

Pengaruh Konseling Berbasis Trauma-Informed Care terhadap Self-Efficacy Remaja dalam Menghindari Hubungan Seksual Berisiko

Siti Romlah*, Sela Tahiyatul Nurhusna

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, nurhusnasela87@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

Paparan pengalaman yang mengancam, kekerasan dalam relasi, tekanan pasangan, dan stigma dapat menurunkan kemampuan remaja menetapkan batas, menolak aktivitas seksual yang tidak diinginkan, serta mengambil keputusan seksual yang aman. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh konseling berbasis Trauma-Informed Care (TIC) terhadap self-efficacy remaja dalam menghindari hubungan seksual berisiko di Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu. Studi kuasi-eksperimental controlled pretest-posttest dilaksanakan pada April 2025 pada 160 remaja usia 15–19 tahun dari delapan klaster pendidikan/komunitas (80 intervensi; 80 kontrol). Intervensi terdiri atas empat sesi konseling 45–60 menit yang mengintegrasikan prinsip keselamatan, kepercayaan dan transparansi, dukungan, kolaborasi, empowerment-voice-choice, serta sensitivitas budaya dan gender. Outcome utama adalah Sexual Risk Avoidance Self-Efficacy Scale 12 item (rentang 12–60; Cronbach's alpha simulasi 0,89). Data resmi menunjukkan Kabupaten Indragiri Hulu berpenduduk 487.039 jiwa pada 2024 dengan 41.036 penduduk usia 15–19 tahun; Dinas Kesehatan mencatat 41 kasus HIV, enam kasus usia 20–24 tahun, 8.975 dari 10.305 orang berisiko HIV (87,1%) mendapat deteksi dini sesuai standar, 398 dari 404 Posyandu aktif, dan seluruh 20 Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja. Pada dataset simulasi, skor self-efficacy kelompok intervensi meningkat dari $36,92 \pm 6,24$ menjadi $44,94 \pm 7,00$, sedangkan kontrol meningkat dari $37,22 \pm 7,38$ menjadi $39,82 \pm 8,05$. Setelah penyesuaian baseline dan kovariat, adjusted mean difference sebesar 5,47 poin (IK95% 3,34–7,60; $p < 0,001$). Proporsi self-efficacy tinggi (skor ≥ 42) pada post-test mencapai 67,5% pada intervensi dan 41,2% pada kontrol (aPR 1,78; IK95% 1,50–2,12; $p < 0,001$). Pengetahuan kesehatan seksual, kemampuan menetapkan batas/consent, dan intensi menghindari situasi seksual berisiko juga meningkat bermakna. Konseling berbasis TIC berpotensi meningkatkan keyakinan dan keterampilan protektif remaja, namun estimasi efektivitas pada naskah ini harus divalidasi dengan data lapangan.

Kata kunci:

trauma-informed care; konseling; self-efficacy; perilaku seksual berisiko; remaja; kesehatan reproduksi

1. PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan periode perkembangan ketika individu mulai membangun identitas, relasi intim, otonomi, serta kemampuan mengambil keputusan kesehatan. Pada periode ini, tekanan pasangan, pengalaman kekerasan, coercion, stigma, penggunaan zat, dan kurangnya keterampilan komunikasi dapat meningkatkan kerentanan terhadap perilaku seksual berisiko. Dampaknya dapat berupa infeksi menular seksual, kehamilan yang tidak direncanakan, gangguan kesehatan mental, serta konsekuensi pendidikan dan sosial. Pencegahan karena itu perlu melampaui transfer pengetahuan dan memperkuat kemampuan remaja menetapkan batas, mengenali situasi tidak aman, menolak aktivitas seksual yang tidak diinginkan, dan mengakses layanan tanpa takut dihakimi.

Self-efficacy adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya melakukan tindakan tertentu dalam situasi yang menantang. Dalam konteks kesehatan seksual, self-efficacy yang spesifik terhadap penolakan dan penghindaran situasi berisiko merupakan mekanisme penting yang menghubungkan keterampilan, intensi, dan perilaku. Wiese et al. (2023) menunjukkan bahwa assertiveness dan risk-taking berkaitan dengan risky-sex avoidance self-efficacy pada remaja berisiko. Edison et al. (2024) juga menemukan bahwa self-efficacy untuk menolak hubungan seksual memediasi hubungan antara kekerasan dalam pacaran dan perilaku seksual berisiko. Penelitian intervensi pada remaja memperlihatkan bahwa peningkatan self-efficacy merupakan salah satu mekanisme perubahan dalam program pengurangan risiko seksual (Gibson et al., 2020).

Trauma-Informed Care (TIC) menawarkan pendekatan yang relevan bagi konseling remaja karena tidak menuntut peserta mengungkap pengalaman traumatis untuk memperoleh layanan. Pendekatan ini berangkat dari

kesadaran bahwa trauma dapat memengaruhi rasa aman, kepercayaan, regulasi emosi, relasi, dan pengambilan keputusan. SAMHSA merumuskan enam prinsip utama TIC: safety; trustworthiness and transparency; peer support; collaboration and mutuality; empowerment, voice and choice; serta cultural, historical and gender issues. Konseling berbasis TIC berupaya mencegah retraumatisasi, memberi kendali kepada remaja atas proses konseling, menggunakan bahasa nonjudgmental, dan menyediakan jalur rujukan bila muncul kebutuhan klinis atau perlindungan.

Bukti khusus tentang trauma-informed sexual health intervention pada remaja masih terbatas. Tinjauan sistematis Evans-Mitchell et al. (2025) menemukan hanya sedikit intervensi yang secara eksplisit mendeskripsikan diri sebagai trauma-informed, meskipun program yang teridentifikasi mengintegrasikan lima hingga enam prinsip TIC. Scoping review Panisch et al. (2020) sebelumnya juga menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil intervensi kesehatan seksual remaja yang secara eksplisit membahas trauma. Kesenjangan ini memperkuat kebutuhan pengembangan pendekatan konseling yang terstruktur, sensitif trauma, dan dapat diintegrasikan ke layanan kesehatan remaja di tingkat primer.

Konteks Kabupaten Indragiri Hulu menunjukkan kebutuhan sekaligus peluang implementasi. BPS melaporkan 487.039 penduduk pada 2024 dan 41.036 penduduk usia 15–19 tahun. Publikasi Kecamatan Rengat mencatat 52.285 penduduk pada 2023 dan 3.941 penduduk usia 15–19 tahun. Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2024 mencatat 41 kasus HIV (30 laki-laki; 11 perempuan); enam kasus berada pada usia 20–24 tahun dan belum tercatat kasus usia 15–19 tahun. Sebanyak 8.975 dari estimasi 10.305 orang berisiko HIV (87,1%) mendapatkan pelayanan deteksi dini sesuai standar. Seluruh 20 Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dan penjangkaran kesehatan sekolah, sedangkan 398 dari 404 Posyandu (98,5%) berstatus aktif. Data ini tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan prevalensi perilaku seksual berisiko remaja, tetapi menunjukkan pentingnya pencegahan dan tersedianya jejaring layanan yang dapat mendukung konseling.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh konseling berbasis Trauma-Informed Care terhadap self-efficacy remaja dalam menghindari hubungan seksual berisiko di Rengat. Outcome sekunder meliputi pengetahuan kesehatan seksual, kemampuan menetapkan batas dan memahami consent, serta intensi menghindari situasi seksual berisiko. Hipotesis penelitian adalah bahwa peningkatan skor self-efficacy pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol setelah memperhitungkan skor baseline dan karakteristik peserta.

2. METODE

Desain, lokasi, dan periode penelitian

Penelitian dirancang sebagai studi kuasi-eksperimental controlled pretest-posttest dengan kelompok pembandingan. Pelaksanaan intervensi ditetapkan pada April 2025 di Kecamatan Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau. Delapan klaster pendidikan/komunitas dipasangkan berdasarkan ukuran dan karakteristik sasaran; empat klaster menerima konseling TIC dan empat klaster menjadi kontrol untuk mengurangi kontaminasi. Pengukuran dilakukan sebelum sesi pertama dan 5–7 hari setelah sesi keempat. Pelaporan dirancang mengikuti TREND Statement untuk evaluasi intervensi nonrandomized.

Populasi, kriteria, dan besar sampel

Populasi target adalah remaja belum menikah usia 15–19 tahun yang berdomisili di Kecamatan Rengat. Kriteria inklusi adalah mampu berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia, bersedia mengikuti rangkaian konseling, dan memberikan informed consent; peserta berusia <18 tahun memberikan assent disertai persetujuan orang tua/wali sesuai ketentuan etik. Pengalaman trauma tidak menjadi syarat inklusi dan peserta tidak diwajibkan mengungkapkan riwayat trauma. Peserta dengan kondisi krisis akut tetap memperoleh penanganan/rujukan dan tidak dipaksa melanjutkan penelitian. Besar sampel dihitung untuk mendeteksi standardized mean difference 0,50 pada α 0,05 dan power 80% (sekitar 64 peserta/kelompok), kemudian dikoreksi design effect 1,10 danantisipasi nonresponse 10%, menghasilkan kebutuhan minimal 158 peserta; target dibulatkan menjadi 160 peserta (80 per kelompok).

Sampling, alokasi klaster, dan pencegahan bias

Sampling dilakukan secara stratified cluster sampling untuk mencakup remaja sekolah dan komunitas. Dari daftar klaster yang memenuhi kriteria dipilih delapan klaster, kemudian dipasangkan berdasarkan karakteristik dasar dan dialokasikan ke intervensi atau kontrol. Dari tiap klaster dipilih sekitar 20 peserta secara acak sederhana. Untuk mengurangi bias pengukuran, kuesioner diisi mandiri pada perangkat/kertas berkode tanpa nama, fasilitator tidak melihat jawaban item perilaku seksual, dan analisis menggunakan kode kelompok yang disamarkan pada tahap pembersihan data. Kelompok kontrol menerima konseling kesehatan reproduksi standar setelah post-test.

Intervensi konseling berbasis Trauma-Informed Care

Intervensi terdiri atas empat sesi 45–60 menit selama empat minggu yang diberikan oleh bidan/konselor terlatih menggunakan manual TANGGUH-TIC (Trauma-Informed Adolescent Guidance for Healthy and Uncoerced Sexual Decisions). Sesi 1 membangun keselamatan, pilihan, batas privasi, serta tujuan konseling; sesi 2 membahas relasi sehat, consent, coercion, tanda bahaya, dan pemicu emosi tanpa meminta detail trauma; sesi 3

melatih komunikasi asertif, refusal skills, problem solving, dan self-efficacy melalui role-play bertingkat; sesi 4 menyusun safety plan, rencana penghindaran situasi berisiko, akses kondom/kontrasepsi sesuai kebutuhan dan regulasi, serta jalur bantuan kesehatan dan perlindungan. Prinsip budaya dan gender diterapkan dengan menghindari stigma terhadap korban, orientasi menyalahkan, maupun asumsi bahwa semua remaja aktif secara seksual.

Instrumen, definisi operasional, dan validitas

Outcome utama diukur menggunakan Sexual Risk Avoidance Self-Efficacy Scale (SRASES) 12 item yang disusun melalui adaptasi konstruk refusal self-efficacy dan risky-sex avoidance self-efficacy dari literatur. Setiap item dinilai 1 (sangat tidak yakin) sampai 5 (sangat yakin), total 12–60; skor lebih tinggi menunjukkan self-efficacy lebih kuat. Self-efficacy tinggi diprespesifikasikan sebagai skor ≥ 42 ($\geq 70\%$ skor maksimum). Uji coba simulasi pada 30 remaja menghasilkan S-CVI/Ave 0,93, Aiken's V 0,90 dan Cronbach's alpha 0,89. Pengetahuan kesehatan seksual diukur dengan 20 item benar-salah (KR-20 0,82; skor 0–20), kemampuan batas/consent dengan 10 item Likert (alpha 0,85; skor 10–50), dan intensi menghindari situasi seksual berisiko dengan 5 item (alpha 0,86; skor 5–25). Riwayat situasi seksual berisiko enam bulan terakhir ditanyakan secara ringkas dan sukarela, dengan opsi “tidak ingin menjawab”; item kekerasan/koersi tidak digabungkan sebagai perilaku berisiko peserta.

Tabel 1. Komponen konseling TANGGUH-TIC dan prinsip Trauma-Informed Care

Sesi/komponen	Fokus konseling	Prinsip TIC yang dioperasionalkan
Sesi 1: Aman dan percaya	Kontrak konseling, privasi, pilihan, hak berhenti, tujuan pribadi	Safety; trustworthiness & transparency; voice & choice
Sesi 2: Relasi sehat	Consent, coercion, tanda bahaya, emosi/pemicu tanpa meminta detail trauma	Safety; gender/cultural sensitivity; empowerment
Sesi 3: Saya mampu berkata tidak	Komunikasi asertif, refusal skills, negosiasi, problem solving	Collaboration; empowerment; peer/model support
Sesi 4: Rencana TANGGUH	Safety plan, rencana menghindari situasi berisiko, layanan kespro dan rujukan	Choice; collaboration; trust; cultural/gender issues
Fasilitator	Bidan/konselor terlatih; pelatihan 8 jam dan simulasi	Resist retraumatization; clear boundaries
Keselamatan data	Kuesioner mandiri berkode; opsi skip; tidak ada nama di dataset	Safety; trustworthiness; choice
Rujukan	Puskesmas, psikososial, perlindungan, layanan kespro sesuai kebutuhan	Collaboration; empowerment; safety

Prosedur intervensi, keselamatan peserta, dan mutu implementasi

Fasilitator mengikuti pelatihan 8 jam, simulasi kasus, dan asesmen kompetensi sebelum penelitian. Setiap sesi diawali dengan pilihan posisi duduk/pendamping, penjelasan hak untuk berhenti atau melewati pertanyaan, dan pengecekan rasa aman. Peserta diberi kartu bantuan yang memuat kontak layanan Puskesmas, pelayanan kesehatan reproduksi, dukungan psikososial, serta mekanisme perlindungan bila diperlukan. Tidak ada teknik paparan trauma atau pemrosesan trauma mendalam dalam intervensi ini. Fidelity dinilai dengan checklist 22 komponen pada 25% sesi yang dipilih acak. Adverse event, distress yang memerlukan penghentian sesi, dan rujukan dicatat tanpa memasukkan detail sensitif ke dataset analitik.

Analisis statistik dan pertimbangan etik

Analisis utama menggunakan intention-to-treat. Distribusi karakteristik baseline disajikan sebagai mean $\pm$ SD atau n (%). Pengaruh intervensi pada outcome kontinu dianalisis dengan ANCOVA/regresi linear post-test yang memasukkan skor baseline, kelompok, umur, jenis kelamin, status sekolah, edukasi kesehatan reproduksi sebelumnya, status pacaran, dukungan sosial, dan laporan situasi seksual berisiko enam bulan terakhir; standard error dibuat cluster-robust pada tingkat klaster. Outcome self-efficacy tinggi dianalisis dengan modified Poisson regression dan robust variance untuk memperoleh adjusted prevalence ratio (aPR). Effect size dilaporkan sebagai Cohen's d. Analisis sensitivitas mencakup model minimal baseline+kelompok, complete-case, dan per-protocol (hadir ≥ 3 sesi). Signifikansi dua sisi ditetapkan $p < 0,05$. Penelitian lapangan aktual wajib memperoleh persetujuan Komite Etik, prosedur consent/assent, proteksi kerahasiaan, dan protokol rujukan sebelum pengumpulan data.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Statistik daerah yang relevan dirangkum pada Tabel 2. Data kesehatan administratif menunjukkan adanya jejaring pelayanan yang luas untuk pencegahan dan rujukan remaja. Temuan nol kasus HIV usia 15–19 tahun pada 2024 harus ditafsirkan sebagai nol kasus yang tercatat/ditemukan, bukan bukti tidak adanya infeksi atau perilaku seksual berisiko pada kelompok usia tersebut.

Tabel 2. Statistik lokal Rengat dan Kabupaten Indragiri Hulu yang relevan dengan kesehatan seksual remaja

Indikator	Nilai
Penduduk Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	487.039 jiwa
Penduduk usia 15–19 tahun Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	41.036 jiwa
Perempuan usia 15–19 tahun Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	19.971 jiwa
Penduduk Kecamatan Rengat, 2023	52.285 jiwa
Penduduk usia 15–19 tahun Kecamatan Rengat, 2023	3.941 jiwa
Kasus HIV Kabupaten Indragiri Hulu, 2024	41 kasus (30 laki-laki; 11 perempuan)
Kasus HIV usia 15–19 tahun, 2024	0 kasus tercatat
Kasus HIV usia 20–24 tahun, 2024	6 kasus (2 laki-laki; 4 perempuan)
Estimasi orang berisiko HIV, 2024	10.305 orang
Orang berisiko HIV mendapat deteksi dini standar	8.975 (87,1%)
Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja	20/20 (100%)
Posyandu aktif, 2024	398/404 (98,5%)
Calon pengantin mendapat layanan kesehatan, 2024	4.266 jiwa

Sebanyak 160 profil peserta sintetis dianalisis, terdiri atas 80 intervensi dan 80 kontrol. Tidak terdapat perbedaan baseline yang bermakna pada umur, jenis kelamin, status sekolah, edukasi kesehatan reproduksi sebelumnya, status pacaran, dukungan sosial, laporan situasi seksual berisiko, maupun skor outcome utama. Proporsi peserta yang melaporkan sedikitnya satu situasi/perilaku seksual berisiko dalam enam bulan sebelumnya adalah 17,5% pada intervensi dan 15,0% pada kontrol (p=0,668). Informasi ini digunakan sebagai kovariat; pengalaman kekerasan atau koersi tidak diklasifikasikan sebagai “perilaku berisiko” peserta.

Karakteristik peserta

Rerata usia adalah 16,98±1,03 tahun pada kelompok intervensi dan 16,89±0,80 tahun pada kontrol. Peserta perempuan masing-masing 44 (55,0%) dan 43 (53,8%). Sebanyak 76 (95,0%) peserta intervensi dan 75 (93,8%) kontrol masih bersekolah. Skor self-efficacy awal hampir sama, yaitu 36,92±6,24 dan 37,22±7,38 (p=0,779). Karakteristik lengkap disajikan pada Tabel 3.

Pada baseline, self-efficacy tinggi (skor ≥42) terdapat pada 18/80 (22,5%) peserta intervensi dan 22/80 (27,5%) kontrol (p=0,465). Skor pengetahuan, batas/consent, serta intensi menghindari situasi seksual berisiko juga tidak berbeda bermakna. Kesetaraan baseline mendukung interpretasi perubahan, meskipun desain nonrandom tetap memerlukan penyesuaian confounder.

Tabel 3. Karakteristik baseline peserta pada dataset simulasi (n=160)

Karakteristik	Intervensi (n=80)	Kontrol (n=80); p
Usia, tahun; mean±SD	16,98±1,03	16,89±0,80; p=0,539
Perempuan	44 (55,0%)	43 (53,8%); p=0,874
Masih bersekolah	76 (95,0%)	75 (93,8%); p=0,732
Pernah mendapat edukasi kespro	38 (47,5%)	40 (50,0%); p=0,752
Sedang memiliki pacar/relasi dating	41 (51,2%)	39 (48,8%); p=0,752
≥1 situasi/perilaku seksual berisiko 6 bulan	14 (17,5%)	12 (15,0%); p=0,668
Dukungan sosial (skor); mean±SD	32,07±5,96	31,95±4,40; p=0,887

Karakteristik	Intervensi (n=80)	Kontrol (n=80); p
Self-efficacy (12–60)	36,92±6,24	37,22±7,38; p=0,779
Self-efficacy tinggi (≥42)	18 (22,5%)	22 (27,5%); p=0,465
Pengetahuan kesehatan seksual (0–20)	13,47±2,70	12,85±3,66; p=0,219
Batas/consent (10–50)	35,20±4,76	34,37±5,62; p=0,316
Intensi menghindari risiko (5–25)	17,97±2,86	18,41±3,72; p=0,411
Target sampel per kelompok	80	80

Efektivitas konseling terhadap self-efficacy dan outcome sekunder

Setelah empat sesi, skor self-efficacy kelompok intervensi meningkat 8,03 poin (36,92±6,24 menjadi 44,94±7,00), sedangkan kontrol meningkat 2,60 poin (37,22±7,38 menjadi 39,82±8,05). Model teradjustasi menunjukkan adjusted mean difference 5,47 poin (IK95% 3,34–7,60; p<0,001), dengan Cohen's d post-test 0,68. Pengetahuan kesehatan seksual meningkat 3,46 poin pada intervensi dan 0,90 pada kontrol; efek teradjustasi 2,64 poin (IK95% 2,29–2,99; p<0,001).

Tabel 4. Perubahan outcome pre-post dan efek teradjustasi konseling berbasis TIC

Outcome	Intervensi pre → post	Kontrol pre → post	Efek teradjustasi (IK95%); p
Self-efficacy menghindari risiko (12–60)	36,92±6,24 → 44,94±7,00	37,22±7,38 → 39,82±8,05	aMD 5,47 (3,34–7,60); <0,001
Pengetahuan kesehatan seksual (0–20)	13,47±2,70 → 16,94±2,46	12,85±3,66 → 13,75±3,71	aMD 2,64 (2,29–2,99); <0,001
Batas dan consent (10–50)	35,20±4,76 → 40,72±5,11	34,37±5,62 → 36,04±5,85	aMD 3,85 (3,25–4,46); <0,001
Intensi menghindari situasi berisiko (5–25)	17,97±2,86 → 21,34±2,83	18,41±3,72 → 19,36±3,79	aMD 2,38 (2,13–2,63); <0,001
Self-efficacy tinggi (≥42)	22,5% → 67,5%	27,5% → 41,2%	aPR 1,78 (1,50–2,12); <0,001
Cohen's d self-efficacy post-test	0,68	—	Efek sedang–besar

Kemampuan menetapkan batas dan memahami consent meningkat dari 35,20±4,76 menjadi 40,72±5,11 pada intervensi dibandingkan 34,37±5,62 menjadi 36,04±5,85 pada kontrol; adjusted mean difference 3,85 (IK95% 3,25–4,46; p<0,001). Intensi menghindari situasi seksual berisiko meningkat dari 17,97±2,86 menjadi 21,34±2,83 pada intervensi dan dari 18,41±3,72 menjadi 19,36±3,79 pada kontrol; adjusted mean difference 2,38 (IK95% 2,13–2,63; p<0,001). Proporsi self-efficacy tinggi pada post-test adalah 54/80 (67,5%) pada intervensi dan 33/80 (41,2%) pada kontrol. Modified Poisson menghasilkan aPR 1,78 (IK95% 1,50–2,12; p<0,001).

Kelayakan implementasi dan analisis sensitivitas

Sebanyak 73/80 peserta intervensi (91,2%) mengikuti seluruh empat sesi dan 78/80 (97,5%) mengikuti sekurang-kurangnya tiga sesi. Rerata skor kepuasan adalah 4,65±0,36 dari 5 dan skor perceived safety 4,72±0,31. Fidelity fasilitator mencapai 95,1% dari 22 komponen. Tujuh peserta (8,8%) membutuhkan rujukan tambahan pada simulasi alur implementasi: empat untuk dukungan psikososial dan tiga untuk konsultasi kesehatan reproduksi; enam menerima rujukan dan satu memilih menunda. Tidak dimodelkan adanya serious adverse event. Hasil model minimal, complete-case, dan per-protocol mempertahankan arah dan kemaknaan efek utama.

Tabel 5. Indikator implementasi dan analisis sensitivitas

Parameter	Estimasi/hasil simulasi	Interpretasi
Perubahan self-efficacy intervensi	+8,03±3,46 poin	Peningkatan besar
Perubahan self-efficacy kontrol	+2,60±3,58 poin	Peningkatan kecil
Hadir seluruh 4 sesi	73/80 (91,2%)	Adherence tinggi

Parameter	Estimasi/hasil simulasi	Interpretasi
Hadir ≥ 3 sesi	78/80 (97,5%)	Paparan intervensi memadai
Kepuasan peserta (1–5)	4,65 $\pm$ 0,36	Sangat baik
Perceived safety (1–5)	4,72 $\pm$ 0,31	Lingkungan konseling dinilai aman
Fidelity fasilitator	95,1% dari 22 komponen	Implementasi sesuai manual
Rujukan tambahan	7/80 (8,8%); 6 menerima	4 psikososial; 3 kespro
Model per-protocol aMD self-efficacy	5,63 (3,45–7,81)	Konsisten dengan analisis utama
Model minimal aMD self-efficacy	5,32 (3,28–7,36)	Robust terhadap spesifikasi model
VIF kovariat	1,05–1,76	Tidak ada multikolinearitas bermakna

Dalam model utama, variance inflation factor seluruh kovariat berada pada 1,05–1,76 sehingga tidak menunjukkan multikolinearitas bermakna. Model per-protocol menghasilkan aMD self-efficacy 5,63 (IK95% 3,45–7,81), sedangkan model minimal baseline+kelompok menghasilkan aMD 5,32 (IK95% 3,28–7,36). Analisis dengan ambang self-efficacy tinggi ≥ 45 menghasilkan arah efek yang sama. Seluruh nilai ini merupakan output simulasi dan harus dihitung ulang dari data primer.

Pembahasan

Dataset simulasi menunjukkan pola bahwa konseling berbasis TIC dapat meningkatkan self-efficacy remaja dalam menghindari hubungan seksual berisiko dibandingkan konseling standar. Efek utama sebesar 5,47 poin setelah penyesuaian baseline dan kovariat disertai kenaikan proporsi self-efficacy tinggi dari 22,5% menjadi 67,5% pada kelompok intervensi. Temuan konseptual ini konsisten dengan teori self-efficacy: keberhasilan keterampilan dipengaruhi pengalaman penguasaan, modeling, persuasi verbal, serta kemampuan mengelola respons emosional. Dalam intervensi ini, role-play, pilihan langkah, latihan refusal skills, dan safety planning dirancang untuk menghasilkan pengalaman penguasaan tanpa memaksa disclosure trauma.

Hasil tersebut sejalan dengan bukti bahwa self-efficacy merupakan mekanisme penting dalam pencegahan risiko seksual. Gibson et al. (2020) menunjukkan bahwa intervensi motivational interviewing maupun behavioral skills training meningkatkan self-efficacy dan intensi penggunaan kondom, dan keduanya berhubungan dengan perbaikan perilaku pada follow-up. Wiese et al. (2023) menegaskan peran assertiveness dan risk-taking dalam risky-sex avoidance self-efficacy. Edison et al. (2024) menunjukkan bahwa rendahnya kemampuan menolak hubungan seksual dapat menjadi jalur yang menghubungkan kekerasan dalam pacaran dengan perilaku seksual berisiko. Dengan demikian, peningkatan self-efficacy merupakan outcome proksimal yang relevan untuk intervensi singkat.

Nilai tambah TIC terletak pada cara intervensi diberikan, bukan pada asumsi bahwa semua peserta memiliki trauma. Prinsip safety dan empowerment memberi remaja kontrol atas pertanyaan yang ingin dijawab, sementara trustworthiness dan transparency memperjelas batas kerahasiaan. Collaboration mengurangi relasi kuasa yang berlebihan antara konselor dan remaja; sensitivitas gender membantu menghindari victim-blaming. Tinjauan Evans-Mitchell et al. (2025) menunjukkan bahwa intervensi kesehatan seksual yang secara eksplisit trauma-informed masih sedikit, sehingga standarisasi prinsip dan pelaporan fidelity menjadi penting untuk membedakan TIC dari konseling suportif biasa.

Konteks layanan Indragiri Hulu memberi peluang implementasi. Profil Dinas Kesehatan menunjukkan seluruh 20 Puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dan penjangkaran sekolah, sedangkan 398 dari 404 Posyandu aktif. Jejaring ini dapat digunakan untuk pelatihan konselor, rujukan, dan tindak lanjut. Di sisi lain, 41 kasus HIV ditemukan pada 2024 dan 87,1% estimasi orang berisiko memperoleh deteksi dini sesuai standar. Data ini mendukung penguatan pencegahan, tetapi tidak boleh dipakai untuk menstigma kelompok umur tertentu atau menganggap HIV selalu merefleksikan perilaku seksual remaja.

Tidak ditemukannya kasus HIV tercatat pada usia 15–19 tahun tidak berarti risiko pada remaja nihil. Deteksi kasus bergantung pada paparan, akses testing, indikasi klinis, dan perilaku mencari layanan. Selain itu, outcome penelitian ini adalah self-efficacy, bukan infeksi HIV atau kejadian hubungan seksual berisiko jangka panjang. Untuk menilai perubahan perilaku aktual, penelitian berikutnya memerlukan follow-up 3–6 bulan dengan pengukuran rahasia, definisi perilaku yang jelas, dan pemisahan antara perilaku konsensual dengan pengalaman kekerasan atau koersi.

Dari sisi metodologi, desain kelompok kontrol memperbaiki validitas dibandingkan one-group pretest-posttest, tetapi alokasi klaster nonrandom masih dapat menyisakan confounding. Penggunaan ANCOVA, covariate adjustment, cluster-robust standard errors, dan analisis sensitivitas mengurangi tetapi tidak menghilangkan keterbatasan tersebut. Studi definitif sebaiknya menggunakan cluster randomized trial bila layak, memperpanjang

follow-up, melakukan validasi psikometrik SRASES versi Indonesia, dan menilai outcome perilaku serta pemanfaatan layanan.

Aspek etik merupakan bagian inti dari intervensi. Penelitian seksual pada remaja harus meminimalkan risiko disclosure yang tidak aman, menjaga privasi dari teman/orang tua sejauh diizinkan regulasi, memberi pilihan untuk melewati pertanyaan, dan memiliki prosedur respons bila muncul indikasi kekerasan, eksploitasi, suicidal ideation, atau kebutuhan klinis. TIC tidak menggantikan terapi trauma dan konselor harus mengetahui batas kompetensi serta kapan melakukan rujukan.

Keterbatasan terbesar versi artikel ini adalah seluruh hasil peserta merupakan data sintesis terkalibrasi sehingga tidak dapat digunakan sebagai bukti efektivitas lapangan, laporan institusi, maupun manuskrip publikasi final. Statistik BPS dan Dinas Kesehatan bersifat resmi, tetapi tidak membuktikan prevalensi perilaku seksual berisiko. Selain itu, self-report berpotensi mengalami social desirability bias, dan periode post-test yang pendek hanya menangkap outcome proksimal.

Meski demikian, rancangan ini menyediakan kerangka metodologis yang siap diisi data primer: outcome utama prespesifik, intervensi terstandar, prinsip TIC teroperasionalisasi, confounder ditetapkan sebelumnya, analisis cluster-aware digunakan, dan safety pathway dijelaskan. Jika data lapangan menunjukkan efek serupa, konseling TIC berpotensi menjadi komponen penguatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja dan edukasi kesehatan reproduksi di Rengat.

4. KESIMPULAN

Konseling berbasis Trauma-Informed Care dirancang untuk meningkatkan rasa aman, pilihan, kontrol, komunikasi asertif, dan keyakinan remaja dalam menghindari situasi seksual berisiko. Pada dataset simulasi 160 remaja, skor self-efficacy meningkat lebih besar pada kelompok intervensi, dengan adjusted mean difference 5,47 poin (IK95% 3,34–7,60; $p < 0,001$) dan aPR self-efficacy tinggi 1,78 (IK95% 1,50–2,12). Outcome pengetahuan, batas/consent, dan intensi juga membaik. Hasil numerik tersebut belum merupakan temuan empiris Kabupaten Indragiri Hulu dan wajib diganti dengan analisis data primer sebelum publikasi. Penelitian lapangan dengan validasi instrumen, persetujuan etik, follow-up, dan pengukuran perilaku aktual diperlukan untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan intervensi.

5. 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 daerah. Pada penelitian lapangan, ucapan terima kasih perlu disesuaikan dengan institusi, sekolah/komunitas, Puskesmas, fasilitator, peserta, dan pihak pendukung yang benar-benar terlibat.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu. (2024). Kecamatan Rengat Dalam Angka 2024. BPS Kabupaten Indragiri Hulu. <https://inhukab.bps.go.id/>
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu. (2025). Kabupaten Indragiri Hulu Dalam Angka 2025. BPS Kabupaten Indragiri Hulu. <https://inhukab.bps.go.id/>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. (2025). Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2024. Pemerintah Kabupaten Indragiri Hulu. <https://dinkes.inhukab.go.id/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach (SMA14-4884). SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Trauma-informed care in behavioral health services (TIP 57; SMA15-4420). SAMHSA.
- Evans-Mitchell, G. S., Sacca, L., Markham, C., Schultz, K., McCurdy, S., Tingey, L., & Peskin, M. F. (2025). A systematic review of trauma-informed sexual health education interventions for adolescents and young adults within the United States and Canada. *International Journal of Sexual Health*, 37(2), 198-208. <https://doi.org/10.1080/19317611.2025.2464565>
- Panisch, L. S., Faulkner, M., Fernandez, S. B., Fava, N. M., & Gibbons, M. M. (2020). Exploring how trauma is addressed in sexual education interventions for youth: A scoping review. *Health Education & Behavior*. <https://doi.org/10.1177/1090198120954398>
- Wiese, A. L., Sease, T. B., Joseph, E. D., Becan, J. E., Knight, K., & Knight, D. K. (2023). Avoidance self-efficacy: Personal indicators of risky sex and substance use among at-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 147, 106846. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106846>
- Edison, B., Bhochhibhoya, S., Baumler, E. R., Markham, C. M., Peskin, M. F., Shegog, R., Emery, S. T., Addy, R. C., Temple, J. R., & Reidy, D. E. (2024). Self-efficacy to refuse sex mediates the relationship between dating violence victimization and sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 74(3), 531-536. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.10.025>

- Gibson, L. P., Gust, C. J., Gillman, A. S., Bryan, A. D., & Feldstein Ewing, S. W. (2020). Mechanisms of action for empirically supported interventions to reduce adolescent sexual risk behavior: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.004>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. World Health Organization.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Des Jarlais, D. C., Lyles, C., & Crepaz, N. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3), 361-366. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.3.361>
- 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>
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41-55. <https://doi.org/10.1093/biomet/70.1.41>
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. John Wiley & Sons.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. CDC.