatan pesantren dan peningkatan kemandirian santri secara menyeluruh.

3) Aspek Evaluasi

Evaluasi yang efektif dan komprehensif memerlukan perhatian terhadap berbagai aspek utama, yaitu input, proses, output, dan outcome. Empat aspek ini merupakan pilar evaluasi program dalam pendekatan sistem (system-based evaluation) (Arikunto & Jabar, 2018: 37), dan banyak diterapkan dalam manajemen program pendidikan dan kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwa keempat aspek tersebut telah menjadi perhatian dalam praktik evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, meskipun masih terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan di lapangan.

Aspek Input mencakup sumber daya manusia, sarana prasarana, dan dukungan kelembagaan. Berdasarkan temuan lapangan, fokus utama evaluasi pada aspek ini adalah ketersediaan tenaga kesehatan, alat kesehatan dasar (P3K), serta ruang dan fasilitas pendukung.

Kondisi ini menunjukkan keselarasan dengan teori manajemen input yang menyarankan adanya standar minimum sumber daya sebagai prasyarat keberhasilan program (Alkin, 2021: 92). Kurangnya kesesuaian antara input aktual dan kebutuhan riil dapat memengaruhi pencapaian outcome yang diharapkan. Studi lain juga menekankan pentingnya penguatan input sebagai fondasi keberlanjutan program kesehatan pesantren (R. A. Sari & Zulfikar, 2022: 48).

Aspek proses dalam evaluasi diarahkan untuk menilai pelaksanaan kegiatan, keberlangsungan program, serta partisipasi santri. Penelitian menunjukkan bahwa kegiatan edukasi kesehatan dan pemantauan rutin telah berjalan, Hal ini menandakan bahwa proses bersifat partisipatif. Menurut teori pembelajaran partisipatif dalam pendekatan komunitas, keberhasilan proses sangat tergantung pada keterlibatan aktif peserta (Nilsen, Jakobsson, & Friberg, 2023; 222). Sebagaimana dikatakan bahwa proses yang partisipatif akan mendorong internalisasi nilai-nilai kemandirian secara lebih kuat (S. Wahyuni & Nurhasanah, 2020: 132).

Aspek Output, yakni hasil jangka pendek dari program Poskestren, mulai tampak pada meningkatnya pemahaman santri terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Santri mulai memiliki keterampilan dasar seperti mencuci tangan dengan benar dan menangani keluhan ringan. Namun, pengukuran output belum menggunakan indikator yang terstandarisasi dan terdokumentasi.

Kondisi ini menyimpang dari prinsip evaluasi berbasis hasil (*results-based evaluation*) sebagaimana dikemukakan (Hatry, 2020: 137), yang menekankan pentingnya indikator kuantitatif dan sistem pelaporan hasil. Tanpa indikator yang terukur, pengambilan keputusan berbasis output menjadi sulit dilakukan. Studi (Yusuf et al., 2021: 65) juga menekankan bahwa pengelolaan output yang baik memerlukan pencatatan sistematis dan analisis rutin.

Aspek Outcome mengarah pada dampak jangka menengah hingga panjang, seperti terbentuknya karakter santri yang mandiri dalam menjaga kesehatannya. Penelitian ini menunjukkan bahwa beberapa santri senior telah mampu memberikan pertolongan pertama dan membimbing teman dalam praktik PHBS. Hal ini mencerminkan adanya outcome yang mulai tercapai.

Namun demikian, outcome tersebut masih bersifat kasuistik dan belum dijadikan tolok ukur sistematis untuk seluruh santri. Dalam pendekatan evaluasi berbasis perubahan perilaku (*behavior change evaluation*), diperlukan instrumen untuk mengukur sejauh mana perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan terjadi secara menyeluruh (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015: 289). Tanpa itu, outcome menjadi sulit dievaluasi secara objektif dan berkelanjutan.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa aspek evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah mencakup keempat komponen utama sebagaimana dikemukakan dalam teori, tetapi penerapannya belum sepenuhnya optimal. Kesenjangan utama terletak pada kurangnya sistem pendokumentasian hasil, belum adanya indikator terstandar, serta keterbatasan keterlibatan santri dalam pelaksanaan program. Oleh karena itu, diperlukan penguatan dalam desain evaluasi, pelatihan tim Poskestren dalam monitoring berbasis indikator, serta sistem pelaporan yang lebih terintegrasi.

4) Jenis Evaluasi

Penerapan berbagai jenis evaluasi dalam Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby mencerminkan adanya upaya manajerial untuk menjaga keberlangsungan dan relevansi program. Evaluasi formatif, sumatif, kontekstual, dan diagnostik menjadi instrumen penting dalam menilai efektivitas pelaksanaan serta ketercapaian tujuan Poskestren. Hal ini selaras dengan pendapat (Stufflebeam & Coryn, 2014: 25), yang mengklasifikasikan evaluasi

ke dalam empat tipe utama berdasarkan tujuan dan waktu pelaksanaannya, yaitu formatif (progres), sumatif (hasil akhir), kontekstual (lingkungan), dan diagnostik (penyebab masalah).

Evaluasi formatif, yang dilakukan rutin tiap bulan, merupakan langkah tepat dalam menjaga dinamika program. Evaluasi ini digunakan untuk melihat progres pelaksanaan, misalnya pelaksanaan penyuluhan kesehatan, distribusi alat P3K, dan pelaporan kasus santri sakit. Pendekatan ini sesuai dengan teori evaluasi berkelanjutan yang menekankan pentingnya intervensi tepat waktu sebelum masalah berkembang (Patton, 2022: 109). Namun, evaluasi ini masih bersifat deskriptif dan kurang menggunakan instrumen terstandar yang dapat mengukur kemajuan secara kuantitatif.

Penelitian (Ginting & Siregar, 2023: 188) menunjukkan bahwa penggunaan indikator spesifik dan sistem skor dalam evaluasi formatif mampu meningkatkan pengambilan keputusan berbasis data di sekolah berbasis asrama. Ini dapat menjadi rujukan bagi Poskestren dalam memperkuat evaluasi bulanan.

Evaluasi sumatif, yang dilakukan di akhir semester atau tahun, lebih difokuskan pada pencapaian hasil program seperti menurunnya kejadian sakit, peningkatan pengetahuan santri, atau efektivitas pelatihan. Evaluasi ini sejalan dengan teori (Worthen & Sanders, 2011: 45), bahwa sumatif berperan sebagai dasar untuk mengambil keputusan kebijakan jangka panjang. Di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, pelibatan pihak eksternal seperti puskesmas dalam evaluasi sumatif menunjukkan kolaborasi yang konstruktif. Namun, hasil evaluasi sumatif belum secara sistematis digunakan sebagai dasar penyusunan rencana tindak lanjut tahunan, sebagaimana dianjurkan dalam manajemen siklus evaluasi (Owen, 2010: 93).

Studi (Rahmah et al., 2023: 221) memperkuat pentingnya menjadikan hasil evaluasi sumatif sebagai dasar revisi program, terutama dalam penguatan kapasitas kader kesehatan pesantren. Dalam konteks ini,

Poskestren perlu mengembangkan sistem pelacakan berkelanjutan terhadap hasil evaluasi sumatif agar tidak hanya bersifat retrospektif, tetapi juga prospektif.

Evaluasi kontekstual dan diagnostik diimplementasikan secara situasional, misalnya saat terjadi wabah flu di lingkungan pesantren. Praktik ini mencerminkan fleksibilitas manajerial dan kemampuan adaptasi terhadap perubahan lingkungan (Owen, 2010: 92), bahwa evaluasi harus mempertimbangkan konteks agar tetap relevan. Namun, keterbatasan dalam dokumentasi formal terhadap pelaksanaan evaluasi jenis ini menjadi catatan penting. Tanpa dokumentasi, proses pembelajaran kelembagaan dari evaluasi kontekstual dan diagnostik menjadi terhambat.

Kesenjangan lain juga ditemukan pada dimensi metodologis. Idealnya, evaluasi jenis apapun memerlukan integrasi data kuantitatif dan kualitatif agar menghasilkan pemahaman yang komprehensif terhadap permasalahan (M. Karim & Ahmad, 2020: 151). Sementara di lapangan, pendekatan evaluasi masih dominan secara kualitatif tanpa adanya pengukuran numerik terhadap indikator keberhasilan.

Secara keseluruhan, penerapan berbagai jenis evaluasi di Poskestren Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby mencerminkan komitmen terhadap perbaikan berkelanjutan. Namun untuk meningkatkan efektivitasnya, diperlukan peningkatan dalam hal standarisasi instrumen, dokumentasi evaluasi kontekstual, serta integrasi hasil evaluasi dalam penyusunan kebijakan internal.

5) Teknik Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi Poskestren di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby menunjukkan penggunaan teknik evaluasi yang bersifat kualitatif dan partisipatif. Teknik-teknik seperti wawancara informal, observasi langsung, diskusi kelompok, serta telaah dokumen menjadi instrumen utama yang dipilih oleh pengelola. Pendekatan ini selaras dengan karakteristik lingkungan pesantren yang menekankan

pendekatan kekeluargaan, informalitas, dan komunikasi interpersonal yang terbuka.

Teknik wawancara informal, misalnya, digunakan secara rutin oleh pengelola untuk menggali informasi langsung dari santri dan pengurus. Hal ini menunjukkan fleksibilitas dalam teknik pengumpulan data dan memperkuat aspek keterlibatan partisipatif. Pendekatan evaluasi yang bersifat kualitatif diperlukan untuk memahami dinamika sosial dan budaya dalam program berbasis komunitas seperti Poskestren (Sugiyono, 2019: 222).

Namun, terdapat kesenjangan antara praktik dan standar teori evaluasi. Dalam teori manajemen program kesehatan, idealnya teknik evaluasi mencakup triangulasi antara data kualitatif dan kuantitatif untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas (Stufflebeam & Coryn, 2014: 29). Di pesantren, dominasi teknik kualitatif tanpa dukungan data numerik (misalnya survei perilaku atau statistik penyakit) membuat pengambilan keputusan masih cenderung subjektif dan kontekstual.

Temuan ini sejalan dengan studi (L. Hamidah, Maulida, & Satria, 2022; 144) yang menunjukkan bahwa evaluasi program kesehatan berbasis komunitas yang hanya mengandalkan wawancara informal cenderung kurang akurat dalam mendeteksi tren perubahan perilaku. Maka, meskipun pendekatan informal sesuai dengan budaya pesantren, diperlukan integrasi metode kuantitatif sederhana untuk mendukung hasil evaluasi.

Teknik observasi langsung juga menjadi bagian penting dalam proses evaluasi Poskestren. Observasi dilakukan secara terjadwal ke area kritis seperti kamar mandi, dapur, dan tempat tidur. Meskipun tidak dilakukan secara formal, hasil observasi ini dilaporkan dalam laporan mingguan pengurus. Secara teoritis, observasi partisipatif memang sangat efektif untuk mengevaluasi perilaku dan kondisi lingkungan secara natural (Patton, 2022: 117). Namun dalam praktiknya,

pencatatan hasil observasi di lapangan masih bersifat naratif dan belum memiliki indikator tetap seperti checklist observasi, yang dapat melemahkan konsistensi data dari waktu ke waktu.

Studi (Wijayanti, Rachman, & Setiawan, 2021: 219) menunjukkan bahwa penggunaan lembar observasi terstruktur dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi evaluasi lingkungan pesantren, terutama dalam aspek sanitasi dan PHBS. Oleh karena itu, pendekatan observasi yang sudah baik di Al-Imam Asy-Syathiby sebaiknya ditingkatkan dengan alat bantu evaluatif yang sistematis.

Telaah dokumen seperti laporan kegiatan dan data kunjungan ke ruang kesehatan dilakukan secara berkala. Teknik ini memiliki kekuatan dalam menelusuri jejak program dan keberlanjutan pelaksanaan kegiatan. Namun, telaah dokumen di pesantren ini lebih bersifat administratif dan belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai dasar analisis tren atau efektivitas intervensi kesehatan secara longitudinal. Hal ini menguatkan temuan (Farid & Putri, 2023: 83) yang menyebutkan bahwa telaah dokumen di banyak pesantren masih diperlakukan sebagai pelengkap laporan, bukan alat analisis utama. Agar lebih optimal, telaah dokumen sebaiknya diarahkan sebagai basis untuk pengambilan keputusan strategis dan refleksi program jangka panjang.

Teknik diskusi kelompok, meskipun tidak terlalu dominan, menjadi sarana refleksi bagi tim Poskestren. Diskusi ini dilakukan pada momen tertentu seperti rapat bulanan atau saat merespons situasi darurat kesehatan. Diskusi kelompok sebagai alat evaluasi kolaboratif dapat memperkuat rasa kepemilikan terhadap program (*ownership*) (Owen, 2010: 104). Namun, belum adanya notulensi sistematis dari hasil diskusi menghambat tindak lanjut dari masukan kolektif tersebut.

Sebagai pembanding, dalam penelitian di pesantren di Yogyakarta menekankan pentingnya dokumentasi hasil diskusi evaluatif sebagai

bagian dari siklus refleksi dan perbaikan program berkelanjutan (Kusuma & Hidayat, 2020: 111).

Secara keseluruhan, teknik evaluasi yang digunakan oleh Poskestren Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby telah relevan dengan karakteristik lembaga dan budaya santri. Namun demikian, perlu adanya peningkatan dari sisi dokumentasi, standarisasi instrumen, dan integrasi metode kuantitatif agar hasil evaluasi menjadi lebih akurat, objektif, dan dapat ditindaklanjuti secara sistematis. Integrasi teknik ini juga akan memperkuat arah program Poskestren dalam mewujudkan kemandirian santri dalam menjaga dan mempromosikan kesehatan diri dan lingkungannya.

6) Kriteria Evaluasi

Evaluasi terhadap efektivitas Poskestren di Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby dilaksanakan menggunakan kriteria yang disusun secara praktis, namun mengacu pada indikator substantif. Kriteria tersebut meliputi partisipasi santri, keberlanjutan program, pemanfaatan fasilitas, dan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Kriteria ini bersifat kualitatif dan kontekstual, selaras dengan karakteristik lembaga pesantren sebagai komunitas berbasis nilai dan pembiasaan.

Temuan ini sejalan dengan teori (Stufflebeam & Zhang, 2017: 98) yang menyatakan bahwa kriteria evaluasi dalam program sosial harus mencakup aspek efektivitas, efisiensi, dampak, dan keberlanjutan. Namun demikian, hasil penelitian menunjukkan adanya kesenjangan antara teori evaluasi formal dengan praktik di lapangan. Kriteria evaluasi di pesantren lebih bersifat deskriptif dan naratif, belum terstandarisasi secara kuantitatif dengan indikator terukur atau sistem skoring.

Kriteria partisipasi santri, sebagai indikator utama, dinilai melalui keaktifan mereka dalam penyuluhan, pemeriksaan kesehatan, dan kegiatan kebersihan lingkungan. Hal ini menunjukkan bahwa

pengelola memahami bahwa keberhasilan program tidak hanya dilihat dari output administratif, tetapi juga keterlibatan subjek program. Namun, indikator ini belum dilengkapi dengan instrumen evaluatif yang objektif seperti skala keaktifan atau analisis tren kehadiran.

Studi Zulkarnain, Mahendra, & Azizah (2023: 77) menekankan bahwa partisipasi santri dalam kegiatan Poskestren hanya efektif bila dievaluasi menggunakan indikator perilaku aktif, bukan sekadar kehadiran fisik. Maka, penguatan pendekatan kuantitatif berbasis partisipasi aktif menjadi rekomendasi penting agar hasil evaluasi tidak bersifat bias atau subyektif.

Kriteria keberlanjutan program mengacu pada konsistensi pelaksanaan kegiatan seperti edukasi kesehatan dan pembinaan kader santri. Dalam praktiknya, konsistensi ini diamati melalui keberadaan jadwal, pelaksana, dan dokumentasi kegiatan. Pendekatan ini menunjukkan bahwa Poskestren tidak bersifat reaktif, melainkan berjalan secara sistematis. Namun, belum terdapat parameter kuantitatif seperti rasio kegiatan terjadwal yang benar-benar terlaksana, atau tingkat retensi kader santri sehat.

Temuan ini diperkuat penelitian yang menyatakan bahwa program kesehatan di lembaga pendidikan berbasis komunitas memerlukan sistem monitoring jangka panjang untuk menjamin keberlanjutan dan akuntabilitas (D. Rahmawati & Nuryadi, 2021: 105).

Perubahan perilaku santri terhadap PHBS merupakan indikator yang paling kompleks namun juga paling relevan dalam konteks kemandirian santri. Kriteria ini dinilai melalui pengamatan terhadap kebiasaan santri sehari-hari seperti cuci tangan, kebersihan kamar, hingga pola makan. Namun demikian, tidak adanya baseline perilaku santri sebelumnya menjadi kelemahan dalam menilai sejauh mana perubahan yang terjadi.

Studi Latifah, Mahfudz, & Wulandari (2020: 182) menekankan pentingnya penggunaan *Health Behavior Scorecard* dalam program

edukasi kesehatan berbasis pesantren untuk menilai perubahan perilaku secara terstandar. Tanpa instrumen semacam ini, evaluasi perilaku cenderung bersifat impresi subjektif dari pengelola.

Dalam konteks program berbasis masyarakat, kriteria evaluasi juga seharusnya mempertimbangkan dampak sosial dan keberdayaan komunitas. Studi menunjukkan bahwa dampak sosial dari Poskestren dapat diukur melalui indikator kemandirian komunitas, kemampuan kader kesehatan, dan integrasi kesehatan dalam kurikulum (N. Ismail & Rosita, 2022: 93).

Dalam penelitian tentang evaluasi program kesehatan berbasis pesantren mengusulkan model evaluasi yang mencakup *Outcome-Based Indicators*, *Process Metrics*, dan *Resource Utilization*, yang bisa diadopsi untuk memperluas cakupan kriteria evaluasi (D. Yuliani & Mustika, 2023: 56).

Secara umum, pendekatan evaluatif yang digunakan di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby sudah mengarah pada model evaluasi partisipatif berbasis komunitas. Namun, untuk meningkatkan efektivitas dan akuntabilitas program, diperlukan penguatan sistem indikator kriteria evaluasi dengan memasukkan dimensi kuantitatif, dampak sosial, dan efisiensi program. Dengan begitu, evaluasi Poskestren dapat lebih tajam dalam memetakan keberhasilan maupun tantangan dalam mewujudkan santri yang mandiri dalam bidang kesehatan.

5. Kendala dan Solusi dalam Pengelolaan Poskestren

a. Kendala dan Solusi Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an

Penelitian ini menemukan bahwa pelaksanaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an menghadapi berbagai kendala struktural, kultural, dan teknis yang berdampak langsung terhadap efektivitas program dan kemandirian santri dalam bidang kesehatan. Meskipun secara kelembagaan struktur Poskestren telah terbentuk, namun masih ada beberapa kesenjangan dengan kondisi ideal

sebagaimana dikemukakan dalam teori manajemen kesehatan komunitas dan kenyataan di lapangan.

Kendala keterbatasan sumber daya manusia, terutama tenaga kesehatan tetap, merupakan isu utama yang menghambat kontinuitas layanan promotif dan preventif. Dalam konteks teori, efektivitas organisasi sangat dipengaruhi oleh kesesuaian antara kompetensi sumber daya manusia dan tuntutan pekerjaan (Robbins & Coulter, 2021: 104).

Temuan ini sejalan dengan penelitian (Fitriana, Wibowo, & Nugraha, 2021: 219) yang menunjukkan bahwa rendahnya kapasitas tenaga kesehatan di pesantren berdampak pada terbatasnya intensitas penyuluhan dan pembinaan perilaku sehat pada santri. Tanpa tenaga yang memadai, penguatan kapasitas kesehatan komunitas akan selalu tertinggal, apalagi jika tidak ada mekanisme back-up tenaga saat perawat utama berhalangan.

Selain aspek SDM, minimnya alokasi anggaran khusus untuk Poskestren juga menjadi kendala sistemik. Realitas ini menunjukkan adanya ketidaksesuaian dengan prinsip manajemen strategis dalam pembiayaan program kesehatan yang menekankan pada pengalokasian sumber daya berbasis prioritas. Anggaran yang tidak proporsional terhadap kebutuhan program akan menghambat inovasi dan keberlanjutan layanan kesehatan pesantren (A. Siregar & Hidayat, 2020: 184).

Aspek kultural juga menjadi tantangan tersendiri. Budaya santri yang memandang sakit sebagai bentuk “ujian spiritual” atau justifikasi untuk menghindari aktivitas, memperlihatkan bahwa pemahaman santri terhadap kesehatan belum menyatu dalam kerangka nilai-nilai agama yang benar. Padahal, perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh sistem nilai dan persepsi individu (Notoatmodjo, 2018: 167). Dalam hal ini, persepsi santri menunjukkan adanya dikotomi antara religiusitas dan kesehatan yang perlu direkonstruksi secara konseptual dan praktis.

Fenomena serupa juga ditemukan dalam studi (R. Fauziah et al., 2022: 57) yang menyatakan bahwa nilai-nilai tradisional di pesantren sering kali menempatkan kesehatan di bawah urusan ibadah, sehingga perilaku pencegahan sering diabaikan. Ini menegaskan bahwa pendidikan kesehatan dalam pesantren perlu dikontekstualisasikan dengan pendekatan yang menjembatani nilai religius dan praktik saniter.

Menariknya, pengelola Poskestren telah menunjukkan strategi solusi adaptif untuk mengatasi kendala tersebut. Pendekatan kolaboratif dengan kampus kesehatan, serta integrasi materi PHBS dalam pembinaan akhlak dan tafsir tematik, merupakan bentuk adaptasi lokal yang strategis. Strategi ini sesuai dengan teori mengenai manajemen strategis berbasis keunggulan lokal, di mana organisasi perlu memanfaatkan kekuatan sosial dan budaya setempat untuk menciptakan strategi yang relevan dan berkelanjutan (Wheelen & Hunger, 2020: 213).

Studi menunjukkan bahwa integrasi antara pembinaan agama dan pendidikan kesehatan meningkatkan efektivitas program PHBS di pesantren karena memanfaatkan otoritas moral ustaz dalam membentuk perilaku (Azizah & Hidayat, 2023: 133). Hal ini terbukti mampu menurunkan resistensi budaya terhadap praktik promotif kesehatan dan memperkuat internalisasi nilai kebersihan sebagai bagian dari iman.

Di sisi lain, upaya untuk membangun kolaborasi dengan institusi pendidikan tinggi kesehatan juga menjadi langkah strategis yang prospektif. Studi menekankan pentingnya kemitraan lintas institusi dalam pemberdayaan kesehatan berbasis pesantren untuk menjawab keterbatasan SDM dan sumber daya (Rohimah, Syafitri, & Kusumawati, 2021: 42). Kolaborasi ini tidak hanya meningkatkan kapasitas teknis, tetapi juga membuka akses terhadap pelatihan kader kesehatan internal pesantren.

Namun demikian, solusi yang telah diupayakan masih bersifat reaktif dan belum sepenuhnya sistemik. Strategi-strategi ini belum diintegrasikan dalam kerangka kebijakan pondok secara formal dan

masih sangat bergantung pada individu tertentu. Oleh karena itu, perlu dikembangkan rencana strategis jangka panjang dalam pengelolaan Poskestren yang meliputi peta jalan rekrutmen SDM, diversifikasi sumber dana kesehatan, serta pelembagaan nilai PHBS dalam kurikulum pembinaan santri.

Dengan mempertimbangkan kendala dan solusi yang dihadapi, maka dapat disimpulkan bahwa pengelolaan Poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an berjalan dalam spektrum antara idealisme dan realitas kontekstual. Meskipun menghadapi tantangan yang tidak ringan, langkah-langkah adaptif yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pesantren memiliki kapasitas internal untuk merumuskan strategi berbasis kearifan lokal. Penguatan dari sisi kebijakan, pembiayaan, kemitraan, dan literasi kesehatan berbasis agama menjadi kunci dalam menciptakan Poskestren yang benar-benar mendorong kemandirian santri di bidang kesehatan.

b. Kendala dan Solusi Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy Syathiby

Temuan penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi manajemen Poskestren di Pondok Pesantren Imam Asy-Syathiby mengalami berbagai kendala yang meliputi aspek struktural, teknis, dan kelembagaan. Padahal, dalam teori manajemen strategis, efektivitas sebuah organisasi sangat dipengaruhi oleh sejauh mana institusi mampu merumuskan strategi yang berbasis pada identifikasi masalah secara sistematis dan berbasis data (David & David, 2017: 92).

Salah satu kesenjangan paling mendasar adalah tidak tersedianya sistem dokumentasi dan evaluasi program kesehatan yang sistematis. Kegiatan berjalan dengan semangat pengabdian, namun pencatatan mengenai aktivitas, partisipasi santri, atau hasil intervensi belum dilakukan secara konsisten. Hal ini bertolak belakang dengan prinsip manajemen berbasis data (*data-driven management*), di mana pengambilan keputusan harus didasarkan pada bukti yang terdokumentasi (L. Green & Kreuter, 2005: 226). Lemahnya pencatatan

menyebabkan tidak optimalnya tindak lanjut terhadap kasus kesehatan santri serta kesulitan dalam merancang pelatihan lanjutan (D. E. Putri, Hamid, & Apriani, 2021: 311).

Selain itu, belum terbangunnya sistem evaluasi program secara berkala memperlihatkan kesenjangan antara pelaksanaan dan teori manajemen pendidikan kesehatan yang mengharuskan adanya siklus *plan-do-check-act* (PDCA) sebagai dasar perbaikan berkelanjutan. Dalam konteks ini, pesantren yang tidak memiliki mekanisme pelaporan dan evaluasi berkala cenderung memiliki capaian program kesehatan yang rendah dan sulit diukur keberhasilannya (N. Lestari & Rahmawati, 2022: 107).

Kendala lain yang cukup menonjol adalah keterbatasan pelatihan kader santri, baik dari sisi frekuensi maupun kurikulum. Padahal, peran kader sangat vital sebagai ujung tombak perubahan perilaku santri lainnya. Ini menunjukkan ketidaksesuaian dengan pendekatan *community empowerment* (J. Green & Tones, 2010: 45), yang menekankan pada kapasitas kader sebagai agen perubahan. Studi mengungkap bahwa pelatihan kader yang berkelanjutan dan terstruktur berdampak signifikan pada peningkatan pengetahuan dan sikap santri terhadap PHBS (Firmansyah, Widyaningrum, & Rahma, 2023: 92).

Tantangan juga muncul pada aspek kemitraan eksternal, khususnya dengan institusi kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit mitra. Meskipun terdapat semangat kolaboratif, namun belum ada mekanisme formal yang menjamin keberlanjutan pendampingan dari tenaga kesehatan profesional. Hal ini mengindikasikan adanya gap dengan prinsip *stakeholder engagement* dalam manajemen berbasis jejaring (*network-based management*). Kemitraan yang tidak dibakukan dalam bentuk nota kesepahaman atau program bersama cenderung bersifat sporadis dan tidak berdampak jangka panjang (Aziz & Widodo, 2020).

Namun demikian, solusi-solusi yang mulai dirumuskan oleh pengelola Poskestren Imam Asy-Syathiby menunjukkan pendekatan strategis yang adaptif dan berbasis potensi lokal. Upaya seperti:

- 1) Kemitraan dengan Puskesmas sebagai pendamping kader dan penyedia rujukan cepat;
- 2) Pelatihan berkala kader santri dengan modul pertolongan pertama dan edukasi kesehatan;
- 3) Penyusunan sistem dokumentasi dan laporan sederhana;
- 4) Pembentukan Forum Kesehatan Santri sebagai wadah aspirasi dan partisipasi aktif santri.

merupakan bentuk penerapan manajemen strategis berbasis sumber daya (*resource-based view*) (Barney & Hesterly, 2019: 117). Strategi ini menekankan pada optimalisasi sumber daya internal yang dimiliki, termasuk modal sosial, nilai religius, serta partisipasi komunitas pesantren.

Forum Kesehatan Santri adalah inisiatif yang sangat potensial dalam meningkatkan *ownership* dan *agency* santri terhadap kesehatan dirinya. Ini sejalan dengan hasil studi (S. Nuraini, Maulida, & Yusuf, 2023: 243) yang menemukan bahwa partisipasi aktif santri dalam klub kesehatan berkontribusi terhadap peningkatan kesadaran dan kebiasaan hidup bersih di pesantren.

Langkah-langkah tersebut juga menunjukkan bahwa pengelolaan Poskestren mulai bergeser dari pendekatan reaktif menuju strategi yang lebih proaktif, terstruktur, dan partisipatif. Transformasi ini akan memperkuat fondasi kemandirian santri dalam jangka panjang, terutama jika diikuti oleh pembenahan sistem tata kelola dan keberlanjutan program.

Secara keseluruhan, kendala yang dihadapi Pondok Pesantren Imam Asy-Syathiby mencerminkan tantangan umum dalam pengelolaan kesehatan berbasis komunitas pesantren, yaitu lemahnya sistem pendokumentasian, kurangnya pelatihan kader, dan belum optimalnya

kemitraan. Namun, strategi yang sedang dikembangkan menunjukkan arah yang positif menuju manajemen yang berbasis data, kolaboratif, dan memberdayakan. Strategi ini sangat potensial untuk menciptakan Poskestren yang berkelanjutan dan mendukung kemandirian santri dalam bidang kesehatan secara holistik.

6. Kontribusi Konseptual dan Praktis Penelitian

Penelitian ini memberikan kontribusi yang signifikan dalam pengembangan pendekatan manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) berbasis nilai spiritual dan komunitas. Model manajemen yang ditemukan tidak hanya merepresentasikan penerapan prinsip-prinsip klasik POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) (George & Jones, 2000), tetapi juga merekonstruksi teori tersebut ke dalam bentuk praksis yang kontekstual—berakar pada karakter sosial, spiritual, dan kultural khas pesantren.

Secara konseptual, penelitian ini menawarkan pendekatan integratif yang menyatukan tiga dimensi utama:

- a. Manajemen fungsional modern, seperti POAC dan sistem terbuka (Scott & Davis, 2007).
- b. Teori kepemimpinan transformasional dan spiritual (Bass, 1990; Fry, 2003), yang menekankan visi profetik, keteladanan, dan penguatan nilai.
- c. Nilai-nilai pendidikan khas pesantren, yaitu nilai teologis, etis, sosial, budaya, pendidikan, dan kemandirian (Sanusi, 2011).

Temuan lapangan di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Imam Asy-Syatiby menunjukkan bahwa setiap fungsi manajemen dalam Poskestren diartikulasikan dalam kerangka nilai. Perencanaan tidak hanya bersifat teknokratis, tetapi dimulai dengan niat lillahi ta'ala dan refleksi kebutuhan ruhiyah; pengorganisasian dilakukan melalui musyawarah dan khidmah; pelaksanaan dijalankan secara kolektif dengan teladan kiai; dan evaluasi menjadi sarana muhasabah untuk memperbaiki niat dan tindakan.

Dengan demikian, kontribusi konseptual utama dari penelitian ini adalah formulasi Model Manajemen Poskestren Berbasis Nilai Pesantren, di

mana kiai/ustaz/pimpinan pondok pesantren berperan ganda sebagai aktor manajerial dan spiritual. Dalam model ini, kiai tidak hanya menyusun visi dan misi serta memimpin tim, tetapi juga menjadi penjaga nilai dan pembentuk budaya organisasi yang hidup oleh semangat ibadah.

Secara grafis, model ini dapat digambarkan sebagai siklus POAC yang dilingkupi oleh nilai-nilai pondasi seperti ikhlas, syura', tawadhu', dan tawakal, yang menopang bangunan manajemen yang tidak hanya rasional, tetapi juga spiritual dan kontekstual. Kontribusi ini memperkaya teori manajemen sosial berbasis agama, sekaligus menjadi alternatif terhadap pendekatan teknokratis dalam pelayanan kesehatan komunitas.

Secara praktis, hasil penelitian ini membuka jalan bagi kebijakan dan program kesehatan berbasis pesantren yang lebih inklusif dan berkelanjutan. Beberapa implikasi praktis di antaranya:

- a. Menempatkan Poskestren sebagai unit strategis dalam sistem kesehatan komunitas di lingkungan pesantren, bukan hanya sebagai pelengkap administratif.
- b. Mengakui peran sentral kiai sebagai pemimpin informal yang memiliki legitimasi moral dan sosial dalam perubahan perilaku kesehatan santri dan komunitas pondok.
- c. Mendorong model pelatihan kader kesehatan berbasis nilai, di mana aspek spiritualitas, akhlak, dan kepemimpinan dipadukan dengan keterampilan promotif-preventif kesehatan.

Hasil penelitian ini mendukung temuan yang menegaskan bahwa tokoh agama memiliki peran vital dalam perubahan sosial, termasuk dalam perilaku kesehatan (Koenig, 2015). Lebih jauh, studi ini menunjukkan bahwa keberhasilan program kesehatan berbasis komunitas sangat tergantung pada kekuatan budaya lokal dan spiritualitas yang hidup dalam komunitas tersebut.

BAB V

SIMPULAN, REKOMENDASI DAN PRODUK PENELITIAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang merujuk pada rumusan pertanyaan dan tujuan penelitian, maka disusun simpulan sebagai berikut:

1. Simpulan Umum

Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) dalam upayanya mewujudkan kemandirian santri dalam bidang kesehatan dilaksanakan melalui serangkaian proses manajerial yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan pesantren secara terpadu. Setiap aspek manajemen tersebut memiliki karakteristik yang khas dan adaptif terhadap nilai-nilai pesantren, budaya keagamaan, serta keterlibatan pimpinan pesantren dalam mendukung kebijakan dan program kesehatan yang dilaksanakan.

Manajemen Poskestren di pondok pesantren Madinatul Quran dan Imam Asy Syathiby telah menunjukkan efektivitas dalam membangun kemandirian santri dalam menjaga kesehatan diri, lingkungan, serta menjadi penggerak kesehatan di komunitas pesantren, meskipun masih menghadapi berbagai kendala baik dalam aspek sumber daya manusia, fasilitas, maupun pembinaan berkelanjutan. Namun secara keseluruhan, praktik manajemen Poskestren telah menjadi model pemberdayaan berbasis institusi keagamaan yang potensial untuk direplikasi di pesantren lain dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan santri secara mandiri dan berkelanjutan.

2. Simpulan Khusus

- a. Perencanaan Poskestren di kedua pondok pesantren telah disusun secara sistematis, meskipun terdapat perbedaan dalam kelengkapan dokumen dan formalitas perencanaan. Di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an, perencanaan dilakukan dengan dasar pemahaman akan pentingnya

kesehatan dalam menunjang kegiatan tahfidz dan pembelajaran santri, serta berdasarkan visi pesantren untuk mencetak generasi Qur'ani yang sehat lahir batin. Sementara itu, di Pondok Pesantren Al-Imam Asy-Syathiby, perencanaan bersifat adaptif dan pragmatis, dengan dasar kebutuhan riil dan sumber daya yang ada. Kedua pesantren merumuskan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang diarahkan pada peningkatan kapasitas santri agar mampu mengenali, mencegah, dan mengelola masalah kesehatan secara mandiri.

- b. Struktur organisasi Poskestren di kedua pesantren menunjukkan keberadaan sistem pengelolaan yang bersifat partisipatif dan kolaboratif. Di Madinatul Qur'an, pengorganisasian dilakukan secara sistematis dengan penunjukan koordinator, pembagian tugas, dan pelibatan santri senior sebagai kader kesehatan. Sedangkan di Asy-Syathiby, struktur pengorganisasian secara sederhana dan fungsional, namun peran para guru dan ustadz cukup kuat dalam membimbing pelaksanaan kegiatan Poskestren. Pembagian tugas masih berdasarkan kedekatan, kepercayaan, dan kompetensi personal.
- c. Pelaksanaan manajemen Poskestren berlangsung melalui kegiatan preventif, promotif, dan kuratif dasar yang terintegrasi dengan aktivitas pesantren. Peran kiai sangat dominan sebagai motivator dan pengarah kebijakan. Kiai di kedua pesantren tidak hanya memberikan legitimasi pada pelaksanaan program kesehatan, tetapi juga mengintegrasikan nilai-nilai Islam dalam praktik kesehatan harian. Di Madinatul Qur'an, pelaksanaan berjalan dengan dukungan fasilitas dan keterlibatan santri dalam praktik hidup sehat. Di Asy-Syathiby, pelaksanaan lebih mengandalkan pendekatan keteladanan dari pengasuh pesantren.
- d. Evaluasi pelaksanaan Poskestren dilakukan secara informal dan periodik, lebih banyak berorientasi pada pengamatan langsung dan umpan balik dari para ustaz atau santri. Di Madinatul Qur'an, terdapat upaya evaluasi berkala melalui rapat mingguan dan pencatatan kasus-kasus kesehatan. Sedangkan di Asy-Syathiby, evaluasi dilakukan melalui refleksi

mingguan oleh para pembimbing dengan pendekatan kualitatif. Evaluasi belum sepenuhnya mengacu pada indikator keberhasilan yang terstandar, namun telah mencerminkan kesadaran untuk memperbaiki pelaksanaan secara bertahap.

- e. Kendala utama yang dihadapi dalam pengelolaan Poskestren meliputi keterbatasan tenaga kesehatan terlatih, dana operasional, rendahnya literasi kesehatan santri, serta belum adanya SOP yang baku. Di Madinatul Qur'an, solusi strategis dilakukan melalui pelatihan kader kesehatan internal dan menjalin kemitraan dengan Puskesmas. Di Asy-Syathiby, solusi difokuskan pada optimalisasi sumber daya internal, peningkatan peran ustaz sebagai fasilitator kesehatan, serta integrasi nilai-nilai agama dalam pembentukan perilaku hidup sehat. Kedua pesantren menunjukkan upaya adaptif dalam menghadapi tantangan, meskipun masih dibutuhkan intervensi sistemik untuk mencapai hasil yang lebih optimal.

B. Rekomendasi

1. Rekomendasi Teoritis

Penelitian ini memberikan kontribusi bagi pengembangan teori manajemen lembaga layanan kesehatan berbasis pesantren. Oleh karena itu, disarankan kepada akademisi dan peneliti selanjutnya agar:

- a. Mengembangkan model manajemen Poskestren yang sistematis dan kontekstual berbasis nilai-nilai Islam dan kemandirian santri.
- b. Melakukan penelitian lanjutan dengan pendekatan kuantitatif atau mixed-method guna memperluas generalisasi temuan ini ke pesantren-pesantren di wilayah lain.
- c. Mengintegrasikan teori manajemen strategik, kepemimpinan pendidikan, dan pemberdayaan komunitas dalam kerangka teoritik pengembangan Poskestren berbasis kemandirian.

2. Rekomendasi Praktis

a. Bagi Kementerian Agama

- 1) Perlu menyusun regulasi atau pedoman nasional tentang standar operasional Poskestren, termasuk struktur organisasi, program, pembiayaan, hingga monitoring dan evaluasi.
- 2) Menyediakan pelatihan manajemen kesehatan bagi para pengelola Poskestren secara berkala sebagai bagian dari program pembinaan kelembagaan pesantren.
- 3) Mengalokasikan anggaran khusus untuk pengembangan Poskestren melalui skema bantuan operasional pesantren (BOP), sehingga kemandirian santri dalam kesehatan dapat ditunjang secara nyata.

b. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

- 1) Diperlukan peningkatan kemitraan antara Puskesmas dan pesantren melalui MoU formal untuk pembinaan kesehatan lingkungan dan penguatan kapasitas kader santri.
- 2) Puskesmas dapat menjadikan pesantren sebagai mitra tetap dalam program UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat), termasuk pelaksanaan penyuluhan, skrining kesehatan, dan imunisasi.
- 3) Perlu dibentuk tim pendamping dari Puskesmas untuk mengawal pelaksanaan program Poskestren secara berkala, termasuk dalam evaluasi dan tindak lanjut permasalahan kesehatan di pesantren.

c. Bagi Pengelola Pondok Pesantren

- 1) Pengelola pesantren perlu menyusun rencana strategis jangka menengah dan panjang dalam pengembangan Poskestren sebagai lembaga yang menunjang kesehatan santri secara mandiri.
- 2) Perlu menetapkan struktur organisasi Poskestren yang jelas dengan pembagian tugas, sistem pelaporan, serta pelatihan rutin bagi para pengelola dan kader kesehatan santri.
- 3) Disarankan untuk membangun kemitraan berkelanjutan dengan Puskesmas, LSM kesehatan, dan perguruan tinggi untuk mendukung sumber daya, pelatihan, dan evaluasi kegiatan Poskestren.

- 4) Santri perlu didorong untuk berperan aktif dalam pengelolaan Poskestren agar terbentuk jiwa kemandirian dan kesadaran akan pentingnya hidup sehat sejak usia dini.

C. Produk Penelitian

1. Judul Produk Penelitian

Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (POSKESTREN) Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan Di Kabupaten Bogor

2. Latar Belakang

Pesantren sebagai lembaga pendidikan Islam telah lama menjadi basis pembentukan karakter, akhlak, dan kemandirian santri. Dalam konteks kehidupan modern, pesantren juga dituntut untuk mampu menjawab tantangan zaman, termasuk dalam hal kesehatan santri. Kehadiran Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) merupakan upaya strategis untuk menjamin kesehatan warga pesantren, khususnya santri, melalui pendekatan preventif, promotif, kuratif dasar, dan rehabilitatif sederhana. Namun, manajemen Poskestren di berbagai pesantren masih menghadapi berbagai kendala, seperti keterbatasan sumber daya, kurangnya integrasi program kesehatan dengan kurikulum pesantren, serta minimnya peran aktif santri dalam pengelolaan kesehatan secara mandiri.

Hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Bogor, khususnya pada dua pesantren, mengindikasikan adanya keragaman dalam penerapan manajemen Poskestren. Perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi kegiatan Poskestren menunjukkan perbedaan baik dari aspek struktur maupun pelibatan santri. Meskipun terdapat kesadaran akan pentingnya layanan kesehatan pesantren, namun belum terdapat model manajerial baku yang dapat menjadi acuan dalam pengelolaan Poskestren berbasis pemberdayaan santri. Oleh karena itu, diperlukan suatu model manajemen yang mampu mengintegrasikan peran aktif santri dalam sistem Poskestren sebagai bagian dari pendidikan karakter dan pembentukan kemandirian.

Model Manajemen Poskestren Berbasis Kemandirian Santri yang dikembangkan dalam penelitian ini berangkat dari hasil temuan lapangan dan kerangka teoritik manajemen pendidikan serta kesehatan komunitas. Model ini menawarkan sistematisasi pengelolaan Poskestren dari tahapan perencanaan yang partisipatif, pengorganisasian yang berbasis potensi internal pesantren, pelaksanaan program yang terintegrasi dengan kegiatan pendidikan dan dakwah, hingga evaluasi yang melibatkan umpan balik dari santri sebagai agen utama perubahan. Dengan pendekatan ini, Poskestren tidak hanya menjadi pusat layanan kesehatan, tetapi juga menjadi media edukasi dan pembentukan karakter santri dalam bidang kesehatan.

Kabupaten Bogor sebagai daerah dengan jumlah pesantren yang sangat besar memiliki potensi besar untuk menerapkan dan mereplikasi model ini. Variasi kondisi geografis, sosial-budaya, dan kapasitas lembaga pendidikan Islam di wilayah ini menjadi alasan pentingnya pengembangan model manajemen Poskestren yang kontekstual dan adaptif. Keberhasilan penerapan model ini akan memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan derajat kesehatan santri, penguatan kapasitas kelembagaan pesantren, dan pemberdayaan generasi muda Islam yang sehat dan mandiri.

Model yang dikembangkan juga sejalan dengan kebijakan pemerintah dalam percepatan pembangunan kesehatan berbasis masyarakat dan penguatan peran institusi keagamaan. Kementerian Kesehatan melalui berbagai program promotif dan preventif telah mendorong keberadaan Poskestren sebagai mitra strategis dalam membangun masyarakat sehat. Namun, belum tersedia panduan manajerial yang komprehensif bagi pesantren dalam mengelola Poskestren berbasis kemandirian santri. Produk penelitian ini hadir untuk menjawab kebutuhan tersebut melalui desain model yang aplikatif dan berbasis data empiris.

Selain itu, model ini memberikan ruang integrasi antara nilai-nilai Islam dan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat. Santri sebagai subjek utama dalam proses pendidikan pesantren diposisikan sebagai pelaku utama dalam pemeliharaan dan pengelolaan kesehatan lingkungan pesantren.

Nilai-nilai keikhlasan, kedisiplinan, tolong-menolong (ta'awun), dan kebersihan sebagai bagian dari iman dijadikan dasar perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan demikian, model ini bukan hanya manajerial teknis, tetapi juga menginternalisasi nilai-nilai spiritual dalam praktik kesehatan di lingkungan pesantren.

Produk penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman praktis bagi pengasuh pesantren, pengelola Poskestren, dan instansi terkait dalam membangun sistem kesehatan yang berkelanjutan di lingkungan pesantren. Pengembangan model ini mempertimbangkan fleksibilitas implementasi di berbagai jenis pesantren dengan sumber daya yang berbeda-beda. Keunggulan model ini terletak pada integrasi aspek manajerial dengan prinsip kemandirian santri serta nilai-nilai Islam, yang menjadikannya unik dan kontekstual.

Dengan adanya model manajemen Poskestren berbasis kemandirian santri ini, diharapkan pesantren-pesantren di Kabupaten Bogor dapat mewujudkan lingkungan pendidikan yang tidak hanya unggul dalam aspek keilmuan dan spiritualitas, tetapi juga tangguh dalam aspek kesehatan. Santri yang sehat jasmani dan rohani merupakan modal penting dalam membangun peradaban Islam yang kuat dan berkelanjutan.

3. Tujuan Model

Tujuan utama dari model hipotetik ini untuk merancang dan mengembangkan sebuah Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (POSKESTREN) berbasis kemandirian santri dalam bidang kesehatan yang relevan, aplikatif, dan kontekstual dengan kondisi pesantren di Kabupaten Bogor. Model ini diharapkan menjadi acuan konseptual dan praktis dalam penyelenggaraan manajemen Poskestren yang efektif dan berkelanjutan dalam meningkatkan kemandirian santri di bidang kesehatan.

Secara khusus, tujuan pengembangan model ini adalah:

- a. Menggambarkan komponen-komponen utama dalam manajemen Poskestren, yang mencakup perencanaan, pengorganisasian,

pelaksanaan, dan evaluasi, yang disesuaikan dengan karakteristik kelembagaan pesantren dan kebutuhan santri.

- b. Mendorong terbentuknya sistem manajemen Poskestren yang terintegrasi, antara aspek pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan pemberdayaan santri, sehingga Poskestren menjadi pusat pembelajaran dan pelayanan promotif-preventif yang efektif di lingkungan pesantren.
- c. Membangun kerangka kerja kemandirian santri dalam bidang kesehatan, melalui keterlibatan aktif santri sebagai subjek sekaligus pelaku utama dalam berbagai aktivitas Poskestren, seperti kader kesehatan, edukator sebaya, dan fasilitator kebersihan lingkungan pesantren.
- d. Meningkatkan kapasitas dan peran serta seluruh pemangku kepentingan (pengasuh, pengelola, tenaga kesehatan, santri, dan mitra eksternal) dalam mendukung fungsi manajerial Poskestren secara partisipatif dan berkelanjutan.
- e. Menjadi model acuan bagi pesantren-pesantren lain di wilayah Kabupaten Bogor, yang ingin mengembangkan sistem Poskestren sebagai bagian dari strategi pendidikan karakter, pembinaan kesehatan santri, serta peningkatan kualitas hidup komunitas pesantren.
- f. Menghasilkan panduan teknis yang aplikatif dan dapat direplikasi, dalam bentuk instrumen dan alur kerja manajerial Poskestren berbasis kemandirian santri, yang disesuaikan dengan latar belakang sosial-keagamaan dan sumber daya pesantren.
- g. Mengintegrasikan nilai-nilai Islam dalam praktik manajemen Poskestren, sehingga model yang dikembangkan tidak hanya menekankan pada aspek teknis kesehatan tetapi juga membangun kesadaran spiritual dan moral santri dalam merawat dirinya sendiri dan lingkungannya.
- h. Mendukung kebijakan pembangunan kesehatan nasional dan daerah, melalui penguatan peran lembaga keagamaan dalam upaya promotif dan preventif berbasis masyarakat, khususnya di kalangan remaja dan generasi muda pesantren.

4. Landasan Pengembangan Model

Pengembangan model *Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan* didasarkan pada kebutuhan strategis akan sistem pelayanan kesehatan yang kontekstual, efektif, dan berkelanjutan di lingkungan pesantren. Pesantren sebagai lembaga pendidikan berbasis komunitas Islam memiliki peran signifikan dalam membentuk karakter, perilaku, dan gaya hidup santri, termasuk dalam aspek kesehatan. Oleh karena itu, manajemen pos kesehatan yang tidak hanya bersifat administratif tetapi juga memberdayakan santri secara aktif menjadi kebutuhan yang mendesak untuk dikembangkan secara sistematis.

Secara teoretis, pengembangan model ini merujuk pada teori manajemen pendidikan dan pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang menekankan pentingnya *perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi* (POPE) sebagai siklus manajerial dalam pengelolaan program. Selain itu, model ini juga bersandar pada teori kemandirian dari perspektif psikologi perkembangan dan teori empowerment (pemberdayaan), di mana santri sebagai subjek utama didorong untuk memiliki kesadaran, keterampilan, dan tanggung jawab dalam menjaga kesehatan diri dan komunitasnya.

Landasan kebijakan yang melatari pengembangan model ini mencakup berbagai regulasi nasional dan daerah yang mendukung penguatan peran pesantren dalam pembangunan kesehatan. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2019 tentang Pesantren memberikan landasan formal bahwa pesantren tidak hanya memiliki fungsi pendidikan, tetapi juga pemberdayaan masyarakat. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas dan pedoman teknis pengelolaan pos kesehatan pondok pesantren menjadi referensi dalam merancang model kelembagaan dan kolaborasi lintas sektor.

Hasil temuan lapangan pada dua pondok pesantren di Kabupaten Bogor menunjukkan bahwa manajemen Poskestren masih bersifat sporadis dan belum terintegrasi secara sistematis. Perencanaan program belum

berbasis data kebutuhan kesehatan santri, pengorganisasian belum memaksimalkan potensi santri sebagai kader kesehatan, pelaksanaan program cenderung reaktif, dan evaluasi belum dilakukan secara berkala dan terukur. Hal ini menunjukkan adanya gap antara idealisme pengelolaan layanan kesehatan berbasis pesantren dengan praktik di lapangan.

Dari sisi budaya pesantren, nilai-nilai keislaman yang kuat menjadi potensi penting dalam pengembangan model. Konsep *hifz al-nafs* (menjaga jiwa) sebagai salah satu tujuan *maqāsid al-syarī‘ah* menjadi titik pijak normatif bahwa menjaga kesehatan merupakan bagian dari ibadah dan tanggung jawab moral. Oleh karena itu, model ini mengintegrasikan nilai-nilai Islam ke dalam struktur dan mekanisme manajemen Poskestren, sehingga menghasilkan sistem yang bukan hanya efisien, tetapi juga memiliki legitimasi kultural dan spiritual di kalangan pesantren.

Model ini juga dikembangkan dengan pendekatan partisipatoris dan berbasis potensi lokal. Kemandirian santri dalam bidang kesehatan tidak dibangun secara instan, melainkan melalui proses pendidikan kesehatan yang berkelanjutan, pelatihan kader santri kesehatan, serta penyediaan sarana dan prasarana yang memungkinkan santri berperan aktif. Dalam hal ini, model mengadopsi prinsip *community-based health care*, di mana anggota komunitas menjadi pelaku utama dalam pelayanan kesehatan mereka.

Landasan empiris lainnya adalah hasil sintesis dari berbagai studi terdahulu yang menekankan pentingnya penguatan kapasitas kelembagaan di lingkungan pesantren. Studi oleh Rohman (2022), misalnya, menyoroti lemahnya aspek manajerial dan koordinatif dalam pengelolaan Poskestren, sehingga diperlukan intervensi model yang komprehensif. Studi serupa juga menggarisbawahi perlunya kolaborasi dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat untuk menjamin keberlanjutan program.

Dengan memperhatikan seluruh landasan tersebut — normatif, teoritis, empirik, kebijakan, dan kontekstual — maka model manajemen Poskestren berbasis kemandirian santri ini dikembangkan sebagai solusi

integratif untuk mengisi kekosongan model yang ada, memperkuat peran pesantren dalam pembangunan kesehatan masyarakat, serta mempercepat tercapainya pesantren sehat yang mandiri dan berdaya di Kabupaten Bogor.

5. Persyaratan Model

Pengembangan model *Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan* di Kabupaten Bogor harus memenuhi sejumlah persyaratan agar model tersebut tidak hanya relevan secara teoritis, tetapi juga aplikatif, adaptif, dan berkelanjutan di lingkungan pesantren. Persyaratan ini disusun berdasarkan hasil temuan lapangan, sintesis teori, prinsip pengembangan model, serta analisis kebutuhan praktis di tingkat implementasi.

Pertama, model ini harus kontekstual, artinya dirancang sesuai dengan karakteristik khas pondok pesantren di Kabupaten Bogor yang memiliki keragaman dalam hal ukuran, tradisi keagamaan, sistem kepemimpinan, dan sumber daya. Kontekstualitas ini penting agar model tidak bersifat generalis, melainkan mampu menjawab kebutuhan spesifik setiap pesantren. Model harus fleksibel namun tetap menjaga struktur manajemen dan prinsip kemandirian santri yang menjadi inti dari pengembangan.

Kedua, model harus berbasis pada prinsip partisipatif dan pemberdayaan. Kemandirian santri dalam bidang kesehatan hanya dapat tercapai apabila santri tidak hanya menjadi objek layanan kesehatan, tetapi menjadi subjek yang aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kegiatan Poskestren. Oleh karena itu, model harus melibatkan unsur santri sebagai pelaksana utama, didampingi oleh tenaga kesehatan dan pengasuh pesantren.

Ketiga, model harus mengintegrasikan nilai-nilai keislaman dengan prinsip kesehatan masyarakat. Poskestren sebagai bagian dari institusi keagamaan tidak dapat dilepaskan dari nilai-nilai Islam, sehingga model manajemen yang dikembangkan harus mendukung terwujudnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang selaras dengan ajaran Islam. Misalnya,

penguatan nilai thaharah sebagai bagian dari sanitasi, atau anjuran ihtiar dan tawakal dalam penanganan penyakit.

Keempat, model harus memiliki struktur manajemen yang jelas, sistematis, dan dapat direplikasi. Struktur ini mencakup unsur pengelola, pelaksana, mitra kerja, serta mekanisme kerja yang terorganisir dalam siklus manajerial: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi. Kejelasan struktur ini penting agar model tidak bergantung pada individu tertentu, melainkan dapat berfungsi secara institusional dan berkelanjutan.

Kelima, model harus berbasis data dan kebutuhan nyata. Artinya, setiap aktivitas dalam Poskestren harus didasarkan pada hasil pengkajian kesehatan santri dan pemetaan risiko kesehatan di lingkungan pesantren. Hal ini menuntut adanya sistem pencatatan dan pelaporan sederhana yang bisa dijalankan oleh santri atau kader kesehatan pesantren, sehingga pengambilan keputusan lebih tepat sasaran.

Keenam, model harus memungkinkan adanya kemitraan dan kolaborasi strategis, terutama dengan puskesmas, dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan perguruan tinggi. Kemitraan ini bertujuan untuk mendukung peningkatan kapasitas santri, penyediaan alat dan bahan kesehatan, supervisi program, serta rujukan apabila ditemukan kasus kesehatan yang tidak bisa ditangani di lingkungan pesantren.

Ketujuh, model harus dilengkapi dengan indikator kinerja dan instrumen evaluasi yang terukur. Keberhasilan Poskestren tidak hanya dilihat dari banyaknya kegiatan, tetapi dari seberapa besar dampaknya terhadap perubahan perilaku hidup sehat, pengurangan angka kejadian penyakit, serta peningkatan keterlibatan santri dalam menjaga kesehatannya sendiri. Oleh karena itu, model ini memerlukan indikator outcome yang realistis dan instrumen penilaian yang aplikatif.

Kedelapan, model harus didukung oleh kebijakan internal pesantren dan kesesuaian dengan regulasi eksternal. Dukungan kebijakan dari pimpinan pesantren (kiai atau pengasuh) sangat penting agar seluruh elemen pesantren mendukung keberlangsungan Poskestren. Di sisi lain, model ini

juga harus selaras dengan pedoman dan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI maupun Kementerian Agama RI terkait kesehatan santri dan lingkungan pesantren.

Kesembilan, model harus mudah diimplementasikan dengan sumber daya terbatas. Banyak pesantren di Kabupaten Bogor yang memiliki keterbatasan dana dan fasilitas. Oleh karena itu, model ini harus sederhana, hemat biaya, dan dapat dijalankan secara bertahap dengan memanfaatkan potensi internal pesantren, seperti kader santri, alumni, atau wali santri yang memiliki latar belakang kesehatan.

Dengan memperhatikan persyaratan-persyaratan tersebut, model *Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan* di Kabupaten Bogor diharapkan dapat menjadi solusi yang kontekstual, efektif, dan berkelanjutan. Model ini tidak hanya menekankan pada peningkatan layanan kesehatan di lingkungan pesantren, tetapi juga membentuk karakter santri yang mandiri, peduli, dan bertanggung jawab terhadap kesehatan diri dan lingkungannya.

6. Langkah-langkah Pengembangan Model

Berikut adalah langkah-langkah pengembangan model produk penelitian berjudul: *Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor*

Langkah-langkah ini dirancang berdasarkan pendekatan *Research And Development* (R&D) yang umum digunakan dalam pengembangan model manajemen berbasis pendidikan dan pemberdayaan masyarakat pesantren:

a. Studi Pendahuluan (Preliminary Study)

Langkah pertama adalah melakukan kajian awal melalui studi literatur dan studi lapangan di beberapa pondok pesantren di Kabupaten Bogor. Tujuan utama adalah untuk mengidentifikasi permasalahan, kebutuhan, potensi, dan praktik eksisting dari pengelolaan Poskestren, serta sejauh mana peran santri dalam kegiatan kesehatan. Data diperoleh melalui

dokumentasi, observasi, wawancara dengan pengurus pondok, petugas kesehatan, dan santri. Hasil studi ini menjadi dasar dalam menyusun landasan konseptual dan kebutuhan pengembangan model.

b. Penyusunan Desain Awal Model (Draft Model)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, langkah berikutnya adalah merancang model awal manajemen Poskestren berbasis kemandirian santri. Model ini memuat komponen inti: (a) struktur organisasi Poskestren, (b) program kesehatan berbasis partisipasi santri, (c) pembinaan kader santri sehat, (d) sistem monitoring dan evaluasi, serta (e) kolaborasi dengan Puskesmas dan Dinkes. Model disusun dalam bentuk diagram alur (flowchart) dan disertai petunjuk operasional yang mendukung implementasinya.

c. Validasi Ahli (Expert Validation)

Model awal yang telah dirancang kemudian divalidasi oleh para ahli di bidang manajemen pendidikan, kesehatan masyarakat, dan pengelolaan pesantren. Validasi dilakukan untuk memastikan bahwa model memiliki konstruk yang kuat, relevan dengan kondisi pesantren, dan layak untuk diterapkan. Proses ini dilakukan melalui Focus Group Discussion (FGD) dan lembar penilaian validasi. Saran dan masukan dari para ahli digunakan untuk memperbaiki dan menyempurnakan desain model.

d. Revisi dan Penyempurnaan Model

Setelah menerima masukan dari para ahli, dilakukan revisi model agar lebih sesuai dengan kebutuhan lapangan dan standar manajemen kesehatan berbasis pemberdayaan. Penyempurnaan dilakukan pada aspek struktur, mekanisme kerja, indikator kinerja, dan perangkat pendukung (misalnya SOP, modul pelatihan santri, dan alat monitoring). Tahapan ini memastikan bahwa model benar-benar kontekstual dan adaptif terhadap karakteristik pondok pesantren di Kabupaten Bogor.

e. Uji Coba Terbatas (Limited Trial)

Model yang telah direvisi diuji cobakan secara terbatas pada 2–3 pesantren yang berbeda karakteristiknya di wilayah Kabupaten Bogor

(misalnya pesantren salafiyah, modern, dan kombinasi). Tujuan uji coba adalah untuk mengetahui implementabilitas model, hambatan teknis, respons pengelola, dan partisipasi santri dalam pengelolaan Poskestren. Metode pengumpulan data menggunakan observasi partisipatif, wawancara, dan kuesioner kepada stakeholder

f. Evaluasi dan Analisis Hasil Uji Coba

Data hasil uji coba dianalisis untuk menilai efektivitas model dalam meningkatkan kemandirian santri di bidang kesehatan. Evaluasi meliputi dimensi input (sumber daya), proses (pembinaan dan pelaksanaan program), output (kegiatan santri dalam pelayanan kesehatan dasar), dan outcome (perubahan sikap, pengetahuan, dan praktik santri). Temuan ini digunakan sebagai umpan balik untuk menyempurnakan model secara akhir.

g. Finalisasi Model dan Penyusunan Manual Implementasi

Setelah dilakukan uji coba dan evaluasi, model difinalisasi dalam bentuk produk akhir yang meliputi:

- 1) Desain model manajemen Poskestren berbasis kemandirian santri
- 2) Buku panduan implementasi (manual)
- 3) SOP pengelolaan kegiatan
- 4) Modul pelatihan kader santri sehat
- 5) Instrumen evaluasi program kesehatan pesantren

Model ini disusun dengan bahasa yang komunikatif dan aplikatif agar mudah diadopsi oleh pengelola pesantren di wilayah Kabupaten Bogor.

h. Diseminasi dan Replikasi Model

Langkah akhir adalah menyusun strategi diseminasi hasil penelitian dan model yang telah dikembangkan kepada pemangku kepentingan, termasuk Kementerian Agama, Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, Forum Komunikasi Pesantren, dan organisasi profesi kesehatan. Diseminasi dilakukan melalui seminar hasil penelitian, publikasi artikel ilmiah, dan pelatihan kepada pengurus pondok. Diharapkan model ini

dapat direplikasi di berbagai pesantren sebagai bagian dari sistem kesehatan berbasis komunitas yang berkelanjutan.

7. Novelty

Penelitian ini menghasilkan sebuah model manajemen Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) berbasis kemandirian santri dalam bidang kesehatan yang secara khusus dikembangkan dan divalidasi di lingkungan pesantren Kabupaten Bogor. Model ini merupakan pengembangan orisinal yang belum banyak dijumpai dalam studi-studi sebelumnya, baik secara nasional maupun lokal, karena secara eksplisit mengintegrasikan fungsi manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi) dengan pendekatan pemberdayaan santri sebagai subjek utama dalam pengelolaan dan pengembangan Poskestren.

Kebaruan (novelty) dari model ini terletak pada interkoneksi strategis antara manajemen kelembagaan pesantren dan penguatan peran santri sebagai agen kesehatan. Model ini mengubah paradigma bahwa Poskestren bukan hanya fasilitas layanan kesehatan, tetapi juga sebagai media pembelajaran, pengembangan karakter, dan aktualisasi kemandirian santri dalam bidang kesehatan yang berkelanjutan. Dalam konteks ini, santri tidak hanya sebagai penerima layanan, tetapi juga sebagai pelaksana, pelopor, dan penggerak perubahan perilaku hidup sehat di lingkungan pesantren.

Selama ini, sebagian besar Poskestren di Kabupaten Bogor masih bersifat pasif dan belum memiliki sistem manajemen yang baku, terintegrasi, dan berbasis pemberdayaan internal. Model ini hadir untuk menjembatani kesenjangan tersebut, dengan merancang pendekatan manajerial yang kontekstual, adaptif terhadap budaya pesantren, serta berbasis pada nilai-nilai Islam dan prinsip partisipasi aktif santri. Model ini juga menjawab tuntutan era kesehatan komunitas modern dengan menempatkan Poskestren sebagai garda depan dalam edukasi promotif dan preventif berbasis komunitas pesantren.

Ciri khas dan keunikan lain dari model ini adalah integrasi antara pendekatan ilmiah manajemen pendidikan, prinsip kesehatan masyarakat, dan nilai-nilai spiritual Islam, yang diterjemahkan dalam indikator-indikator operasional yang bisa diukur, dievaluasi, dan direplikasi. Dengan demikian, model ini tidak hanya bersifat konseptual tetapi juga aplikatif untuk berbagai jenis pesantren di Kabupaten Bogor, baik salafiyah maupun modern.

Model ini juga memperkenalkan struktur organisasi fungsional Poskestren berbasis peran santri yang terdiri dari unsur kader kesehatan, koordinator unit, pembina dari unsur pesantren, dan pengampu dari mitra kesehatan. Struktur ini bersifat fleksibel dan memungkinkan untuk dikembangkan sesuai kapasitas masing-masing pesantren. Selain itu, model ini mendorong kolaborasi antara pesantren, puskesmas, dan Dinas Kesehatan secara lebih sistematis, bukan hanya bersifat seremonial atau insidental.

Secara metodologis, model ini dibangun berdasarkan hasil penelitian kualitatif yang mendalam di dua pondok pesantren representatif di Kabupaten Bogor, kemudian dimodifikasi dan disempurnakan untuk konteks yang lebih luas di wilayah kabupaten. Proses validasi model dilakukan melalui triangulasi sumber, diskusi pakar, serta uji aplikatif terhadap struktur dan fungsinya dalam simulasi operasional. Hal ini memastikan bahwa model yang dihasilkan bukan hanya teoretis, tetapi telah melewati uji konteks dan uji kelayakan secara akademik dan praktis.

Secara substansi, produk ini menawarkan model kebijakan dan panduan teknis yang dapat digunakan oleh pemerintah daerah, Kementerian Agama, Dinas Kesehatan, serta pesantren-pesantren dalam menyusun program Poskestren yang tidak hanya berkelanjutan, tetapi juga mampu melahirkan santri yang sehat, mandiri, dan menjadi pelopor perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat. Dengan pendekatan ini, Poskestren tidak lagi dipandang sebagai unit tambahan, tetapi menjadi inti dari sistem kesehatan berbasis komunitas di lingkungan pesantren.

Dengan demikian, novelty dari produk penelitian ini adalah terletak pada:

- a. Integrasi manajemen berbasis pemberdayaan santri dalam seluruh tahapan fungsi manajemen Poskestren.
 - b. Desain model yang aplikatif dan adaptif untuk berbagai karakteristik pesantren di Kabupaten Bogor.
 - c. Peran santri sebagai aktor utama, bukan hanya objek layanan.
 - d. Model kolaboratif multi pihak yang dirancang dalam kerangka keberlanjutan dan replikasi.
 - e. Landasan spiritual Islam yang diperkuat dengan prinsip kesehatan masyarakat.
8. Uji Kelayakan model

Sebagai langkah akhir dalam penelitian ini, dilakukan uji kelayakan terhadap Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (POSKESTREN) berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor. Uji kelayakan ini dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana model yang dikembangkan dapat diterapkan secara praktis di lingkungan pesantren di wilayah Kabupaten Bogor dan sekitarnya. Uji kelayakan menjadi bagian penting dalam proses validasi produk penelitian, guna memastikan bahwa model yang dihasilkan tidak hanya relevan secara teoritis, tetapi juga aplikatif secara praktis.

Model ini merupakan hasil sintesis dari temuan penelitian di dua pondok pesantren, yaitu Pondok Pesantren Madinatul Quran dan Pondok Pesantren Tahfidz Qur'an Al-Imam Asy-Syathiby, serta ditopang oleh kajian teori manajemen, kesehatan komunitas, dan prinsip-prinsip kemandirian santri berbasis nilai Islam. Model dirancang dengan struktur komponen yang meliputi tahapan manajerial: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi, serta berorientasi pada penguatan peran santri sebagai agen kesehatan yang mandiri.

Untuk menguji kelayakan model, peneliti melibatkan para ahli dan praktisi yang terdiri dari: (1) pakar kesehatan masyarakat, (2) pengelola

pesantren, dan (3) praktisi dari dinas kesehatan Kabupaten Bogor. Mereka diminta menilai model berdasarkan sejumlah indikator seperti: kejelasan komponen, keterpaduan antarbagian, kelayakan implementasi, keberlanjutan program, serta relevansi dengan konteks pesantren. Instrumen yang digunakan berupa lembar validasi model dengan skala penilaian dan ruang untuk komentar kualitatif.

Hasil uji kelayakan menunjukkan bahwa secara umum, model dinilai layak untuk diterapkan di lingkungan pondok pesantren dalam skala Kabupaten Bogor. Berdasarkan analisis penilaian para ahli, nilai masuk dalam kategori "sangat layak". Komponen dengan apresiasi tertinggi adalah keterpaduan antarbagian model, disusul oleh kelayakan implementasi di pesantren. Komponen yang memerlukan penguatan adalah aspek monitoring dan evaluasi berkelanjutan, yang disarankan untuk melibatkan kolaborasi lebih erat dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat.

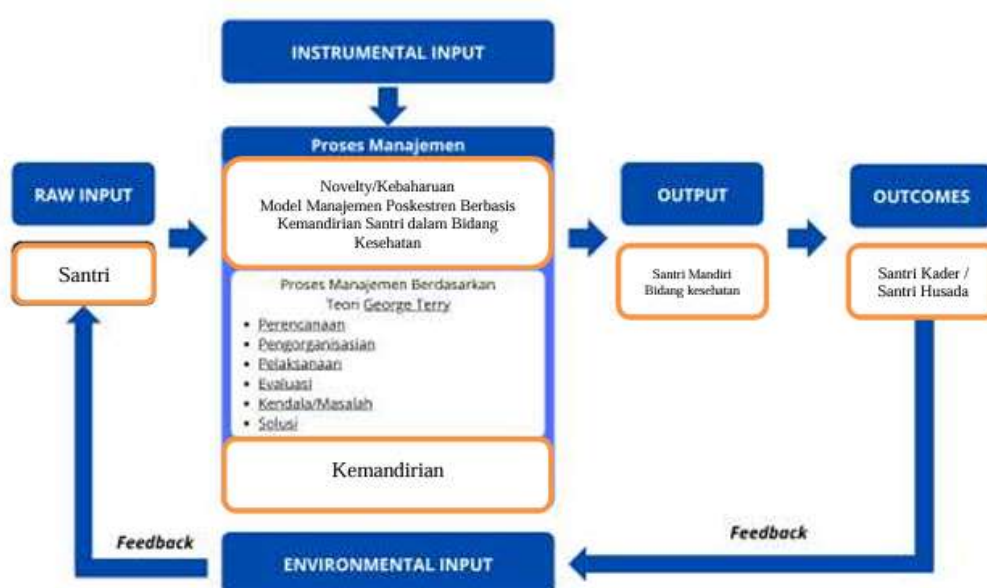
Dalam aspek komentar kualitatif, para ahli memberikan beberapa masukan penting, antara lain perlunya pelatihan khusus bagi pengurus Poskestren dalam memahami sistem manajemen berbasis indikator kinerja, serta pentingnya modul pendidikan kesehatan berbasis Islam yang dapat digunakan santri sebagai pedoman. Beberapa pengasuh pondok pesantren juga menyampaikan bahwa model ini membantu mereka memiliki acuan sistematis dalam membina santri di bidang kesehatan tanpa meninggalkan nilai-nilai pesantren.

Secara teoritis, uji kelayakan ini juga memperkuat bahwa model tersebut bersifat integratif, mencakup prinsip-prinsip manajemen modern namun selaras dengan nilai-nilai pesantren. Hal ini menegaskan bahwa inovasi berbasis konteks lokal yang berakar pada kultur pesantren memiliki peluang besar untuk berhasil selama mendapat pendampingan dan sistem yang adaptif.

Berdasarkan hasil uji kelayakan ini, disimpulkan bahwa Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor telah memenuhi aspek-aspek

kelayakan secara konseptual dan praktikal. Model ini berpotensi besar untuk dijadikan *best practice* dalam pengembangan kesehatan komunitas berbasis institusi pesantren di daerah lain, baik di tingkat kabupaten maupun nasional. Oleh karena itu, perlu ada upaya replikasi dan advokasi kepada instansi terkait guna memperluas implementasi model secara sistemik dan berkelanjutan.

9. Visualisasi Model



Gambar 5. 1 Visualisasi Model Hipotetik Manajemen Poskestren Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan

10. Keterangan Gambar

Berikut adalah narasi keterangan gambar visualisasi model produk penelitian yang berjudul: Model Manajemen Pos Kesehatan Pesantren (POSKESTREN) Berbasis Kemandirian Santri dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor

Model ini dikembangkan untuk menggambarkan secara sistematis alur manajemen pos kesehatan pesantren (Poskestren) dalam upaya mewujudkan santri yang mandiri dalam bidang kesehatan, berdasarkan hasil temuan lapangan serta kajian teori manajemen dan pemberdayaan.

a. Raw Input

Model ini diawali dengan raw input berupa keberadaan santri sebagai elemen dasar yang akan dibentuk dan dikembangkan kapasitasnya dalam bidang kesehatan. Santri dalam konteks ini tidak hanya diposisikan sebagai penerima manfaat layanan kesehatan, tetapi juga sebagai subjek aktif dalam proses pemberdayaan. Poskestren hadir untuk membina mereka agar dapat mandiri dalam menjaga kesehatan diri dan komunitasnya.

Keberadaan santri sebagai input utama menjadikan proses manajemen bersifat sentris terhadap kebutuhan dan potensi mereka. Kondisi awal santri yang umumnya masih tergantung pada pengasuh atau tenaga kesehatan untuk tindakan preventif maupun promotif, menjadi titik tolak untuk memulai proses pembinaan. Oleh karena itu, pemetaan karakteristik santri, gaya hidup, serta tantangan kesehatan yang mereka hadapi menjadi penting sebagai dasar penyusunan intervensi manajerial yang tepat sasaran.

Dalam kerangka ini, santri tidak hanya dinilai dari aspek kuantitas, tetapi juga kualitas, yakni sejauh mana potensi kepemimpinan, pemahaman agama, dan sikap terhadap kesehatan dapat dikembangkan untuk mendukung kemandirian mereka. Dengan pendekatan yang partisipatif dan edukatif, santri diproyeksikan menjadi sumber daya yang strategis dalam menjalankan fungsi Poskestren di lingkungan pondok pesantren.

b. Proses

Proses dalam model ini menggambarkan tahapan manajemen Poskestren yang berbasis pada siklus pengelolaan berkesinambungan. Di dalamnya terdapat serangkaian langkah terstruktur yang meliputi: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi, identifikasi masalah, dan formulasi solusi. Proses ini bukanlah tahapan linier semata, melainkan suatu siklus dinamis yang terus berkembang berdasarkan kondisi aktual dan kebutuhan pesantren.

Tahap awal proses diawali dari perencanaan kegiatan dan program kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kapasitas pesantren. Kemudian dilanjutkan dengan pengorganisasian yang melibatkan santri sebagai kader, membentuk struktur kerja Poskestren, serta menetapkan alur koordinasi dengan pihak-pihak terkait (puskesmas, yayasan, dan pesantren). Dalam pelaksanaan, berbagai program seperti penyuluhan kesehatan, pembiasaan hidup bersih, serta pelatihan kader dijalankan secara partisipatif dan terjadwal.

Seluruh proses ini dikuatkan melalui evaluasi berkala dan identifikasi kendala yang mungkin muncul, seperti keterbatasan sarana, kurangnya literasi kesehatan, atau resistensi terhadap perubahan perilaku. Hasil evaluasi ini kemudian menjadi dasar untuk merumuskan solusi strategis yang berkelanjutan. Dalam konteks ini, proses manajemen tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga menjadi ruang pendidikan dan transformasi nilai-nilai kemandirian santri di bidang kesehatan.

c. Output

Output dari model ini adalah terbentuknya santri yang mandiri dalam bidang kesehatan. Mandiri dalam hal ini berarti santri memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap positif terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta mampu menjadi agen perubahan di lingkungan sekitarnya. Santri mulai menunjukkan kemandirian dalam mengenali gejala penyakit, melakukan tindakan pencegahan, dan mengelola kondisi kesehatan ringan secara mandiri.

Peningkatan kemandirian ini juga ditandai dengan keterlibatan santri dalam berbagai kegiatan Poskestren, seperti menjadi pengurus, kader, atau peserta aktif dalam edukasi kesehatan. Mereka tidak lagi sepenuhnya bergantung pada tenaga kesehatan atau pengurus pesantren, tetapi mampu memberikan kontribusi nyata dalam menjaga kebersihan lingkungan, melakukan kampanye kesehatan, serta membantu penanganan kasus ringan di kalangan teman sebaya.

Dengan capaian ini, Poskestren bukan hanya menjadi lembaga penyedia layanan, tetapi juga sebagai ruang pembelajaran sosial yang menumbuhkan nilai tanggung jawab, kepedulian, dan partisipasi aktif santri terhadap isu kesehatan. Hal ini mencerminkan keberhasilan awal model dalam menggeser posisi santri dari objek menjadi subjek dalam pengelolaan kesehatan di pesantren.

d. Outcome

Hasil lanjut dari proses dan output tersebut adalah terbentuknya Santri Husada atau Santri Kader Kesehatan, yang memiliki kompetensi sebagai pendamping kesehatan di lingkungan pondok pesantren. Santri husada ini mampu menjalankan fungsi edukatif dan promotif, menjadi perpanjangan tangan Poskestren dalam menyebarluaskan informasi kesehatan, serta menjadi role model bagi santri lainnya.

Santri kader ini juga berperan sebagai mitra strategis dalam pelaksanaan program-program kesehatan pesantren. Mereka mampu bekerja sama dengan puskesmas atau dinas kesehatan setempat dalam menyelenggarakan penyuluhan, pemeriksaan kesehatan rutin, maupun pengawasan terhadap standar kebersihan asrama dan dapur santri. Dengan demikian, Poskestren tidak hanya menciptakan individu sehat, tetapi juga komunitas sehat berbasis kaderisasi internal.

Melalui pendekatan kaderisasi ini, nilai-nilai keberlanjutan (sustainability) dari program kesehatan di pesantren dapat terjaga. Outcome ini sekaligus mencerminkan keberhasilan model dalam mencetak santri yang tidak hanya peduli terhadap kesehatan dirinya sendiri, tetapi juga mampu berkontribusi dalam pengelolaan kesehatan komunitas secara kolektif dan sistematis.

e. Landasan Filosofis dan Pendekatan Kemandirian Santri dalam Manajemen Poskestren

Model ini berangkat dari filosofi bahwa santri adalah agen perubahan yang memiliki potensi besar untuk ditumbuhkembangkan melalui pembinaan yang tepat. Dalam konteks pesantren, pendidikan tidak hanya

terbatas pada aspek keilmuan agama, tetapi juga harus mencakup penguatan karakter, termasuk kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatan diri dan lingkungan.

Pendekatan kemandirian santri dalam manajemen Poskestren berpijak pada nilai-nilai Islam, seperti menjaga kebersihan sebagai bagian dari iman, serta prinsip amar ma'ruf nahi munkar dalam mengedukasi dan mengajak orang lain menuju kebaikan, termasuk dalam aspek kesehatan. Pemberdayaan santri dalam bidang kesehatan menjadi bagian integral dari penguatan akhlak dan karakter Islami yang seimbang secara spiritual dan sosial.

Dalam perspektif ini, Poskestren bukan sekadar lembaga layanan, tetapi juga wahana pendidikan dan pembentukan karakter santri yang utuh. Oleh karena itu, pendekatan yang digunakan bersifat holistik, partisipatif, dan transformatif, menjadikan kemandirian santri sebagai arah strategis dalam pembangunan kesehatan berbasis komunitas pesantren.

f. *POAC (Planning, Organizing, Actuating, Controlling)*

Dalam pelaksanaan model ini, prinsip-prinsip POAC (Perencanaan, Pengorganisasian, Pelaksanaan, dan Pengawasan) dijadikan dasar pengelolaan. Pada tahap perencanaan, dilakukan pemetaan kebutuhan dan perumusan program-program kesehatan yang relevan dan adaptif terhadap karakteristik pesantren. Penyusunan rencana melibatkan berbagai pihak termasuk santri, pengasuh, dan mitra kesehatan.

Tahap pengorganisasian mencakup pembentukan struktur Poskestren, pengangkatan kader santri, serta distribusi tugas yang jelas. Pengorganisasian ini penting untuk menciptakan sistem kerja yang efisien dan berkelanjutan. Dalam proses ini, partisipasi aktif dari santri sangat ditekankan agar kepemilikan terhadap program dapat tumbuh secara alamiah.

Kemudian pada tahap pelaksanaan dan pengawasan, dilakukan realisasi program melalui kegiatan-kegiatan edukatif, promotif, dan preventif. Evaluasi berkala dilakukan untuk memastikan keberjalanan program

sesuai rencana. Pengawasan dilakukan secara partisipatif oleh pengurus dan kader santri, menciptakan budaya refleksi dan perbaikan berkelanjutan dalam pengelolaan Poskestren.

g. Goal Akhir

Tujuan akhir dari model ini adalah terciptanya ekosistem pesantren yang sehat, mandiri, dan berkelanjutan, dengan santri sebagai pusat dari proses transformasi tersebut. Santri tidak hanya memiliki pengetahuan dan keterampilan kesehatan, tetapi juga mampu menerapkan dan menularkan nilai-nilai hidup sehat kepada lingkungan sekitarnya, baik di pesantren maupun di masyarakat setelah mereka kembali ke daerah asalnya.

Goal ini menegaskan bahwa keberhasilan model tidak hanya diukur dari jumlah kegiatan atau keterlibatan santri dalam program kesehatan, melainkan dari dampak jangka panjang terhadap perubahan perilaku, budaya sehat, dan penguatan komunitas pesantren sebagai basis pembangunan kesehatan masyarakat. Model ini diharapkan mampu direplikasi di berbagai pesantren lain di Kabupaten Bogor dan bahkan secara nasional.

Dengan tercapainya tujuan ini, Poskestren bukan lagi sekadar program formal, tetapi menjadi bagian integral dari sistem pendidikan dan pembinaan santri. Santri sebagai lulusan pesantren diharapkan tidak hanya unggul dalam bidang keagamaan, tetapi juga menjadi kader kesehatan yang mampu menjawab tantangan zaman dan menjadi agen perubahan di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, R. (2023). Dimensi spiritual kemandirian santri dalam menjaga kesehatan. *Jurnal Pendidikan Dan Dakwah*, 7(2), 50–60.
- Adams, A. M., Nababan, H. Y., & Hanifi, S. M. A. (2020). Strengthening community health systems through quality improvement approaches. *BMC Health Services Research*, 2020(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05114-3>
- Adinugraha, H. H., Harahap, N. K., & Sholahuddin, M. (2022). Evaluasi Program Kesehatan Berbasis Komunitas: Studi pada Lembaga Keagamaan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 10(2), 110–123.
- Ahmad, K. (2015). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Ahmed, S., Mohamed, Z., & Yusoff, S. Z. (2020). Faith-based health interventions for Muslim adolescents: A review. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 85–97. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00862-4>
- Al-Afghani, R., Hasanah, U., & Widyastuti, N. (2021). Integrasi Nilai Islam dalam Pendidikan Kesehatan di Pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Islam*, 5(2), 140–150.
- Alimuddin, A. (2021). *Kaderisasi Santri dalam Mewujudkan Kemandirian Pesantren di Bidang Kesehatan* (Vol. 68). Yogyakarta: Deepublish.
- Alkin, M. C. (2021). *Evaluation theory, models, and applications*. Sage Publications.
- Amaliah, L., & Wicaksono, R. A. (2020). Kearifan lokal dalam promosi kesehatan berbasis komunitas pesantren. *Jurnal Komunikasi Kesehatan*, 14(3), 185–192.
- Anamofa, J. (2018). *Pragmatisme pendidikan: belajar dari john dewey*.
- Arifin, M., & Susanti, R. (2021). Integrasi Nilai-Nilai Islam dalam Promosi PHBS di Pesantren. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 9(2), 64–71. <https://doi.org/10.20473/jpk.v9.i2.2021.64-71>
- Arikunto, S. (2013). *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan (Edisi revisi)*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Arikunto, S. (2019). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik (Edisi revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S., & Jabar, C. S. A. (2018). *Evaluasi Program Pendidikan: Pedoman Teoretis Praktis bagi Mahasiswa dan Praktisi Pendidikan*. Bumi Aksara.
- Astuti, N. W., & Hidayat, T. (2021). Efektivitas Media Promosi Kesehatan dalam Menyampaikan Informasi Kesehatan di Lembaga Pendidikan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 18–24.
- Astuti, R., Nugraha, I., & Fauziah, R. (2022). Participatory Evaluation in Islamic Boarding Schools: Building Ownership and Accountability. *Journal of Islamic Education and Health Promotion*, 6(3), 207–215. <https://doi.org/10.20473/jiep.v6i3.2022.207-215>
- Aulia, D. L. N., Anjani, A. D., & Utami, R. (2021). *Pemeriksaan Fisik Ibu Dan Bayi*. Banyumas: CV. Pena Persada.
- Aulia, N., & Sari, R. (2021). Community-based health financing: Strategi pembiayaan kesehatan masyarakat di institusi keagamaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 70–78.
- Awan, A. G., Fatima, A., & Saeed, A. (2022). The role of non-financial incentives in volunteer health worker motivation. *International Journal of Public Administration*, 45(2), 149–158. <https://doi.org/10.1080/01900692.2022.1967743>
- Azhar, M., Nuryani, R., & Lestari, T. (2022). Penerapan pendekatan nilai Islami dalam promosi kesehatan di pesantren salaf. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 140–147. <https://doi.org/10.15294/jkm.v18i2.45089>
- Aziz, M., & Widodo, A. (2020). Kemitraan antara Pesantren dan Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 6(1), 70–80. <https://doi.org/10.22146/jkk.2020.6.1.70>
- Azizah, R. A., & Hidayat, T. (2023). Pola Kemitraan Pesantren dan Puskesmas dalam Penguatan Poskestren. *Jurnal Administrasi Pendidikan Islam*, 5(3), 199–211. <https://doi.org/10.1234/japi.5.3.2023>
- Azwar, S., Fadilah, N., & Kurniawan, D. (2021). Evaluasi Dampak Edukasi Kesehatan di Pesantren terhadap Perubahan Perilaku Santri. *Jurnal Kesehatan*

Masyarakat, 16(2), 85–92.

- Bakar, N. A., Halim, M. S., & Zainuddin, M. F. (2021). Social recognition and volunteer retention in faith-based community health programs. *Journal of Islamic Health Studies*, 5(2), 205–213. <https://doi.org/10.1234/jihs.v5i2.210>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Newyork: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2018). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barney, J. B., & Hesterly, W. S. (2019). *Strategic Management and Competitive Advantage: Concepts and Cases* (6th ed.). Pearson Education.
- Barrow, Brannan, & Khandhar. (2025). Research Ethics. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>
- Bass, B. . (1990). *Bass and Stogdill's Hand Book of Leadership*. New York: Free Press.
- Baxter, P., & Jack, S. (2015). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544–559. <https://doi.org/https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>
- Belay, S., Hermanto, B., & Rivos, R. (2021). Spiritual Leadership in Educational Health Systems. *International Journal of Education and Health*, 6(1), 40–52.
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research. Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Cresswell, J. A., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi, V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*, 18, 712–24.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Desain penelitian dan penyelidikan kualitatif: Memilih di antara lima pendekatan (edisi ke-4)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Dalimunthe, R. (2020). *Pendidikan Islam Holistik: Teori dan Praktik*. Jakarta: Kencana.
- David, F. R., & David, F. R. (2017). *Strategic Management: A Competitive Advantage Approach, Concepts and Cases* (16th ed.). Pearson Education.

- Dessler, G. (2013). *Human Resource Management* (13th ed.). Pearson Education.
- Dessler, G. (2020). *Human Resource Management* (16th ed.). Pearson Education.
- Dewey, J. (2019). *Experience and Education*. New York: Simon & Schuster.
- Dewi, R., Supriyatma, N., & Mulyono, S. (2022). Konselor Sebaya dalam Upaya Membentuk Perilaku Pencegahan Merokok pada Remaja. <https://doi.org/10.31539/joting.v4i2.4245>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Effendy, C. (2017a). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Salemba Medika.
- Effendy, C. (2017b). *Manajemen Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Effendy, M. (2018). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fadilah, N., Maulana, I., & Hamid, H. (2022). Educational values in Islamic boarding school health promotion program: A qualitative study. *Indonesian Journal of Educational Health*, 3(2), 87–94. <https://doi.org/10.1234/ijeh.v3i2.2022.87-94>
- Fadilah, R., & Azizah, L. (2021). Integrasi Program Kesehatan dan Pendidikan Karakter di Pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(3), 170–178.
- Fadlil, A. (2021). *Konsep Maqashid Syariah dalam Kesehatan Masyarakat Islam*. Yogyakarta: UII Press.
- Farid, A., & Putri, M. D. (2023). Evaluasi program kesehatan berbasis pesantren: Telaah dokumen dan refleksi manajemen. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 8(1), 79–88.
- Farida, N., & Suryadi, R. (2023). Tata kelola manajemen kesehatan di pesantren berbasis kader santri. *Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 7(2), 60–70.
- Fathoni, A., Siregar, A., & Wahyuni, S. (2023). Integrasi Nilai Islam dalam Literasi Kesehatan di Pondok Pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Islami*, 7(1), 21–33.
- Fauziah, N., Wulandari, S., & Hidayat, M. (2023). The Importance of SOP in

- School-Based Health Services: A Systematic Review. *Indonesian Journal of Health Promotion*, 11(2), 205–215. <https://doi.org/10.24198/ijhp.v11i2.24565>
- Fauziah, R., Wahyuni, S., & Kurniasari, D. (2022). Community participation in health program evaluation: An empowerment approach in pesantren settings. *Journal of Community Empowerment in Health*, 5(1), 30–40. <https://doi.org/10.24198/jceh.v5i1.2022.30-40>
- Fetrianto, F. (2017). Penerapan Formative Summative Evaluation Model Dalam Penelitian Tindakan. *Seminar Nasional Pendidikan Olahraga*, 1(1), 408–421.
- Firmansyah, D., Widyaningrum, A. G., & Rahma, R. J. (2023). Cross Promotion Program Berita Dalam Konvergensi Televisi Dan Media Sosial. *Jurnal Ilmu Komunikasi Politik Dan Komunikasi Bisnis*, 7(1), 115. <https://doi.org/10.24853/pk.7.1.115-130>
- Fitri, D. A., & Azizah, N. (2022). Penguatan psikososial santri melalui pelatihan kader kesehatan. *Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 6(1), 55–60 58.
- Fitriana, R., Wibowo, A., & Nugraha, R. (2021). Ketersediaan SDM Kesehatan dan Dampaknya terhadap Pelayanan Poskestren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nusantara*, 5(3), 214–222. <https://doi.org/10.24843/jkmmn.2021.5.3.29>
- Fitriani, L., & Ramadhan, R. (2021). Kader Santri sebagai Agen Promosi Kesehatan di Pondok Pesantren. *Jurnal Promkes*, 9(1), 48–56. <https://doi.org/10.20473/jpk.v9i1.2021.48-56>
- Fitriani, N., Lestari, D., & Wulandari, M. (2024). The Effectiveness of Participatory Health Education Methods on Adolescent Health Literacy in Religious Schools. *Indonesian Journal of Health Education*, 6(1), 50–60. <https://doi.org/10.1234/ijhe.v6i1.2024>
- Fitriyah, L., & Rohmah, H. (2022). Efektivitas penyuluhan gizi terhadap perubahan perilaku makan santri di pesantren. *Jurnal Gizi Dan Pemberdayaan Masyarakat*, 4(1), 49–55 52.
- Fitriyah, S., & Rachmawati, I. (2023). Manajemen pembiayaan layanan kesehatan di institusi pendidikan Islam. *Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*, 11(2), 112–121.
- Fitriyani, L., Sulaiman, M., & Ramadhan, A. (2022). Penguatan manajemen

- program kesehatan berbasis masyarakat di lembaga pendidikan keagamaan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 35–43.
- Fitriyani, S., Anwar, S., & Halimah, H. (2021). The Role of Santri Cadres in Health Education: A Participatory Approach in Islamic Boarding Schools. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(2), 85–92. <https://doi.org/10.15294/kemas.v17i2.40220>
- Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R., & Worthen, B. R. (2011). *Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines* (4th ed.). Boston: Pearson.
- Fry, L. W. (2003). Toward a Theory of Spiritual Leadership. *Leadership Quarterly*, 4(6), 693–727. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.09.001>
- George, J. M., & Jones, G. R. (2000). The role of time in theory and theory building. *Journal of Management*, 26(4), 657–684.
- Ginting, Y., & Siregar, S. (2023). Evaluasi formatif berbasis indikator kesehatan di lembaga pendidikan Islam. *Jurnal Pendidikan Islam Nusantara*, 7(1), 183–195. <https://doi.org/10.24239/jpin.v7i1.345>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, G. P., & Haines, A. (2016). *Asset Building and Community Development* (4th ed.). SAGE Publications.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health Promotion: Planning and Strategies* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw Hill, New York.
- Gumilang, R., & Nurcholis, A. (2018). Peran pondok pesantren dalam pembentukan karakter santri. *Comm-Edu (Community Education Journal)*, 1(3), 10 22460 – 1 3 2113.
- Hafidzah, N., & Mustofa, M. (2022). Nilai lokal dalam struktur organisasi pesantren: Studi manajemen partisipatif. *Al-Tanzim: Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 6(1), 48–55.
- Hakim, A. R., Sari, M., & Firdaus, D. (2023). Spiritual-Based Health Promotion Strategy in Islamic Boarding Schools: A Case Study in West Java. *Jurnal*

Pendidikan Dan Kesehatan, 12(2), 30–38.

- Hamid, A., & Nugroho, R. (2021). Partisipasi wali santri dalam pembiayaan layanan kesehatan pesantren. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 5(2), 210–215.
- Hamid, M. A., & Zain, A. (2023). Sistem pencatatan kesehatan manual di lembaga pendidikan Islam: Efektivitas dan tantangan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Komunitas*, 5(1), 55–61. <https://doi.org/10.31227/jakk.v5i1.302>
- Hamidah, L., Maulida, R., & Satria, A. (2022). Evaluasi berbasis kualitatif dalam program kesehatan komunitas: Antara fleksibilitas dan validitas data. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 6(2), 138–147.
- Hamidah, N., Yuliani, D., & Munawaroh, L. (2023). Community-based health cadre management in Islamic boarding schools: A qualitative study. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(2), 7–14.
- Handayani, R., & Sari, M. (2020). Strategi Penguatan Peran Kader dalam Program Kesehatan Berbasis Komunitas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 15(1), 85–92. <https://doi.org/10.26553/jikm.v15i1.2020>
- Handayani, W., & Prabowo, A. (2020). Strategi manajemen Poskestren berbasis pemberdayaan kader santri. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(3), 115–123.
- Handoko, T. H. (2016). *Manajemen* (2nd ed.). Yogyakarta: BPFE.
- Harahap, M., & Sembiring, F. (2021). Strategi perencanaan berbasis kebutuhan komunitas dalam program kesehatan sekolah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Dan Lingkungan*, 8(3), 210–218.
- Haris, M., & Muliawan, D. (2023). Religiusitas dan perilaku hidup sehat santri: Studi pada pondok pesantren modern. *Jurnal Promkes*, 11(1), 52–60. <https://doi.org/10.20473/jpk.V11.I1.2023.52-60>
- Hartono, R., Suprpto, A., & Lestari, T. (2023). Improving Primary Health Facilities in Religious-Based Educational Institutions. *Journal of Community Health Development*, 6(2), 90–96.
- Hasanah, N., & Fadillah, R. (2021). Internalisasi nilai teologis dalam perilaku hidup bersih santri. *Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 19(2), 85–92.

- Hatry, H. P. (2020). Performance measurement: Getting results. The Urban Institute Press.
- Hidayah, N., & Isnawati, A. (2021). Participatory evaluation model in Islamic boarding school-based health promotion programs. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(1), 62–69.
- Hidayat, A., & Mubarak, H. (2019). Peran rutinitas harian dalam membentuk kedisiplinan santri. *Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 7(2), 95–102 98.
- Hidayat, A., Sari, M., & Ramdhani, S. (2022). The Effect of Religious-Based Health Promotion on Clean Living Behavior Among Islamic Boarding School Students. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 7(3), 145–151. <https://doi.org/10.26911/thejhp.2022.07.03.05>
- HR.Muslim, ibn al-H. (n.d.). HR. Muslim.
- Husen, K., & Husni, M. (2025). Peran pesantren dalam meneguhkan identitas budaya Indonesia di tengah arus modernisasi. *IHSAN: Jurnal Pendidikan Islam*, 3(1), 387–97. <https://doi.org/10.61104/ihsan.v3i1.847>.
- Hussain, M., Kamal, A., & Siddiqui, F. (2021). Documentation and accountability in primary health care services. *International Journal of Health Systems and Implementation Research*, 10(1), 54–63.
- Ismail, A. (2021). Sistem pembiayaan kesehatan berbasis pesantren: Studi pada institusi pendidikan Islam di Jawa Barat. *Jurnal Ekonomi Syariah*, 13(2), 137–145.
- Ismail, N., & Rosita, L. (2022). Social Impact Evaluation of Islamic Health Education Programs in Indonesian Boarding Schools. *Journal of Community Health Development*, 7(2), 90–96.
- Iwelunmor, J., Blackstone, S., Veira, D., Nwaozuru, U., Airhihenbuwa, C. O., Munodawafa, D., & Jemmott, L. (2019). Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework. *Implementation Science*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0890-4>
- Karim, A., & Afnan, D. (2020). Kiai Interpersonal Managerial: Henry Mintzberg Perspective. *Journal of Leadership in Organizations*, 2(2).

<https://doi.org/10.22146/jlo.56290>.

- Karim, M., & Ahmad, N. (2020). Integrasi metode kuantitatif dan kualitatif dalam evaluasi program pendidikan kesehatan komunitas. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 145–153. <https://doi.org/10.14710/jikm.v12i2.2050>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Strategi nasional penguatan layanan kesehatan primer (hlm. 15–17*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020a). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Pesantren Sehat, yang menggarisbawahi pentingnya pengelolaan kesehatan di pesantren melalui pendekatan promotif, preventif, dan rehabilitatif*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020b). Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2020-2024. *Kementerian Kesehatan RI*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra2015.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Pedoman Penyelenggaraan Pos Kesehatan Pesantren*. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan.
- Khasanuri, M. (2022). Kepemimpinan spiritual kiai dalam transformasi pesantren. *Jurnal Pendidikan Islam*, 14(1), 88–99.
- Khoiruddin, M., & Farida, A. (2022). Integrasi nilai Islam dalam promosi kesehatan remaja pesantren. *Jurnal Promotif Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 3(2), 89–95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7012345>
- Koenig, H. G. (2015). Religion, Spirituality, and Health: A Review and Update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19–26.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Pearson.
- Kreps, G. L., & Thornton, B. C. (1992). *Health Communication: Theory & Practice*. Longman.
- Kurniawan, A., & Wahyuni, D. (2023). Pengaruh Pelatihan Kesehatan Berbasis

- Experiential Learning pada Kader Kesehatan Remaja Pesantren. *Jurnal Pendidikan Dan Pelatihan Kesehatan*, 9(2), 110–117.
- Kurniawan, D., Hidayat, R., & Amalia, N. (2022). Infrastructure and Trust: How Health Facilities Affect Community Engagement in Health Programs. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 80–88.
- Kurniawan, E., & Wibowo, T. (2021). Manajemen pos kesehatan pondok pesantren: Studi kasus pada pesantren berbasis kesehatan. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 6(1), 93–102.
- Kurniawati, D., Susanto, T., & Lestari, R. (2022). Evaluation Practices in Community-Based Health Promotion in Rural Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 85–92. <https://doi.org/10.15294/kemas.v18i1.30213>
- Kusnanto, H., Sulistyowati, R., & Nuraini, N. (2022). Penguatan kader kesehatan berbasis komunitas di pesantren: Studi implementasi program kesehatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 1–11.
- Kusuma, A., & Hidayat, T. (2020). Praktik refleksi partisipatif dalam evaluasi program kesehatan pesantren. *Jurnal Pendidikan Dan Kesehatan Islam*, 12(1), 107–115. <https://doi.org/10.33086/jpki.v12i1.2020>
- Lassi, Z. S., Moin, A., & Bhutta, Z. A. (2020). Community health workers: Effective deployment for maternal and child health. *Lancet Global Health*, 8(2), 128–135. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30502-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30502-1)
- Latifah, S., Mahfudz, M., & Wulandari, I. (2020). Pengukuran perubahan perilaku santri melalui Scorecard PHBS di pesantren berbasis kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(2), 179–185. <https://doi.org/10.14710/jkmi.v16i2.3093>
- Laverack, G. (2018). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. SAGE Publications.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promot Int*, 1093.
- Lestari, N. D., & Saputra, A. (2023). Understanding regulation compliance in pesantren-based health services: A qualitative study. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(2), 90–96.

<https://doi.org/10.20473/jkmi.v18i2.2023.90-96>

- Lestari, N., & Rahmawati, F. (2022). Evaluasi Sistem Informasi Poskestren Berbasis Komunitas. *Jurnal Sistem Kesehatan Islam*, 5(2), 101–112.
- Lestari, W., Syahputra, I., & Ramadhan, H. (2021). Model pengembangan pembiayaan mandiri pesantren melalui unit usaha produktif. *Jurnal Ekonomi Syariah*, 9(2), 105–112.
- Lincoln, & Guba. (1985). *Qualitative research*. Singapore: Mc. Graw Hill.
- Lubis, R. A., Mardiah, N., & Nugroho, S. (2022). Pengaruh Penggunaan Media Edukatif Digital terhadap Pengetahuan Kesehatan Siswa di Sekolah Berbasis Agama. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 17(1), 60–66.
- Lubis, Z. (2020). *Pendidikan Kesehatan dalam Perspektif Islam* (hlm (112th ed.). Jakarta: Kencana.
- Luthfi, M., & Maftuhah, N. (2021). Pelatihan kader kesehatan berbasis komunitas Islami. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 7(2), 70–80. <https://doi.org/10.26714/jkk.7.2.2021.70-80>
- Mahardika, D., Wahyuni, E. S., & Kurniasari, H. (2022). Community Need Assessment sebagai Basis Intervensi Kesehatan Pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 16(2), 130–140. <https://doi.org/10.25077/jka.v16.i2.2022.130-140>
- Mahendra, B., & Nugraheni, R. (2022). Implementasi pendidikan pragmatis dalam pembelajaran abad 21. *Jurnal Pendidikan Dan Kebudayaan*, 27(1), 68–75 71–72.
- Mahendra, R., & Sulastri, D. (2022). Strategi peningkatan PHBS melalui intervensi fasilitas cuci tangan di sekolah berbasis pesantren. *Jurnal Promkes*, 10(2), 60–66. <https://doi.org/10.22146/promkes.10.2.2022.60>
- Mahfud, M., Rahman, A., & Mustofa, A. (2020). Landasan enam sistem nilai Sanusi dalam pendidikan Islam kontemporer. *Jurnal Pemikiran Islam*, 18(1), 75–82.
- Mahfudhoh, R., Bakar, M., & Fuad, A. (2023). Modern pesantren leadership based on internalisation of pancajiwa. *Nidhomul Haq Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 8(1), 108–24. <https://doi.org/10.31538/ndh.v8i1.3304>.

- Marzuki, A. (2021). *Kesehatan dalam Perspektif Islam: Integrasi Ilmu dan Akhlak*. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- Mathis, R. L., & Jackson, J. H. (2017). *Human Resource Management* (15th ed.). Cengage Learning.
- Maulana, A., & Fitriani, D. (2023). Nilai logis dalam penguatan program Poskestren. *Jurnal Kesehatan Pesantren*, 5(1), 30–38.
- Maulana, D., Sari, N. M., & Handayani, T. (2020). Validitas Instrumen Evaluasi Program Kesehatan Pesantren. *Jurnal Evaluasi Pendidikan*, 9(1), 125–132.
- Maulana, R., & Irwansyah, H. (2024). Kemitraan layanan kesehatan di lingkungan pesantren: Peluang dan tantangan. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 9(1), 1–15.
- Maulida, S. (2024). Study of Implementation of the Eco-Pesantren Concept at Dayah Terpadu Inshafuddin, Banda Aceh. *Iop Conference Series Earth and Environmental Science*, 1290(1). <https://doi.org/10.1088/1755-1315/1290/1/012037>.
- Maulidah, N., Ramdhan, R., & Fikri, A. (2023). Perencanaan Kesehatan Berbasis Kebutuhan di Pesantren: Studi Kasus Program PHBS. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 11(2), 130–140. <https://doi.org/10.20473/jpk.v11.i2.2023.130-140>
- McLaughlin, D. B., & McLaughlin, C. P. (2014). *Health Policy Analysis: An Interdisciplinary Approach*. Jones & Bartlett Learning.
- Miles, M. ., Huberman, A. ., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook*. USA: Sage Publications.
- Moleong. (2019). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja. Rosdakarya.
- Mubarak, W. I. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Hidup Sehat di Pesantren*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2019). *Ilmu Keperawatan Komunitas: Konsep dan Aplikasi dalam Praktik*. Salemba Medika.
- Muhaimin, M., Rahmawati, E., & Fauzi, A. (2021). Nilai-nilai kemandirian dalam pendidikan pesantren. *Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 18(1), 95–105 101.
- Mujib, A. (2023a). *Pendidikan Kesehatan Berbasis Pesantren: Konsep, Strategi,*

dan Implementasi. Surabaya: Pustaka Hikmah Mandiri.

- Mujib, A. (2023b). Sarana dan Prasarana Poskestren sebagai Basis Promosi Kesehatan Pesantren. *Jurnal Kesehatan Islam Nusantara*, 5(2), 89–95. <https://doi.org/10.20473/jkin.v5i2.2023.89>
- Mulyadi, D., & Rachman, A. (2021). Partisipasi Stakeholder dalam Pengembangan Pos Kesehatan Pesantren. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 9(2), 140–150. <https://doi.org/10.33367/jmpi.v9i2.2021>
- Mulyadi, T., & Lestari, D. (2023). Penguatan Kapasitas Kelembagaan Poskestren Melalui Standar Operasional Program Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Islam*, 7(1), 50–60.
- Munro, A., Booth, A., & Ford, N. (2020). Reflective practice in community health education: Theory and application. *Global Health Promotion*, 27(3), 117–125. <https://doi.org/10.1177/1757975919855336>
- Mutale, W., Siwale, Z., & Chola, M. (2021). Strengthening community-based health planning with data: Lessons from Zambia. *BMC Public Health*, 21, 73–78. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11042-5>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Nasution, S., Rohmah, N., & Hidayat, M. (2024). Evaluasi Layanan Kesehatan di Lembaga Pendidikan Islam. *Jurnal Pendidikan Islam Integratif*, 12(1), 55–65. <https://doi.org/10.7890/jpii.v12i1.1012>
- Natsir, F., Zainuddin, M., & Puspitasari, R. (2023). Kepemimpinan pesantren dalam pembinaan kesehatan santri: Studi kasus di Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Islam*, 8(2), 98–107.
- Nilsen, P., Jakobsson, M., & Friberg, F. (2023). Participatory approaches in community-based health programs: A review of theory and practice. *International Journal of Health Planning and Management*, 38(2), 215–229. <https://doi.org/10.1002/hpm.3564>
- Ningrum, T. (2023). Internalisasi nilai-nilai akhlakul karimah berbasis learning by doing pada anak sekolah dasar (studi pada sdtq daarul husna kota salatiga. *Afeksi Jurnal Penelitian Dan Evaluasi Pendidikan*, 4(6), 651–63.

<https://doi.org/10.35672/afeksi.v4i6.183>.

- Ningsih, E. R., Syahrial, S., & Prasetyo, Y. (2021). Formulation of Evaluation Indicators in Islamic-Based Health Promotion Programs. *Indonesian Journal of Health Research*, 3(3), 120–129. <https://doi.org/10.37341/ijhr.v3i3.2253>
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (hlm (115th ed.)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2020). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraha, E., & Syarifudin, E. (2021). Improving Health Behavior Standard Through Modern Islamic Boarding School. *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(3), 445–51. <https://doi.org/10.15294/KEMAS.V16I3.23112>.
- Nugraheni, R., & Prasetya, B. (2021). Sinkronisasi program pos kesehatan pesantren dengan kebijakan kesehatan remaja nasional. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(1), 50–59.
- Nugroho, A., & Hasibuan, M. (2021). Peran evaluasi diagnostik dalam pengembangan program kesehatan berbasis pondok pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Islam*, 5(2), 24–30.
- Nuraini, H., & Mukhlis, A. (2020). Model peer education dalam peningkatan PHBS santri. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 8(2), 85–91 89.
- Nuraini, L., Ramli, S., & Damanik, M. (2022). Health Literacy Enhancement through Infrastructure-Based Education in Pesantren Students. *Malaysian Journal of Health Education*, 15(1), 98–105.
- Nuraini, S., Maulida, N., & Yusuf, M. (2023). Peran Klub Santri Sehat dalam Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Pesantren. *Jurnal*

- Kesehatan Islam*, 4(3), 239–246. <https://doi.org/10.21009/jki.2023.v4i3.29>
- Nurdin, R., Mawardi, R., & Juwita, D. (2023). Partisipasi Pesantren dalam Pemberdayaan Kesehatan Komunitas: Studi Multisite. *Jurnal Ilmu Kesehatan Komunitas*, 19(3), 230–240.
- Nurdin, S., Rahmawati, I., & Zulkarnain, Z. (2021). Analisis capaian program Poskestren dan perubahan perilaku santri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(3), 200–210.
- Nurfadilah, S., Rahayu, D., & Hadi, M. (2024). Strengthening Documentation in Health Promotion Programs in Islamic Communities. *International Journal of Community Health*, 8(1), 109–115.
- Nurhadi, M., & Muniroh, L. (2022). Kemandirian Pembiayaan Kesehatan di Lembaga Pendidikan Berbasis Islam. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Islam*, 7(1), 85–94.
- Nurhasanah, A., & Prasetyo, D. (2021). Evaluasi peran kader kesehatan dalam lingkungan pesantren: Tantangan dan peluang. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 9(1), 14–21.
- Nurhasanah, E., Zaenal Abidin, Y., & Sanusi, I. (2021). Implementasi fungsi pengorganisasian pondok pesantren dalam meningkatkan kualitas santri. *Tadbir: Jurnal Manajemen Dakwah*, 6(1), 23–35.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (5th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nuryanti, E., Rohmadi, S., & Mukhlis, A. (2024). Santri involvement in community health education: A participatory approach in pesantren-based programs. *Indonesian Journal of Community Health Education*, 12(1), 225–234. <https://doi.org/10.20473/ijche.v12i1.2024>
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2020). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (4th ed.). Sydney: McGraw-Hill Education.
- Oluwasanu, M. M., Ilori, T., & Oladepo, O. (2020). Strengthening the community health system for maternal and child health: a participatory action research

- project in Nigeria. *BMC Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08800-3>
- Owen, J. M. (2010). *Program Evaluation: Forms and Approaches*. Routledge.
- Owen, J. M., & Rogers, P. J. (2019). *Program Evaluation: Forms and Approaches* (4th ed.). New York: Routledge.
- Patton, M. Q. (2015). *Metode penelitian & evaluasi kualitatif (edisi ke-4)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (2022). *Utilization-Focused Evaluation*. Sage Publications.
- Pertiwi, A., Fitriani, D., & Prabowo, A. (2021). Community-Based Health Promotion in Islamic Boarding Schools: Participatory Approaches and Health Behavior Changes. *Jurnal Promkes*, 9(1), 90–102. <https://doi.org/10.20473/jpk.V9.I1.2021.90-102>
- Prasetyo, A., Handayani, D., & Fauzan, M. (2021). Optimalisasi media sosial dalam promosi kesehatan berbasis Islam. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 140–148.
- Prasetyo, A., & Ramadhan, M. (2021). Utilizing Health Facilities as Educational Tools in Islamic Boarding Schools. *Jurnal Pendidikan Islam Dan Kesehatan*, 5(1), 55–61.
- Prasetyo, H., Sutrisno, A., & Wulandari, D. (2022). Peran pemerintah dalam mendukung layanan kesehatan berbasis komunitas pesantren. *Jurnal Kesehatan Dan Kebijakan Publik*, 10(2), 50–58.
- Prasetyo, T. R. H., Hartati, L., & Nurhasanah, D. (2023). Utilization of mobile-based apps in pesantren-based health programs. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 11(2), 213–223. <https://doi.org/10.20473/jpk.v11i2.2023.213-223>
- Pratiwi, A., Sulastri, E., & Mulyadi, R. (2022). Community-Based Health Program Evaluation: A Qualitative Study. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 212–219. <https://doi.org/10.15294/kemas.v18i2.34312>
- Purwanti, E., Sutanto, H., & Pratiwi, D. (2021). Evaluation practices in pesantren-based health programs: Challenges and opportunities. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(3), 115–122. <https://doi.org/10.20473/jkk.v9i3.2021.115-122>

- Puspitasari, N., & Wahyuni, E. (2021). Media promosi kesehatan efektif di lingkungan pesantren: Studi kasus di Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(2), 225–233.
- Putri, D. E., Hamid, R., & Apriani, R. (2021). Tantangan Dokumentasi Program Poskestren di Lembaga Pendidikan Islam. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(4), 309–316. <https://doi.org/10.20473/jikm.v12i4.2021.309-316>
- Putri, L. M., Sudirman, A., & Ramadhan, R. (2023). Evaluasi sumatif dan formatif dalam implementasi program kesehatan masyarakat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Komunitas*, 9(1), 88–95. <https://doi.org/10.29210/02123156>
- Putri, N. A., & Kurniawan, T. (2023). Keterbatasan dokumentasi dalam pelaksanaan program Poskestren. *Tantangan Dan Solusi. Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*, 5(2), 71–78.
- Putri, R. A., Suhartono, S., & Ismail, A. (2021). Sinergi Puskesmas dan Perguruan Tinggi dalam Penguatan Kesehatan di Pesantren: Tinjauan Model Kolaborasi. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(2), 50–58. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v16i2.5303>
- Qomar, M. (2020). *Pesantren dan transformasi sosial: Membentuk santri sehat dan mandiri*. Remaja Rosdakarya.
- Rachmawati, R., Sari, N. P., & Nugroho, H. (2022). Evaluasi program PHBS di pesantren: Studi kasus pendekatan observasional. *Jurnal Promkes*, 10(2), 93–99.
- Rachmawati, R., & Susanti, S. (2024). Role clarity dalam manajemen kader kesehatan santri: Studi kasus di pesantren modern. *Indonesian Journal of Islamic Health Studies*, 6(1), 1–10.
- Rahayu, D., & Sari, N. (2023). Pembelajaran konstruktivistik untuk membangun kemandirian santri. *Jurnal Kependidikan Islam*, 11(1), 50–59 56.
- Rahmah, N., Dwiastuti, I., & Gunawan, A. (2023). Implementasi program UKS sebagai pusat layanan kesehatan berbasis sekolah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Anak Dan Remaja*, 4(2), 200–208.
- Rahman, M., Fauziah, R., & Utami, S. (2021). Evaluasi Implementasi PHBS pada Santri di Pondok Pesantren. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 80–87.

<https://doi.org/10.20473/jikm.v12i1.2021.80-87>

- Rahmat, R., & Lestari, S. (2020). Nilai teleologis dan outcome kemandirian santri. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Islam*, 4(1), 40–47.
- Rahmawati, D., & Nuryadi, T. (2021). Sustainability Evaluation of Health Programs in Islamic Boarding Schools. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 9(1), 98–107.
- Rahmawati, L., & Hartati, S. (2021). Value-Based Evaluation in Pesantren Health Services: A Conceptual Review. *Jurnal Pendidikan Dan Kebudayaan*, 11(2), 115–123. <https://doi.org/10.24832/jpnk.v11i2.5231>
- Rahmawati, L., & Kurniawan, D. (2020). Kemandirian psikologis santri dalam komunitas pondok pesantren. *Jurnal Psikologi Islam*, 8(1), 70–78.
- Rahmawati, R., & Lestari, D. (2022). Pendekatan Spiritual dalam Meningkatkan Perilaku Hidup Sehat Santri. *Jurnal Kesehatan Islam Indonesia*, 5(2), 41–55.
- Rahmawati, S., Prasetyo, A., & Zulfa, N. (2023). Integrating Islamic values into health program evaluation: A conceptual model for pesantren. *Journal of Islamic Health Studies*, 4(2), 210–215. <https://doi.org/10.20885/jihs.vol4.iss2.art5>
- Ramadhan, B., Mulyana, S., & Hafid, A. (2023). Peran partisipatif santri dalam pembangunan kesehatan lingkungan pesantren. *Jurnal Pendidikan Dan Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 110–120 118.
- Ramadhan, R., & Nurwahidah, F. (2022). Participatory Learning dalam Pelatihan Kader Kesehatan Santri. *Jurnal Pendidikan Islam*, 10(1), 81–89. <https://doi.org/10.21043/jpi.v10i1.2022.81>
- Ramadhani, I., Syafril, S., & Dini, F. (2020). Evaluasi skrining kesehatan di lembaga pendidikan Islam: Studi kasus di DKI Jakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 14(1), 85–92. <https://doi.org/10.31983/jik.v14i1.5247>
- Ramdhani, R., Fitriani, Y., & Azizah, N. (2021). Peran Poskestren dalam peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat santri. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(2), 70–78.
- Rifai, M. (2020). *Manajemen Pesantren dan Integrasi Kesehatan Berbasis Nilai Islam*. Bandung: Pustaka Pesantren.

- Rismawati, R., & Hidayat, M. T. (2022). Budaya lokal sebagai basis promosi kesehatan komunitas pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nusantara*, 5(1), 80–86. <https://doi.org/10.32698/jkmm.v5i1.322>
- Riyadi, A., Firmansyah, R., & Maulana, R. (2023). Institutionalization of Health Promotion in Islamic Boarding Schools. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 26(1), 61–69. <https://doi.org/10.24198/jmpk.v26i1.40875>
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2018). *Management* (13th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2020). *Management* (14th ed.). Pearson Education.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2021). *Management* (14th ed.). New York: Pearson Education.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2022). *Management* (15th ed.). Pearson.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational Behavior* (18th ed.). Pearson.
- Rofiah, N., & Lestari, I. (2020). Model Evaluasi Kualitatif dalam Lembaga Pendidikan Nonformal Berbasis Pesantren. *Jurnal Pendidikan Nonformal*, 15(2), 102–110. <https://doi.org/10.23917/jpnf.v15i2.10357>
- Rohimah, L., Syafitri, D., & Kusumawati, M. (2021). Kolaborasi Institusi Pendidikan dan Pesantren dalam Penguatan Program Kesehatan. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Berbasis Pesantren*, 4(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jpbmp.2021.1.38>
- Rohmah, S., & Maulana, M. (2022). Media Edukasi dalam Pelayanan Kesehatan Pesantren: Integrasi Nilai Islam dan Promosi Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Pesantren*, 4(2), 55–63.
- Ryan, R., & Deci, E. (2017). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am. Psychol*, 55, 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Saad, F. M., Rahman, M. R., & Azizah, S. (2021). Integrating Health Education into Religious Schools: A Pilot Program in West Java. *Indonesian Journal of Health Promotion*, 9(2), 134–142.
- Sadirman, A. M. (2021). *Perubahan Perilaku dalam Pendidikan Kesehatan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Saefuddin, R., & Latifah, S. (2021). Media digital dalam edukasi kesehatan berbasis pesantren. *Jurnal Komunikasi Kesehatan Islam*, 3(2), 60–69 67.
- Saepudin, A., & Fitriana, D. (2023). Evaluasi program Poskestren dan tantangannya: Studi multi-lokasi di Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(2), 102–111.
- Safitri, D., & Rahmawati, E. (2023). Appropriateness of Teaching Methods in Health Education Programs for Students in Religious Institutions. *Journal of Educational Health*, 4(1), 88–96. <https://doi.org/10.1234/jeh.v4i1.2023>
- Safitri, N., Wahyuni, I., & Mardiah, M. (2021). Efektivitas promosi kesehatan berbasis agama di lingkungan pesantren. *Jurnal Kesmas*, 16(3), 215–222. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v16i3.4351>
- Salim, R., & Nurlaili, N. (2023). Dinamika psikologis santri dalam kegiatan kaderisasi kesehatan. *Jurnal Bimbingan Dan Konseling Islam*, 5(1), 65–72.
- Santrock, J. W. (2021). *Educational Psychology* (ed. 7). New York: McGraw-Hill.
- Sanusi, A. (2011). *Filsafat Ilmu: Sebuah Pengantar Populer*. Bandung: Pustaka Setia.
- Saraswati, R. S., Inawati, W. A., & Octrina, F. (2023). Tata kelola pesantren: Penerapan struktur organisasi entitas berorientasi non-laba di Pondok Pesantren Kabupaten Bandung. *Jurnal Masyarakat Mandiri*, 7(1), 51–63.
- Sari, D. K., Wahyuni, S., & Fathurrahman, M. (2023). Santri involvement in participatory evaluation of health programs: Impacts on sustainability. *Journal of Community Health Engagement*, 7(1), 34–42. <https://doi.org/10.31294/jche.v7i1.2023.34-42>
- Sari, F. A., & Nugroho, H. (2020). Model pendidikan kesehatan berbasis pesantren dalam membentuk perilaku sehat santri. *Jurnal Pendidikan Kesehatan Indonesia*, 6(2), 85–91. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8122793>
- Sari, L. M., & Fauziah, S. (2022). Strategi pengembangan kader santri dalam organisasi kesehatan pesantren. *Jurnal Dakwah Dan Pemberdayaan Umat*, 4(1), 25–35.
- Sari, M., & Anindita, R. (2023). Peran media interaktif dalam meningkatkan literasi kesehatan remaja. *Jurnal Teknologi Dan Kesehatan*, 15(1), 295–310.

- Sari, M., & Taufik, H. (2023). Transparansi pengelolaan dana Poskestren dalam perspektif akuntabilitas publik. *Jurnal Akuntansi Dan Keuangan Publik*, 14(1), 71–80.
- Sari, N., & Yusuf, M. (2021). Efektivitas pelatihan P3K untuk kader santri terhadap kesiapsiagaan tanggap darurat. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(1), 54–60. <https://doi.org/10.20473/jkk.v9i1.2021.54-60>
- Sari, P., Wahyuni, S., & Mukhtar, M. (2020). Implementasi Poskestren di Jawa Tengah: Studi multi kasus. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 8(2), 90–100.
- Sari, R. A., & Zulfikar, T. (2022). Nilai-nilai Islam dalam pendidikan kesehatan di pesantren: Antara idealisme dan praktik. *Jurnal Studi Keislaman*, 14(1), 85–95.
- Sari, T. W., & Kusumawati, D. (2020). Model evaluasi berbasis nilai Islam dalam program kesehatan pesantren. *Jurnal Pendidikan Islam Dan Kesehatan*, 4(1), 75–83.
- Schiavo, R. (2022). *Health Communication: From Theory to Practice* (3rd ed.). Jossey-Bass.
- Scott, W. R., & Davis, G. F. (2007). *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives*. (9th ed.). Prentice-hall. Englewood Cliffs.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus* (4th ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Setiawan, B., Lestari, H., & Putri, A. M. (2023). Media Interaktif sebagai Strategi Efektif dalam Edukasi Kesehatan Remaja Pesantren. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(1), 40–47.
- Setiawan, R., Hidayat, A., & Permata, S. (2023). Digital innovation in pesantren health programs: Opportunities and barriers. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(1), 110–118. <https://doi.org/10.14710/jkmi.18.1.110-118>
- Setyowati, H., Anjani, F., & Lazuardi, A. (2022). Documentation and Monitoring as the Basis of Policy-Making in School Health Programs. *Journal of Public Health Policy and Management*, 3(2), 70–80. <https://doi.org/10.1234/jphpm.v3i2.2022>

- Shapiah, L. (2024). Kontribusi pesantren dalam pembangunan kesehatan berbasis komunitas. *Jurnal Dakwah Dan Komunikasi Islam*, 12(1), 33–45.
- Siagian, S. P. (2016). *Filsafat Administrasi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Siregar, A., & Hidayat, M. (2020). Analisis Alokasi Dana Kesehatan pada Pesantren: Studi Kasus di Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Ekonomi Dan Kebijakan Kesehatan*, 9(2), 180–188.
- Siregar, H., Fitriani, A., & Wahyuni, N. (2022). Pengaruh Pelatihan Kader Kesehatan terhadap PHBS Santri di Pesantren. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 17(2), 100–110.
- Siregar, Y., & Lestari, D. (2023). Manajemen Administrasi Kesehatan Berbasis Komunitas: Studi pada Poskestren. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 11(1), 35–43. <https://doi.org/10.22146/jaki.11.1.10224>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Florida: Holt, Rinehart and Winston.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., & Gilbert, D. R. (2013a). *Management* (6th ed.). Pearson Education.
- Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., & Gilbert, D. R. (2013b). *Management* (6th ed.). Pearson Education.
- Stufflebeam, D. L., & Coryn, C. L. S. (2014). *Evaluation Theory, Models, and Applications*.
- Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). *The CIPP Evaluation Model: How to Evaluate for Improvement and Accountability*. New York: Guilford Press.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suherman, S., Maulana, H., & Ningsih, Y. (2022). Evaluasi Tujuan dan Implementasi Poskestren di Pesantren Salafiyah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 10(4), 66–77.
- Suherman, S., & Rahmah, S. (2023). Formative Evaluation for Community Health Programs in Islamic Institutions. *International Journal of Islamic Health*

Studies, 3(1), 85–94.

- Sulistiyorini, L., Anwar, F., & Nugroho, A. (2021). Manajemen Kaderisasi Kesehatan Sekolah dalam Perspektif Mutu Layanan. *Jurnal Administrasi Pendidikan*, 28(1), 70–80.
- Sulistiyowati, I., Fadhillah, N., & Putri, A. (2022). Manajemen Poskestren untuk peningkatan kesehatan santri. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 10(1), 140–150.
- Suraya, M., Widodo, A., & Khotimah, H. (2022). Efektivitas Kajian Kesehatan Islami terhadap Kesadaran Hidup Sehat Santri. *Jurnal Kesehatan Islam*, 4(1), 115–125.
- Suryani, N., Lestari, R., & Amalia, R. (2021). Pelibatan kader dalam pengelolaan fasilitas kesehatan pesantren. *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat Islam*, 4(2), 72–80. <https://doi.org/10.21043/jpmi.v4i2.2021.72>
- Susanti, R., & Yulianto, A. (2021a). Pendidikan Kesehatan dalam Perspektif Behavioristik: Suatu Pendekatan untuk Pembentukan Perilaku Hidup Sehat. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 9(2), 70–78. <https://doi.org/10.1234/jpk.v9i2.2021>
- Susanti, R., & Yulianto, A. (2021b). *Strategi Edukasi Kesehatan Remaja Berbasis Pondok Pesantren*. Yogyakarta: Pustaka Narasi.
- Sutrisno, H., Widyawati, A., & Hanafiah, A. (2022). Spiritual accountability in community health management: Lessons from pesantren cadres. *Journal of Community Health Research*, 11(3), 185–193. <https://doi.org/10.31002/jchr.v11i3.2022.185-193>
- Syahputra, A., Ramdani, R., & Putra, H. (2022). Nilai etik dalam pelayanan kesehatan pesantren. *Jurnal Pendidikan Islam*, 10(2), 110–120.
- Syahrani, R., Hasanah, A., & Fitriana, N. (2021). Evaluasi Manajemen Kesehatan Santri di Pondok Pesantren. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 110–118. <https://doi.org/10.14710/jikm.12.1.110-118>
- Syahrizal, A. (2020). *Manajemen Pendidikan Islam: Teori dan Praktik di Lembaga Pendidikan Islam*. Prenada Media.
- Syamsuddin, A., Latif, M., & Wardhani, R. (2021). Peran pengasuh dalam penguatan karakter santri. *Jurnal Kepemimpinan Pendidikan Islam*, 4(2), 40–

48 44.

- Taghipour, A., Salehi, M., Ghasemi, S. R., & Rahimi, S. (2023). Community participation in health promotion: a systematic review on barriers and facilitators. *BMC Public Health*, 23(1), 432. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15152-z>
- Terry, G. R., & Rue, L. W. (1977). *Principles of Management. Inc. hlm.* Homewood, IL.
- Tjandradewi, S. A., & Komalasari, D. (2023). Evaluating Health Program Implementation in Faith-Based Institutions: A Case Study in Indonesia. *Asian Journal of Health Promotion*, 10(1), 50–59. <https://doi.org/10.1093/asjhp/ajhp032>
- Ulum, A. B., & Nurwahidah, R. (2022). Strategi pemberdayaan organisasi kepengurusan santri di Pondok Pesantren sebagai pilar pendidikan. *Jurnal Pengabdian Inovatif Masyarakat*, 2(2), 87–95.
- Utami, I., & Wulandari, S. (2022). Dokumentasi kesehatan santri sebagai alat monitoring preventif di pesantren. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 50–56. <https://doi.org/10.26593/jaki.v7i1.2022.50>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: the Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wahyudi, A. (2020). Konsep insan kamil dalam pendidikan Islam: Relevansi terhadap pengembangan karakter santri. *Jurnal Filsafat Pendidikan Islam*, 4(1), 42–50.
- Wahyuni, P., & Winarti, Y. (2021). Hubungan Religiusitas dengan Perilaku Seks Pranikah Berisiko Kehamilan tidak diinginkan (KTD) Pada Mahasiswa Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. *Borneo Student Research*, 2(2), 1060–1066.
- Wahyuni, S., & Firmansyah, M. (2023). Behavioral Change as a Success Indicator in Santri Health Empowerment Programs. *Jurnal Pendidikan Islam Dan Kesehatan*, 5(1), 138–146. <https://doi.org/10.20473/jpik.v5i1.2023.138-146>
- Wahyuni, S., Hidayat, R., & Mustofa, A. (2021). Pendekatan pragmatis dalam pendidikan pesantren. *Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 19(2), 105–112 109.

- Wahyuni, S., & Nurhasanah, E. (2020). Pemberdayaan santri dalam edukasi kesehatan berbasis asrama: Tinjauan partisipatif. *Jurnal Pendidikan Islam*, 6(2), 127–138.
- Wahyuni, Y. F., Fitriani, A., Fatiyani, & Mawarni, S. (2023). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja dengan Perilaku Seks Pranikah di Desa Kampung Jawa Lama Kota Lhokseumawe. *Media Informasi. Jurnal Dunia Kesmas*, 19(1), 90–96. <https://doi.org/10.37160/bmi.v19i1.57>
- Wahyuningsih, S., Maulida, H., & Rizki, F. (2021). Kesiapan sarana pendukung PHBS di pondok pesantren: Studi kasus di Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 68–75. <https://doi.org/10.20473/jikm.v12i1.2021.68>
- Walker, S., & Fraser, B. (2022). Learning environments and student outcomes. *Learning Environments Research*, 25(1), 115–130 127.
- Wheelen, T. L., & Hunger, J. D. (2020). *Strategic Management and Business Policy: Globalization, Innovation and Sustainability* (15th ed.). New York: Pearson.
- Widayat, T., & Susanti, N. (2021). Kolaborasi multi-pihak dalam perencanaan anggaran program kesehatan komunitas. *Jurnal Pengabdian Dan Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 144–150.
- Widiastuti, H., & Arifin, Z. (2022). Strategi evaluasi program kesehatan di institusi pendidikan Islam berbasis boarding school. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 60–70.
- Wijayanti, D., Rachman, M., & Setiawan, R. (2021). Pengembangan lembar observasi sanitasi berbasis indikator PHBS di pondok pesantren. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 9(3), 215–225. <https://doi.org/10.14710/jkl.v9i3.3377>
- Wiranata, R., Firman, A., Mulyanto, T., & Prastowo, A. (2021). Praktik pembelajaran di madrasah perspektif pragmatisme (studi terhadap pemikiran ibn khaldun dan jhon dewey. *Al-Manar*, 10(1), 36–49. <https://doi.org/10.36668/jal.v10i1.152>.
- World Health Organization. (2020). *Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines* (hlm (9th ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Community Engagement: A Health Promotion*

- Guide for Universal Health Coverage in the Hands of the People*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2022a). *Community engagement: A health systems approach*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022b). *Primary health care: Monitoring progress and driving transformation*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic* (hlm. 7–8). Geneva: World Health Organization.
https://doi.org/https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1
- World Health Organization. (2021). *Mental Health and Psychosocial Considerations for Youth in Community-Based Settings*. Geneva: WHO Press.
- Worthen, B. R., & Sanders, J. R. (2011). *Educational Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines*. Pearson Education.
- Wulandari, E. D., Fitria, L., & Hamzah, A. (2020). Cultural and religious-based health promotion in pesantren: A qualitative study. *Indonesian Journal of Public Health*, 15(1), 47–56. <https://doi.org/10.20473/ijph.v15i1.2020.47-56>
- Wulandari, E. D., Fitria, L., & Hamzah, A. (2022). Program kesehatan berbasis komunitas pesantren: Evaluasi pelaksanaan dan strategi peningkatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 17(1), 55–64. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v17i1.5902>
- Wulandari, Y., & Susilo, D. (2023). Emergency Preparedness in Islamic Boarding School Health Posts. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(1), 38–45.
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Yuliana, R., & Sari, R. (2023). Cultural-Responsive Evaluation in Islamic Boarding School Health Promotion Programs. *Jurnal Pendidikan Dan Kebudayaan*, 28(2), 172–180. <https://doi.org/10.24832/jpnk.v28i2.28491>
- Yuliani, D., & Mustika, S. (2023). Integrasi Musyawarah Pesantren dan Manajemen Modern dalam Pengambilan Keputusan Program Sosial. *Jurnal*

Manajemen Pendidikan Islam, 7(1), 50–60.

- Yuliani, N., Hidayat, R., & Fauzan, A. (2022). Peningkatan peran pimpinan pondok dalam penguatan life skill santri melalui layanan kesehatan internal. *Jurnal Pendidikan Islam*, 14(2), 160–169.
- Yulianti, R., & Ramadhan, E. (2023). Integrasi nilai Islam dalam pelayanan kesehatan komunitas. *Jurnal Dakwah Dan Kesehatan*, 5(2), 40–49. <https://doi.org/10.33603/jdk.v5i2.7432>
- Yunita, R., & Hartati, S. (2023). Documentation gaps in health program evaluation in pesantren: A case study. *Journal of Islamic Health Management*, 5(1), 41–47. <https://doi.org/10.31002/jihm.v5i1.2023.41-47>
- Yusniah, I., & Wahyuni, S. (2022). Penguatan Sistem Kesehatan Pesantren Melalui Pemberdayaan Kader Santri. *Indonesian Journal of Community Health Education*, 3(2), 85–95. <https://doi.org/10.33560/ijche.v3i2.2022>
- Yusuf, M., Sari, N., & Fitria, N. (2021). Estetika lingkungan pesantren sebagai pendidikan kesehatan. *Jurnal Pendidikan Dan Kesehatan*, 9(2), 99–107.
- Zahra, M., Fitriani, T., & Rahmah, N. (2020). The effectiveness of task delegation in community-based health care: A pesantren-based health post case study. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(1), 19–27.
- Zamroni, A. (2020). *Kepemimpinan Kiai dalam Sistem Pendidikan Pesantren*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Zimmerman, B. J. (2020). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, 59(2), 40–48 45.
- Zulkarnain, I., Mahendra, Y., & Azizah, R. (2023). Partisipasi santri dalam program kesehatan berbasis pesantren: Studi evaluatif. *Jurnal Pendidikan Dan Kesehatan Islam*, 14(1), 72–80.

RIWAYAT HIDUP



Penulis terlahir di sebuah kota paling timur pantai utara propinsi Jawa Tengah yaitu Rembang pada 28 Oktober 1980. Anak ke-8 dari bapak Moecharno dan Ibu Masjidah ini diberi nama Darmasta Maulana. Saat ini berdomisili di Jl. Fatahillah No 58 Watubelah Kecamatan Sumber Kabupaten Cirebon Jawa Barat. Sedangkan alamat sesuai KTP di Mojosari RT 01 desa Sitimulyo

kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta. Menikah dengan Ivana Eko Rusdiatin, S.Kep, Ners., M.Sc dan sekarang dikarunia 5 orang anak; Shofura Maulana, Rufaidatul Hilyah Maulana, Ad Daruquthni Ibnu Maulana, Al Auzai Ibnu Maulana dan Qori'aina Maulana

Pendidikan formal dimulai dari tahun 1985 di SD Tahunan IV, kemudian melanjutkan di SMPN 1 Sale dan menyelesaikan pendidikan menengah atas di SMAN 1 Sale pada tahun 1997. Selepas SMA, penulis kuliah di AKPER DEPKES Blora, kemudian melanjutkan di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta lulus pada tahun 2003. Pada tahun 2008, Penulis menempuh pendidikan S2 di Magister Kedokteran Keluarga UNS dan lulus tahun 2010. Saat ini penulis tercatat sebagai Mahasiswa Doktoral Universitas Islam Nusantara Bandung.

Sejak 2003, penulis bekerja sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global Yogyakarta, setelah sebelumnya bekerja di RS At Turots Al Islamy Yogyakarta. Tahun 2008, penulis merintis pendirian Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Madani Yogyakarta. Pada tahun 2009 ijin pendirian kampus ini turun dan penulis mendapat amanah sebagai wakil ketua 1 sampai tahun 2013. Usai tugas tersebut, ditunjuk untuk melanjutkan estafet kepemimpinan mengemban amanah sebagai ketua STIKes Madani hingga tahun 2017. Pada tahun 2019, mendapat tawaran untuk bergabung di STIKes YPIB Majalengka dan penulis bergabung sejak saat itu. Hingga pada 2023, penulis diamanahi sebagai Wakil Rektor 3 Bidang Kemahasiswaan Universitas YPIB Majalengka.

Pengalaman Penelitian dan Publikasi Ilmiah pertama kali pada tahun 2005

dengan judul Pengaruh pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Post Partum di RSUD Bantul. Sedangkan untuk penelitian dan publikasi dalam 5 tahun terakhir adalah sebagai berikut. Tahun 2018, Hubungan Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah Lanjut Usia Penderita Hipertensi Esensial Di UPT Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Budi Dharma Yogyakarta. Selanjutnya berturut-turut tahun 2020, Pengaruh *Head Massage* Terhadap Intensitas Nyeri Kepala Pada Santri, Pemanfaatan Tanaman Bunga Kencana Ungu (*Ruellia Tuberosa*) Dalam Mengendalikan Tekanan Darah. Tahun 2021, Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Posyandu Dengan Kepatuhan Ibu Balita Berkunjung Ke Posyandu Di Posyandu Bunayya Islamic Centre Bin Baz Yogyakarta, Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Posyandu Dengan Dengan Kepatuhan Ibu Berkunjung Ke Posyandu. Tahun 2022, Akupresur Efektif Dalam Pengendalian Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi, Professionalizing Education, Educators, And Educational Institutions In Manifesting “Indonesia Golden”, Pentingnya Penerapan Nilai-Nilai Pancasila Terhadap Pembinaan Moral Remaja. Tahun 2023, The Influence Of Acupressure On Sleep Quality Among Female Students With Sleep Disorders At Nuraida Islamic Boarding School Bogor, Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Nyeri Lbp (Low Back Pain) Pada Lansia Di Watubelah, Kecamatan Sumber, Kabupaten Cirebon Jawa Barat. Dan pada tahun 2024 melakukan penelitian Pengaruh Senam Dismenore Terhadap Tingkat Nyeri Haid Pada Santriwati SMPIT Imam Syafi'i Kota Batam.

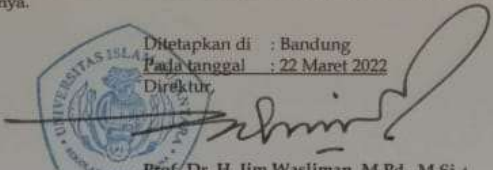
Selain penelitian dan publikasi, peneliti juga telah menghasilkan karya buku ajar dan Modul praktikum yang telah diterbitkan antara lain; Modul Praktikum Keperawatan Keluarga, Modul Praktikum Keperawatan Anak I, Ilmu Dasar Keperawatan 2, Ketrampilan Klinik Dasar 1, Ketrampilan Klinik Dasar 2, Keperawatan Dewasa 1, Keperawatan Dewasa 2, Modul Praktikum Keperawatan Anak 2, Keperawatan Dewasa 3, Promosi Kesehatan, Ketrampilan Klinik Dasar 1 (edisi revisi), Ketrampilan Klinik Dasar 2 (edisi revisi), Keperawatan Dewasa 1 (edisi revisi), Keperawatan Dewasa 2 (edisi revisi) dan Basic Nursing I (Teori Dan Keterampilan Dasar Yang Harus dikuasai Oleh Seorang Perawat).

Lampiran 1 Surat Penunjukan Pembimbing


UNIVERSITAS ISLAM NUSANTARA
SEKOLAH PASCASARJANA
 Jl. Soekarno – Hatta No. 530 Bandung 40286 Telp./Faks. +6222 7509656
<http://sps.uninus.ac.id>, E-mail: pasca@uninus.ac.id

SURAT KEPUTUSAN
DIREKTUR SEKOLAH PASCASARJANA
Nomor: 295/UNINUS-SPs.D/SK/2022
tentang
PENUNJUKAN TIM PROMOTOR DISERTASI
MAHASISWA SEKOLAH PASCASARJANA
TAHUN AKADEMIK GENAP 2021/2022

MENIMBANG	: 1. Bahwa Disertasi merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada jenjang pendidikan tinggi pada Program Doktor (Strata III); 2. Bahwa Disertasi merupakan karya tulis ilmiah yang disusun oleh mahasiswa dengan bimbingan dan arahan dari Tim Promotor yang terdiri atas Promotor, Ko-Promotor, dan Anggota berdasarkan kaidah dan SOP Penulisan Disertasi; 3. Bahwa dalam upaya penyusunan Disertasi diperlukan Tim Promotor yang profesional dan memiliki kompetensi yang relevan dengan topik permasalahan sehingga Disertasi tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara akademik.
MENGINGAT	: 1. Undang-undang No. 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi; 2. Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 2013 tentang Standar Nasional Pendidikan; 3. Permendikbud No. 50 tahun 2014 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi; 4. Permendikbud No. 03 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
MEMPERHATIKAN	: 1. Standar Prosedur Operasional Sekolah Pascasarjana tentang Pengajuan dan Pembimbingan Disertasi; 2. Usulan pengajuan Tim Promotor oleh Dewan Pembimbingan Disertasi di lingkungan Sekolah Pascasarjana.
MENETAPKAN PERTAMA	: Tentang Penunjukan Tim Promotor Disertasi : Mengangkat dan menetapkan nama di bawah ini: 1. Prof. Dr. Sofyan Sauri, M.Pd. 2. Dr. Nandang Koswara, M.Pd. 3. Dr. Sri Handayani, M.Pd. Untuk membimbing penyusunan Disertasi mahasiswa, Nama : Darmasta Maulana NIS : 41038104200067 Jenjang/Program Studi : Strata III/ Ilmu Pendidikan Judul Disertasi : <i>Reaktualisasi Manajemen Pos Kesehatan Pondok Pesantren dalam Upaya Peningkatan Mutu Pondok Pesantren (Studi Kasus di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby Kabupaten Bogor)</i>
KEDUA	: Tugas pembimbingan mencakup: (1) pembimbingan Disertasi, (2) pembuatan artikel ilmiah internasional dan abstraknya dalam bahasa Inggris.
KETIGA	: Surat Keputusan ini berlaku selama 2 (dua) semester terhitung mulai tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
 Pada tanggal : 22 Maret 2022
 Direktur,

 Prof. Dr. H. Iim Wasliman, M.Pd., M.Si,
 NIDK 8831923420

Tembusan disampaikan kepada:

1. Pimpinan Program Studi S-3 Ilmu Pendidikan;
2. Tim Promotor sebagai dasar pelaksanaan kegiatan pembimbingan;
3. Mahasiswa yang bersangkutan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan pembimbingan;

A. Kertas



UNIVERSITAS ISLAM NUSANTARA SEKOLAH PASCASARJANA

Jl. Soekarno - Hatta No. 530 Bandung 40286 Telp./Faks. +6222 7509656
https://sps.uninus.ac.id, e-mail: pascas@uninus.ac.id

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR SEKOLAH PASCASARJANA Nomor: 786/UNINUS/SPs/SK/X/2024

Tentang:

PERGANTIAN TIM PROMOTOR DISERTASI MAHASISWA SEKOLAH PASCASARJANA TAHUN AKADEMIK 2023/2024 GANJIL

Bismillahirrahmaanirrahim

- Menimbang** :
- Bahwa Disertasi Merupakan Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Studi Di Jenjang Pendidikan Tinggi Pada Program Doktor (Strata III);
 - Bahwa disertasi merupakan karya tulis ilmiah yang disusun oleh mahasiswa, dengan bimbingan dan arahan dari Promotor dan Ko-Promotor, berdasarkan kaidah dan SOP sistematika penulisan Disertasi;
 - Bahwa dalam upaya penyusunan Disertasi, diperlukan Promotor dan Ko-promotor yang profesional dan memiliki kompetensi yang relevan dengan topik permasalahan sehingga disertasi tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara akademik.
- Mengingat** :
- Undang-undang No.12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
 - Peraturan pemerintah No. 32 Tahun 2013 Tentang Standar Nasional Pendidikan;
 - Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 - Permendikbud No. 03 Tahun 2020 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
 - Statuta Universitas Islam Nusantara.
- Memperhatikan** :
- Standar Prosedur Operasional Sekolah Pascasarjana tentang Tugas dan Beban Mengajar Dosen;
 - Usulan pergantian Tim Promotor Program Studi S3 Ilmu Pendidikan Sekolah Pascasarjana.
- MEMUTUSKAN**
- Menetapkan** :
- Pertama** :
- Penetapan Tim Pembimbing Disertasi
 - Menetapkan Tim Promotor Yang Terdiri Dari:

1) Prof. Dr. H. Hanafiah, M.M.Pd	(Promotor)
2) Dr. Nandang Koswara, S. Ag., M. Pd	(Ko - Promotor)
3) Dr. Dra. Sri Handayani, M. Pd	(Anggota)
- Untuk Mahasiswa :
- | | |
|------------------------|--|
| Nama | : Darmasta Maulana |
| NIM | : 41038104200067 |
| Jenjang/ Program Studi | : S3/ Ilmu Pendidikan |
| Judul Disertasi: | : <i>Manajemen Strategi Kepemimpinan Kiai pada Pos Kesehatan Pesantren dalam Menajukan Santri yang Mandiri</i> |
- Kedua** :
- Tugas Pembimbingan mencakup 1) pembimbingan disertasi dan 2) pembuatan artikel ilmiah jurnal Internasional bereputasi minimum scopus Q4.
- Ketiga** :
- Keputusan ini berlaku selama 2 semester sejak ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 23 November 2024
Direktur


Prof. Dr. H. Iim Wasliaman, M.Pd., M.Si.
NIDK. 8831923420
 SPS UNINUS
Sekolah Pascasarjana

Tembusan disampaikan kepada Yth:

- Dosen pembimbing sebagai dasar pelaksanaan kegiatan bimbingan;
- Mahasiswa yang bersangkutan;
- Arsip.

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian Lokus 1



UNIVERSITAS ISLAM NUSANTARA
SEKOLAH PASCASARJANA

Jl. Soekarno – Hatta No. 530 Bandung 40286 Telp./Faks. +6222 7509656
https://sps.uninus.ac.id, e-mail: pasca@uninus.ac.id

Nomor : 218/UNINUS/SPs/PT/II/2024

Lamp. : ---

Hal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada Yth.
Pimpinan Pondok Pesantren Madinatul Quran
Di
Bogor

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Universitas Islam Nusantara, mahasiswa diwajibkan menyusun Disertasi sebagai salah satu syarat dalam menempuh Ujian Sidang Doktor Ilmu Pendidikan. Sehubungan hal tersebut bersama ini kami hadapkan mahasiswa dengan data sebagai berikut:

Nama	: Darmasta Maulana
NIM	: 41038104200067
Program Studi	: S3 Ilmu Pendidikan
Konsentrasi	: Manajemen Pendidikan
Tahun Akademik	: 2023/2024

Bersama surat ini kami mengajukan Permohonan Izin Penelitian bagi mahasiswa tersebut di lingkungan Lembaga/Institusi yang Bapak/Ibu pimpin sebagai bahan kajian dalam proses penyusunan Disertasi, dengan judul/masalah:

**MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM MEWUJUDKAN
KEMANDIRIAN SANTRI DALAM BIDANG KESEHATAN**

(Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby
Di Kabupaten Bogor)

penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Universitas Islam Nusantara. Adapun waktu penelitian kami serahkan sepenuhnya kepada Bapak/Ibu. Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.



Bandung, 7 Februari 2024

Prof. Dr. H. Iim Waslihan, M.Pd., M.Si.

Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Lokus 2



UNIVERSITAS ISLAM NUSANTARA
SEKOLAH PASCASARJANA

Jl. Soekarno – Hatta No. 530 Bandung 40286 Telp./Faks. +6222 7509656
<https://aps.uinuns.ac.id>, e-mail: psas@uinuns.ac.id

Nomor : 218/UNINUS/SPs/PT/II/2024

Lamp. : ---

Hal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada Yth.

Pimpinan Pondok Pesantren Asy Syatibiy

Di

Bogor

Assalamu'alaikum Wb. Wb.

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Universitas Islam Nusantara, mahasiswa diwajibkan menyusun Disertasi sebagai salah satu syarat dalam menempuh Ujian Sidang Doktor Ilmu Pendidikan. Sehubungan hal tersebut bersama ini kami hadapkan mahasiswa dengan data sebagai berikut:

Nama	: Darmasta Maulana
NIM	: 41038104200067
Program Studi	: S3 Ilmu Pendidikan
Konsentrasi	: Manajemen Pendidikan
Tahun Akademik	: 2023/2024

Bersama surat ini kami mengajukan Permohonan Izin Penelitian bagi mahasiswa tersebut di lingkungan Lembaga/Institusi yang Bapak/Ibu pimpin sebagai bahan kajian dalam proses penyusunan Disertasi, dengan judul/masalah:

**MANAJEMEN POS KESEHATAN PESANTREN DALAM MEWUJUDKAN
KEMANDIRIAN SANTRI DALAM BIDANG KESEHATAN**

(Penelitian pada Pondok Pesantren Madinatul Qur'an dan Pondok Pesantren Asy-Syatiby
Di Kabupaten Bogor)

penyelesaian studi pada Program Pascasarjana Universitas Islam Nusantara. Adapun waktu penelitian kami serahkan sepenuhnya kepada Bapak/Ibu. Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wb. Wb.



Bandung, 7 Februari 2024

Prof. Dr. H. Iim Wasliman, M.Pd., M.Si.

Lampiran 4 Surat Balasan Ijin Penelitian Lokus 1



Pondok Pesantren
Madinatul Qur'an
Jonggol

Jl. Baru TMN40, Sngasari, Jonggol
Sngasari, Kam Jonggol Badar
Jawa Barat IndowNa 16830

SURAT KETERANGAN **No. 093/LT. 1/PPMQ/S.Ket/VII/2024**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

Semoga rahmat dan karunia senantiasa Allah Ta'ala limpahkan kepada kita semua. Shalawat dan salam kepada Rasulullah Shallallaahu Alaihi Wa sallam

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Fauzan Abdullah, ST.,Lc.,MA
Jabatan	: Mudir Pondok Pesantren Madinatul Qur'an
Alamat	: Jalan Baru TMMD Desa Cibodas Kecamatan Jonggol Bogor 16830

Menerangkan Bahwa :

Nama	: Darmasta Maulana
NIM	: 41038104200067
Program Studi	: S3 Ilmu Pendidikan
Prodi	: Manajemen Pendidikan
Tahun Akademik	: 2023/2024

Adalah benar yang bersangkutan telah menyelesaikan penelitian untuk penyusunan Disertasi dengan judul/masalah:

Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Dalam Mewujudkan Kemandirian Santri Dalam Bidang Kesehatan

Demikian surat keterangan ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya
Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

Jonggol, 21 Juli 2024
Pondok Pesantren Madinatul Quran
Pimpinan

Fauzan Abdullah, ST.,Lc.,MA.



Madinatulquran.or.id



info.madinatulquran@gmail.com



Madinatul Qur'an Jonggol



085200236000



Madinatul Quran Jonggol



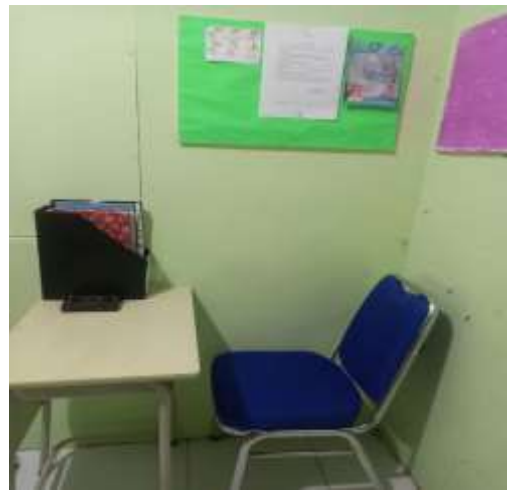
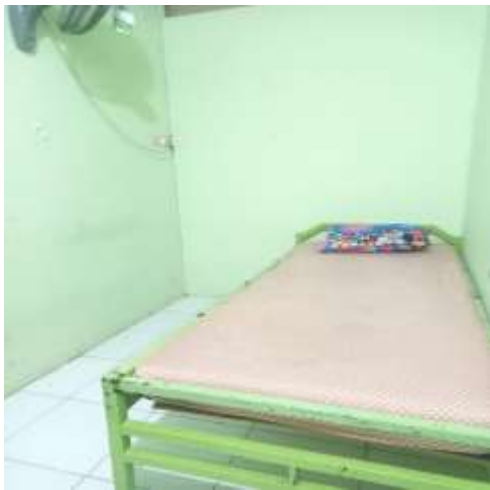
madinatulquranjonggol

Lampiran 5 Surat Balasan Ijin Penelitian Lokus 2

	YAYASAN CAHAYA SUNNAH MA'HAD TAHFIZH AL-QUR'AN AL-IMAM ASY-SYATHIBY معهد الإمام الشاطبي لتحفيظ القرآن الكريم Alamat: Jl. Pahlawan Kampung Tengah, RT 01 RW 05, Cileungsi – Bogor 16820 No. Telp: 021-22950067, HP: 089519999756, Email: info@syathiby.com Web : syathiby.id																
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nomor</td> <td style="width: 40%;">: 03.043/MTQIS/II/2024</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Cileungsi, 19 Februari 2024</td> </tr> <tr> <td>Perihal</td> <td>: Izin Pelaksanaan Penelitian</td> <td></td> </tr> </table> Kepada Yth. Direktur Sekolah Pascasarjana UNINUS Di Bandung <i>Bismillahirrahmanirrahim</i> <i>Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh</i> Semoga taufik dan hidayah Allah selalu menyertai kita semua dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari Sehubungan dengan surat permohonan pelaksanaan izin penelitian dari Sekolah Pascasarjana Universitas Islam Nusantara yang bapak ajukan, kami sampaikan bahwa manajemen Mahad Imam Syathiby memberikan izin untuk melaksanakan penelitian atas nama: <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nama</td> <td style="width: 40%;">: Darmasta Maulana</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>NIM</td> <td>: 41038104200067</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Judul Penelitian</td> <td>: Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Dalam Mewujudk Kemandirian Santri Dalam Bidang Kesehatan</td> <td></td> </tr> </table> Demikian surat balasan permohonan pelaksanaan penelitian ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih. <i>Wassalamualaikum Warahmatullaahi Wabarakatuh.</i> Pimpinan Mahad Imam Syathiby  (Mukhadasin, M.Pd.)			Nomor	: 03.043/MTQIS/II/2024	Cileungsi, 19 Februari 2024	Perihal	: Izin Pelaksanaan Penelitian		Nama	: Darmasta Maulana		NIM	: 41038104200067		Judul Penelitian	: Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Dalam Mewujudk Kemandirian Santri Dalam Bidang Kesehatan	
Nomor	: 03.043/MTQIS/II/2024	Cileungsi, 19 Februari 2024															
Perihal	: Izin Pelaksanaan Penelitian																
Nama	: Darmasta Maulana																
NIM	: 41038104200067																
Judul Penelitian	: Manajemen Pos Kesehatan Pesantren Dalam Mewujudk Kemandirian Santri Dalam Bidang Kesehatan																

Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian









Lampiran 7 Kisi-kisi Instrumen Penelitian

KISI KISI INSTRUMEN PENELITIAN

Masalah Penelitian	Fokus Penelitian	Indikator	Teknik Pengumpulan Data
Visi Misi Pesantren	Visi dan Misi	Kejelasan visi dan misi Pesantren	Wawancara, Dokumentasi
Manajemen Poskestren	Perencanaan	dasar pertimbangan, tujuan, bidang marapan, media, metode, SDM, program, sarana dan biaya.	Wawancara, Observasi
	Pengorganisasian	Struktur, pembagian tugas dan perencanaan tugas	Wawancara, observasi
	Pelaksanaan	Tahap awal, inti dan penutup	Observasi, Dokumentasi
	Evaluasi	Dasar, tujuan, aspek, jenis, teknik dan kriteria evaluasi.	Wawancara, Dokumentasi
Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi Poskesntren	Wawancara, Observasi

Lampiran 8. Pedoman Wawancara

Pedoman Wawancara Penelitian

Fokus Penelitian	Indikator	Pertanyaan Penelitian	Sumber Data
Perencanaan	Kejelasan visi dan misi Poskestren	Apakah visi misi didirikannya poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an? Siapa sajakah yang dilibatkan dalam penyusunan visi dan misi poskestren di Pondok Pesantren Madinatul Qur'an?	Pimpinan Pondok Pesantren
	Dasar pertimbangan	Apakah yang melatarbelakangi terbentuknya poskestren di Pondok Pesantren? Apa dasar pertimbangan pendirian dan penyusunan program Poskestren	Pimpinan, Pengelola Poskestren
	Tujuan	Apa tujuan utama dari perencanaan Poskestren dalam meningkatkan kemandirian santri di bidang kesehatan?	Pimpinan Pondok Pesantren
	Bidang garapan	Apa saja bidang garapan kesehatan yang menjadi prioritas dalam perencanaan Poskestren?	Pengelola poskestren
	Media & Metode	Media dan metode apa yang digunakan dalam menyampaikan program-program kesehatan kepada santri?	Pengelola Poskestren
	SDM	Bagaimana ketersediaan dan peran sumber daya manusia (SDM) dalam merancang program Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Program	Apa saja jenis program kesehatan yang dirancang untuk meningkatkan kemandirian santri?	Pengelola Poskestren

	Sarana dan biaya	Bagaimana kesiapan sarana dan pendanaan mendukung pelaksanaan program Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
Pengorganisa sian	Struktur	Bagaimana struktur organisasi Poskestren dibentuk?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Pembagian tugas	Bagaimana proses pembagian tugas dan tanggung jawab antara pengurus Poskestren, santri kader, dan pengasuh?	Pimpinan, pengelola poskestren
	Perencanaan tugas	Bagaimana perencanaan operasional tugas dilaksanakan dalam struktur organisasi Poskestren?	Pimpinan, pengelola poskestren
Pelaksanaan	Tahap awal	Bagaimana proses pelaksanaan program Poskestren tahap awal dilakukan, dan apa saja kegiatan yang termasuk di dalamnya?	Pengelola Poskestren
	Inti	Apa saja kegiatan inti dalam pelaksanaan program Poskestren untuk meningkatkan kemandirian santri?	Pengelola Poskestren
	Penutup	Bagaimana tahapan penutup atau evaluatif dari setiap program kesehatan dilakukan?	Pengelola Poskestren
Evaluasi	Dasar	Apa dasar evaluasi yang digunakan dalam menilai keberhasilan program Poskestren?	Pengelola Poskestren
	Tujuan.	Apa tujuan dari evaluasi berkala terhadap pelaksanaan program kesehatan di pesantren?	Pengelola Poskestren
	Aspek,	Aspek apa saja yang dievaluasi dalam kegiatan Poskestren?	Pengelola Poskestren
	Jenis dan teknik	Apa jenis dan teknik evaluasi yang digunakan dalam kegiatan Poskestren?	Pengelola Poskestren

	Kriteria evaluasi	Bagaimana kriteria keberhasilan program kesehatan ditetapkan dan diukur di lingkungan pesantren?	Pengelola Poskestren
Kendala dan Solusi	Kendala dan Solusi	Apa saja kendala utama yang dihadapi dalam manajemen Poskestren di kedua pesantren? Bagaimana pesantren merumuskan solusi strategis dalam mengatasi kendala manajerial dan teknis di Poskestren? Sejauh mana keterlibatan kiai, guru, dan kader santri dalam merumuskan solusi kesehatan yang berkelanjutan?	Pimpinan, pengelola poskestren

Lampiran 9. Lembar Bimbingan Disertasi



Program
Pascasarjana
Universitas Islam Nusantara
Jalan Soekarno - Hatta No. 530 Telp. (022) 7509663 Bandung - 40286

KARTU BIMBINGAN DISERTASI

Nama : Darmas Maulana
 NIS : 410384200067
 Promotor : Prof. Sufyan Sauri
 Ko-Promotor : Dr. Nanday Komu
 Anggota : Dr. Sri Haryani
 Judul Disertasi : Manajemen Strategi Kepemimpinan bagi
 P2D Perkotaan dan pinggiran kota
 yang mandiri

PERTEMUAN	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN		
			PROMOTOR	KO-PROMOTOR	ANGGOTA
1	05 April '22	Diklat JKR			
2	11 April '22	BAB I, II, III			
3	3 Juni '22	BAB I, II, III Revisi			
4	1 September '22	BAB I, II, III, AEE			
5	6 Januari '23	BAB IV, V Revisi			
6	10 Januari '23	BAB IV, V Revisi			
7	16 Februari '24	BAB IV V Revisi			
8	18 Februari '24	BAB IV V AEE			
9	05 April '22	BAB I & II V Revisi			
10	07 April '22	BAB I & II V Revisi			
11	30 April '22	BAB I & II V Revisi			
12	03 Mei '22	Revisi 1-5			
13	17 Februari '24	Revisi 1-5			

Dipindai dengan CamScanner

