

Kesehatan adalah Hak Semua Orang: Aksi PHBS dan Pencegahan Infeksi Menular Seksual bagi Tunawisma di Pertubuhan Kebajikan Ar-Riqab Kuala Lumpur Malaysia

¹⁾Dian Nintyasari Mustika, ²⁾Dewi Puspitaningrum, ³⁾Ali Rosidi, ⁴⁾Mohammad Fatkhul Mubin, ⁵⁾Carlin Souhaly, ⁶⁾Happy Rossa Pangestu, ⁷⁾Muslimah

^{1,2,3,4} Dosen FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang

^{5,6} Mahasiswa Kebidanan FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang

⁷ Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

E-mail: muslimah@unimus.ac.id

Abstrak

Kelompok tunawisma memiliki kerentanan tinggi terhadap infeksi menular seksual (IMS) akibat perilaku berisiko, lingkungan hidup tidak sehat, dan akses layanan kesehatan yang terbatas; intervensi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) diperlukan guna memperkuat praktik kebersihan diri dan seks aman. Program pengabdian ini bermitra dengan Pertubuhan Kebajikan Ar-Riqab (PKAR), Kuala Lumpur, untuk: (1) meningkatkan pengetahuan PHBS dan IMS; (2) mendorong perubahan perilaku nyata (cuci tangan, kebersihan diri, penggunaan kondom); (3) memfasilitasi akses konseling/skrining IMS; dan (4) memperkuat dukungan sosial. Metode meliputi penyuluhan interaktif (diskusi dan simulasi PHBS serta seks aman), layanan mobile untuk konseling, distribusi sarana kebersihan/edukasi, serta kolaborasi multisektor; evaluasi dilakukan melalui pre–post test pengetahuan, observasi perilaku (pemanfaatan fasilitas cuci tangan dan penggunaan kondom), serta umpan balik peserta. Program diharapkan menghasilkan peningkatan skor pengetahuan, praktik kebersihan personal yang lebih konsisten, perluasan rujukan ke layanan IMS, dan pembentukan peer educator sebagai strategi keberlanjutan.

Kata kunci: PHBS, tunawisma, infeksi menular seksual, promosi kesehatan, *peer educator*

Abstract

Homeless populations face elevated risks of sexually transmitted infections (STIs) due to risk behaviors, unsanitary living conditions, and limited access to health services; an integrated Clean and Healthy Living Behavior (PHBS) intervention is therefore essential to strengthen personal hygiene and safer-sex practices. This community engagement program, implemented with Pertubuhan Kebajikan Ar-Riqab (PKAR) in Kuala Lumpur, aims to: (1) improve knowledge of PHBS and STIs; (2) drive concrete behavior change (handwashing, personal hygiene, condom use); (3) facilitate access to counseling and screening; and (4) reinforce social support. The methods combine interactive education (discussion and simulations on PHBS and safer sex), mobile counseling services, distribution of hygiene/educational kits, and multisector collaboration. Evaluation uses pre–post knowledge tests, observation of behaviors (use of handwashing facilities and condom uptake), and participant feedback. The program is expected to yield increased knowledge scores, more consistent personal hygiene practices, improved linkage to STI services, and the establishment of peer educators to support sustainability and uphold health as a fundamental right for vulnerable groups.

Keywords: PHBS, homelessness, sexually transmitted infections, health promotion, *peer educator*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia tanpa diskriminasi. Kerangka hak atas

kesehatan menegaskan kewajiban negara dan para pemangku kepentingan untuk menjamin ketersediaan, aksesibilitas, keberterimaan, dan mutu layanan kesehatan secara setara, serta mendorong pendekatan berbasis hak dalam seluruh tahapan kebijakan dan program. (*Fact Sheet No. 31: The Right to Health | OHCHR, n.d.; Human Rights, n.d.*)

Dalam praktiknya, kelompok tunawisma menghadapi hambatan berlapis, ketidakstabilan tempat tinggal, keterbatasan sarana kebersihan, stigma, dan komorbiditas yang berujung pada kesenjangan kesehatan yang tajam. Tinjauan epidemiologis di negara berpendapatan tinggi menunjukkan angka kematian dini yang lebih tinggi pada tunawisma dibanding populasi umum, terutama akibat cedera tidak disengaja dan bunuh diri, disertai beban penyakit menular dan tidak menular yang kompleks. Temuan ini menegaskan urgensi intervensi promotif–preventif yang terintegrasi dan berkelanjutan. (Fazel et al., 2014)

Risiko infeksi menular seksual (IMS) pada populasi ini diperkuat oleh keterbatasan literasi kesehatan, hubungan seksual tanpa kondom, multipartner, penggunaan zat, dan hambatan struktural untuk mengakses layanan pencegahan dan skrining. Ketika diagnosis tertunda dan rujukan klinis terhambat, rantai penularan sulit diputus dan luaran klinis cenderung memburuk. Karena itu, model penjangkauan yang membawa edukasi, konseling, dan skrining lebih dekat ke lokasi komunitas menjadi sangat relevan. (Fazel et al., 2014)

Bukti dari konteks urban di Amerika Latin, yang dapat menjadi pembanding bagi kawasan Asia Tenggara menunjukkan beban IMS yang bermakna pada komunitas tunawisma. Studi berbasis populasi di São Paulo melaporkan prevalensi sifilis yang signifikan dan keterkaitannya dengan perilaku berisiko, menegaskan perlunya penjangkauan aktif, edukasi seks aman, dan skrining terarah pada kelompok ini. Kajian seroepidemiologi yang lebih mutakhir bahkan mendapati ko-infeksi (antibodi terhadap sifilis, HIV, dan HCV) pada sebagian responden, memperkuat argumen bahwa strategi pencegahan tunggal tidak memadai. (Felipetto et al., 2021; Pinto et al., 2014)

Dalam kerangka intervensi berbasis komunitas, promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), terutama praktik kebersihan tangan, kebersihan personal, dan sanitasi ruang komunal dapat berfungsi sebagai *entry point* yang konkret untuk mengurangi risiko penularan penyakit. Pedoman dan paket strategi perbaikan kebersihan tangan dari WHO menunjukkan bahwa intervensi multimodal mampu menurunkan infeksi yang dapat dicegah dan memperbaiki praktik secara berkelanjutan, sehingga relevan diadaptasi ke lingkungan penampungan/asrama komunitas. (Medley et al., 2009)

Untuk menjaga keberterimaan dan keberlanjutan, pendidikan sebaya (*peer education*) berperan

sebagai jembatan antara sesi formal dan praktik harian. Meta-analisis dan studi terkini menunjukkan *peer education* berasosiasi dengan peningkatan pengetahuan HIV/IMS dan peningkatan penggunaan kondom pada kelompok berisiko tinggi, meskipun luaran biologis tidak selalu seragam di semua kajian menandakan pentingnya integrasi dengan komponen skrining dan rujukan klinis. (He et al., 2020; Medley et al., 2009)

Dengan demikian, landasan normatif hak atas kesehatan, bukti epidemiologis mengenai beban IMS pada tunawisma, efektivitas pendekatan PHBS/kebersihan tangan, serta potensi pendidikan sebaya, bersama-sama menjustifikasi perlunya intervensi komunitas yang partisipatif, adaptif-budaya, dan terintegrasi dengan layanan klinis. Pendekatan semacam ini tidak hanya menjawab determinan perilaku, tetapi juga mengurangi hambatan struktural sehingga lebih berpeluang menghasilkan dampak yang bermakna dan berkelanjutan pada kelompok yang termarginalkan.

METODE PELAKSANAAN

Program dilaksanakan dengan pendekatan pemberdayaan komunitas berbasis partisipasi di Pertubuhan Kebajikan Ar-Riqab (PKAR), Kuala Lumpur, dengan sasaran utama para residen dewasa yang memiliki kerentanan literasi kesehatan dan paparan risiko perilaku. Kegiatan diawali dengan sosialisasi terstruktur kepada pengelola, staf, residen, dan mitra eksternal untuk menjelaskan tujuan, tahapan, jadwal, serta dukungan layanan yang tersedia. Pada tahap ini dilakukan pula asesmen dasar (*baseline*) melalui survei pengetahuan–sikap–perilaku (KAP) dan pemetaan kebutuhan, sehingga materi dan intensitas intervensi dapat diadaptasi dengan konteks sosial dan bahasa setempat. Kemitraan dengan fasilitas kesehatan/klinik dan universitas sekitar dibangun sejak awal untuk memastikan akses layanan promotif–preventif dan rujukan yang ramah, menjaga privasi, serta menekan hambatan stigma.

Tahap pelatihan dirancang dalam dua alur yang saling menguatkan. Alur pertama berfokus pada kesehatan reproduksi dan pencegahan IMS (pengetahuan dasar, praktik seks aman termasuk penggunaan kondom, strategi mengurangi perilaku berisiko, serta alur akses layanan), disampaikan melalui sesi interaktif 60–90 menit dengan teknik partisipatif (cerita, simulasi, tanya jawab) dan materi yang disederhanakan. Alur kedua menitikberatkan pada Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), kebersihan diri, cuci tangan, pengelolaan limbah, dan kebersihan ruang komunal dengan demonstrasi langsung serta latihan praktik untuk memperkuat pembiasaan. Sejumlah residen dipilih dan dilatih sebagai *peer health educator* (*health champions*) untuk memfasilitasi diskusi informal, menjadi pengingat perilaku sehat di asrama, dan menjaga kesinambungan perubahan perilaku di luar

sesi formal. Untuk menopang proses pembelajaran, tim memproduksi media edukasi visual (*poster/leaflet* bergambar sederhana) dan *booklet* gaya hidup sehat yang ditempatkan pada titik strategis (kamar mandi, ruang makan, area tidur) sebagai *nudges* perilaku sehari-hari.

Pendampingan dilakukan secara rutin melalui klinik bergerak (*mobile service*) di area PKAR guna menyediakan konseling dan skrining IMS secara sukarela dan rahasia, sekaligus memperkuat jejaring rujukan. Pada tingkat lingkungan, disusun jadwal kebersihan harian dengan rotasi tanggung jawab, serta pelatihan singkat bagi staf PKAR untuk pemantauan kepatuhan PHBS dan konseling ringan. Keberlanjutan program ditopang oleh aktivasi *peer educator* sebagai penggerak internal (sesi mingguan), pelibatan staf sebagai penguat dan pelapor kepatuhan, serta pemeliharaan materi visual yang selalu tampak di ruang umum. Pertimbangan etik dijunjung sepanjang proses: partisipasi berbasis persetujuan sadar (*informed consent*), jaminan kerahasiaan data, dan anonimisasi identitas pada seluruh instrumen maupun laporan.

Evaluasi menggabungkan indikator kuantitatif dan kualitatif. Secara kuantitatif, perubahan diukur melalui pre–post test pengetahuan, proporsi perilaku kunci (pemanfaatan fasilitas cuci tangan, kepatuhan jadwal kebersihan, dan *uptake* kondom), serta cakupan skrining/rujukan. Secara kualitatif, pengalaman peserta dan masukan pengelola dihimpun untuk menilai penerimaan program, hambatan implementasi, dan kebutuhan *course correction*. Target luaran mencakup partisipasi minimal puluhan residen pada workshop, peningkatan bermakna skor pengetahuan, terpasangnya materi edukasi di area strategis, terbentuknya tim *peer educator* aktif, dan bertambahnya rujukan ke layanan IMS. Seluruh temuan dirangkum dalam laporan akhir untuk umpan balik ke PKAR serta rencana penguatan pada siklus berikutnya. Implementasi direncanakan berlangsung beberapa bulan (dengan fase pendampingan yang cukup) agar perubahan perilaku memiliki waktu pemantapan dan mekanisme keberlanjutan tertanam dengan baik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan program di PKAR berjalan sesuai rencana dengan keterlibatan intensif pengelola, staf, dan residen sebagai penerima manfaat utama. Pada tahap implementasi, lokakarya edukasi dilaksanakan secara partisipatif dan ditopang materi visual sederhana (*poster/leaflet dan booklet*) yang ditempatkan di titik strategis untuk memperkuat penguat perilaku sehari-hari. Kehadiran layanan bergerak (*mobile*) untuk konseling dan skrining IMS memudahkan akses tanpa mengorbankan privasi; sekaligus memperpendek jarak rujukan ke fasilitas kesehatan mitra. Temuan kualitatif dari sesi umpan balik mengindikasikan penerimaan yang baik: peserta menilai format

diskusi, simulasi, dan bahasa yang disederhanakan membantu mereka memahami topik kesehatan reproduksi dan PHBS yang sebelumnya dirasa sensitif atau “sulit dibicarakan”. Secara proses, sejumlah keluaran kunci yang ditetapkan tercapai, termasuk terlaksananya rangkaian pelatihan, distribusi materi edukasi, aktivasi pendidik sebaya, serta pelibatan staf PKAR dalam pemantauan kebiasaan higienitas yang keseluruhannya sejalan dengan *output targets* dan *success indicators* program.

Dari sisi hasil pembelajaran, asesmen pra–pasca digunakan untuk menilai perubahan pengetahuan terkait IMS dan PHBS, sedangkan observasi perilaku memantau adopsi praktik kunci (pemanfaatan fasilitas cuci tangan, kepatuhan jadwal kebersihan, dan *uptake* kondom). Meskipun pengukuran kuantitatif yang lebih lengkap masih berjalan, tren awal menunjukkan pergeseran pemahaman yang konsisten dengan target program (misalnya peningkatan skor pra–pasca dan indikator perilaku yang lebih baik). Hal ini selaras dengan rancangan indikator eksternal yang menekankan peningkatan pengetahuan, perilaku higienitas, cakupan skrining/rujukan, serta keberlanjutan dukungan melalui *peer educator* dan staf terlatih. Dengan kata lain, kesesuaian antara desain intervensi, pelaksanaan di lapangan, dan indikator evaluasi memberikan dasar yang kuat bahwa program bergerak ke arah yang benar.

Peran *peer health educator* terbukti strategis sebagai jembatan antara sesi formal dan praktik harian. Para pendidik sebaya mendorong diskusi informal, memberi pengingat perilaku, dan membantu mengatasi stigma dalam membicarakan isu kesehatan reproduksi. Mekanisme ini tidak hanya meningkatkan *engagement* peserta, tetapi juga memperkuat kesinambungan dampak setelah sesi pelatihan selesai, karena *champions* tetap aktif menggerakkan kegiatan mingguan dan menjadi rujukan pertama ketika rekan sebaya membutuhkan informasi atau dukungan. Keterlibatan staf PKAR dalam pelatihan singkat mengenai promosi kesehatan dan pemantauan perilaku menambah lapisan akuntabilitas yang diperlukan untuk menjaga ritme perubahan. Secara konseptual, pola ini konsisten dengan bukti sebelumnya bahwa pendekatan partisipatif, menggabungkan diskusi berbasis peran, praktik langsung, dan dukungan sebaya efektif untuk memodifikasi perilaku kesehatan pada komunitas komunal dengan sumber daya terbatas.

Layanan bergerak dan jejaring rujukan memperlihatkan nilai tambah yang nyata: konsultasi dan skrining dapat dilakukan di lingkungan yang familiar bagi peserta, menurunkan hambatan logistik maupun psikososial. Integrasi komponen ini dengan jadwal kebersihan harian dan rotasi tanggung jawab pada area bersama menciptakan “ekosistem perilaku” yang saling menguatkan, kebiasaan higienitas dipraktikkan, diingatkan secara visual, dan diawasi secara ringan oleh *peer*

educator maupun staf. Dengan kerangka indikator yang jelas mulai dari jumlah peserta terpapar edukasi, ketersediaan dan keterbacaan materi visual, cakupan skrining, hingga pelaporan mingguan kepatuhan PHBS program memiliki instrumen untuk memantau kemajuan sekaligus melakukan *course correction* jika diperlukan.

Secara keseluruhan, hasil pelaksanaan menguatkan asumsi awal bahwa hambatan utama pada komunitas sasaran bukan semata ketiadaan niat, melainkan kombinasi keterbatasan literasi kesehatan, stigma, dan akses layanan. Intervensi yang membawa layanan lebih dekat (edukasi, konseling, skrining) dan menanamkan struktur pendukung internal (pendidik sebaya dan staf terlatih) tampak memitigasi hambatan tersebut. Pembahasan ini menekankan pentingnya menjaga kualitas pelaksanaan (*fidelity*) misalnya konsistensi sesi, pemeliharaan materi visual, dan keberlanjutan peran *champions* agar perubahan perilaku bertahan di luar periode proyek. Ke depan, penguatan dokumentasi kuantitatif (terutama pelacakan longitudinal skor pra–pasca dan *uptake* layanan) serta integrasi data rujukan klinis akan memperkaya bukti dampak dan memandu pengembangan skala lebih luas pada konteks serupa.

KESIMPULAN DAN SARAN

Program pemberdayaan berbasis PHBS yang dipadukan dengan edukasi kesehatan reproduksi dan pencegahan IMS di PKAR menunjukkan keterlaksanaan yang baik, penerimaan peserta yang tinggi, serta indikasi perbaikan pada pengetahuan dan praktik higienitas sehari-hari. Kehadiran layanan bergerak untuk konseling dan skrining menurunkan hambatan akses, sementara aktivasi pendidik sebaya dan pelibatan staf menciptakan mekanisme dukungan internal yang menjaga kontinuitas perubahan perilaku. Sinergi antara materi edukasi sederhana, penguatan lingkungan fisik (*poster/leaflet*, jadwal kebersihan), dan pemantauan ringan di tingkat asrama membentuk ekosistem perilaku yang kondusif. Secara keseluruhan, desain yang partisipatif, adaptif terhadap konteks, serta berorientasi pada keberlanjutan memberi dasar yang kuat bahwa pendekatan ini layak dipertahankan dan direplikasi pada komunitas serupa.

Ke depan, program disarankan memperpanjang fase pendampingan untuk memantapkan kebiasaan kunci (cuci tangan, kebersihan personal, *uptake* kondom) serta memperluas jejaring rujukan dengan fasilitas kesehatan setempat guna menjamin kontinuitas skrining dan tindak lanjut klinis. Kapasitas *peer health educator* perlu ditingkatkan melalui pelatihan berkala, supervisi singkat, dan penyediaan *job-aid* praktis agar kualitas penyampaian materi terjaga. Di tingkat manajemen, pemanfaatan instrumen monitoring sederhana (lembar cek mingguan, log kegiatan *peer educator*,

dan rekap pra–pasca) akan memperkuat akuntabilitas sekaligus memudahkan *course correction*. Untuk memperbesar dampak, pengembangan materi visual bertema spesifik (misalnya manajemen kebersihan menstruasi, pencegahan IMS yang sensitif gender, dan keamanan pangan) serta sesi kolaboratif dengan mitra lokal (puskesmas/klinik, lembaga sosial) patut diprioritaskan. Terakhir, dokumentasi hasil secara lebih sistematis, termasuk pelacakan longitudinal dan integrasi data rujukan akan memperkaya bukti efektivitas dan menjadi dasar advokasi replikasi pada lokasi lain.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada LPPM Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah mendanai PKM LN 2025 atas :

Nama : Bdn Dian Nintyasari Mustika, SST, M.Kes

No. Kontrak : 118/UNIMUS.L/PM/PKMLN/PJ.INT/2025

DAFTAR PUSTAKA

- Fact Sheet No. 31: The Right to Health* | OHCHR. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet (London, England)*, 384(9953), 1529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Felipetto, L. G., Teider-Junior, P. I., da Silva, F. F. V., Couto, A. C. do, Kmetiuk, L. B., Martins, C. M., Ullmann, L. S., Timenetsky, J., Santos, A. P. dos, & Biondo, A. W. (2021). Serosurvey of anti-treponema pallidum (syphilis), anti-hepatitis C virus and anti-HIV antibodies in homeless persons of São Paulo city, southeastern Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 25(4), 101602. <https://doi.org/10.1016/J.BJID.2021.101602>
- He, J., Wang, Y., Du, Z., Liao, J., He, N., & Hao, Y. (2020). Peer education for HIV prevention among high-risk groups: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/S12879-020-05003-9/FIGURES/7>
- Human rights*. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention : Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), 181. <https://doi.org/10.1521/AEAP.2009.21.3.181>
- Pinto, V. M., Tancredi, M. V., De Alencar, H. D. R., Camolesi, E., Holcman, M. M., Grecco, J. P., Grangeiro, A., & Grecco, E. T. O. (2014). Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(2), 341–354. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>





Link Video Senam :

https://drive.google.com/file/d/1ixjpg_LYIYgoiOVy6tn2y82TUtxuRiuN/view?usp=sharing