

**PENERAPAN MULTI LEVEL PROMOSI KESEHATAN DALAM  
PENGEMBANGAN MEDIA EDUKASI DI PONDOK PESANTREN NAHDHATUL  
ULAMA SALAFIYAH**

**Punik Mumpuni Wijayanti<sup>1\*</sup>, Yayi Suryo Prabandari<sup>2</sup>, Djauhar Ismail<sup>3</sup>, Atik  
Triratnawati<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>*Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia*

<sup>2</sup>*Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat Dan Keperawatan UGM*

<sup>3</sup>*Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat Dan Keperawatan UGM*

<sup>4</sup>*Fakultas Sosial Budaya UGM*

[\\*punik\\_m@yahoo.com](mailto:punik_m@yahoo.com)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:**

Setiap tahun tembakau membunuh enam juta orang di seluruh dunia dan diperkirakan jumlah tersebut akan meningkat menjadi delapan juta orang pada tahun 2030. Pada tahun 2013 terdapat 121 juta orang perokok dewasa di ASEAN, 50% di antaranya merupakan warga negara Indonesia. Pemerintah Indonesia telah memiliki undang-undang yang mengatur tentang kesehatan, akan tetapi implementasinya masih menemui banyak kendala di berbagai daerah.

**Tujuan**

Mengembangkan suatu model promosi kesehatan pondok pesantren sebagai upaya pengendalian perilaku merokok pada santri.

**Metode**

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed method* yaitu dengan menggabungkan pendekatan kualitatif dan pendekatan kuantitatif, dengan menggunakan metode *sequential exploratory mixed method*. Pada penelitian ini, urutan pertama menggunakan metode kualitatif dan urutan kedua menggunakan metode kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *quasi experimental design non randomized* dengan desain penelitian *one group pretest post test design* dengan intervensi berupa multilevel promosi kesehatan.

**Hasil**

Hasil penelitian menyatakan bahwa promosi kesehatan dengan strategi multi level dapat meningkatkan jumlah santri di bawah 17 tahun dengan pengetahuan, persepsi, intensi dan perilaku yang baik terhadap kawasan tanpa rokok di pondok pesantren dan terhadap perilaku merokok santri. Sedangkan untuk kelompok intervensi pada santri diatas 17 tahun dengan media poster juga dapat menurunkan pembelian rokok di koperasi pondok, namun dirasakan masih memerlukan penekanan aturan dari pengurus pondok, keamanan pondok dan Kyai. Ridha kyai merupakan faktor internal yang mendasari perubahan perilaku merokok santri di pondok pesantren. Promosi kesehatan akan lebih efektif bila melibatkan kyai, pengurus pondok, pengurus koperasi dan santri.

Kata kunci: promosi kesehatan, multi level promosi kesehatan, kawasan tanpa rokok, pondok pesantren tradisional (*Salafiyah*)

## **ABSTRACT**

### **Background:**

*Tobacco kills six million people worldwide every year and it is estimated that the number will increase to eight million by 2030. In 2013 there are 121 million adult smokers in ASEAN, of which 50% are Indonesian citizens. The Government of Indonesia already has laws which regulate health, but its implementation still encounters many obstacles in various regions.*

### **Aim**

*To develop a health promotion model for Islamic boarding school as methods to control smoking behavior on Islamic students*

### **Method**

*This research used mixed method which incorporate qualitative and quantitative approach. The procedure of this research is Sequential Exploratory Mixed Method; in which researcher develop the result from the first sub-research into another method. In this research the first research was using qualitative method and the second research was using quantitative method. research design used was quasi experimental design non randomized with one group pretest post test design, which selected for its accuracy. In this study the first sequence used qualitative method and the second use quantitative method. The research design used was quasi experimental design non randomized with one group pretest post test design which intervened using multilevel health promotion*

### **Result**

*The results of the study state that health promotion with a multi-level strategy can increase the number of students under 17 years of age with knowledge, perceptions, intentions and good behavior towards non-smoking areas in Islamic boarding schools and towards smoking behavior of santri. Whereas for the intervention group for students over 17 years with poster media can also reduce the purchase of cigarettes in cottage cooperatives, but it is felt that they still need emphasis on rules from pengururs huts, cottage security and Kyai. Rida Kyai is an internal factor that underlies changes in santri smoking behavior in Islamic boarding schools. Health promotion will be more effective if it involves kyai, board administrators, administrators of cooperatives and santri.*

*Keywords: health promotion, multi level health promotion, non-smoking area, traditional Islamic boarding school (Salafiyah)*

## **PENDAHULUAN**

Konsumsi tembakau di dunia mengalami peningkatan (1,3 miliar perokok) dan pada hakikatnya tumbuh pesat pada kelompok ekonomi rendah dan menengah di suatu negara, terdapat 82% penduduk dunia adalah perokok. Pada tahun 2013 terdapat 121.156.804 orang perokok dewasa di ASEAN, dan separuhnya (50%) berada di Indonesia (60.578.402 orang ) (*Southeast Asia Tobacco Control Alliance*, 2014). Asap rokok orang lain (AROL) disebut juga perokok pasif (*secondhand smoker / SHS*) diperkirakan menyebabkan 600.000 kematian dini setiap tahun di dunia, dengan rincian 31% korban adalah anak-anak dan 64% perempuan (Mamudu, *et al*, 2015). Pola penyebab perilaku merokok pada remaja sesuai dengan Teori Sosial Kognitif yang merupakan pengembangan teori pembelajaran sosial oleh Bandura, yang

menjelaskan bahwa proses pembelajaran individu dimulai dari tahap observasi terhadap lingkungannya. Dalam teori ini, juga dijelaskan bahwa adanya hubungan timbal balik yang saling berkesinambungan antara kognitif, perilaku dan lingkungan dalam seseorang memutuskan untuk melakukan suatu perbuatan atau perilaku (Mackay, 2012; Braverman, Hoogesteger and Johnson, 2015).

Bila dilihat berdasarkan kelompok umur, terlihat peningkatan prevalensi yang cukup tinggi pada kelompok remaja laki-laki usia 15 - 19 tahun atau usia sekolah SMP, SMA dan perguruan tinggi dari 13,7% pada tahun 1995 sampai dengan 38,4% pada tahun 2010. Hal ini berkaitan dengan sifat remaja laki-laki yang lebih cenderung mengambil risiko, adanya kekuatan '*peer pressure*', rasa ingin tahu yang lebih tinggi serta pengaruh lingkungan dan keluarga (TCSC-IAKMI & Kementerian Kesehatan RI, 2012). Remaja adalah target utama dari industri rokok sebagai calon pelanggan baru dan calon pelanggan seumur hidup. Hal itu juga diungkapkan dalam salah satu dokumen industri rokok (*Alliance for the Control of Tobacco Use*, 2014) yang menyatakan bahwa : "Remaja hari ini adalah calon pelanggan tetap hari esok, karena mayoritas perokok memulai merokok ketika remaja. Pola merokok remaja sangatlah penting bagi Philip Morris." Oleh karena itu, dibuatlah iklan yang menarik bagi para remaja untuk memulai perilaku merokoknya. Iklan rokok sengaja dikemas secara canggih, elegan dan tersamar untuk menjaring anak-anak dan remaja (Boseley, 2014; Myers l., 2014; Stampler, 2014).

### **Media**

Menurut GYTS (2015) didapatkan bahwa bahwa 7 dari 10 siswa memperhatikan pesan anti-tembakau di media, seperti televisi, radio, Internet, papan iklan, poster, koran, majalah, dan film. Diantara perokok saat ini berusia 13-15 tahun yang memperhatikan peringatan kesehatan pada paket rokok, 71,3% berpikir untuk berhenti merokok karena peringatan tersebut, namun sampai dengan sekarang ini perilaku merokok remaja semakin meningkat dan semakin meningkat pula usia dini merokok di kalangan remaja.

### **Iklan Produk Tembakau**

Larangan iklan produk tembakau, secara terbatas, berimplikasi pada strategi pemasaran industri tembakau. Industri tembakau menggunakan berbagai taktik pemasaran kreatif untuk menarik kaum muda. Setengah dari siswa yang berpartisipasi dalam survei ini memperhatikan iklan atau promosi tembakau di titik penjualan; 58,2% memperhatikan seseorang menggunakan tembakau di televisi, video atau film; dan 62,7% memperhatikan seseorang menggunakan tembakau di pada waktu menonton televisi, video, atau film. (GYTS, 2015)

### **Promosi Kesehatan**

Salah satu keberhasilan pengembangan model promosi kesehatan adalah adanya sinergisitas dan komunitas yang relevan dengan model yang dikembangkan. Komunitas adalah sekumpulan masyarakat yang memiliki hal yang berbeda pada setiap komunitas. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2011) menerangkan bahwa komunitas adalah sekelompok orang yang hidup bersama dan saling berinteraksi. *Multivelel Approach toward Community Health* (MATCH) merupakan salah satu strategi promosi kesehatan yang memberikan representasi dari tingkat ekologi dalam hubungannya dengan perencanaan, pelaksanaan dan tahap evaluasi dari suatu organisasi kemasyarakatan (CDC, 2010). Dalam penelitian Zahtamal dkk. (2015) dikatakan bahwa intervensi *Workplace health promotion* multilevel lebih baik dalam meningkatkan perilaku pekerja dengan sindroma metabolik dibandingkan dengan *Workplace health promotion* konvensional.

### **Penyerapan Materi Dalam Promosi Kesehatan**

Seseorang belajar melalui panca inderanya. Setiap indera ternyata berbeda pengaruhnya terhadap hasil belajar seseorang, sebagai mana gambaran berikut: (1) melalui rasa (1%), melalui sentuhan (2%), melalui indra pencium 3%, melalui pendengaran 11% dan melalui penglihatan (83%). Oleh karena itu seseorang dapat mempelajari sesuatu dengan baik apabila ia menggunakan lebih dari satu indera. (Departemen Kesehatan RI, 2008). Seberapa banyak yang bisa kita ingat dalam suatu penyuluhan kesehatan ataupun kampanye dengan media promosi kesehatan, adalah sebagai berikut: (1) 10% dari yang kita baca, (2) 20% dari yang kita dengar, (3) 30% dari yang kita lihat, (4) 50% dari yang kita lihat dengar dan (5) 80% dari yang kita ucapkan serta (6) 90% dari yang kita ucapkan dan lakukan.

### **Pondok Pesantren**

Pesantren merupakan lembaga pendidikan yang unik, tidak saja karena keberadaannya yang sudah sangat lama, tetapi juga karena kultur, metode, dan jaringan yang diterapkan oleh lembaga agama tersebut. Karena keunikannya, dikenal bahwa pondok pesantren adalah sebagai subkultur masyarakat Indonesia (khususnya Jawa). Selama ini, program kesehatan masyarakat bersifat preventif di lingkungan pondok pesantren, belum banyak dilakukan secara terintegrasi oleh Pemerintah. Hanya bantuan bersifat monumental sering dilakukan tanpa adanya pendampingan program maupun supervisi dan evaluasi program, sehingga pondok pesantren merupakan suatu komunitas khusus yang merupakan *second line community* bagi beberapa masyarakat.

Perilaku merokok merupakan salah satu perilaku yang sangat dominan dilakukan di pondok pesantren. Menurut data dari Direktorat Jenderal Pendidikan Islam Kementerian Agama Republik Indonesia, pada tahun 2008/2009 didapatkan data bahwa di Indonesia terdapat 21.521

pondok pesantren dengan 7.636.938 santri, sedangkan di Kabupaten Magelang memiliki 173 pondok pesantren dengan jumlah santri 24.946 orang santri dengan jumlah santri perempuan 9.796 orang dan santri laki laki 15.150 orang (Dirjen Pendidikan Islam, 2008). Menurut data BPS Provinsi Jawa Tengah tahun 2014 didapatkan data jumlah pondok pesantren di Magelang sebanyak 262 buah pondok pesantren dengan 37.327 santri.

Pondok pesantren dengan santri terbanyak di Kabupaten Magelang adalah Pondok Pesantren Putra Asrama Perguruan Islam (API) di Kecamatan Tegalrejo, Kabupaten Magelang. Pondok Pesantren Putra API Tegalrejo merupakan pondok pesantren *salafiyah* tertua dan terbesar di Jawa Tengah. Jumlah santri putra pada tahun 2016 sebanyak 5.200 santri, dengan rincian santri yang berusia < 17 tahun sebanyak 700 orang. Perilaku merokok santri di pondok pesantren API Tegalrejo masih sangat tinggi, walaupun telah dilakukan beberapa aturan berkaitan dengan aturan perilaku merokok di pondok pesantren.

#### **Akses Dan Ketersediaan Rokok Di Pondok Pesantren**

Menurut data penelitian 2018 didapatkan bahwa sebagian besar santri mempunyai perilaku merokok, dan adanya kemudahan mendapatkan rokok di pondok pesantren, dengan kemudahan dan harga yang lebih murah daripada harga di pasaran maka kondisi tersebut mendukung perilaku merokok santri di pondok pesantren. Didapatkan 7 buah koperasi di pondok pesantren yang menjual rokok dengan harga sangat bersaing dengan harga di luar pondok pesantren. Hasil penjualan rokok per hari per koperasi kurang lebih Rp 10.000.000 s/d Rp 30.000.000. Kondisi tersebut sangat menguntungkan pihak koperasi dalam menjalankan usahanya di pondok pesantren.

#### **PERUMUSAN MASALAH**

Dari latar belakang masalah diatas dapat dirumuskan permasalahannya yaitu, Menurut GYTS (2015) didapatkan bahwa bahwa 7 dari 10 siswa memperhatikan pesan anti-tembakau di media, seperti televisi, radio, Internet, papan iklan, poster, koran, majalah, dan film. Diantara perokok saat ini berusia 13-15 tahun yang memperhatikan peringatan kesehatan pada paket rokok, 71,3% berpikir untuk berhenti merokok karena peringatan tersebut. Larangan iklan produk tembakau, secara terbatas, berimplikasi pada strategi pemasaran industri tembakau. Industri tembakau menggunakan berbagai taktik pemasaran kreatif untuk menarik kaum muda. Setengah dari siswa yang berpartisipasi dalam survei GYTS memperhatikan iklan atau promosi tembakau di titik penjualan. Fenomena sikap remaja terhadap perilaku merokok sudah meningkat membaik namun semuanya harus didukung dari berbagai pihak sehingga dapat mengubah perilaku merokok remaja. Santri pondok pesantren API Tegalrejo kurang lebih 5,200

santri putra sedang belajar dalam pondok, sebagian besar melakukan perilaku merokok, terdapat kemudahan akses untuk mendapatkan rokok dengan harga lebih murah, sehingga perlunya ada promosi kesehatan secara terintegrasi dan menyeluruh. Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “*Bagaimana model promosi kesehatan pondok pesantren Nahdhatul Ulama yang sesuai dengan budaya dan kearifan lokal*”

Adapun tujuan penelitian ini adalah dapat mengembangkan suatu model promosi kesehatan berbasis multi level promosi kesehatan sebagai dukungan penatalaksanaan perilaku merokok santri di pondok pesantren.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Mixed Method* yaitu menggunakan pendekatan kualitatif dan pendekatan kuantitatif (Creswell, 2014). Pendekatan *mixed method* yang dilakukan dengan menggunakan metode *sequential exploratory mixed method*, yaitu suatu prosedur penelitian di mana peneliti mengembangkan hasil penelitian dari satu metode dengan metode yang lain. Metode ini dikatakan *sequential* karena penggunaan metode yang dikombinasikan secara berurutan. Pada penelitian ini, urutan pertama menggunakan metode kualitatif dan urutan kedua menggunakan metode kuantitatif.

Metode kualitatif yang digunakan adalah metode studi kasus, sedangkan metode kuantitatif yang digunakan *quasi experimental design non randomized* dengan desain penelitian *one group pretest post test design using time series*. Bobot metode lebih diutamakan pada tahap pertama, yaitu metode kualitatif dan selanjutnya dilengkapi dengan metode kuantitatif. Kombinasi data bersifat terhubung antara hasil penelitian tahap pertama (kualitatif) dan tahap berikutnya (kuantitatif). Penelitian ini menggunakan intervensi multi level promosi kesehatan. Desain penelitian tahap ke tiga dengan menggunakan *one group pretest post test design using time series*

di bawah ini:

O<sub>1</sub> O<sub>2</sub> O<sub>3</sub> X O<sub>4</sub> O<sub>5</sub> O<sub>6</sub>

Keterangan :

O<sub>1</sub> O<sub>2</sub> O<sub>3</sub> : *Pre test* (satu bulan, dua minggu, sebelum intervensi)

O<sub>4</sub> O<sub>5</sub> O<sub>6</sub> : *Post test* (setelah intervensi, dua minggu, satu bulan)

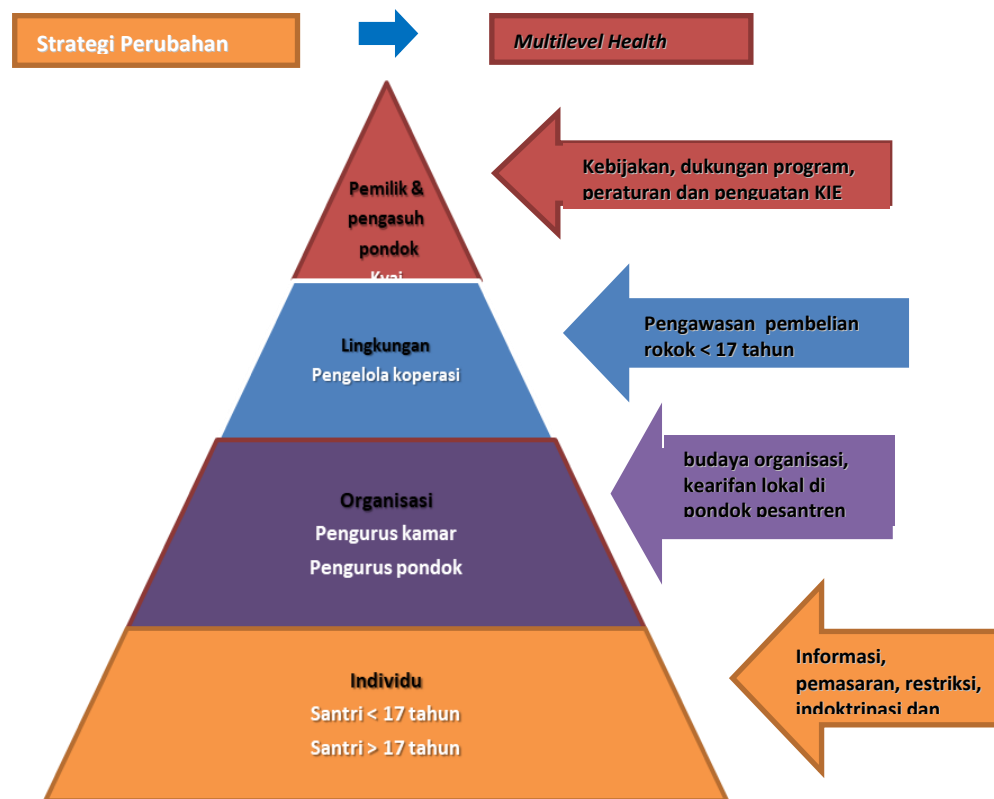
## **Waktu dan Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian di Pondok Pesantren Asrama Perguruan Islam (API) Tegalrejo, Magelang, Jawa Tengah dengan pertimbangan bahwa pondok API Tegalrejo, Magelang yang

memiliki santri 5.200 orang, dengan sekitar 4.500 orang berusia > 17 tahun dan 700 orang berusia < 17 tahun. Waktu penelitian mulai Januari 2015 s/d Nopember 2018

### **Strategi Multi Level Promosi Kesehatan**

Multi level promosi kesehatan adalah melibatkan semua stakeholder dalam pengembangan strategi promosi kesehatan di masyarakat. Di pondok pesantren API tegalrejo ini melibatkan santri junior, santri senior, pengasuh pondok, pengurus pondok, petugas koperasi dan kyai.



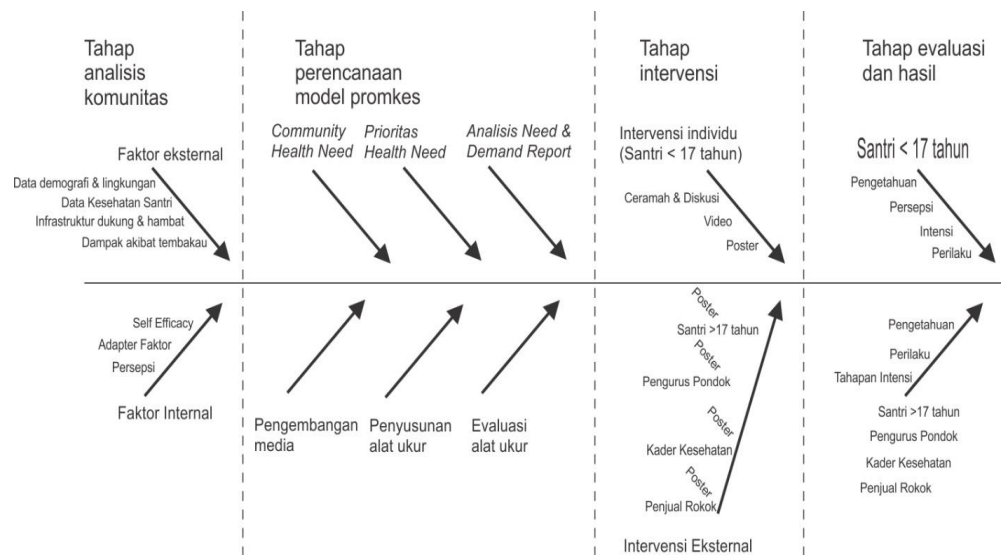
**Gambar 1. Multi level Promosi kesehatan Pondok pesantren**

Piagam Ottawa telah menetapkan lima domain untuk tindakan promosi kesehatan: membangun masyarakat yang sehat kebijakan, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat aksi masyarakat, berkembang keterampilan pribadi dan mengarahkan kembali layanan kesehatan, strategi multi level promosi kesehatan sebagai aplikasi penetapan kelima domain tindakan promosi kesehatan

### **Tahapan Penelitian**

Pada penelitian ini dilakukan 4 tahapan penelitian yaitu tahap analisis komunitas, tahap perencanaan model promosi kesehatan, tahap intervensi, dan tahap evaluasi dan hasil. Pada tahap analisis komunitas, peneliti mencoba untuk menganalisa kondisi umum dari komunitas

pondok pesantren yang menjadi objek penelitian. Kondisi umum tersebut dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor internal (*self efficacy, adapter factor, persepsi*) dan faktor eksternal (data demografi dan lingkungan, data kesehatan santri, infrastruktur yang mendukung dan menghambat proses, dan dampak akibat penggunaan tembakau).



Gambar 2. Tahapan penelitian

Pada tahapan kedua, peneliti melakukan pengembangan media promosi kesehatan berbasis pada hasil analisis komunitas di pondok pesantren. Model media promosi kesehatan menjadi perwujudan dari kebutuhan pendidikan kesehatan di pondok pesantren.

Tahap ketiga adalah tahap intervensi, yaitu saat peneliti melakukan intervensi kepada objek penelitian yang menjadi *sampel* dari populasi dan sehat jasmani serta rohani. Pada tahap ini, santri yang berumur < 17 tahun mendapatkan intervensi berupa ceramah, diskusi, video, dan poster. Santri yang berusia > 17 tahun, pengurus pondok, kader kesehatan dan penjual rokok mendapatkan intervensi berupa poster.

Tahap terakhir adalah evaluasi hasil intervensi pada tahap 3. Pada tahap ini dilakukan evaluasi kualitatif dan kuantitatif. Pada santri < 17 tahun dilakukan evaluasi kuantitatif dan kualitatif, pada santri yang berusia > 17 tahun, pengurus pondok, kader kesehatan dan penjual rokok dilakukan evaluasi intervensi melalui pendekatan kualitatif.

Pada evaluasi kuantitatif dilakukan dengan sistem *time series*, yaitu dilakukan *pretest* dan *post test* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. *Pretest* dilakukan lima minggu sebelum intervensi, tiga minggu sebelum intervensi dan satu minggu sebelum intervensi, sedangkan *post test* dilakukan satu minggu setelah intervensi, tiga minggu setelah intervensi dan lima minggu setelah intervensi



## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### ***Gambaran umum lokasi penelitian***

Pondok Pesantren API berada di Desa Krajan, Kecamatan Tegalrejo, Kabupaten Magelang Jawa Tengah. Pondok Pesantren API termasuk wilayah Kecamatan Tegalrejo, Kabupaten Magelang. Letak pondok pesantren cukup strategis di jalur alternatif yang menghubungkan Kota Magelang dengan kota Surakarta dan Salatiga lewat Kopeng. Pondok pesantren berjarak sekitar 10-15 km ke arah timur dari kota Magelang, letaknya dekat dengan pasar dan terminal Tegalrejo. Posisi pondok pesantren yang strategis tersebut mengakibatkan Pondok Pesantren API cukup terkenal di kalangan masyarakat Kabupaten Magelang khususnya dan kota-kota lain di sekitar Kabupaten Magelang. Kompleks Pondok Pesantren API Tegalrejo berdiri di tengah tengah perkampungan penduduk Tegalrejo Magelang, sehingga memberikan dampak secara sosial, ekonomi, budaya dan keagamaan bagi warga sekitar pondok pesantren.

Di Pondok Pesantren API Tegalrejo telah ada aturan yang telah disosialisasikan pada waktu masuk pondok, salah satunya adalah tidak di izinkan merokok untuk anak santri yang berusia 17 tahun ke bawah atau yang mengaji pada tingkatan al ajrumiyah ke bawah. Aturan merokok di pondok pesantren yang mengacu di bawah umur 17 tahun dan di bawah jenjang pendidikan Al Ajrumiyah banyak mendapatkan kendala karena sulit dilakukan pengawasan oleh pihak keamanan pondok. Hal tersebut dikarenakan luasnya wilayah pondok pesantren, sehingga santri yang mau sembunyi sembunyi merokok dapat melakukan di tempat yang jarang di kunjungi oleh pihak keamanan, seperti di WC tempat santri buang air besar, daerah sekitar kolam mandi, atau di sekitar makam. Di dalam pondok pesantren belum ada media promosi kesehatan yang berhubungan dengan perilaku merokok, hanya ada media peringatan larangan merokok pada santri tingkat di bawah al ajrumiyah, dan hanya ditempel di depan kantor keamanan saja.

Faktor kemudahan akses untuk membeli rokok juga dapat mempermudah santri untuk merokok. Di lingkungan pondok pesantren terdapat tujuh bangunan koperasi yang dikelola oleh keluarga pengasuh pondok pesantren. Berdasarkan wawancara mendalam pada pengurus koperasi diketahui bahwa pembelian terbanyak di koperasi adalah pembelian rokok, dengan rata-rata pendapatan harian minimal Rp. 10 juta per hari. Apabila ada acara hajatan atau khataman pondok, maka pendapatan penjualan rokok dapat meningkat secara drastis sampai Rp. 30 juta per hari.

Aturan larangan merokok pada santri di bawah 17 tahun dan atau santri dengan jenjang pendidikan di bawah al ajrumiyah tetap berlaku. Aturan tersebut juga disosialisasikan kepada petugas koperasi berkenaan pengamanan aturan dalam pembelian rokok di koperasi. Petugas

koperasi pada waktu musyawarah dengan kepala pondok juga dibahas mengenai larangan pembelian rokok oleh santri di bawah usia 17 tahun dan dibawah jenjang pendidikan al ajrumiyah ke bawah. Dalam kenyataannya banyak alasan santri yang tidak mungkin diklarifikasi oleh petugas koperasi, sehingga santri tetap dapat membeli rokok.

Penjaga koperasi tidak dapat melakukan larangan pembelian merokok pada santri di bawah umur (17 ke bawah) ataupun jenjang tingkatan di bawah al ajrumiyah dikarenakan banyak alasan santri untuk akhirnya dapat membeli rokok.

*“ ..... katanya didawuhi dari pak pengurus ken numbaske atau dari kepala kamar titip seperti itu lhaa kita nggak tahu masak kita langsung mau nyurvey atau apa ya tetep kita jual seperti itu saya (N5, petugas koperasi).*

Petugas koperasi hanya bisa melaporkan ke bagian keamanan jika ada santri di bawah umur yang membeli rokok. Alasan santri di bawah umur yang membeli rokok adalah disuruh pak pengurus atau kepala kamar untuk membelikan rokok. Pemberian informasi yang salah pada petugas koperasi mengenai tingkatan pendidikan juga merupakan salah satu alasan yang dikemukakan oleh santri untuk dapat membeli rokok di koperasi pondok. Kepadatan pembeli rokok di koperasi juga merupakan kendala petugas rokok dalam mengamati dan menanyakan jenjang pendidikan serta umur santri yang membeli rokok di koperasi.

Di dalam pondok pesantren sudah ada aturan tempat dan waktu untuk merokok, yaitu tidak boleh merokok di dalam ruangan. Di balik aturan tersebut, ada beberapa kebijakan yang menghambat program KTR di pondok pesantren, di antaranya : diizinkan merokok di dalam kamar jika ada kegiatan kataman, diizinkan merokok dalam kamar pada malam Minggu Kliwon, ada rapat juga diperbolehkan merokok di kamar.



1. Gambar 3. Hukuman atau *takzir* santri yang melanggar peraturan merokok

Hukuman atau *takzir* adalah hukuman bagi santri yang melanggar peraturan pondok, di antaranya bagi santri di bawah umur 17 tahun dan atau santri dengan jenjang pendidikan di bawah al ajrumiyah dengan “jegur” diri (diminta menceburkan diri di air kotor) atau berdiri di halaman.

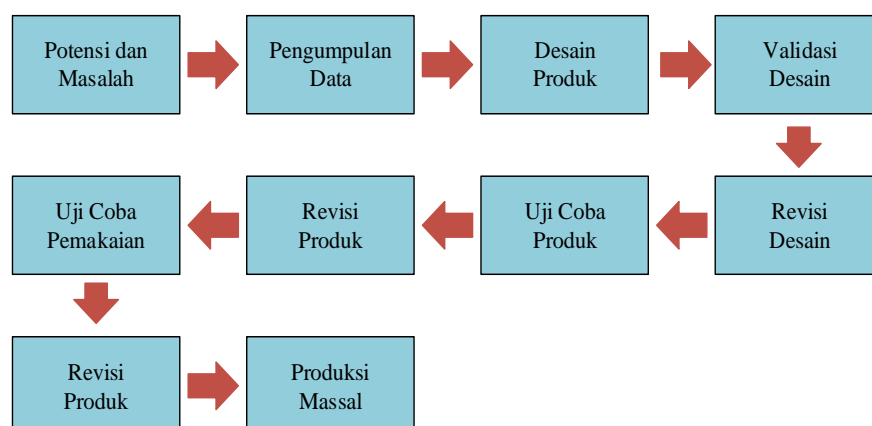
### **Hasil Analisis dan Pembahasan**

Dari hasil analisis komunitas didapatkan faktor eksternal dan faktor internal yang melatar belakangi perilaku merokok santri di pondok pesantren, adapun faktor eksternal diantaranya adalah diketemukan alasan santri pondok mempunyai kebiasaan merokok, data kesehatan santri di pondok pesantren, faktor faktor yang menghambat dan faktor faktor yang mendukung, sedangkan faktor internal adalah faktor adopter, efikasi diri dan persepsi diri yang dapat mempengaruhi perilaku merokok di pondok pesantren.

Hasil analisis tahap 1 juga didapatkan bahwa faktor eksternal lebih banyak yang dapat mempengaruhi perilaku merokok santri, terutama faktor lingkungan di dalam pondok pesantren tersebut. Untuk memutus rantai individu (kognisi) diperlukan peningkatan pengetahuan santri, dan faktor media sangat mempengaruhi penerimaan santri terhadap edukasi kesehatan yang diberikan di pondok terhadap santri. Materi media juga mempunyai peran yang sangat penting untuk terciptanya komunikasi yang efektif antara pihak kyai dan santri dalam mengawal peraturan perilaku merokok di pondok pesantren. oleh karena itu, promosi kesehatan yang dilakukan adalah menciptakan media promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan persepsi, pengetahuan dan perilaku santri dalam berperilaku kesehatan yang lebih baik, khususnya perilaku merokok.

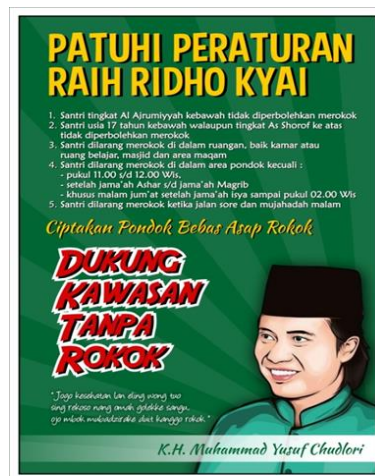
### **Media Poster**

Dalam penelitian kualitatif tahap 2 tersebut, menitikberatkan kepada pengembangan media promosi kesehatan berbasis pondok pesantren.



#### Gambar 4. Tahap pengembangan media edukasi pondok pesantren

Hasil FGD didapatkan data bahwa sebagian besar santri menginginkan media promosi kesehatan yang dapat dilihat setiap waktu di kamarnya, sehingga dapat dibaca setiap waktu oleh setiap santri di pondok pesantren. Dari hasil wawancara mendalam dengan kyai didapatkan beberapa usulan. Dan disepakati oleh beberapa pihak adalah pengembangan poster dengan kriteria yang telah disepakati bersama.



#### Gambar 5. Poster edukasi di pondok pesantren API Tegalrejo

Poster sebagai kombinasi visual dari rancangan yang kuat, dengan warna dan pesan dengan maksud untuk menangkap perhatian orang yang lewat, tetapi cukup lama menanamkan gagasan yang berarti dalam ingatan (Sudiana dan Rivai, 2010). Isi pesan dalam poster adalah sebagai berikut

- Penitikberatan pada peraturan Pondok Pesantren API Tegalrejo, dengan maksud untuk meningkatkan intensi santri terhadap peraturan di pondok.
- Himbauan kyai untuk menciptakan pondok pesantren yang sehat dan bebas polusi.
- Dukungan kyai dengan program KTR pondok pesantren.
- Quotes* Kyai H. Yusuf Chudhori yang menekankan bahwa santri harus berbakti pada orangtua, dengan cara salah satunya tidak membuang dan membakar uang untuk beli rokok.
- Foto Kyai H Chudhori, seorang kyai yang kharismatik di pondok pesantren, dan sosok kyai adalah figur otoritas bagi santri di Pondok Pesantren API Tegalrejo.

#### Media Video

Ada pertanyaan seberapa pentingkah media video dalam tujuan pemberian informasi dan edukasi pada santri? Proses penyuluhan, pemberian informasi dan edukasi hakekatnya adalah proses komunikasi, penyampaian pesan dari pengajar (kyai / pondok pesantren) kepada

penerima (santri pondok pesantren). Kontribusi media video dalam komunikasi di pondok pesantren diantaranya adalah : (1) memperjelas pesan agar tidak terlalu verbalistik, (2) mengatasi keterbatasan ruang, waktu, tenaga dan daya indra, (3) menimbulkan gairah untuk mematuhi atau memahami maksud komunikasi, seakan terjadi interaksi langsung dengan sumber komunikasi, yaitu kyai, dan (4) memberikan rangsangan yang sama, mempersamakan pengalaman dan menimbulkan persepsi yang sama (tema menyesuaikan permasalahan di Pondok Pesantren API Tegalrejo).

### **Tahap ke tiga tahap intervensi**

Pada tahap intervensi ini dilakukan intervensi kepada dua kelompok, yaitu kelompok santri usia di bawah 17 tahun dan kelompok kedua adalah intervensi pada semua *stakeholder* di pondok pesantren.

Tahapan	Keterangan	Metode Pengumpulan Data	Hasil
Tahap intervensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi secara individu untuk santri berusia di bawah 17 tahun</li> <li>- Intervensi eksternal untuk santri &gt; 17 tahun, kyai dan pengasuh pondok, kader kesehatan, dan penjual rokok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervensi individu berupa ceramah, diskusi, pemutaran video, dan poster.</li> <li>Intervensi eksternal disesuaikan dengan target edukasinya:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Santri &gt; 17 tahun: poster</li> <li>- Kyai dan pengasuh pondok: diskusi dan poster</li> <li>- Kader kesehatan: diskusi, poster</li> <li>- Penjual rokok: poster.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikap, perilaku, dan pengetahuan tentang rokok meningkat</li> <li>- Konsumsi rokok santri menurun,</li> <li>- Penjualan rokok menurun</li> </ul>

Uji *Wilcoxon sign rank test* dilakukan untuk menganalisis perbedaan persepsi, pengetahuan, intensi, dan perilaku santri terhadap rokok dan kawasan tanpa rokok (KTR) yang dilakukan sebelum (satu bulan/ pre test 1, dua minggu/pre test 2, sebelum intervensi/pre test 3) dan setelah intervensi promosi kesehatan, yakni setelah intervensi (*post test 1*), dua minggu (*post test 2*), dan satu bulan setelah intervensi (*post test 3*)

Tabel 1 Perbedaan persepsi, pengetahuan, intensi, dan perilaku santri terhadap rokok dan kawasan tanpa rokok (KTR)

Variabel	Jenis test	Non perokok			Perokok		
		Z	p*	p**	Z	p*	p**
Persepsi	<i>Pre Test 1</i> dan	-1,342	0,180		-	0,284	
	<i>Pre Test 2</i>				1,072		
	<i>Pre Test 2</i> dan	-0,361	0,718		-	0,518	
	<i>Pre Test 3</i>				0,646		
	<i>Pre Test 3</i> dan	-2,230	0,026		-	0,000	
	<i>Post Test 1</i>			0,000	3,766		0,000
	<i>Post Test 1</i> dan	-0,447	0,655		-	0,317	
	<i>Post Test 2</i>				1,000		
	<i>Post Test 2</i> dan	-0,447	0,655		-	0,439	
	<i>Post Test 3</i>				0,775		
Pengetahuan	<i>Pre Test 1</i> dan	-1,000	0,317		-	0,275	
	<i>Pre Test 2</i>				1,091		
	<i>Pre Test 2</i> dan	-0,577	0,564		-	0,157	
	<i>Pre Test 3</i>				1,414		
	<i>Pre Test 3</i> dan	-2,449	0,014		-	0,005	
	<i>Post Test 1</i>			0,000	2,829		0,000
	<i>Post Test 1</i> dan	-0,333	0,739		-	0,131	
	<i>Post Test 2</i>				1,512		
	<i>Post Test 2</i> dan	-0,302	0,763		-	0,371	
	<i>Post Test 3</i>				0,894		
Intensi	<i>Pre Test 1</i> dan	-1,890	0,059		-	0,149	
	<i>Pre Test 2</i>				1,444		
	<i>Pre Test 2</i> dan	-1,732	0,083		-	0,158	
	<i>Pre Test 3</i>			0,000	1,411		0,000

Variabel	Jenis test	Non perokok			Perokok		
		Z	p*	p**	Z	p*	p**
Perilaku	Pre Test 3 dan	-2,460	0,014		-	0,001	
	Post Test 1				3,417		
	Post Test 1 dan	-2,000	0,046		-	0,003	
	Post Test 2				2,977		
	Post Test 2 dan	-1,414	0,157		-	0,001	
	Post Test 3				3,350		
	Pre Test 1 dan	-0,816	0,414		-	0,083	
	Pre Test 2				1,732		
	Pre Test 2 dan	-1,000	0,317		-	0,008	
	Pre Test 3				2,646		
	Pre Test 3 dan	-2,449	0,014		-	0,000	
	Post Test 1			0,000	4,200		0,000
	Post Test 1 dan	-1,414	0,157		-	0,593	
	Post Test 2				0,535		
	Post Test 2 dan	-0,816	0,414		-	0,564	
	Post Test 3				0,577		

Ket :

Z : Z hitung

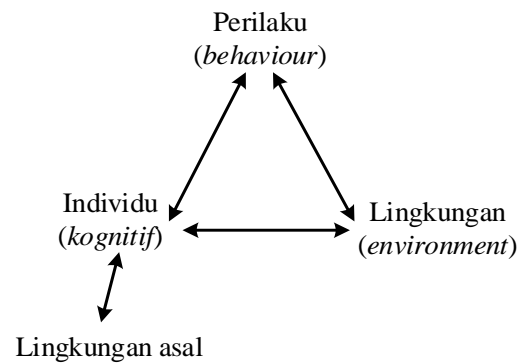
p\* : nilai p yang diperoleh menggunakan uji *Wilcoxon sign rank test*

p\*\* : nilai p yang diperoleh menggunakan uji *Friedmann*

Sumber : data primer diolah (2018)

## Pembahasan

Perilaku merokok santri di Pondok Pesantren API Tegalrejo Magelang dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Adapun faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku merokok santri di antaranya adalah faktor dukungan perilaku merokok dini lingkungan di rumah dan perilaku merokok teman-teman santri, khususnya santri senior di pondok pesantren. Sesuai dengan Teori Sosial Kognitif dari Albert Bandura, proses mengamati dan meniru perilaku dan sikap orang lain sebagai model merupakan tindakan belajar.



Gambar 6. Aplikasi teori sosial kognitif Bandura di pondok pesantren

Perilaku merokok tidak terlepas dari aspek ekonomi, karena bagi santri yang sudah ketagihan mereka akan membelanjakan uangnya untuk membeli rokok, sehingga perilaku merokok berdampak pada aspek ekonomi dan kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Kosen (2008) yang mengatakan bahwa tembakau membawa dampak negatif yang begitu besar terhadap kesehatan dan ekonomi baik pada tingkat negara (makro) ataupun pada tingkat keluarga (mikro, penggunaan sumber daya yang sudah terbatas malah digunakan untuk tembakau, mengurangi pembiayaan untuk keperluan penting, seperti pendidikan, kesehatan dan makan berkualitas. Hal tersebut sesuai dengan manajemen keuangan santri di pondok pesantren, dengan uang saku yang terbatas setiap harinya sebagian besar dibelikan rokok, dan mengurangi pembiayaan untuk makanan yang berkualitas. Menurut KH Yusuf Chudhori dalam nasihatnya, hal tersebut sesuai dengan Surah Alquran Al-Isra ayat 27, yang bunyinya :

إِنَّ الْمُبَذِّرِينَ كَانُوا إِخْوَانَ الشَّيَاطِينِ

*Innal-mubazzirīna kānū ikhwānasy-syayāfīn*

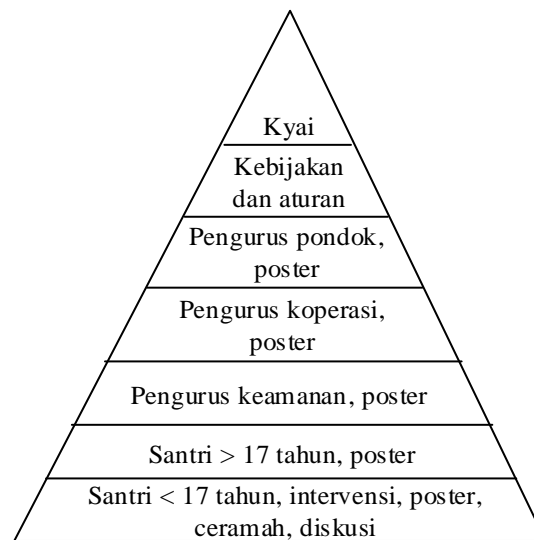
*Yang artinya :*

*wong wong sing seneng mubadzirke rezeki paringane Allah digunakke ora ana manfaate wong wong kuwi arep dadi kanca bala kurawane syaitan*

Strategi yang diterapkan dalam multi level promosi kesehatan pada tingkat primer adalah gerakan pemberdayaan santri. Gerakan ini pada hakekatnya adalah proses pemberian komunikasi, informasi dan edukasi pada santri dengan dua metode, yaitu dengan menggunakan poster yang ditempelkan di setiap kamar santri dan KIE dengan video pada santri di bawah 17 tahun. Berdasarkan strategi ini, metode multi level promosi kesehatan memberikan edukasi



pada kelompok kecil (pelatihan, ceramah, *role play*, diskusi dan tanya jawab) dan pemberian edukasi pada semua santri dengan penempelan poster di kamar santri.



2. Gambar 7. Multi level promosi kesehatan di pondok pesantren

Strategi yang dapat dikembangkan dalam implementasi multilevel promosi kesehatan dengan level sasaran sekunder adalah bina suasana atau dukungan sosial. Bina suasana adalah suatu upaya untuk menciptakan lingkungan sosial yang mendorong perubahan perilaku sasaran primer. *Social cognitive theory* menyatakan bahwa efek faktor lingkungan (dukungan sosial) merupakan kekuatan penyeimbang perilaku seseorang. Penerimaan santri terhadap informasi dan edukasi melalui media video dan poster serta diskusi lebih baik daripada hanya dengan media poster. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Anderson bahwa kampanye dengan menggunakan poster memiliki efek yang relatif kecil dan terbatas, namun masih bisa digunakan sebagai komponen dari kampanye (Anderson, Sargeant and Weese, 2014).

Seperti yang dikatakan pengurus pondok ketika dilakukan wawancara mendalam berkaitan dengan evaluasi program penempelan poster di setiap kamar santri di pondok pesantren sebagai berikut:

*“ ..... peraturan harus ditekanke malih, kepala kamar kirang sosialisasi, dibutuhkan penekanan dari pihak keamanan, dan wejangan dari pak kyai ...”  
(IND, pengurus pondok, merokok)*

Bagi beberapa santri, penempelan poster yang berkenaan dengan ridha kyai dengan peraturan pondok, sudah sering dibaca, mereka sudah paham maksudnya dan

ada pengaruhnya dalam perilaku merokok, minimal kalau ingin merokok akan ke luar dari pondok, namun santri masih merasa kurang ditekankan lagi oleh pak kyai dalam hal pemberian edukasi dan informasi mengenai peraturan pondok, khususnya aturan perilaku merokok santri di pondok pesantren. Pemberian promosi kesehatan akan lebih efektif bila melibatkan pihak kyai dan atau pengurus pondok.

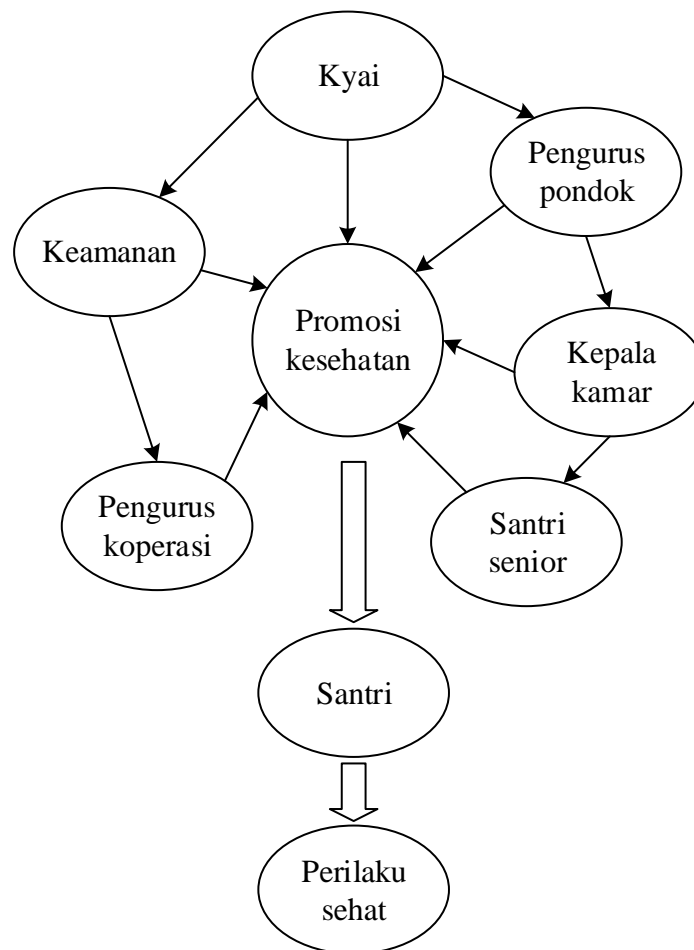
## **Kesimpulan**

- 1.1.1. Pondok pesantren API telah memiliki aturan perilaku merokok berbasis umur, tingkatan jenjang pendidikan, waktu merokok dan lokasi merokok yang dilarang ataupun yang
- 1.1.2. Ada peningkatan jumlah santri dengan pengetahuan baik, persepsi baik, intensi setelah dilakukan intervensi media poster dan media video terhadap peraturan pondok mendukung KTR di Pondok Pesantren API Tegalrejo.
- 1.1.3. Ada penurunan penjualan rokok di koperasi setelah dilakukan intervensi media poster maupun dengan media video di pondok pesantren.
- 1.1.4. Peran otoritas kyai berpengaruh lebih besar dalam pemberian edukasi dan informasi serta penekanan aturan pada santri, sehingga pengembangan media poster maupun video lebih bisa diterima santri ketika kyai yang menjadi penyampai pesan.
- 1.1.5. Penerimaan santri atas edukasi dan informasi dengan video dan diskusi lebih baik daripada penerimaan santri hanya dengan media poster.
- 1.1.6. Penerapan model *multi level* promosi kesehatan untuk mengendalikan perilaku merokok santri sangat diharapkan santri, peran terintegrasi antara kyai, pengurus pondok dan pihak keamanan saling bekerja sama dalam mendukung program KTR di pondok pesantren.
- 1.1.7. Pemberian promosi kesehatan akan lebih efektif bila melibatkan pihak kyai dan atau pengurus pondok

## **Ucapan Terimakasih**

Ucapan terimakasih kami haturkan yang sebesar besarnya kepada seluruh santri, pengasuh, pengurus, petugas koperasi pondok pesantren API serta bapak Kyai pondok pesantren API Tegalrejo Magelang yang telah bekerjasama dalam pengembangan media edukasi berbasis kearifan lokal dan budaya pondok pesantren. Dan kami ucapkan terimakasih yang sebesar besarnya kepada para Promotor kami dari FKMK UGM atas segala support dan dukungannya sehingga terselesaikan penelitian ini.

Lampiran



3. Gambar 8 Dukungan *stakeholder* terhadap program promosi kesehatan pondok pesantren

#### DAFTAR PUSTAKA

- Atlas, T. T. (2010) 'The Tobacco atlas', *Choice Reviews Online*, 47, pp. 47-3559-47-3559. doi: 10.5860/CHOICE.47-3559.
- Balitbangkes (2013) *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Bandura, A. (2001) 'SOCIAL COGNITIVE THEORY : An Agentic Perspective To be an agent is to intentionally make things happen by one' s actions . Agency embodies the endowments , belief systems , self-regulatory capabilities and distributed structures and functions through whi', *Annual review of psychology*, 52, pp. 1-26.
- Burhanuddin, H. (2014) 'Post-Tradisionalisme Pesantren; Mengukuhkan Tradisi Pesantren sebagai Basis Transformasi di Era Modern', *Al Murabbi*, 01(01), pp. 16-32.
- CDC (2010) 'Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy', *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, July.

- Charns, M. P. *et al.* (2012) ‘Multilevel interventions: Measurement and measures’, *Journal of the National Cancer Institute - Monographs*, (44), pp. 67–77. doi: 10.1093/jncimonographs/lgs011.
- Departemen Kesehatan RI (2007) *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585/Menkes/SK/V/2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.*
- Departemen Kesehatan RI (2008) ‘Metode dan media promosi kesehatan 1’, *Field Book*, pp. 1–11.
- DepkesRI, D. (2013) ‘Riset Kesehatan Dasar’.
- ‘Deskriptif statistik pondok pesantren dan madrasah diniyah’.
- Dorotheo, U. (2014) *The Asean Tobacco Control Atlas*. Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA).
- England, L. J. *et al.* (2016) ‘Perceptions of emerging tobacco products and nicotine replacement therapy among pregnant women and women planning a pregnancy’, *Preventive Medicine Reports*. Elsevier B.V., 4, pp. 481–485. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.09.002.
- Eriksen, M. *et al.* (2015) *The Tobacco atlas, The Tobacco Atlas*,. American Cancer Society. doi: 10.5860/CHOICE.47-3559.
- Evans-Whipp, T. J. *et al.* (2010) ‘The impact of school tobacco policies on student smoking in Washington State, United States and Victoria, Australia’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), pp. 698–710. doi: 10.3390/ijerph7030698.
- Golestan, S. and Abdullah, H. B. (2015) ‘Self-efficacy as a moderator in the relationship between peer pressure and family smoking, and adolescent cigarette smoking behavior’, *Asian Social Science*, 11(28), p. 84. doi: 10.5539/ass.v11n28p84.
- Irhamni (2011) ‘KEARIFAN LOKAL PENDIDIKAN PESANTREN TRADISIONAL DI JAWA: KAJIAN ATAS PRAKTEK PENERJEMAHAN JENGGotan’, *Ulumuna, jurnal studi keislaman*, volume VX, p. 43.
- Jain, R. B. (2016) ‘Trends in exposure to second hand smoke at home among children and nonsmoker adolescents’, *Science of the Total Environment*. Elsevier Ltd, 542, pp. 144–152. doi: 10.1016/j.scitotenv.2015.10.076.
- Lupton, J. R. and Townsend, J. L. (2015) ‘A systemic review and meta analysis of the acceptability and effectiveness of university smoke free policies’, *Journal of American College Health*.

- M.H., B. *et al.* (2013) 'Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients', *Acta Medica Iranica*, 51(1), pp. 52–58. doi: 1340446109.
- Ma'arif Syamsul (2015) *Pesantren Inklusif berbasis kearifan lokal*. Edited by H. Andi. Yogyakarta: Kaukaba Dipantara.
- Mackay, D. *et al.* (2010) 'Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke free legislation on acute coronary events', *Heart*, 96(19), pp. 1525–1530.
- Mackay, J. (2012) 'The global epidemiology of tobacco and related chronic diseases', *Public Health*. Elsevier Ltd, 126(3), pp. 199–201. doi: 10.1016/j.puhe.2012.01.027.
- Martínez, C. *et al.* (2014) 'Assessment of the smoke-free outdoor regulation in the WHO European Region', *Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 64(2014), pp. 37–40. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.020.
- Maulani, A. (2012) 'Transformation in Learning Religious Multicultural', *Jurnal Pembangunan Pendidikan*, 1(1), pp. 29–44.
- Paoletti, L. *et al.* (2006) 'Influence of tobacco smoke on indoor PM10 particulate matter characteristics', *Atmospheric Environment*, 40(18), pp. 3269–3280. doi: 10.1016/j.atmosenv.2006.01.047.
- Park, S. E. *et al.* (2011) 'Prevalence and risk factors of adolescents smoking: Difference between Korean and Korean-Chinese', *Asian Nursing Research*. Elsevier, 5(3), pp. 189–195. doi: 10.1016/j.anr.2011.09.008.
- Prabaningrum, V. and Wulansari, S. (2008) 'Upaya Pengendalian Tembakau dalam Pembangunan Kesehatan', *Maj Kedokt Indon*, 58(1), pp. 20–25.
- Rohani, S. (2015) *Gus dur, Penggerak Dinamisasi Pendidikan Pesantren*. ed 1. Edited by Y. M. Aenul. Yogyakarta: Istana Publishing.
- Rosen, L. J. *et al.* (2012) 'Public support for smoke-free areas in Israel: A case for action', *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd, 106(2), pp. 161–168. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.03.012.
- Soerojo, W. and Budiantoro, S. (2010) *Indonesia Report Card : Status of Tobacco Use and Its Control*, *World Health Organization*. Bangkok, Thailand.
- Stampler, L. (2014) *Marlboro Says These Ads Definitely Don't Target Kids*, *time.com*.
- Takari, M. (2018) 'KONSEP KEBUDAYAAN DALAM ISLAM', (August).
- TCSC-IAKMI (2008) *Paket Pengembangan Kawasan tanpa Rokok : Langkah Langkah penyusunan Undang Undang / Perda Kawasan Tanpa Rokok*.
- Tobacco Control Support Center Indonesia (2012) *Kawasan Tanpa Rokok dan Implementasinya*.

- Tobacco Control Support Centre- IAKMI and Kementrian Kesehatan RI (2012) 'Bunga Rampai Fakta Tembakau dan Permasalahannya', pp. 1–146.
- WHO (2009) *WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2009: Implementing smoke-free environments.*
- Zahtamal, Z. *et al.* (2015) 'Pengaruh Promosi Kesehatan di Tempat Kerja Secara Multilevel terhadap Perilaku Pekerja dengan Sindroma Metabolik', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 43(3). doi: 10.22435/bpk.v43i3.4345.173-182.
- Zamakhsyari, D. (2011) *Tradisi Pesantren, Studi Pandangan Hidup Kyai dan visinya mengenai masa depan Indonesia.* ed. 09. jakarta: LP3ES.
- Zarkasyi, A. S. (2005) *Gontor & Pembaharuan Pendidikan Pesantren.* Yogyakarta: Gama Media.
- Zuhriy, M. S. (2011) 'Budaya Pesantren dan Pendidikan Karakter pada Pondok Pesantren Salaf', *Walisongo*, 19(November 2011), pp. 287–310.