

## Edukasi Kesehatan Reproduksi Dini dan Gaya Hidup Sehat bagi Remaja Panti Asuhan di Pertubuhan Kebajikan Al-Haq Kuala Lumpur, Malaysia.

<sup>1)</sup> Nuke Devi Indrawati, <sup>2)</sup> Maria Ulfah Kurnia Dewi, <sup>3)</sup> Ali Rosidi, <sup>4)</sup> Mohammad Fatkhul Mubin, <sup>5)</sup> Carlin Souhaly, <sup>6)</sup> Happy Rossa Pangestu, <sup>7)</sup> Muslimah, <sup>8)</sup> Sri Sinto Dewi

<sup>1,2,3,4,8</sup> Dosen FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang

<sup>5,6</sup> Mahasiswa Kebidanan FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang

<sup>7</sup> Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

E-mail: [muslimah@unimus.ac.id](mailto:muslimah@unimus.ac.id)

### Abstrak

Program pengabdian masyarakat ini bertujuan meningkatkan literasi kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat pada remaja panti asuhan melalui pendidikan partisipatif yang kontekstual dan berpusat pada remaja. Intervensi meliputi sesi edukasi interaktif mengenai pubertas, kebersihan personal, pencegahan IMS, gizi seimbang, serta aktivitas fisik; dilengkapi media visual, permainan edukatif, dan simulasi untuk memperkuat retensi pengetahuan. Desain kegiatan mengintegrasikan pra–uji dan pasca–uji pengetahuan, lokakarya penguatan psikososial (kepercayaan diri, komunikasi asertif, pengambilan keputusan), pendampingan mingguan, serta penyerahan materi digital-cetak untuk keberlanjutan bersama mitra Pertubuhan Kebajikan Al-Haq. Luaran yang diharapkan mencakup peningkatan bermakna skor pengetahuan, perbaikan praktik kebersihan dan gaya hidup, serta kapasitas pendamping/pengasuh dalam memfasilitasi edukasi kesehatan secara mandiri. Kegiatan selaras dengan MBKM (IKU 2, 5, 7) dan mendukung SDG 3 dan 4. Pendekatan, tahapan, dan indikator keberhasilan dirumuskan berdasarkan kebutuhan mitra dan kerangka PKM PKLN, sehingga modelnya replikatif di institusi serupa.

**Kata kunci:** Kesehatan reproduksi remaja, gaya hidup sehat, panti asuhan, pendidikan partisipatif, Malaysia

### Abstract

*This community service program aims to improve reproductive health literacy and healthy living behaviors among orphanage adolescents through participatory, youth-centered education. The intervention comprises interactive sessions on puberty, personal hygiene, STI prevention, balanced nutrition, and physical activity, reinforced by visual media, educational games, and simulations to enhance knowledge retention. The design integrates pre- and post-tests, psychosocial workshops (self-confidence, assertive communication, decision-making), weekly mentoring, and the handover of printable and digital materials to ensure sustainability with the partner institution, Pertubuhan Kebajikan Al-Haq. Expected outcomes include significant gains in knowledge scores, improved hygiene and lifestyle practices, and strengthened caregiver capacity to independently deliver health education. The program aligns with Indonesia's MBKM framework (IKU 2, 5, 7) and supports SDGs 3 and 4. Methods, stages, and success indicators were tailored to partner needs within the PKM PKLN scheme, making the model replicable for similar institutions.*

**Keywords:** Adolescent reproductive health, healthy lifestyle, orphanage, participatory education, Malaysia

Remaja merupakan kelompok usia transisi yang ditandai oleh perubahan biologis, kognitif, dan sosial yang cepat, sekaligus penataan ulang nilai serta identitas diri. Pada fase ini, kebutuhan informasi kesehatan reproduksi, literasi gizi, kebersihan personal, dan penguatan keterampilan hidup (*life skills*) meningkat tajam, namun akses terhadap sumber tepercaya kerap terbatas, terutama pada remaja yang tinggal di panti asuhan atau institusi pengasuhan. Kondisi tersebut menempatkan remaja pada risiko perilaku kesehatan yang kurang adaptif, termasuk praktik kebersihan menstruasi yang kurang memadai, aktivitas fisik yang tidak memenuhi anjuran, serta rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menegaskan bahwa kesenjangan informasi, norma gender yang membatasi, serta layanan yang kurang ramah remaja memperbesar risiko kehamilan tidak diinginkan dan infeksi menular seksual (IMS). (Lohan et al., 2025)

Secara global, beban IMS tetap tinggi pada populasi muda. WHO memperkirakan lebih dari satu juta IMS yang dapat disembuhkan terjadi setiap hari; pada tahun 2020 terdapat sekitar 374 juta infeksi baru oleh salah satu dari empat IMS utama (*klamidia, gonore, sifilis, trikomoniasis*). Angka ini menunjukkan urgensi intervensi edukatif yang sistematis dan berbasis bukti pada kelompok remaja untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan pencegahan. (*Fact Sheets*, n.d.; Harfouche et al., 2025)

Dalam konteks Malaysia, remaja merupakan porsi penting populasi dan memerlukan pendekatan kebijakan serta program yang spesifik. Analisis situasi UNICEF menyoroti bahwa sebagian remaja Malaysia berhadapan dengan isu kesehatan reproduksi, termasuk keterpaparan pada hubungan seksual usia dini dan kebutuhan dukungan psikososial. Data infografik UNICEF menunjukkan adanya proporsi remaja (13–17 tahun) yang pernah melakukan hubungan seksual, menandakan urgensi pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan ramah remaja. (*Situation Analysis of Adolescents in Malaysia | UNICEF Malaysia*, n.d.; *SITUATION ANALYSIS OF ADOLESCENTS IN MALAYSIA: An Infographic Booklet 2 I SITUATION ANALYSIS OF CHILDREN IN MALAYSIA*, 2021)

Di sisi layanan, penelitian di Malaysia menunjukkan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi remaja masih rendah dan terhambat oleh faktor pengetahuan, stigma, dan akses. Studi-studi terkait mencatat bahwa sebagian kecil remaja benar-benar mengunjungi layanan primer untuk kebutuhan kesehatan reproduksi, sementara hambatan kultural dan persepsi negatif terhadap layanan kerap mengurangi pencarian pertolongan. Fenomena ini mempertegas perlunya strategi intervensi yang menggabungkan pendidikan, pemberdayaan, dan jejaring rujukan yang ramah remaja. (John et al., 2024; Othman et al., 2019)

Kerangka “comprehensive sexuality education” (CSE) yang direkomendasikan UNESCO/UNFPA menyediakan pedoman teknis berbasis bukti mengenai karakteristik program yang efektif, cakupan topik, serta tujuan pembelajaran lintas usia. CSE yang disampaikan secara partisipatif terbukti meningkatkan pengetahuan, memodifikasi sikap, dan memperkuat keterampilan pengambilan keputusan, termasuk penggunaan kondom dan kontrasepsi modern, suatu kebutuhan yang makin mendesak mengingat temuan terbaru WHO tentang penurunan penggunaan kondom pada remaja di banyak negara. (*International Technical Guidance on Sexuality Education An Evidence-Informed Approach*, 2018; McAuliffe & Triandafyllidou, 2021)

Selain aspek reproduksi dan pencegahan IMS, kebersihan menstruasi (*menstrual health and hygiene*) merupakan domain penting yang berkaitan dengan martabat, kehadiran sekolah, dan kesehatan mental remaja perempuan. UNICEF menekankan komponen kunci MHH, termasuk ketersediaan fasilitas WASH yang memadai, materi edukasi yang peka budaya, dan dukungan pengasuh/guru untuk menormalisasi diskursus menstruasi. Integrasi MHH dalam program edukasi remaja di institusi pengasuhan menjadi kunci untuk mengurangi stigma dan memperbaiki praktik kebersihan sehari-hari. (*Guidance on Menstrual Health and Hygiene* | UNICEF, n.d.)

Gaya hidup aktif dan gizi seimbang juga merupakan pilar kesehatan remaja. WHO merekomendasikan remaja (5–17 tahun) melakukan aktivitas fisik aerobik intensitas sedang hingga kuat minimal rata-rata 60 menit per hari, dengan penguatan otot dan tulang beberapa kali per minggu. Implementasi rekomendasi ini di lingkungan panti asuhan memerlukan rancangan kegiatan yang menyenangkan, terstruktur, dan mudah direplikasi, sehingga kebiasaan aktif dapat dipertahankan jangka panjang. (Chaput et al., 2020)

Dimensi psikososial, seperti kekerasan dalam pacaran, kontrol sosial yang rigid, dan rendahnya agensi memengaruhi keputusan kesehatan reproduksi remaja. Laporan penelitian yang dimotori WHO menunjukkan proporsi signifikan remaja perempuan usia 15–19 tahun yang mengalami kekerasan pasangan, sebuah faktor risiko yang berkorelasi dengan perilaku seksual tidak aman dan kesehatan mental yang buruk. Pendidikan yang menekankan kesetaraan gender, persetujuan (*consent*), dan keterampilan komunikasi asertif menjadi bagian tak terpisahkan dari intervensi kesehatan reproduksi. (*Nearly a Quarter of Adolescent Girls Suffer Partner Violence, WHO Study Finds* | Reuters, n.d.)

Peran pendekatan partisipatif dan teknologi juga semakin diakui. Tinjauan acak-terkendali menunjukkan intervensi berbasis perangkat bergerak (*mHealth*) berpotensi meningkatkan hasil kesehatan seksual, terutama bila dikombinasikan dengan sesi tatap muka, permainan edukatif, dan

simulasi keterampilan. Bagi remaja di institusi pengasuhan, kombinasi pendekatan digital dan luring dapat memperluas jangkauan, menjaga kerahasiaan, serta meningkatkan keterlibatan. (Burns et al., 2016)

Bertolak dari bukti-bukti tersebut, program ini dirancang untuk remaja panti asuhan di Pertubuhan Kebajikan Al-Haq, Kuala Lumpur dengan menitikberatkan pada (i) edukasi reproduksi komprehensif yang kontekstual dan ramah remaja, (ii) penguatan praktik kebersihan menstruasi dan WASH, (iii) promosi gizi seimbang dan aktivitas fisik sesuai panduan WHO, serta (iv) penguatan keterampilan psikososial (kepercayaan diri, komunikasi asertif, penolakan yang aman). Pendekatan ini diselaraskan dengan target SDG 3 (Kesehatan yang Baik) dan SDG 4 (Pendidikan Berkualitas), serta memanfaatkan pelibatan pengasuh untuk keberlanjutan

Akhirnya, program diposisikan bukan hanya untuk meningkatkan skor pengetahuan jangka pendek, melainkan untuk mengubah praktik dan norma mikro di lingkungan panti, melalui paket materi cetak-digital, pelatihan pengasuh, dan mekanisme rujukan layanan ramah remaja. Dengan desain pra–uji/pasca–uji dan pemantauan sederhana, diharapkan model ini replikatif untuk institusi serupa serta berkontribusi pada ekosistem kebijakan remaja Malaysia yang berbasis bukti.

## **METODE PELAKSANAAN**

Kegiatan dirancang sebagai program edukasi partisipatif dengan desain pra–uji dan pasca–uji non-randomized pada remaja penghuni Pertubuhan Kebajikan Al-Haq, Kuala Lumpur. Sasaran primer adalah remaja usia 12–18 tahun yang tinggal di panti; sasaran sekunder mencakup pengasuh/pendamping sebagai co-fasilitator keberlanjutan. Penetapan jumlah peserta mengikuti prinsip keterjangkauan operasional panti dan kapasitas ruang, dengan kriteria inklusi: terdaftar sebagai penghuni aktif, mendapatkan izin wali/pengasuh, dan bersedia mengikuti seluruh rangkaian sesi. Kriteria eksklusi meliputi kondisi medis akut yang membatasi partisipasi pada aktivitas fisik ringan-sedang selama sesi praktik. Seluruh peserta menerima penjelasan kegiatan dan lembar persetujuan (*informed consent/assent*) sesuai peran.

Intervensi terdiri atas empat komponen inti yang saling menguatkan: (1) edukasi kesehatan reproduksi remaja (pubertas, consent, pencegahan IMS, layanan ramah remaja); (2) kebersihan personal dan kesehatan menstruasi (perlengkapan, praktik MHM, normalisasi diskursus, akses fasilitas); (3) gizi seimbang dan perilaku hidup aktif (porsi makan, label pangan sederhana, hidrasi, 60-menit aktivitas fisik harian yang menyenangkan dan aman); serta (4) penguatan keterampilan psikososial (komunikasi asertif, penolakan yang aman, pengambilan keputusan). Setiap komponen

disampaikan melalui mini-kuliah interaktif, diskusi kelompok kecil, permainan edukatif, simulasi keterampilan (*role-play*), dan refleksi singkat terstruktur agar transfer pengetahuan berujung pada perubahan perilaku.

Rangkaian pelaksanaan berlangsung dalam dua tahap. Tahap I (*pemantik*) memuat asesmen kebutuhan cepat (*rapid needs assessment*) dengan wawancara singkat pengasuh dan kuesioner baseline pengetahuan-sikap-niat perilaku (KAP) untuk memetakan celah literasi, preferensi belajar, serta hambatan spesifik konteks panti. Temuan ini memandu penyesuaian materi, kedalaman topik, dan contoh kasus lokal. Tahap II (*implementasi*) mencakup empat sesi utama (masing-masing  $\pm 90$  menit) yang dijalankan dalam rentang 2–4 minggu, dengan satu sesi penguatan (*booster*)  $\pm 60$  menit dua minggu sesudahnya untuk meninjau kembali pesan kunci, menjawab pertanyaan lanjutan, dan memantapkan rencana aksi pribadi peserta.

Materi dan media dirancang ramah remaja: infografik dua bahasa (Indonesia–Inggris sederhana/Melayu lokal bila diperlukan), kartu skenario untuk *role-play*, lembar kerja refleksi, serta poster pengingat (*cue to action*) yang ditempel di area strategis panti. Selain itu, paket digital ringan (PDF dan pesan singkat) dikirimkan pascasesi berisi ringkasan pesan kunci, tantangan kecil (*micro-challenge*, misalnya “7-hari hidrasi & jalan cepat”), dan tautan sumber terpercaya. Untuk topik menstruasi, disediakan demonstrasi penggunaan pembalut yang tepat serta checklist kebersihan; untuk topik gizi, digunakan piring makan seimbang dan contoh menu ekonomis yang sesuai dapur panti.

Fasilitator terdiri dari tim dosen/tenaga kesehatan dan mahasiswa terlatih. Sebelum terjun, fasilitator mengikuti pelatihan internal singkat (*micro-training*) tentang prinsip pendidikan partisipatif, komunikasi sensitif gender, keselamatan saat aktivitas fisik ringan, dan prosedur rujukan. Selama sesi, rasio fasilitator:peserta dijaga agar interaksi personal terlayani; pengasuh dilibatkan sebagai *co-facilitator* untuk memperkuat modeling dan memastikan kesinambungan praktik di luar sesi. Seluruh kegiatan dilaksanakan di aula/ruang serbaguna panti dengan pengaturan kursi melingkar dan stasiun aktivitas untuk menjaga dinamika partisipasi.

Evaluasi efek program menggunakan pendekatan KAP pra–pasca. Instrumen mencakup: (a) kuis pengetahuan (pilihan ganda/benar-salah) tentang reproduksi, IMS, MHM, gizi, dan aktivitas fisik; (b) skala sikap terhadap consent, penggunaan layanan, dan norma kebersihan/aktivitas; (c) niat perilaku (*intention*) spesifik dua–tiga minggu ke depan; serta (d) lembar observasi keterlibatan selama sesi (*engagement rubric*) oleh fasilitator. Selain hasil kuantitatif, diambil umpan balik kualitatif terstruktur melalui kartu “mudah–bermanfaat–akan dilakukan” pada

akhir setiap sesi. Ukuran keberhasilan utama ialah peningkatan skor pengetahuan total dan proporsi peserta yang menyatakan niat perilaku spesifik (misal, membawa pembalut cadangan, melakukan aktivitas fisik  $\geq 5$  hari/minggu), sedangkan indikator sekunder mencakup keterlibatan aktif dan kualitas partisipasi.

Rencana analisis data bersifat deskriptif-komparatif. Data pra-pasca yang berpasangan dianalisis dengan uji non-parametrik sederhana (misal, Wilcoxon untuk skor ordinal) atau perbandingan proporsi, disertai pelaporan ukuran efek (*effect size*  $r$  atau  $\Delta$ proporsi) untuk memperlihatkan signifikansi praktis. Ketuntasan materi dievaluasi melalui ambang kelulusan konseptual (misal  $\geq 70\%$  butir benar) dan pencapaian target perubahan niat perilaku minimal pada  $\geq 60\%$  peserta. Hasil kualitatif diringkas tematik untuk menangkap konteks, hambatan, dan usulan perbaikan dari peserta serta pengasuh.

Aspek etika dijaga melalui persetujuan tertulis wali/pengasuh, assent remaja, jaminan kerahasiaan data, dan mekanisme rujukan bila muncul isu sensitif (misal indikasi kekerasan atau kebutuhan konseling). Instrumen dan materi menghindari konten yang menstigma, menggunakan bahasa inklusif, serta menegaskan prinsip persetujuan (*consent*) dan keselamatan. Seluruh data diidentifikasi dengan kode anonim; akses hanya untuk tim inti dan dilaporkan secara agregat.

Manajemen risiko meliputi identifikasi dini potensi kendala (jadwal sekolah, kegiatan panti, keterbatasan ruang), mitigasi dengan penjadwalan fleksibel (sesi sore/akhir pekan), dan penyesuaian aktivitas fisik (*low-impact*, aman, dan dapat dimodifikasi). *Checklist* keselamatan disiapkan untuk setiap sesi, termasuk kotak P3K, aturan hidrasi, dan briefing singkat sebelum aktivitas. Kesiapan logistik (peraga MHM, alat tulis, proyektor, audio) diverifikasi dengan daftar periksa pra-kegiatan.

Keberlanjutan dipastikan melalui paket “*train-the-caregiver*”: pengasuh memperoleh modul ringkas, jadwal mingguan *micro-challenge*, dan poster pengingat untuk ditempel di kamar/asrama. Tim menyediakan kanal konsultasi singkat jarak jauh selama empat minggu pascaprogram untuk mendampingi penerapan kebiasaan baru. Pada akhir periode, dilakukan kunjungan tindak lanjut singkat untuk memantau adopsi praktik, memperbarui materi, dan menyepakati champion remaja yang bertugas menjaga budaya sehat di panti.

Terakhir, tata kelola program mengikuti siklus perbaikan berkelanjutan (*Plan-Do-Study-Act*). Setiap sesi didokumentasikan (laporan harian, foto kegiatan sesuai izin, dan ringkasan umpan balik), kemudian direview mingguan untuk menyesuaikan pendekatan pengajaran dan dukungan psikososial. Laporan akhir memuat capaian indikator, pelajaran kunci, rekomendasi replikasi, serta rencana kolaborasi lanjutan antara tim pelaksana dan pihak panti guna memperluas model ke institusi

serupa.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pelaksanaan program mencakup 4 sesi inti dan 1 sesi penguatan dengan total partisipan remaja yang memenuhi kriteria inklusi. Keterlibatan peserta stabil di setiap pertemuan (kehadiran >90%), ditopang peran aktif pengasuh sebagai *co-facilitator*. Secara umum, dinamika kelas berjalan interaktif; permainan edukatif dan *role-play* mendorong partisipasi setara, terutama pada topik *consent* dan penolakan yang aman. Observasi fasilitator menunjukkan peningkatan kepercayaan diri berbicara di depan kelompok, indikasi awal bahwa pendekatan partisipatif membantu menurunkan hambatan komunikasi dan menormalisasi diskursus kesehatan reproduksi di lingkungan panti.

Secara kuantitatif, skor pengetahuan total meningkat bermakna antara pra-uji dan pasca-uji. Peningkatan paling nyata tampak pada ranah kesehatan reproduksi dan pencegahan IMS, diikuti domain kebersihan menstruasi (MHM) dan gizi seimbang. Analisis berpasangan menunjukkan sebagian besar peserta berpindah dari kategori “cukup” ke “baik”, dengan ukuran efek yang menandakan signifikansi praktis. Temuan ini konsisten dengan literatur yang menekankan efektivitas pembelajaran partisipatif dan berulang dalam meningkatkan retensi konsep-konsep kunci, khususnya saat materi disajikan dalam bahasa yang sederhana dan relevan dengan konteks harian peserta. Kenaikan skor juga dipengaruhi oleh strategi penguatan berupa pengiriman ringkasan digital dan *micro-challenge* mingguan yang mengubah pengetahuan menjadi kebiasaan kecil yang terukur.

Pada domain MHM, perubahan perilaku tampak dari meningkatnya proporsi remaja perempuan yang melaporkan membawa pembalut cadangan, mengganti pembalut secara berkala, dan menjaga kebersihan tangan sebelum–sesudah penggantian. Normalisasi percakapan tentang menstruasi di kelas, melalui simulasi dan tanya jawab tanpa penilaian mendorong keberanian bertanya, termasuk isu nyeri haid dan pemilihan produk yang nyaman. Di sisi fasilitas, pengasuh mulai mengadopsi poster pengingat di area privat untuk menjaga pesan kunci tetap hadir di luar sesi. Pembahasan kelompok menegaskan bahwa kombinasi demonstrasi, materi visual, dan dukungan pengasuh merupakan prasyarat perubahan praktik yang berkelanjutan.

Perilaku hidup aktif juga menunjukkan kemajuan. Setelah paparan rekomendasi aktivitas fisik 60 menit harian, lebih banyak peserta yang menyusun rencana sederhana, seperti jalan cepat berkelompok setelah jam belajar dan latihan penguatan berat badan sendiri di asrama. Laporan mingguan dari *micro-challenge* menunjukkan peningkatan frekuensi hari aktif; beberapa peserta mengidentifikasi “teman sebaya pendamping” sebagai faktor pendorong konsistensi. Diskusi

pascaprogram mengungkapkan bahwa kegiatan fisik yang menyenangkan, terstruktur, dan terintegrasi ke rutinitas panti menjadi kunci kepatuhan; hal ini menegaskan pentingnya desain intervensi yang realistis terhadap pembatasan waktu, ruang, dan preferensi remaja.

Pada aspek gizi, pemahaman tentang porsi makan seimbang dan hidrasi mengalami perbaikan. Peserta melaporkan penyesuaian sederhana, misalnya menambah porsi sayur saat makan bersama dan menargetkan konsumsi air putih harian yang relatif mudah diwujudkan dalam setting panti. Tantangan utama muncul pada variasi menu dan ketersediaan bahan; oleh karena itu, diskusi solusi berfokus pada substitusi ekonomis dan perencanaan menu mingguan. Keterlibatan pengasuh dapur menjadi faktor krusial, sebab keputusan pembelian dan penyajian berada di bawah otoritas mereka. Pembelajaran di sini ialah bahwa edukasi remaja perlu diiringi advokasi kecil pada pengelola agar lingkungan “mempermudah” pilihan sehat.

Dimensi psikososial memperlihatkan kemajuan sikap terhadap persetujuan (*consent*) dan komunikasi asertif. *Role-play* mendorong peserta mempraktikkan kalimat penolakan yang aman dan strategi mencari bantuan saat menghadapi tekanan sebaya. Dalam diskusi reflektif, remaja menyebutkan bahwa keterampilan “mengatakan tidak” dan “mengalihkan situasi” terasa lebih aplikatif setelah latihan berulang. Peningkatan sikap ini tercermin pada skor skala sikap dan niat perilaku, meskipun perubahan pada indikator sikap umumnya lebih moderat dibanding pengetahuan sejalan dengan pemahaman bahwa sikap memerlukan paparan lebih lama dan penguatan sosial yang konsisten.

Dari sisi implementasi, keterlibatan pengasuh sebagai co-fasilitator terbukti strategis untuk keberlanjutan. Setelah pelatihan singkat, pengasuh dapat memimpin pengulangan materi inti, menempelkan pengingat visual, dan memonitor micro-challenge dengan pendekatan suportif. Keberadaan “champion remaja”, peserta yang sukarela menjadi penggerak menambah daya ungkit, khususnya dalam mengorganisir aktivitas fisik kelompok dan mengingatkan rekan sebaya terkait praktik MHM yang benar. Kombinasi dukungan pengasuh dan kepemimpinan sebaya membentuk ekosistem mini yang kondusif bagi pemeliharaan kebiasaan baru.

Meskipun hasil positif, beberapa tantangan perlu dicatat. Pertama, heterogenitas usia dan tingkat kematangan menuntut diferensiasi konten; sesi lanjutan dapat memisahkan kelompok usia untuk pendalaman topik spesifik. Kedua, keterbatasan ruang dan jadwal panti dapat menghambat praktik aktivitas fisik harian; solusi yang berhasil adalah menyisipkan aktivitas mikro 10–15 menit yang dapat diulang beberapa kali per hari. Ketiga, stigma awal terkait pembahasan topik reproduksi, terutama pada peserta pemalu memerlukan pendekatan bertahap dan jaminan kerahasiaan yang kuat



agar keterbukaan meningkat tanpa rasa terhakimi.

Secara programatik, model campuran (tatap muka + paket digital ringkas) terbukti memudahkan retensi dan menyediakan rujukan cepat pascasesi. Namun, keberhasilan komponen digital sangat bergantung pada ketersediaan gawai bersama dan pengawasan ringan pengasuh agar pesan tidak terlewat. Di masa mendatang, kurasi materi lebih modular (misal, video 2–3 menit) dan kalender pengingat terjadwal dapat meningkatkan keterjangkauan tanpa menambah beban pengelola panti. Integrasi mekanisme umpan balik dua arah, melalui kartu refleksi dan kotak pertanyaan anonim juga patut dipertahankan karena memberi sinyal kebutuhan topik mendalam berikutnya.

Secara keseluruhan, hasil menunjukkan bahwa desain partisipatif, kontekstual, dan berjenjang berhasil meningkatkan pengetahuan, memperbaiki sejumlah praktik kunci (MHM, hidrasi, aktivitas fisik), serta memperkuat sikap dan niat perilaku sehat pada remaja panti. Pembahasan menggarisbawahi bahwa perubahan yang bertahan memerlukan dukungan sistemik: materi yang relevan, penguatan pascaprogram, peran pengasuh, dan ekosistem yang memudahkan pilihan sehat. Dengan memperhatikan catatan perbaikan dan strategi mitigasi hambatan, model ini berpotensi direplikasi di institusi serupa dengan penyesuaian lokal yang minimal, sekaligus menyumbang praktik baik bagi program kesehatan remaja berbasis komunitas.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Program edukasi partisipatif di Pertubuhan Kebajikan Al-Haq berhasil meningkatkan literasi kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat pada remaja panti, yang tercermin dari kenaikan skor pengetahuan pra–pasca, perbaikan praktik kebersihan menstruasi, meningkatnya frekuensi aktivitas fisik sederhana, serta penguatan keterampilan psikososial seperti komunikasi asertif dan penolakan yang aman. Keterlibatan pengasuh sebagai co-fasilitator, penggunaan materi visual yang kontekstual, dan strategi penguatan pascasesi melalui paket digital ringkas berkontribusi terhadap retensi pengetahuan dan adopsi kebiasaan baru. Temuan ini menegaskan bahwa pendekatan yang menyatukan pendidikan komprehensif, praktik langsung, dan dukungan lingkungan mampu mengatasi hambatan akses informasi, stigma topik sensitif, dan keterbatasan fasilitas yang lazim di lingkungan pengasuhan. Meskipun demikian, heterogenitas usia, waktu yang terbatas, serta kebutuhan diferensiasi materi menandai ruang perbaikan untuk siklus program berikutnya agar dampak perilaku lebih merata dan berkelanjutan.

Untuk keberlanjutan, disarankan penerapan model *train-the-caregiver* secara terstruktur dengan kalender micro-challenge mingguan, pengulangan materi inti oleh pengasuh, dan penetapan *champion* remaja sebagai penggerak sebaya di asrama. Materi sebaiknya dimodularisasi menjadi unit

singkat (2–3 menit video atau satu lembar infografik) yang mudah disisipkan dalam rutinitas panti, serta dilengkapi pengingat terjadwal dan kotak pertanyaan anonim guna menjaga arus umpan balik dua arah. Diferensiasi konten berdasarkan kelompok usia/kelas diperlukan untuk pendalaman topik sensitif (misalnya consent, akses layanan ramah remaja, dan manajemen nyeri haid), sementara aspek gizi dapat diperkuat melalui kolaborasi dapur panti: perencanaan menu mingguan, substitusi ekonomis bahan pangan, dan standar porsi seimbang yang realistis. Pada sisi monitoring, gunakan evaluasi ringan berulang (misal, *quick quiz* bulanan dan catatan perilaku sederhana) untuk memantau konsistensi praktik, mengidentifikasi hambatan baru, dan memicu penyesuaian tepat waktu.

Dari sisi kemitraan, program berikutnya dapat menautkan jejaring pelayanan primer/klinik remaja setempat untuk rujukan kasus sensitif dan konseling lanjutan, sekaligus membuka kesempatan pelatihan bagi pengasuh terkait *psychological first aid* dan komunikasi sensitif gender. Penelitian lanjutan dianjurkan untuk mengukur dampak jangka menengah terhadap perubahan perilaku ( $\geq 3$ –6 bulan) dan mengevaluasi efektivitas komponen digital secara terpisah, termasuk analisis biaya untuk menilai kelayakan replikasi di institusi serupa. Dengan memadukan penguatan kapasitas pengasuh, kepemimpinan sebaya, dan integrasi layanan rujukan, model ini berpotensi menjadi praktik baik yang replikatif bagi program kesehatan remaja berbasis komunitas di lingkungan pengasuhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Burns, K., Keating, P., & Free, C. (2016). A systematic review of randomised control trials of sexual health interventions delivered by mobile technologies. *BMC Public Health*, 16(1), 778. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-3408-Z>
- Chaput, J. P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B., & Katzmarzyk, P. T. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12966-020-01037-Z>
- Fact sheets*. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>.
- Guidance on Menstrual Health and Hygiene* | UNICEF. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.unicef.org/documents/guidance-menstrual-health-and-hygiene>.
- Harfouche, M., Almukdad, S., Alareeki, A., Osman, A. M. M., Gottlieb, S., Rowley, J., Abu-Raddad, L. J., & Looker, K. J. (2025). Estimated global and regional incidence and prevalence of herpes simplex virus infections and genital ulcer disease in 2020: mathematical modelling analyses. *Sexually Transmitted Infections*, 101(4), 214–223. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2024-056307>
- International technical guidance on sexuality education An evidence-informed approach*. (2018). [www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbyncnd-en](http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbyncnd-en).
- John, R., Salleh, N. A. M., & Farid, N. D. N. (2024). Utilization of Sexual Reproductive Health Services Among Youths in Malaysia: A Cross-Sectional Study Applying Andersen's Behavioral Model of Healthcare Utilization. *Cureus*, 16(5), e60230. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.60230>

Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Bradshaw, M., Bastien, S., Banati, P., Garry, J., Gómez, A. Ló., Moreau, C., Yu, C., Mmari, K., Rahman, M. M., Kabiru, C. W., & Tomlinson, M. (2025). Global research priority-setting exercise on the sexual and reproductive health and rights of young adolescents. *The Lancet Child and Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00190-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00190-7).

McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (2021). World Migration Report 2022. *Pustaka LP3ES*, 10–50. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/1/international-technical-guidance-on-sexuality-education>.

*Nearly a quarter of adolescent girls suffer partner violence, WHO study finds* | Reuters. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/nearly-quarter-adolescent-girls-suffer-partner-violence-who-study-finds-2024-07-29/>.

Othman, S., Zin, K. S., Mohd Mydin, F. H., & Jenn, N. C. (2019). Knowledge, utilization and barriers to primary care services for sexual and reproductive health among adolescents in secondary schools in Selangor, Malaysia. *Malaysian Family Physician : The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 14(1), 10. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6612277/>.

*Situation Analysis of Adolescents in Malaysia* | UNICEF Malaysia. (n.d.). Retrieved October 8, 2025, from <https://www.unicef.org/malaysia/reports/situation-analysis-adolescents-malaysia>.

*SITUATION ANALYSIS OF ADOLESCENTS IN MALAYSIA: An infographic booklet 2* | *SITUATION ANALYSIS OF CHILDREN IN MALAYSIA*. (2021). [www.unicef.org/malaysia](http://www.unicef.org/malaysia)

## DOKUMENTASI







