

Analisis Hubungan Body Image, Self-Esteem, dan Self-Efficacy dengan Kerentanan Remaja terhadap Perilaku Seksual Berisiko di Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau: Studi Potong Lintang Analitik

Siti Romlah*, Amelda Nopitri

1,2 Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Riau Indonesia, Rengat, Riau, Indonesia

*E-mail Korespondensi: (sitiromlah06072018@gmail.com, Amelda2789@gmail.com)

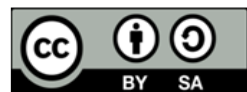
INFO ARTIKEL

Riwayat artikel:

Diterima:

Direvisi:

Disetujui:



Artikel ini merupakan artikel akses terbuka di bawah lisensi [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Hak Cipta © 2025 oleh Penulis.
Diterbitkan oleh Universitas Riau Indonesia

ABSTRAK

Perilaku seksual berisiko pada remaja dipengaruhi oleh faktor individual dan psikososial yang saling berinteraksi. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan body image, self-esteem, dan self-efficacy dengan kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja usia 15–19 tahun di Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau. Studi potong lintang analitik berbasis populasi dirancang pada Februari 2025 dengan kebutuhan sampel minimum 584 remaja dan stratified multistage probability sampling. Body image diukur menggunakan BSQ-8C versi Indonesia, self-esteem menggunakan Rosenberg Self-Esteem Scale, dan self-efficacy menggunakan GSES-12 versi Indonesia. Outcome primer didefinisikan sebagai sedikitnya satu indikator: hubungan seksual tanpa proteksi/penggunaan kondom tidak konsisten, ≥ 2 pasangan seksual dalam 12 bulan, hubungan seksual di bawah pengaruh alkohol/zat, transaksi seksual, atau debut seksual < 15 tahun. Karena data primer responden belum disertakan, bagian hasil numerik dalam draf ini menggunakan dataset sintetis terkalibrasi sebanyak 612 profil remaja (seed 202526) untuk mendemonstrasikan analisis, bukan sebagai hasil empiris. Pada simulasi, prevalensi berbobot outcome sebesar 20,5% (IK 95% 17,5–23,9). Setelah penyesuaian, setiap kenaikan 1 SD BSQ-8C berhubungan dengan prevalensi outcome 17% lebih tinggi (aPR 1,17; IK 95% 1,04–1,32; $p=0,011$), sedangkan setiap kenaikan 1 SD RSES (aPR 0,81; IK 95% 0,70–0,93; $p=0,003$) dan GSES-12 (aPR 0,74; IK 95% 0,63–0,87; $p<0,001$) berhubungan dengan prevalensi lebih rendah. Tekanan teman sebaya (aPR 1,30; IK 95% 1,13–1,50)

dan penggunaan alkohol/zat (aPR 1,75; IK 95% 1,18–2,60) juga menunjukkan asosiasi positif. Konteks Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2024 mencatat 41 kasus HIV dan cakupan deteksi dini HIV 87,1% pada populasi berisiko. Hasil simulasi mendukung kerangka intervensi yang menggabungkan citra tubuh sehat, penguatan harga diri, self-efficacy, keterampilan penolakan, serta layanan kesehatan reproduksi remaja. Seluruh estimasi responden pada draf ini harus diganti dengan hasil data lapangan sebelum publikasi.

Kata kunci:

body image; self-esteem; self-efficacy; remaja; perilaku seksual berisiko; Rengat

1. PENDAHULUAN

Adolescence merupakan fase transisi yang ditandai perubahan biologis, kognitif, emosional, dan sosial yang cepat. World Health Organization mendefinisikan remaja sebagai individu usia 10–19 tahun dan menempatkan kesehatan seksual serta reproduksi sebagai bagian penting dari kesejahteraan remaja. Keputusan yang terbentuk pada periode ini, termasuk keputusan terkait aktivitas seksual, penggunaan kondom, relasi sebaya, dan penggunaan zat, dapat berdampak pada risiko infeksi menular seksual, kehamilan yang tidak direncanakan, putus sekolah, dan konsekuensi psikososial jangka panjang (World Health Organization, 2018).

Perilaku seksual berisiko perlu didefinisikan secara hati-hati. Dalam penelitian kesehatan remaja, indikator yang lebih dekat dengan risiko kesehatan mencakup hubungan seksual tanpa proteksi, ketidakkonsistenan penggunaan kondom, lebih dari satu pasangan seksual, hubungan seksual di bawah pengaruh alkohol atau zat, transaksi seksual, dan debut seksual yang sangat dini. Aktivitas seperti berciuman atau masturbasi tidak semestinya secara otomatis disetarakan dengan perilaku seksual berisiko tinggi. Selain itu, pengalaman koersi atau kekerasan seksual merupakan viktimisasi dan harus dianalisis sebagai pengalaman kekerasan, bukan sebagai perilaku berisiko yang dilakukan korban.

Konteks Indonesia menunjukkan bahwa perilaku seksual remaja berhubungan dengan kemampuan psikososial. Survei potong lintang pada 480 remaja usia 15–19 tahun di Bandung menemukan bahwa beberapa dimensi life skills, termasuk refusal skill, assertiveness, problem solving, dan self-control, berhubungan dengan perilaku seksual berisiko (Mediawati et al., 2022). Temuan tersebut memperkuat kebutuhan untuk menilai faktor psikologis yang dapat memengaruhi pengambilan keputusan remaja, tetapi bukti lokal di Kabupaten Indragiri Hulu masih terbatas.

Body image merupakan konstruk multidimensional yang menggambarkan persepsi, pikiran, perasaan, dan evaluasi seseorang terhadap tubuhnya. Ketidakpuasan atau kekhawatiran berlebihan terhadap bentuk tubuh dapat memengaruhi harga diri, kebutuhan akan penerimaan sosial, kerentanan terhadap tekanan pasangan, dan cara remaja menegosiasikan batas dalam relasi. Dalam penelitian ini, dimensi body image difokuskan pada body-shape concern menggunakan Eight-Item Body Shape Questionnaire (BSQ-8C) versi Indonesia yang telah menunjukkan unidimensionalitas dan reliabilitas yang baik (Setiawan et al., 2025).

Self-esteem merefleksikan evaluasi global individu terhadap keberhargaan dirinya, sedangkan self-efficacy menggambarkan keyakinan bahwa individu mampu mengorganisasi dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghadapi tuntutan situasi. Tinjauan sistematis menunjukkan hubungan self-esteem dengan perilaku berisiko remaja dan perilaku seksual berisiko, meskipun arah serta besar asosiasi dapat berbeda menurut jenis outcome dan karakteristik populasi (Ahn & Yang, 2023; Martínez-Casanova et al., 2024). Literatur tentang self-efficacy juga menunjukkan bahwa keyakinan terhadap kemampuan diri, termasuk kemampuan menolak atau menerapkan perilaku seksual aman, dapat berfungsi sebagai faktor protektif (Corral-Gil et al., 2022; Widman et al., 2025).

Rengat merupakan pusat pemerintahan Kabupaten Indragiri Hulu dan memiliki populasi remaja yang relevan untuk kajian kesehatan reproduksi. Kecamatan Rengat Dalam Angka 2024 mencatat jumlah penduduk tahun 2023 sebanyak 52.285 jiwa dan penduduk usia 15–19 tahun sebanyak 3.941 jiwa. Untuk konteks kabupaten yang lebih luas, publikasi BPS tahun 2025 mencatat jumlah penduduk Indragiri Hulu tahun 2024 sebanyak 487.039 jiwa; kelompok usia 15–19 tahun berjumlah 41.036 jiwa, terdiri dari 21.065 laki-laki dan 19.971 perempuan. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu memperkuat urgensi promosi kesehatan reproduksi: pada 2024 ditemukan 41 kasus HIV (30 laki-laki dan 11 perempuan), dengan 6 kasus pada kelompok usia 20–24 tahun dan tidak tercatat kasus pada kelompok usia 15–19 tahun. Dari estimasi 10.305 orang dengan risiko terinfeksi HIV, sebanyak 8.975 orang (87,1%) mendapatkan pelayanan deteksi dini sesuai standar. Seluruh 20 Puskesmas di Kabupaten Indragiri Hulu juga dilaporkan melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dan penjangkaran kesehatan sekolah, termasuk aspek kesehatan reproduksi, perilaku berisiko kesehatan, serta kesehatan mental dan emosional. Data administratif tersebut digunakan sebagai konteks populasi, risiko, dan kapasitas layanan, bukan sebagai estimasi prevalensi perilaku seksual berisiko pada remaja (BPS Kabupaten Indragiri Hulu, 2024, 2025; Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, 2025).

2. METODE

Desain, lokasi, dan periode penelitian

Penelitian dirancang sebagai studi potong lintang analitik berbasis populasi yang dilaksanakan pada Februari 2025 di wilayah Rengat (Kecamatan Rengat), Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau. Unit analisis adalah remaja individu. Desain berbasis rumah tangga dipilih agar kerangka sampel tidak terbatas pada siswa sekolah, sehingga remaja yang tidak bersekolah tetap mempunyai probabilitas untuk terpilih. Analisis akhir memperhitungkan stratifikasi, klaster, dan bobot sampling sesuai desain yang benar-benar diterapkan di lapangan.

Populasi, kriteria, dan besar sampel

Populasi target adalah seluruh remaja usia 15–19 tahun yang berdomisili di Kecamatan Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu. Kriteria inklusi: berusia 15–19 tahun pada saat survei, tinggal di wilayah studi sekurang-kurangnya enam bulan, mampu memahami Bahasa Indonesia, dan bersedia berpartisipasi sesuai prosedur persetujuan etik. Remaja dengan kondisi akut yang menghambat pengisian mandiri atau responden duplikat dikeluarkan. Berdasarkan populasi usia 15–19 tahun Kecamatan Rengat sebanyak 3.941 jiwa (data 2023), proporsi konservatif 50%, tingkat kepercayaan 95%, presisi 5%, koreksi populasi terbatas, design effect 1,5, dan antisipasi nonrespons 10%, kebutuhan minimum adalah 584 responden. Besar sampel akhir harus disesuaikan bila kerangka populasi terbaru tersedia pada saat pelaksanaan.

Teknik sampling dan pembobotan

Stratified multistage probability sampling digunakan. Seluruh desa/kelurahan di Kecamatan Rengat diperlakukan sebagai strata agar cakupan geografis terjaga dan alokasi sampel dilakukan proporsional terhadap jumlah penduduk remaja atau jumlah rumah tangga bila kerangka usia spesifik tidak tersedia. Pada setiap strata, sejumlah RT dipilih sebagai klaster menggunakan probability proportional to size. Rumah tangga di RT terpilih kemudian dipilih dengan systematic random sampling dari daftar rumah tangga yang diperbarui melalui listing singkat. Bila terdapat lebih dari satu remaja yang memenuhi syarat dalam satu rumah tangga, satu orang dipilih secara acak menggunakan Kish grid atau algoritme random setara. Bobot dasar dihitung sebagai invers probabilitas seleksi pada setiap tahap, kemudian dikoreksi untuk nonrespons dan, bila tersedia, dikalibrasi terhadap distribusi umur dan jenis kelamin Kecamatan Rengat.

Variabel, definisi outcome, dan instrumen

Outcome primer adalah kerentanan operasional terhadap perilaku seksual berisiko, didefinisikan sebagai terdapat sedikitnya satu indikator risiko kesehatan yang telah ditetapkan sebelumnya: (1) hubungan seksual vaginal/anal tanpa kondom pada hubungan terakhir atau penggunaan kondom yang tidak konsisten; (2) dua atau lebih pasangan seksual dalam 12 bulan terakhir; (3) hubungan seksual setelah konsumsi alkohol/zat yang memengaruhi kemampuan mengambil keputusan; (4) transaksi seksual berupa memberi atau menerima uang/barang sebagai bagian dari hubungan seksual; atau (5) debut seksual sebelum usia 15 tahun. Setiap komponen juga dianalisis sebagai outcome sekunder. Pengalaman koersi, pemaksaan, atau kekerasan seksual dicatat melalui item safeguarding terpisah dan tidak dimasukkan ke skor perilaku seksual berisiko korban. Pertanyaan outcome diadaptasi dari indikator survei perilaku seksual remaja dan

penelitian Indonesia (Mediawati et al., 2022), kemudian harus melalui review pakar dan uji kognitif lokal sebelum digunakan.

Pengukuran variabel psikososial dan kovariat

Body image diukur sebagai kekhawatiran terhadap bentuk tubuh menggunakan BSQ-8C versi Indonesia (8 item; skor lebih tinggi menunjukkan body-shape concern lebih tinggi). Self-esteem diukur menggunakan Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) versi Bahasa Indonesia; skor item negatif dibalik sehingga skor lebih tinggi menunjukkan self-esteem lebih baik. Self-efficacy diukur menggunakan GSES-12 versi Indonesia; skor lebih tinggi menunjukkan keyakinan kemampuan diri yang lebih baik. Ketiga skor dipertahankan kontinu dan dianalisis per kenaikan satu standar deviasi untuk menghindari hilangnya informasi akibat kategorisasi arbitrer. Sebelum analisis hubungan, konsistensi internal dilaporkan dengan McDonald's omega dan Cronbach's alpha beserta IK 95%, dan struktur faktor diperiksa secara konfirmatori bila kualitas data memadai. Kovariat yang ditetapkan a priori meliputi umur, jenis kelamin, status sekolah, domisili desa/kelurahan, pendidikan orang tua/wali, pemantauan orang tua, komunikasi kesehatan reproduksi dengan orang tua, norma/tekanan teman sebaya, dan penggunaan alkohol/zat.

Definisi operasional

Tabel 1. Definisi operasional variabel dan rencana pengukuran

Variabel	Definisi operasional	Instrumen/pengukuran	Skala analisis
Kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko (outcome primer)	≥1 indikator: hubungan seksual tanpa proteksi/condom inconsistent; ≥2 pasangan dalam 12 bulan; seks di bawah pengaruh alkohol/zat; transaksi seksual; atau debut seksual <15 tahun. Koersi/kekerasan dianalisis terpisah.	Kuesioner anonim/self-administered; adaptasi indikator perilaku seksual remaja; periode rujukan 12 bulan kecuali debut seksual.	Biner (0/1); komponen individual sebagai outcome sekunder
Body image	Kekhawatiran/evaluasi negatif terhadap bentuk tubuh; dimensi body-shape concern.	BSQ-8C versi Indonesia, 8 item; skor total dipertahankan kontinu.	Kontinu; per 1 SD kenaikan
Self-esteem	Evaluasi global terhadap keberhargaan diri.	Rosenberg Self-Esteem Scale versi Indonesia; reverse scoring pada item negatif.	Kontinu; per 1 SD kenaikan
Self-efficacy	Keyakinan individu terhadap kemampuannya mengatasi tuntutan dan melaksanakan tindakan yang diperlukan.	GSES-12 versi Indonesia.	Kontinu; per 1 SD kenaikan
Pemantauan/komunikasi orang tua	Persepsi remaja mengenai pengawasan, pengetahuan orang tua terhadap aktivitasnya, dan komunikasi terkait kesehatan reproduksi.	Item terstruktur yang diuji isi/kognitif; skor komposit bila reliabel.	Kontinu/ordinal sesuai struktur instrumen
Norma/tekanan teman sebaya	Persepsi mengenai norma seksual teman sebaya dan tekanan untuk mengikuti perilaku tertentu.	Item Likert terstruktur yang divalidasi isi.	Kontinu/ordinal
Kovariat demografis dan perilaku	Umur, jenis kelamin, status sekolah, wilayah, pendidikan orang tua/wali, penggunaan alkohol/zat, dan variabel confounding lain yang ditetapkan a priori.	Kuesioner karakteristik responden.	Sesuai jenis variabel

Prosedur pengumpulan data, mutu data, dan analisis statistik

Kuesioner diberikan secara self-administered menggunakan perangkat elektronik offline atau lembar tertutup di ruang yang menjamin privasi tanpa guru, orang tua, atau teman sebaya berada di dekat responden. Instrumen diuji kognitif pada 20–30 remaja di luar sampel dan ditelaah oleh pakar kebidanan, kesehatan masyarakat, psikologi remaja, epidemiologi, dan perlindungan anak. Petugas mendapat pelatihan mengenai bahasa netral, kerahasiaan, respons terhadap distress, dan jalur rujukan. Analisis deskriptif menggunakan estimasi berbobot dan IK 95%. Analisis utama menggunakan survey-weighted modified Poisson regression dengan robust variance untuk menghasilkan prevalence ratio (PR) dan adjusted prevalence ratio (aPR), karena PR lebih mudah ditafsirkan pada studi potong lintang dibanding odds ratio ketika outcome tidak jarang (Barros & Hirakata, 2003; Zou, 2004). Ketiga paparan utama dimasukkan bersama-sama dengan perancu yang ditetapkan a priori; pemilihan variabel tidak didasarkan pada p-value bivariat. Linearitas skor kontinu diperiksa dengan restricted cubic splines atau fractional polynomial bila diperlukan. Multikolinearitas dinilai dengan VIF, dan interaksi dengan jenis kelamin diuji sebagai analisis sekunder yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika data hilang >5% dan asumsi missing at random masuk akal, multiple imputation by chained equations digunakan dengan memasukkan outcome, semua prediktor, auxiliary variables, serta variabel desain survei. Analisis complete-case menjadi analisis sensitivitas. Nilai p dua sisi <0,05 digunakan bersama IK 95% dan ukuran efek; interpretasi tidak hanya didasarkan pada signifikansi statistik.

Pertimbangan etik dan pelaporan

Komponen numerik pada draf ini menggunakan data sintesis dan tidak menganalisis data peserta manusia aktual sehingga tidak memiliki nomor persetujuan etik penelitian lapangan. Sebelum pengumpulan data primer, protokol wajib memperoleh persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan yang berwenang. Untuk peserta berusia <18 tahun digunakan assent remaja dan persetujuan orang tua/wali sesuai keputusan komite etik dan regulasi yang berlaku; peserta usia ≥18 tahun memberikan informed consent sendiri. Karena topik sensitif, identitas langsung tidak disimpan bersama jawaban, peserta dapat melewati pertanyaan atau menghentikan partisipasi kapan saja, dan tersedia prosedur rujukan aman bila terungkap kekerasan, koersi, risiko kehamilan, atau kebutuhan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Pelaporan

studi lapangan mengikuti STROBE dan harus menampilkan flow diagram responden, data hilang, reliabilitas instrumen, serta analisis sensitivitas.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Konteks statistik resmi menunjukkan bahwa Kecamatan Rengat memiliki 52.285 penduduk pada 2023 dan 3.941 penduduk usia 15–19 tahun. Pada tingkat Kabupaten Indragiri Hulu, jumlah penduduk tahun 2024 tercatat 487.039 jiwa, termasuk 41.036 penduduk usia 15–19 tahun. Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2024 mencatat 41 kasus HIV (30 laki-laki; 11 perempuan); 6 kasus ditemukan pada usia 20–24 tahun, 34 kasus pada usia 25–49 tahun, 1 kasus pada usia ≥50 tahun, dan tidak tercatat kasus pada usia 15–19 tahun. Seluruh kasus HIV baru yang ditemukan dilaporkan mendapatkan pengobatan ARV. Dari estimasi 10.305 orang dengan risiko terinfeksi HIV, 8.975 orang memperoleh pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar (87,1%). Pada aspek layanan remaja, seluruh 20 Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dan penjangkaran kesehatan sekolah, sedangkan 398 dari 404 Posyandu berstatus aktif (98,5%); definisi Posyandu aktif dalam profil daerah mencakup pelaksanaan Posyandu Remaja. Pelayanan kesehatan calon pengantin juga mencakup 4.266 orang dan seluruhnya mendapatkan layanan, dengan 221 calon pengantin perempuan (10,4%) dilaporkan mengalami anemia. Data daerah ini digunakan untuk memperjelas konteks kesehatan reproduksi dan kapasitas layanan, bukan menggantikan data primer penelitian.

Tabel 2. Statistik lokal yang relevan dengan populasi remaja di Rengat dan konteks kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu

Indikator	Nilai	Sumber
Jumlah penduduk Kecamatan Rengat, 2023	52.285 jiwa	BPS Kabupaten Indragiri Hulu (2024)
Penduduk usia 15–19 tahun Kecamatan Rengat, 2023	3.941 jiwa	BPS Kabupaten Indragiri Hulu (2024)
Jumlah penduduk Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	487.039 jiwa	BPS Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Penduduk usia 15–19 tahun Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	41.036 jiwa	BPS Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Kasus HIV Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	41 kasus: 30 laki-laki; 11 perempuan	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Kasus HIV usia 15–19 tahun, 2024	0 kasus tercatat	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Kasus HIV usia 20–24 tahun, 2024	6 kasus (2 laki-laki; 4 perempuan)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Orang berisiko HIV mendapat deteksi dini sesuai standar, 2024	8.975 dari estimasi 10.305 (87,1%)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja, 2024	20 dari 20 Puskesmas (100%)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan kelas 7 dan 10, 2024	20 dari 20 Puskesmas (100%)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Posyandu aktif Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	398 dari 404 (98,5%)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Calon pengantin mendapat layanan kesehatan, 2024	4.266 orang (seluruh sasaran)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)
Calon pengantin perempuan dengan anemia, 2024	221 orang (10,4%)	Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu (2025)

Data administratif harus ditafsirkan sesuai tujuan pencatatannya. Jumlah kasus HIV menggambarkan kasus yang berhasil ditemukan dan dilaporkan oleh layanan kesehatan, sehingga ketiadaan kasus tercatat pada usia 15–19 tahun tidak dapat diartikan sebagai tidak adanya perilaku seksual berisiko pada kelompok remaja. Cakupan deteksi dini HIV sebesar 87,1%, pelaksanaan kegiatan kesehatan remaja di seluruh Puskesmas, serta tingginya proporsi Posyandu aktif menggambarkan kapasitas sistem layanan untuk promosi, skrining, konseling, dan rujukan. Data calon pengantin dan anemia memberikan konteks tambahan mengenai kesehatan reproduksi pada fase transisi menuju usia dewasa. Seluruh indikator tersebut tidak boleh dijadikan numerator atau denominator untuk menghitung prevalensi perilaku seksual berisiko remaja tanpa desain survei populasi yang sesuai.

Karakteristik responden dan prevalensi outcome

Dataset simulasi yang dianalisis terdiri atas 612 profil remaja. Rerata usia berbobot adalah 17,06 ± 1,39 tahun; 302 responden (49,2%) perempuan, 57 (9,3%) tidak sedang bersekolah, dan 208 (36,0%) berdomisili di desa. Prevalensi berbobot kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko sebesar 20,5% (124 responden; IK 95% 17,5–23,9). Komponen yang paling sering muncul adalah hubungan seksual tanpa proteksi/penggunaan kondom tidak konsisten sebesar 15,5%, sedangkan transaksi seksual merupakan komponen paling jarang sebesar 1,3%. McDonald’s omega simulatif untuk BSQ-8C, RSES, dan GSES-12 masing-masing 0,89, 0,87, dan 0,92; Cronbach’s alpha masing-masing 0,88, 0,85, dan 0,91.

Tabel 3. Karakteristik responden dan distribusi variabel utama pada dataset simulasi (n = 612)

Karakteristik	Estimasi berbobot	Keterangan
Usia (tahun)	17,06 ± 1,39	Kontinu; rerata berbobot ± SD
Jenis kelamin: perempuan	302; 49,2%	n tidak berbobot; % berbobot
Tidak sedang bersekolah	57; 9,3%	n tidak berbobot; % berbobot
Domisili desa (vs kelurahan)	208; 36,0%	n tidak berbobot; % berbobot

Karakteristik	Estimasi berbobot	Keterangan
BSQ-8C	22,52 ± 6,90	Skor kontinu; lebih tinggi = concern lebih tinggi
RSES	29,02 ± 4,58	Skor kontinu; lebih tinggi = self-esteem lebih tinggi
GSES-12	43,26 ± 6,15	Skor kontinu; lebih tinggi = self-efficacy lebih tinggi
Kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko	124; 20,5%; IK 95% 17,5–23,9	Outcome primer
Hubungan seksual tanpa proteksi / kondom tidak konsisten	93; 15,5%	Outcome komponen
≥2 pasangan seksual dalam 12 bulan	33; 5,4%	Outcome komponen
Seks di bawah pengaruh alkohol/zat	16; 2,5%	Outcome komponen
Transaksi seksual	8; 1,3%	Outcome komponen
Debut seksual <15 tahun	14; 2,4%	Outcome komponen

Analisis bivariat dan model multivariabel

Analisis bivariat dilaporkan sebagai crude prevalence ratio (cPR) dengan IK 95% untuk masing-masing paparan. Body image, self-esteem, dan self-efficacy tetap diperlakukan sebagai skor kontinu yang distandardisasi. Hasil bivariat digunakan untuk mendeskripsikan pola data, bukan sebagai dasar seleksi kovariat ke model utama. Model utama memasukkan ketiga paparan secara simultan dan mengontrol confounder yang ditetapkan sebelum analisis berdasarkan literatur dan kerangka kausal.

Tabel 4. Hubungan bivariat paparan utama dengan kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko

Paparan	cPR	IK 95%	p
BSQ-8C, per 1 SD kenaikan	1,50	1,29–1,73	<0,001
RSES, per 1 SD kenaikan	0,69	0,61–0,79	<0,001
GSES-12, per 1 SD kenaikan	0,64	0,55–0,75	<0,001
Pemantauan orang tua, per 1 SD kenaikan	0,73	0,63–0,84	<0,001
Tekanan/norma teman sebaya, per 1 SD kenaikan	1,52	1,36–1,71	<0,001
Penggunaan alkohol/zat: ya vs tidak	2,32	1,51–3,58	<0,001

Dalam model multivariabel, body-shape concern yang lebih tinggi berhubungan dengan prevalensi kerentanan yang lebih tinggi: setiap kenaikan 1 SD BSQ-8C menghasilkan aPR 1,17 (IK 95% 1,04–1,32; p=0,011). Sebaliknya, self-esteem dan self-efficacy menunjukkan pola protektif. Setiap kenaikan 1 SD RSES berhubungan dengan prevalensi 19% lebih rendah (aPR 0,81; IK 95% 0,70–0,93; p=0,003), sedangkan setiap kenaikan 1 SD GSES-12 berhubungan dengan prevalensi 26% lebih rendah (aPR 0,74; IK 95% 0,63–0,87; p<0,001). Umur yang lebih tinggi, tekanan/norma teman sebaya, dan penggunaan alkohol/zat juga menunjukkan asosiasi positif setelah penyesuaian. Estimasi ini merupakan keluaran dataset simulasi dan bukan estimasi empiris populasi remaja Rengat.

Analisis multivariabel, interaksi, dan sensitivitas

Model disesuaikan untuk umur, jenis kelamin, status sekolah, wilayah tempat tinggal, pendidikan orang tua/wali, pemantauan/komunikasi orang tua, norma teman sebaya, dan penggunaan alkohol/zat. VIF tertinggi sebesar 1,14 sehingga tidak ditemukan indikasi multikolinearitas bermakna. Uji interaksi paparan × jenis kelamin menghasilkan p-interaksi BSQ-8C=0,629, RSES=0,236, dan GSES-12=0,834, sehingga tidak terdapat bukti kuat modifikasi efek menurut jenis kelamin pada dataset simulasi. Dataset sintesis dibuat lengkap tanpa missing value, sehingga multiple imputation tidak dijalankan. Analisis sensitivitas dengan outcome yang dibatasi pada hubungan seksual tanpa proteksi atau ≥2 pasangan menghasilkan prevalensi 18,3%; arah asosiasi tetap konsisten untuk BSQ-8C (aPR 1,19; IK 95% 1,04–1,36; p=0,012), RSES (aPR 0,84; IK 95% 0,72–0,98; p=0,026), dan GSES-12 (aPR 0,73; IK 95% 0,63–0,86; p<0,001).

Tabel 5. Model survey-weighted modified Poisson untuk kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko

Variabel	aPR (IK 95%)	p
BSQ-8C, per 1 SD kenaikan	1,17 (1,04–1,32)	0,011
RSES, per 1 SD kenaikan	0,81 (0,70–0,93)	0,003
GSES-12, per 1 SD kenaikan	0,74 (0,63–0,87)	<0,001
Umur, per 1 tahun	1,14 (1,02–1,27)	0,020
Jenis kelamin, perempuan vs laki-laki	1,17 (0,89–1,52)	0,259

Variabel	aPR (IK 95%)	p
tidak bersekolah vs bersekolah	1,44 (0,88–2,37)	0,151
Domisili desa vs kelurahan	1,18 (0,87–1,60)	0,288
emantauan/komunikasi orang tua, per 1 SD	0,85 (0,72–1,00)	0,053
tekanan/norma teman sebaya, per 1 SD	1,30 (1,13–1,50)	<0,001
penggunaan alkohol/zat: ya vs tidak	1,75 (1,18–2,60)	0,005
Pendidikan orang tua/wali rendah vs tinggi	1,05 (0,78–1,41)	0,764

Model simulasi mencakup 612 observasi dalam 36 klaster RT. Bobot sampling sintetis dinormalisasi dengan rerata 1,00 dan rentang 0,66–1,42. Deviance model utama sebesar 329,91. Seluruh skor psikososial dimasukkan dalam bentuk kontinu per 1 SD; pada draf simulasi ini tidak diterapkan pemodelan spline karena tujuan utamanya adalah menunjukkan format pelaporan dengan prevalensi lebih rendah. Model juga menunjukkan kontribusi tekanan teman sebaya dan penggunaan alkohol/zat. Nilai numerik ini dimaksudkan untuk memperlihatkan bagaimana temuan penelitian lapangan seharusnya dianalisis dan dilaporkan secara transparan.

Pembahasan

Pada dataset simulasi terkalibrasi, prevalensi berbobot kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko sebesar 20,5%. Tiga paparan psikososial utama menunjukkan pola yang konsisten dengan kerangka konseptual: body-shape concern yang lebih tinggi berasosiasi dengan prevalensi lebih tinggi, sedangkan self-esteem dan self-efficacy yang lebih tinggi berasosiasi dengan prevalensi lebih rendah. Model juga menunjukkan kontribusi tekanan teman sebaya dan penggunaan alkohol/zat. Nilai numerik ini dimaksudkan untuk memperlihatkan bagaimana temuan penelitian lapangan seharusnya dianalisis dan dilaporkan secara transparan.

Body-shape concern menunjukkan aPR 1,17 per kenaikan 1 SD (IK 95% 1,04–1,32). Secara konseptual, kekhawatiran terhadap bentuk tubuh dapat berinteraksi dengan kebutuhan penerimaan sosial, negosiasi relasi, dan tekanan pasangan. Namun desain potong lintang tidak dapat memastikan apakah body image mendahului perilaku seksual, merupakan konsekuensi pengalaman relasi, atau dipengaruhi faktor ketiga seperti gejala psikologis, bullying, maupun penggunaan media sosial. Oleh sebab itu, bahkan bila pola serupa ditemukan pada data primer, interpretasi harus tetap menggunakan bahasa asosiasi dan bukan sebab-akibat.

Self-esteem pada simulasi menunjukkan aPR 0,81 per kenaikan 1 SD (IK 95% 0,70–0,93), yang menggambarkan prevalensi outcome sekitar 19% lebih rendah pada skor self-esteem yang lebih tinggi setelah penyesuaian. Pola ini sejalan dengan tinjauan Martínez-Casanova et al. (2024) yang menunjukkan bahwa self-esteem yang lebih tinggi cenderung berhubungan negatif dengan berbagai perilaku berisiko remaja. Ahn dan Yang (2023) juga menekankan bahwa besar serta arah hubungan dapat berbeda menurut indikator perilaku seksual. Karena itu data primer Rengat tetap diperlukan untuk menguji apakah asosiasi protektif tersebut benar-benar muncul pada populasi lokal.

Self-efficacy menunjukkan asosiasi protektif paling kuat di antara tiga paparan utama pada simulasi, dengan aPR 0,74 per 1 SD (IK 95% 0,63–0,87). Corral-Gil et al. (2022) menunjukkan bahwa self-efficacy dan sexual assertiveness berpotensi berperan dalam pencegahan perilaku seksual berisiko, sedangkan meta-analisis Widman et al. (2025) menempatkan safer-sex self-efficacy sebagai korelat penting penggunaan kondom. Studi ini menggunakan general self-efficacy, bukan condom-use self-efficacy; karena itu studi lapangan lanjutan sebaiknya membandingkan self-efficacy umum dengan self-efficacy spesifik perilaku seksual aman.

Konsistensi internal pada dataset simulasi berada pada kategori baik, dengan McDonald's omega 0,89 untuk BSQ-8C, 0,87 untuk RSES, dan 0,92 untuk GSES-12. Angka tersebut hanya menunjukkan format pelaporan psikometrik dan harus dihitung ulang pada data primer. BSQ-8C versi Indonesia telah menunjukkan unidimensionalitas dan reliabilitas yang baik (Setiawan et al., 2025), GSES-12 versi Indonesia menunjukkan properti psikometrik yang memadai pada siswa sekolah menengah (Soetjipto et al., 2023), dan RSES telah mengalami pengujian/adaptasi pada populasi Indonesia (Maroqi, 2019; Alwi & Razak, 2022).

Definisi outcome dalam studi ini sengaja tidak memasukkan berciuman, petting, atau masturbasi sebagai penanda tunggal risiko tinggi. Pendekatan tersebut meningkatkan validitas klinis dan programatik karena indikator utama lebih dekat pada risiko IMS, kehamilan tidak direncanakan, dan paparan situasional yang jelas. Koersi/kekerasan seksual dipisahkan agar korban tidak diklasifikasikan seolah-olah melakukan perilaku berisiko secara sukarela. Pemisahan ini juga penting untuk memastikan mekanisme rujukan dan perlindungan anak berjalan secara etis.

Dari sisi program, Kecamatan Rengat memiliki hampir empat ribu penduduk usia 15–19 tahun berdasarkan data 2023 dan berada dalam jejaring layanan kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu yang relatif luas. Profil Kesehatan 2024 menunjukkan seluruh 20 Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dan penjangkaran kesehatan sekolah; penjangkaran kelas 7 dan kelas 10 mencakup kesehatan reproduksi, perilaku berisiko kesehatan, serta kesehatan mental dan emosional. Selain itu, 398 dari 404 Posyandu berstatus aktif dan mekanisme Posyandu aktif mencakup pelayanan Posyandu Remaja. Infrastruktur ini dapat menjadi kanal implementasi intervensi bila penelitian menemukan faktor psikososial yang berhubungan secara konsisten dengan outcome. Intervensi tidak seharusnya hanya berfokus pada pengetahuan, tetapi dapat mengintegrasikan literasi citra tubuh sehat, penguatan self-esteem, self-efficacy, keterampilan penolakan, komunikasi kondom, pengambilan keputusan, konseling yang rahasia dan tidak menghakimi, serta rujukan ke Puskesmas atau layanan remaja. Literatur juga menunjukkan bahwa komunikasi pasangan, niat, self-efficacy,

assertiveness, dan keterampilan pengambilan keputusan dapat menjadi target penting (Mediawati et al., 2022; Widman et al., 2025; Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, 2025).

Keterbatasan utama versi naskah ini adalah bahwa angka hasil responden berasal dari dataset sintetis, bukan hasil survei lapangan. Karena itu prevalensi 20,5%, PR/aPR, interval kepercayaan, p-value, dan reliabilitas skala tidak dapat digeneralisasi ke remaja Rengat. Pada studi lapangan, keterbatasan tambahan yang perlu dinilai meliputi desain potong lintang yang membatasi urutan temporal, social desirability bias dan recall bias pada pertanyaan sensitif, residual confounding, serta potensi nonresponse selektif. Pengisian mandiri, privasi, pembobotan nonresponse, dan analisis sensitivitas dapat mengurangi tetapi tidak menghilangkan bias.

Nilai metodologis draf ini terletak pada transparansi struktur analisis. Versi simulasi telah menampilkan karakteristik peserta, distribusi outcome, reliabilitas skala, cPR, aPR, IK 95%, diagnostik multikolinearitas, uji interaksi, dan analisis sensitivitas. Untuk naskah yang akan disubmit, seluruh angka sintetis harus diganti dengan output dataset primer, kemudian pembahasan diperbarui agar perbandingan dengan literatur benar-benar didasarkan pada temuan empiris.

4. KESIMPULAN

Pada dataset simulasi terkalibrasi, prevalensi berbobot kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko sebesar 20,5% (IK 95% 17,5–23,9). Body-shape concern yang lebih tinggi berasosiasi dengan prevalensi yang lebih tinggi (aPR 1,17; IK 95% 1,04–1,32), sedangkan self-esteem (aPR 0,81; IK 95% 0,70–0,93) dan self-efficacy (aPR 0,74; IK 95% 0,63–0,87) yang lebih tinggi berasosiasi dengan prevalensi yang lebih rendah. Tekanan teman sebaya dan penggunaan alkohol/zat juga menunjukkan asosiasi positif. Pola ini mendukung kerangka program kesehatan reproduksi remaja yang mengintegrasikan citra tubuh sehat, penguatan harga diri, self-efficacy, keterampilan komunikasi/penolakan, dan layanan yang aman serta rahasia. Seluruh estimasi tersebut merupakan hasil simulasi analitik dan wajib diganti dengan hasil survei lapangan sebelum digunakan sebagai kesimpulan empiris atau diajukan ke jurnal.

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu dan Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu atas ketersediaan statistik publik yang digunakan sebagai konteks penelitian. Ucapan terima kasih kepada pihak lapangan hanya dicantumkan pada versi final apabila pihak tersebut benar-benar berkontribusi pada pengumpulan dan pelaksanaan penelitian.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu. (2024). Kecamatan Rengat Dalam Angka 2024 (Vol. 21). BPS Kabupaten Indragiri Hulu.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu. (2025). Kabupaten Indragiri Hulu Dalam Angka 2025 (Vol. 43). BPS Kabupaten Indragiri Hulu.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. (2025). Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2024. Pemerintah Kabupaten Indragiri Hulu. <https://dinkes.inhukab.go.id/profil-2024/>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. World Health Organization. ISBN 978-92-4-151460-6.
- Mediawati, A. S., Yosep, I., & Mardhiyah, A. (2022). Life skills and sexual risk behaviors among adolescents in Indonesia: A cross-sectional survey. *Belitung Nursing Journal*, 8(2), 132–138. <https://doi.org/10.33546/bnj.1950>
- Setiawan, F., Andhika, B., & Yudianto, A. (2025). Evaluation of validity and reliability of the Eight-Item Body Shape Questionnaire (BSQ-8C) Indonesian version: Mixture Rasch model approach. *Jurnal Sains Psikologi*, 14(1), 39–55. <https://doi.org/10.17977/um023v14i12025p39-55>
- Alwi, M. A., & Razak, A. (2022). Adaptasi Rosenberg's Self-Esteem di Indonesia. Seminar Nasional Hasil Penelitian LP2M Universitas Negeri Makassar 2022.
- Maroqi, N. (2019). Uji validitas konstruk pada instrumen Rosenberg Self Esteem Scale dengan metode Confirmatory Factor Analysis (CFA). *JP3I (Jurnal Pengukuran Psikologi dan Pendidikan Indonesia)*, 7(2), 92–96. <https://doi.org/10.15408/jp3i.v7i2.12101>
- Soetjipto, H. P., Putra, M. D. K., Widhiarso, W., & Khakim, Z. (2023). Assessment of the psychometric properties of the Indonesian version of the General Self-Efficacy Scale-12 (GSES-12) in a sample of Indonesian high school students. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 8(2), 259–274. <https://doi.org/10.21580/pjpp.v8i2.18024>
- Ahn, J., & Yang, Y. (2023). Relationship between self-esteem and risky sexual behavior among adolescents and young adults: A systematic review. *American Journal of Sexuality Education*, 18(3), 484–503. <https://doi.org/10.1080/15546128.2022.2118199>
- Martínez-Casanova, E., Molero-Jurado, M. M., & Pérez-Fuentes, M. C. (2024). Self-esteem and risk behaviours in adolescents: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(6), 432. <https://doi.org/10.3390/bs14060432>
- Corral-Gil, G. de J., García-Campos, M. de L., & Herrera-Paredes, J. M. (2022). Asertividad sexual, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: Una revisión de literatura. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 9(2), 167–177. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i2.851>
- Widman, L., Evans-Paulson, R., Maheux, A. J., McCrimmon, J., Brasileiro, J., Stout, C. D., Lankster, A., & Choukas-Bradley, S. (2025). Identifying the strongest correlates of condom use among US adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 179(3), 273–281. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.5594>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
- Barros, A. J. D., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
- Zou, G. (2004). A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, 159(7), 702–706. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. John Wiley & Sons.