

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil Penelitian

##### 4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Dengan luas tanah 10 ha, Pesantren Mawaridussalam merupakan pesantren yang berada di Dusun Tumpatan Nibung Kecamatan Batang Tes Deli Serdang. Jaraknya 8,8 kilometer dari lapangan terbang Bandara Global Kualanamu. Salah satu sudut pandang yang memastikan kehadiran sekolah Islam semua inklusif adalah situasi dengan hadiah nyata untuk membawa manfaat bagi murid.

Pesantren Madrasah Mawaridussalam didirikan dengan pemahaman yang mendalam tentang fakta bahwa pesantren, paling tidak, adalah "hadiah asli" untuk Sumatera Utara dan bahwa pengelolaannya berpikiran terbuka sesuai dengan yurisprudensi hibah. Ust bertanggung jawab atas pondok pesantren Mawaridussalam. Drs. K.H. Syahid Milimeter, Ust, dan Marqum Drs. Milimeter, K. H. Junaidi Semboyan "Pondok Madrasah Mawaridussalam berdiri di atas untuk semua golongan" digunakan oleh Pondok Pesantren Mawaridussalam untuk membebaskan Pondok Madrasah Mwaridussalam dari tingkah kalangan dan golongan tertentu serta untuk menjalin dan menjalin kekerabatan dalam satu ukhuwwah diniyyah..

Pondok Pesantren Mawaridussalam terdapat 2 program pendidikan yaitu :

1. Kulliyatul Mu'allimin al-Islamiyah (KMI)

Program KMI menggunakan kurikulum Pondok Modern Darussalam Gontor dengan beberapa pengembangan dan penyesuaian yang terdiri dari dua program:

1. Kelas reguler selama 6 tahun (untuk tamatan SD/MI)
  2. kelas Intensif selama 4 tahun (untuk tamatan SMP/MTs)
2. Madrasah Tsanawiyah dan Aliyah (MTs dan MA)

Program ini menggunakan kurikulum kementerian Agama. Untuk jenjang Madrasah Aliyah membuka dua jurusan : IPA dan IPS.

Pondok Madrasah Pondok Madrasah Mawaridussalam memiliki siswa yang telah lulus dari sejumlah lembaga besar nasional dan internasional, antara lain KMI dan ISID Gontor, KMI Mawaridussalam, IAIN Sumut, USU, UNIMED, UISU, LP3I, dan Universitas Al-Azhar Kairo.

Santri Pondok Pesantren Mawaridussalam mengikuti kegiatan seperti berorganisasi, ceramah tiga bahasa, olah raga, kecantikan, bela diri, komputer, jurnalistik, praktek bimbingan, bimbingan bahasa, observasi kitab kuning, tilawah Al-Qur'an, Tahfidz Al-Qur'an 'an, kepramukaan, pertanian dan perkebunan, dan pengelolaan R3.

Visi Pondok Pesantren Mawaridussalam adalah menjaga keaslian keyakinan dan harapan akan ridho ALLAH SWT dengan segala pandangan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara, serta kemampuan memelihara dan mengolah khazanah kurnia berdasarkan Al-Qur'an. 'an, sabda nabi, dan ajaran syariat Islam.

Sedangkan misi Pondok Pesantren Mawaridussalam yaitu :

1. Mendorong dasar tenaga manusia mukmin untuk bertekun hingga mencapai bagian muttataqin.
2. Menghasilkan Pondok Madrasah Mwaridussalam sebagai tempat berpondasi dengan memperbanyak infak, amal baik, hibah, dan amal kebaikan, sebagai modal untuk melanjutkan pekerjaan membangun tempat penyimpanan harta dan harta para pengabdian
3. Mewujudkan Madrasah Pesantren Mawaridussalam sebagai landasan pemahaman agama Islam, bahasa al-Qur'an, dan pemahaman sehari-hari yang menggerakkan pesantren.
4. Mewujudkan Pesantren Madrasah Mawaridussalam sebagai lembaga pembelajaran yang berbakti kepada masyarakat dan menumbuhkembangkan kepribadian pemeluknya demi keselamatan di bumi, di surga, dan di neraka. Dengan total 855 santri putri di pondok pesantren Mawaridussalam, kajian ini segera dilakukan..

#### **4.2 Gambaran Karakteristik Responden**

Statistik deskriptif merupakan bagian penting dari suatu penelitian yang digunakan untuk menggambarkan ciri-ciri dasar data yang hendak digunakan. Data akan memiliki arti apabila dapat disajikan melalui ringkasan statistik deskriptif suatu data set dengan atau tanpa analitik sehingga mudah dipahami. Statistik deskriptif digunakan untuk mengomunikasikan suatu informasi secara sederhana. Salah satu jenis penyajian statistik deskriptif adalah distribusi frekuensi. Berikut ini adalah hasil dari distribusi frekuensi Pendidikan, Umur, Pengetahuan, Ketersediaan

Faskes, Persepsi Faskes, Persepsi Sakit, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Ketersediaan Nakes yang dicantumkan pada Tabel berikut ini.

**Tabel 4.1 Distribusi Umur dan Pendidikan Responden**

<b>Karakteristik Responden</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Umur</b>		
Remaja Awal	66	76.7
Remaja Tengah	20	23.3
<b>Jumlah</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>
<b>Pendidikan</b>		
Smp	42	48.8
Sma	44	51.2
<b>Jumlah</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan Tabel 4.1 Distribusi Umur dan Pendidikan responden dimana pada umur terbagi menjadi dua kriteria yaitu remaja awal dan remaja tengah, mayoritas responden yang memiliki umur remaja awal terdapat 66 responden (76.7%), sedangkan mayoritas pada umur remaja tengah terdapat 20 responden (23.3%). Pada kriteria pendidikan terbagi menjadi dua yaitu SMP dan SMA, mayoritas responden pada tingkat pendidikan SMP terdapat 42 responden (48.8%),

Sedangkan mayoritas yang pada tingkat pendidikan SMA terdapat 44 responden (51.2%)

### 4.3 Hasil Uji Univariat

#### 4.3.1 Gambaran Pengetahuan

**Tabel 4.3 Distribusi Pengetahuan Responden**

Pengetahuan	n	%
Kurang	15	17,4
Baik	71	82,6
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 4.3 Distribusi Pengetahuan responden menunjukkan bahwa Responden yang memiliki kriteria pengetahuan tidak mengetahui terdapat 15 responden (17.4%) dan responden yang memiliki kriteria pengetahuan mengetahui terdapat 71 responden (82.6%).

**Tabel 4.4 Distribusi Fasilitas Kesehatan**

Fasilitas kesehatan	n	%
Tidak Tersedia	17	19,8
Tersedia	69	80,2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 4.4 distribusi fasilitas kesehatan bahwa dominan Responden yang memiliki kriteria tidak tersedia terdapat 17 responden (19.8%) dan responden yang memiliki kriteria tersedia terdapat 69 responden (80.2%).

**Tabel 4.5 Distribusi Persepsi Sakit**

<b>Persepsi sakit</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Negative	10	11,6
Positive	76	88,4
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Berdasarkan gambar 4.5 Distribusi Persepsi sakit bahwa sebagian besar responden yang memiliki kriteria negative terdapat 10 responden (11.6%) dan responden yang memiliki kriteria positive 76 responden (88.4%).

**Tabel 4.6 Distribusi Ketersediaan Tenaga kesehatan**

<b>Ketersediaan Tenaga Kerja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tidak tersedia	57	66,3
Tersedia	29	33,7
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Gambar 4.6 bahwa mayoritas responden yang memiliki kriteria tidak tersedia terdapat 57 responden (66.3%) dan responden yang memiliki kriteria tersedia terdapat 29 responden (33.7%).

**Tabel 4.7 Distribusi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

<b>Pemanfaatan</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pelayanan Kesehatan</b>		
Tidak memanfaatkan	20	23,3
Memanfaatkan	66	76,7

**Total****86****100**

Berdasarkan Tabel 4.7 Distribusi Pemanfaatan Pelayanan kesehatan dominan responden yang memiliki kriteria tidak memanfaatkan terdapat 20 responden (23.3%) dan responden yang memiliki kriteria memanfaatkan terdapat 66 responden (76.7%).

### 4.3 Hasil Analisis Bivariat

Selanjutnya dilakukan pengujian bivariat, yaitu menguji apakah terdapat hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Pengujian sebagai berikut :

**Tabel 4.8 Hubungan Umur dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Umur	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	n	%	N	%	n	%		
Remaja Awal	13	19.7%	53	80.3%	66	100%	.156	0.456
Remaja Tengah	7	35%	13	65%	20	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.156, nilai tersebut  $> 0.05$  artinya tidak terdapat hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan

**Tabel 4.9 Hubungan Pendidikan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pendidikan	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	N	%	n	%	n	%		
	SMP	8	19%	34	81%	42		
SMA	12	27.3%	32	72.7%	44	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.367, nilai tersebut  $> 0.05$  artinya tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan.

**Tabel 4.10 Hubungan Pengetahuan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pengetahuan	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
	Kurang	7	46.7%	8	53.3%	15		
Baik	13	18.3%	58	81.7%	71	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.018, nilai tersebut  $< 0.05$  artinya terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. . Odd ratio yang didapatkan ialah sebesar 3.904. Artinya, responden yang memiliki pengetahuan memiliki potensi 3.904 kali lipat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan,



**Tabel 4.11 Hubungan Ketersediaan Faskes dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Ketersediaan Faskes	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Tersedia	6	35.3%	11	64.7%	17	100%	0.190	2.071
Tersedia	14	20.3%	55	79.7%	69	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.190, nilai tersebut  $> 0.05$  artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan faskes dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Odd ratio yang didapatkan ialah sebesar 7.125. Artinya, responden yang memiliki persepsi tentang fasilitas kesehatan berpotensi 7.125 kali lipat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang.

**Tabel 4.12 Hubungan Persepsi Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Persepsi sakit	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Negative	10	100%	0	0%	10	100%	0.000	7.6
Positive	10	13.2%	66	76.7%	76	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.000, nilai tersebut  $< 0.05$  artinya terdapat hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

**Tabel 4.13 Hubungan Ketersediaan Nakes dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Ketersediaan Nakes	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan						Nilai P	Odd Ratio
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		Total			
	n	%	n	%	n	%		
	Tidak Tersedia	16	28.1%	41	71.9%	60		
Tersedia	4	13.8%	25	86.7%	30	100%		

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa nilai signifikan cenderung menunjukkan angka sebesar 0.138, nilai tersebut  $> 0.05$  artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan nakes dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### 4.4 PEMBAHASAN

##### 4.4.1 Hubungan Umur Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Rentang usia responden dikelompokkan menjadi dua kategori dengan kriteria usia remaja awal (12-15 tahun) sebanyak 76.7% dan usia remaja tengah (15-18 tahun) sebanyak 23.3%. Pengelompokkan rentang usia remaja ini didasarkan pada penelitian oleh Swastika & Prastuti (2021) yang meneliti tentang regulasi emosi pada remaja berdasarkan jenis kelamin dan rentang usia dan remaja pada usia ini mengalami pematangan fisik secara penuh,

Hasil analisis Chi Square menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan. Dengan kata lain, responden dengan usia remaja awal dan remaja tengah pada santri di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang memiliki tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang sama. Hal ini dapat diketahui berdasarkan nilai signifikansi (0.156) lebih dari taraf nyata 0.05.

Umur merupakan salah satu karakteristik responden yang selalu diperhatikan dalam penelitian karena umur pola pikir seseorang. Artinya, semakin bertambah umur seseorang, maka semakin baik pula pola pikir berdasarkan pengalaman yang dimilikinya (Kristina, 2017).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliana et al (2013) yang melakukan penelitian tentang hubungan karakteristik keluarga dan jenis penyakit terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil analisisnya dengan tingkat signifikansi 0, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia paruh baya dengan eksploitasi pelayanan kesehatan di Desa Tangkerang Labuai. 96. Temuan studi Binar (2020), yang menunjukkan bahwa usia tidak berhubungan pada pemanfaatan pelayanan

kesehatan. Nilai signifikansi yang didapatkan ialah sebesar 0.554 yang kurang dari taraf nyata. Akan tetapi, hasil yang berbeda terjadi dengan penelitian oleh Kristina (2017) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di kota jayapura. Dalam analisisnya, didapatkan bahwa terdapat hubungan antara umur dan pelayanan kesehatan dengan nilai signifikansi 0.047 kurang dari taraf nyata 0.05. Kondisi yang berbeda ini disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden dan perbedaan wilayah penelitian.

#### **4.4.2 Hubungan Pendidikan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pada penelitian ini melibatkan 86 responden yang memiliki pendidikan SMP sebanyak 48.8% dan berpendidikan SMA sebanyak 51.2%. Hasil pengujian Chi Square menunjukkan bahwa tingkat pendidikan remaja tidak berhubungan dengan

terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang. Hasil ini dapat diketahui melalui nilai signifikansi (0.367) yang lebih dari taraf nyata 0.05. Dengan kata lain, pemanfaatan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang pada siswa SMP dan SMA adalah sama.

Tidak adanya hubungan antara tingkat pembelajaran dan bagaimana layanan kesehatan digunakan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang karena pendidikan tidak menjamin seseorang mengerti memanfaatkan Pelayanan Kesehatan, selain itu banyak santriwati yang mau datang ke klinik karena dorongan atau ajakan teman sebaya, bukan karena latar belakang santriwati, Namun karena faktor lain.

Hal ini dapat diketahui berdasarkan hasil kuesioner yang menyebutkan bahwa 66.3% siswa merasa tenaga kesehatan tidak tersedia di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Kirana (2020) tentang faktor yang mempengaruhi pemanfaatan PKPR oleh remaja sekolah di Pusekesmas bondowoso. Nilai signifikansi pada analisis Chi-Square yang telah diperoleh sebesar 0.348.

#### **4.4.3 Hubungan Pengetahuan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Dari segi pengetahuan tentang pelayanan kesehatan, penelitian ini mengelompokkan pengetahuan remaja menjadi dua kriteria, yaitu kelompok responden yang tidak mengetahui adanya pelayanan kesehatan dan kelompok yang mengetahui adanya pelayanan kesehatan. Berdasarkan tabel frekuensi yang telah dibuat, Terdapat informasi bahwa 82.6% responden telah mengetahui adanya pelayanan kesehatan, sedangkan sisanya yaitu 17.4% tidak mengetahuinya.

Persentase tingkat pengetahuan remaja pada penelitian ini menunjukkan angka yang lebih tinggi daripada beberapa penelitian sebelumnya yang serupa. Seperti pada penelitian oleh Laili et al (2019) tentang aspek Puskesmas Bandarharjo dalam penerapan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja Semarang. Hasil analisis menunjukkan bahwa 64,2% pelajar memiliki pemahaman yang kuat tentang layanan kesehatan. Terkait seragam, penelitian Binar (2020) menunjukkan bahwa hanya 35,3% responden yang memiliki pengetahuan tentang layanan kesehatan remaja.

Hasil analisis Chi Square menunjukkan bahwa pengetahuan seseorang berhubungan dengan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang. Hasil ini dapat diketahui berdasarkan nilai signifikansi pada uji Chi Square sebesar 0.018 kurang dari taraf nyata 0.05. Odd ratio yang didapatkan ialah sebesar 3.904. Artinya, responden yang memiliki pengetahuan memiliki potensi 3.904 kali lipat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di Madrasah Toko Madrasah Serdang. Kondisi ini sejalan dengan temuan penelitian Ritonga (2018) tentang tantangan yang dihadapi siswa SMA di Kota Baga Batu, Riau, dalam upaya memanfaatkan pelayanan kesehatan pembibitan muda. Penelitiannya mengungkapkan hubungan yang signifikan antara eksploitasi layanan kesehatan untuk membesarkan anak-anak muda dan wawasan dan tindakan terkait layanan ini.

Pengetahuan santri Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang mengenai pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan atau dipertahankan meskipun sudah memiliki kategori pengetahuan yang baik. Peningkatan pengetahuan santri dapat dilakukan melalui berbagai cara, salah satunya ialah adanya penyuluhan. Sartika et

al (2021) menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa kegiatan penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Isi dari penyuluhan dapat berupa informasi mengenai pelayanan kesehatan, permasalahan kesehatan remaja, dan kegiatan konseling.

#### **4.4.4 Hubungan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Pemanfaatan**

##### **Pelayanan Kesehatan**

Hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ialah adanya fasilitas kesehatan yang dapat memudahkan kegiatan, aktivitas atau tugas dalam melayani kesehatan. Berdasarkan tabel frekuensi didapatkan bahwa 80.2% responden mengatakan bahwa fasilitas kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang. Hasil analisis Chi Square menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak terkait dengan ketersediaan fasilitas kesehatan. Hal ini dapat diketahui melalui nilai signifikansi (0.190) yang lebih dari taraf nyata 0.05. Kondisi ini dapat terjadi karena kurang rendahnya persepsi santri mengenai fasilitas kesehatan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adi et al (2016) yang menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku santri dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Al-Bisyri Tinjomoyo, Semarang. Penelitian oleh Kirana (2020) juga menunjukkan hal yang berbeda, yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan kesehatan di Pusekesmas Bondowoso.

#### 4.4.5 Hubungan Persepsi Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan tabel frekuensi yang telah dibuat, persepsi sakit pada santri di Pondok Pesantren Mawaridussalam Deli Serdang sebesar 88.4%. Persepsi remaja berkaitan manfaat yang didapatkan pada pelayanan kesehatan dan pemahaman terkait pencegahan dan pengobatan penyakit pada remaja. Rendahnya tingkat persepsi sakit tan pada remaja dapat terjadi karena kurangnya sosialisasi kepada responden (Kirana, 2020).

Berdasarkan analisis Chi Square, didapatkan bahwa persepsi sakit berhubungan dengan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diketahui melalui nilai signifikansi (0.000) kurnag dari taraf nyata 0.05 dengan odd ratio 7.6. Dengan kata lain, responden yang memiliki pemahaman tentang persepsi sakit berpotensi memanfaatkan pelayanan kesehatan 7.6 kali lipat daripada responden yang tidak memiliki pemahaman tentang persepsi sakit.

Pendapat seseorang tentang rencana penyakit, tindakan yang dilakukan saat sakit, dan keinginan segera untuk menggunakan layanan kesehatan semuanya dianggap sebagai persepsi tentang penyakit. pada santri. Tentu saja semakin tinggi tingkat pemahaman santri terkait penyakit yang sedang diderita, maka akan berpotensi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di pondok pesantren Mawaridussalam Deli Serdang. Maka dari itu, pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus dimanfaatkan sebaik mungkin dengan harapan tingkat kesehatan setiap orang meningkat, termasuk kesehatan bagi remaja.(Ayu et al., 2020).

Menurut Rahman et al persepsi terhadap penyakit yang sedang dialami berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Selain itu, Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Agustina (2019) tentang bagaimana

masyarakat mempersepsikan penyakit, wawasan, dan kebahagiaan saat menggunakan layanan kesehatan. Analisis Chi Square digunakan dalam penelitian Puskesmas Kalingan. Analisis menunjukkan bahwa signifikansi penyakit yang dirasakan terhadap eksploitasi layanan kesehatan adalah sebesar 0.012.

#### **4.4.6 Hubungan Ketersediaan Nakes dengan Pemanfaatan Pelayanan**

##### **Kesehatan**

Ketersediaan tenaga kesehatan di klinik Pondok Pesantren Mawaridussalam diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh para warga pesantren. Tenaga kesehatan yang bertugas harus memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan formal sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai kewenangannya. Berdasarkan tabel frekuensi, didapatkan informasi bahwa tingkat ketersediaan tenaga kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam tergolong rendah, yaitu sebesar 33.7%. Akan tetapi, hal bebrbeda terjadi saat diperoleh hasil analisis Chi Square yang menghasilkan nilai signifikansi (0.138) lebih dari taraf nyata 0.05.

Menurut Napitupulu (2018) bahwa Berbagai faktor antara lain pendapatan, asuransi, kemampuan membeli pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang permintaan pelayanan kesehatan, ketersediaan alat pelayanan kesehatan dan lokasinya, serta ketersediaan pelayanan kesehatan, dapat berdampak pada bentuk-bentuk pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kondisi yang berbeda ini dikarenakan adanya perbedaan wilayah dan responden. Pada penelitian ini, peneliti berfokus pada persepsi santri. Sedangkan pada penelitian Napitupulu (2018) memiliki cakupan responden yang lebih luas, yaitu Puskesmas.



#### **4.5 Maqashid Syahriah Pelayanan Kesehatan tentang ajaran di Pondok Pesantren.**

Pondok Pesantren adalah salah satu jenis pendidikan tradisional dimana para siswa tinggal bersama dan belajar pendidikan guru, lebih sering disebut dengan gelar ajengan, di sebuah rumah kos.

Para siswa ditempatkan di sebuah setting yang juga berfungsi sebagai setting untuk ibadah, latihan, dan kegiatan lainnya selama istirahat. Untuk mengamati masuk dan keluar siswa sesuai dengan persyaratan hukum, pengaturan ini biasanya tertutup oleh dinding.

Pondok Madrasah adalah dua nama yang berbeda untuk hal yang sama. Istilah “madrasah” berasal dari pemikiran bahwa biasanya tempat itu adalah tempat praktik para siswa, sedangkan “pondok” berarti rumah bambu sederhana atau tempat tinggal.

Selain itu, kata Arab untuk "penginapan" atau "hostel", "funduq", adalah asal kata "pondok". Di Aceh dikenal dengan nama dayah, kangkang, atau menuasa, sedangkan di Minangkabau dikenal dengan surau. Wilayah Sunda dan Madura di Jawa sering digunakan sebagai madrasah atau pondok.

Madrasah juga dapat diibaratkan sebagai lembaga pembelajaran dan pengajaran agama yang menggunakan metode non-klasik untuk mengajarkan ilmu agama Islam kepada siswa melalui buku-buku berbahasa Arab.

Pelajar dan cendekiawan Arab pada Abad Pertengahan sebenarnya tinggal di pondok madrasah (mes)..

Salah satu tugas wali untuk anak-anak mereka adalah membagikan ilustrasi yang bagus. Tujuannya agar anak memiliki hikmat dan budi pekerti yang dapat menuntun dirinya, orang tuanya, dan orang lain.

Jelas, itu adalah kepuasan yang tak terbatas bagi orang yang lebih tua untuk memiliki anak yang saleh dan saleh terlepas dari ekspektasi orang tuanya. Itu dianggap lebih berharga daripada harta.

Rasulullah Shallallahu 'Alaihi Wasallam, Pemimpin Orang Beriman, meriwayatkan sebuah hadits dari Abu Hurairah yang berbunyi: Jika orang itu meninggal di bumi sampai semua amalnya, kecuali tiga, dihentikan: kebajikan, informasi yang bermanfaat, dan berkah untuk anak-anak saleh yang mengantisipasi orang tua mereka."

إِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ لَيَرْفَعُ الدَّرَجَةَ لِلْعَبْدِ الصَّالِحِ فِي الْجَنَّةِ فَيَقُولُ يَا رَبِّ أَنَّى لِي هَذِهِ  
فَيَقُولُ بِاسْتِغْفَارِ وَادِّكَ لَكَ

Atau di sisi lain dalam penjelasan hadis-hadis yang berbeda, latar belakang sejarah perintis Ahmad dirujuk:

Artinya : “Sesungguhnya Allah ‘azza wajalla akan mengangkat derajat seorang hamba yang shalih di surga, hamba itu kemudian berkata; Wahai Rabb, dari mana semua ini? maka Allah berfirman; Dari istighfar anakmu.”

Namun, untuk mencapai hal ini, orang tua seringkali kekurangan waktu, kemampuan, atau energi yang diperlukan untuk memberikan pendidikan yang

berkualitas karena mereka tidak memiliki kemampuan untuk membuat anak mereka senang atau terlalu sibuk dengan kegiatan lain.

Terlepas dari pembatasan ini, kemampuan orang tua untuk memberikan pendidikan yang berkualitas kepada anak-anak mereka tidak berkurang. Penerapan sinergi atau kolaborasi dengan pihak lain merupakan salah satu pendekatan yang dapat dilakukan.

#### **4.5.1. Pelayanan Kesehatan menurut islam**

Dalam beberapa hal, Islam sangat memperhatikan masalah kesehatan. Misalnya, mendorong dan menasihati orang untuk melindungi dan menjaga kesehatan yang sudah mereka miliki, mengatakan bahwa melakukannya adalah wajib dan salah jika mendapat masalah. Cara agama kita, Islam, memperlakukan masalah kesehatan sangat luar biasa. Karena kesejahteraan adalah salah satu faktor cacak terpenting dalam cinta. Allah SWT dan bekerja serta latihan yang berbeda.(Alihar, 2018)

Kesehatan adalah rahmat dan berkah yang tidak terbatas nilainya, dan setiap ajarannya memiliki nilai umum dan transendental. Kesehatan merupakan salah satu nikmat dari Allah SWT yang wajib kita syukuri sebagai orang beriman. Dalam Islam, kesejahteraan jelas menonjol, karena individu dapat melakukan aktivitas baru, karena kesejahteraan adalah kebebasan umum yang mendasar, sesuatu yang sesuai dengan naluri manusia, sehingga Islam memahami perlunya memperkuat diri dengan memperkuat agama Islam.(Alihar, 2018) Satu-satunya jalan dengan melaksanakan perintah-printahnya. Seperti salah satu ayat Al-Qur'an yang menunjukkan tentang memperkuat diri dalam hal untuk pengobatan dan

penyembuhan penyakit seperti Firman Allah dalam Q.S Yunus ke-57 yang berbunyi:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ  
وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ

Artinya: "Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu, dan obat bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada, serta petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman."

Menggunakan prinsip Islami, medis, dan keperawatan untuk memberikan pelayanan kesehatan Islami kepada individu, keluarga, kelompok, atau warga yang meliputi:

1. Menerapkan konsep, teori dan prinsip dalam keilmuan yang terkait dengan asuhan medik dan asuhan keperawatan dengan mengutamakan pedoman pada Al-Qur'an dan Hadis
2. Melaksanakan asuhan medik dan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan Islam melalui kegiatan-kegiatan pengkajian yang berdasarkan bukti.
3. Mempertanggung jawabkan atas segala tindakan dan perbuatan yang berdasarkan bukti.
4. Berlaku jujur, ikhlas dalam memberikan pertolongan kepada pasien baik secara individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat dan semata-mata mengharapkan ridho Allah.

5. Bekerjasama dengan tenaga kesehatan yang berorientasi pada asuha medik dan asuhan keperawatan yang berdasarkan bukti.

Pelopor Asy-Syatibhi dalam bukunya *Fi Ushul Al-Ahkam*, mengatakan bahwa alasan munculnya Islam dalam diagram adalah untuk menjaga agama, jiwa, pikiran, harta dan usia (alihar, 2018).

Akibatnya, kesehatan memainkan peran penting dalam mencapai tujuan kedatangan Islam. Dengan kata lain, adalah mungkin untuk menarik kesimpulan bahwa mencapai konversi agama membutuhkan kesehatan yang prima. Menurut firman Allah SWT,,: Q.S Al-baqarah 195

وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ  
الْمُحْسِنِينَ

Artinya: dan belanjakanlah (harta bendamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, karena Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik.

Al-Syathibi mencoba mengulas maqasid syari'ah secara unik, analitis, dan nyata dalam bukunya yang banyak dibaca al-muwafaqat. Dia membuatnya sangat jelas di sana bahwa niat Allah ketika memberlakukan hukum adalah untuk membawa manfaat bagi kehidupan manusia baik di sini maupun setelah kematian. Akibatnya, satu-satunya tujuan taklif hukum adalah mencapai tujuan hukum.

