

Perbedaan Distress Disclosure dan Self-Control pada Remaja dengan Low, Intermediate, High Risk Adverse Childhood Experiences

Maria Jane Tienoviani Simanjuntak dan Clara Moningka*

Program Studi Psikologi Universitas Pembangunan Jaya

maria.jane@upj.ac.id; clara.moningka@upj.ac.id

Abstrak

Prevalensi masalah kesehatan mental pada remaja meningkat setiap tahunnya di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tidak hanya kategorisasi *adverse childhood experiences (ACEs)* yang dialami oleh remaja, namun juga membedakan bagaimana *distress disclosure* dan *self-control* yang dimiliki oleh remaja dengan tingkatan *low*, *intermediate*, dan *high adverse childhood experiences (ACEs)*. Pengalaman masa kecil yang buruk dapat memunculkan rasa tidak percaya pada orang lain, sehingga membuat remaja sulit untuk terbuka. Perasaan malu atau stigma yang terkait dengan pengalaman traumatis dapat menjadi faktor penghambat remaja mencari bantuan atau mendiskusikan tekanan yang mereka alami. Hal ini kemudian dapat memengaruhi pilihan remaja dalam melakukan kontrol diri. Remaja yang mampu mengontrol diri serta mengungkapkan berbagai tekanan yang dialaminya cenderung dapat meringankan dampak trauma terhadap kesehatan mental. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif untuk mengetahui perbedaan tiap kelompok. Pengambilan data menggunakan kuesioner diadaptasi dari Kuesioner *Adverse Childhood Experiences* dan *Distress Disclosure Index*. Responden pada penelitian ini adalah remaja Jabodetabek berjumlah 245 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan *self-control* yang signifikan, namun tidak terdapat perbedaan signifikan *distress disclosure* antara remaja dengan *low*, *intermediate* dan *high risk ACEs*. Dari penelitian tersebut dapat diketahui bahwa tingkatan *ACEs* dapat memengaruhi bagaimana individu melakukan kontrol diri. Di sisi lain bagaimana individu dapat mengungkapkan diri saat dalam kondisi tertekan bisa dipengaruhi faktor lain selain kondisi *ACEs*. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk dijadikan sebagai dasar program promosi penguatan kesehatan mental remaja bagi pemerintah, masyarakat, institusi pendidikan, serta keluarga dalam mendampingi remaja menghadapi proses perkembangannya.

Kata kunci: *ACEs, disclosure, mental health, self-control.*

Pendahuluan

Prevalensi masalah kesehatan mental pada remaja meningkat setiap tahunnya di Indonesia. Di Indonesia, data menunjukkan bahwa 6,1% orang berusia 15 tahun ke atas mengalami gangguan kesehatan mental (Tarmizi, 2023). Hasil dari survey nasional kesehatan berbasis sekolah di jenjang menengah pertama maupun menengah atas yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa kesehatan mental dan emosional yang terganggu adalah salah satu dari sepuluh faktor perilaku yang berbahaya bagi kesehatan remaja. Berdasarkan wilayah yang disurvei yaitu di Sumatra, Jawa, dan Bali, sebanyak 46,01 % siswa (39,7 % siswa laki-laki dan 51,98 % siswa

perempuan) mengalami kesepian (*loneliness*), 42,18 % (38 % siswa laki-laki dan 46,14 % siswa perempuan) mengalami rasa cemas atau kekhawatiran yang berlebihan, dan sebanyak 62,38 % (57,73 % siswa laki-laki dan 66,82 % siswa perempuan) mengalami gangguan emosional, termasuk kesepian (*loneliness*), kekhawatiran yang berlebihan, hingga keinginan untuk bunuh diri. Hal ini menunjukkan bahwa remaja memiliki kondisi kesehatan mental yang mengkhawatirkan dan perlu ditelaah lebih lanjut penyebabnya.

Penyebab terjadinya masalah kesehatan mental remaja dapat berasal dari faktor internal maupun faktor eksternal atau lingkungannya. Pengalaman Buruk di Masa Kecil atau *adverse childhood experiences* (ACEs) merupakan peristiwa yang berpotensi traumatis dan memunculkan kondisi stres berat dan berdampak negatif jangka panjang pada kesehatan fisik dan mental (Anda, dkk., 2010; Felitti, dkk. 1998; Liming & Grube, 2018). Pengalaman tersebut meliputi pelecehan dan perlakuan buruk (fisik, seksual, emosional/verbal); penelantaran (fisik dan emosional/psikologis); dan disfungsi rumah tangga (penyakit mental orang tua; kekerasan dalam rumah tangga; perceraian atau perpisahan; penahanan; dan penyalahgunaan alkohol atau narkoba). Pengalaman yang sangat menegangkan lainnya yang tidak termasuk dalam skala ACEs asli, tetapi harus dianggap sebagai ACE yang mungkin karena bukti dampaknya terhadap perkembangan dan kesehatan anak, meliputi kesulitan ekonomi yang parah, kelaparan, disabilitas, trauma medis, perang, bencana, tuna wisma, menjadi korban perundungan, dan diskriminasi (Arseneault, dkk., 2006; Barnes, dkk., 2018; Chilton & Rabinowich, 2012; Evans & Kim, 2007; Kazak, dkk., 2006). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa *adverse childhood experiences* (ACEs) berkontribusi pada kondisi kesehatan mental remaja.

Felitti dkk. (1998) menjelaskan bahwa pengalaman buruk di masa kecil atau *adverse childhood experiences* (ACE) dapat terjadi pada usia sebelum 18 tahun di mana seseorang mengalami “*emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, violence against mother, living with household members who were substance abusers, mentally ill or suicidal, atau ever imprisoned*”. *adverse childhood experiences* (ACEs) dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu *abuses, neglect, dan household challenges*. Berbagai karakteristik keluarga lainnya telah diketahui sebagai pendorong penggunaan zat terlarang pada remaja dan dewasa muda. Karakteristik ini meliputi riwayat masalah kesehatan mental dalam keluarga, penggunaan zat terlarang dalam keluarga, perpisahan dan perceraian, kekerasan dan penelantaran emosional dan fisik, pelecehan seksual, kekerasan terhadap ibu atau ibu tiri, penahanan anggota keluarga, dan tantangan psikososial lainnya yang terkait dengan ketidakstabilan dan disfungsi keluarga (Namusoke dkk., 2024). Dengan penjelasan ini, dapat disimpulkan bahwa perilaku yang dilakukan oleh anggota keluarga sehingga dapat menyebabkan trauma pada usia muda dengan dampak yang berkepanjangan.

Pengalaman traumatis di masa kecil dapat memunculkan rasa tidak percaya pada orang lain, sehingga membuat remaja sulit untuk terbuka. Perasaan malu atau stigma yang terkait dengan pengalaman traumatis dapat menjadi faktor penghambat remaja mencari bantuan atau mendiskusikan tekanan yang mereka alami. Kecenderungan individu untuk mengungkapkan atau berbagi perasaan dan pengalaman negatif mereka, seperti stres, kecemasan, atau kesedihan, kepada orang lain disebut sebagai *distress disclosure* (Kahn & Hessling, 2001). *Distress disclosure* berhubungan dengan kemampuan individu untuk bersikap terbuka mengenai masalah emosional yang mereka hadapi. Individu yang memiliki tingkat *distress disclosure* yang tinggi biasanya

lebih mudah berbicara tentang emosi negatif mereka, sementara mereka yang memiliki tingkat rendah cenderung menekan atau menyembunyikan perasaan mereka. Hal ini disebabkan karena ada individu yang merasa lebih nyaman dan terbuka dalam membahas perjuangan emosionalnya, sementara yang lain mungkin menghindari melakukannya karena takut dihakimi, ditolak, atau disalahpahami oleh pendengarnya (Kahn dkk., 2012).

ACEs juga dikaitkan dengan gangguan pengendalian diri atau kemampuan untuk mengatur diri sendiri dan ketidakmampuan untuk mengantisipasi dampak jangka panjang dari tindakan diri sendiri (Gottfredson dan Hirschi, 1990). Ketidakmampuan untuk mengatur diri sendiri ditunjukkan oleh karakteristik seperti "impulsif", "keegoisan", "mencari risiko", dan "mengejar imbalan dan manfaat instan". Baumeister dan Boone (2004) menjelaskan bahwa *self-control* adalah kemampuan seseorang untuk mengontrol perilakunya dengan mengacu pada standar tertentu, seperti nilai, moral, dan aturan masyarakat, yang menghasilkan perilaku positif. Sebelum melakukan sesuatu, *self-control* merupakan salah satu hal sangat penting, terutama bagi remaja. *Self-control* harus dimulai dari diri sendiri dan mendapatkan dukungan dari luar, namun beberapa remaja tidak mendapatkan dukungan untuk mencapai *self-control*. Remaja yang mampu mengontrol diri serta mengungkapkan berbagai tekanan yang dialaminya cenderung dapat meringankan dampak trauma terhadap kesehatan mental.

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tidak hanya kategorisasi *adverse childhood experiences (ACEs)* yang dialami oleh remaja, namun juga membedakan bagaimana *distress disclosure* dan *self-control* yang dimiliki oleh remaja dengan tingkatan *low*, *intermediate*, dan *high adverse childhood experiences (ACEs)*.

Metode

Peneliti menggunakan desain penelitian kuantitatif yang merupakan sebuah penelitian yang didasarkan oleh variabel dari setiap partisipan untuk mendapatkan skor berupa nilai numerik yang nantinya akan dilakukan analisis secara statistik untuk diinterpretasi (Gravetter & Forzano, 2018). Pengambilan data menggunakan kuesioner diadaptasi dari Kuesioner *Adverse Childhood Experiences* (Felitti dkk., 1998) dan *Distress Disclosure Index* (Kahn & Hessling, 2001).

Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non-probability sampling*. *Non-probability sampling* ialah salah satu metode untuk pengambilan data berdasarkan dengan kemudahan akses tanpa mencantumkan seluruh populasi yang diketahui secara pasti dengan tujuan untuk menghindari adanya bias (Gravetter & Forzano, 2018). Teknik *non-probability sampling* yang digunakan dalam penelitian ini berjenis *convenience sampling*. *Convenience sampling* ialah teknik pengambilan data berdasarkan dengan ketersediaan subjek, lokasi subjek, dan kemauan subjek untuk berpartisipasi dalam penelitian ini (Gravetter & Forzano, 2018). Kuesioner disebarluaskan melalui *google forms*. Responden pada penelitian ini adalah remaja Jabodetabek yang bersedia mengisi kuesioner berjumlah 245 orang.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini memperoleh gambaran kondisi *adverse childhood experiences (ACEs)* pada 245 remaja di Jabodetabek. Deskripsi data demografis partisipan penelitian ini dapat dilihat secara detil pada Tabel 1.

Responden memiliki beberapa jenis gangguan fisik tertentu. Meskipun sebagian besar remaja tidak memiliki gangguan kesehatan fisik, namun beberapa dari mereka memiliki gangguan fisik seperti gangguan pencernaan dan juga hipotensi. Berkaitan dengan gangguan mental, walaupun sebagian besar responden menyatakan dirinya tidak memiliki gangguan mental, namun terdapat beberapa responden yang mengaku dan merasa bahwa dirinya memiliki gangguan mental tertentu. Mereka menambahkan bahwa mereka masih belum memiliki keberanian untuk konsultasi kepada psikolog maupun psikiater. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa responden merasa tidak nyaman, namun memilih untuk mengabaikan rasa tidak nyaman tersebut. Selain itu ada juga terdapat beberapa responden yang tidak terlalu mengetahui bagaimana kondisi kesehatan fisiknya, maupun mentalnya. Tabel 1 juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden saat ini masih tinggal bersama orang tua. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih memiliki keluarga, namun peneliti tidak mengidentifikasi orangtua kandung dan/atau orangtua sambung.

Peneliti selanjutnya melakukan pengolahan data untuk mengkategorisasikan *adverse childhood experiences* yang dialami oleh responden penelitian ini (Tabel 2). Kategorisasi ACE yang ditunjukkan pada tabel 2 terbagi menjadi 3 yaitu *high, intermediate, dan low risk ACEs*. Masing-masing kategori ditentukan berdasarkan pada skor total dari kuesioner ACEs yang juga dikaitkan dengan kondisi gangguan kesehatan fisik dan mental yang dimiliki oleh responden. Remaja dengan kategorisasi *high risk ACEs* merupakan remaja yang tergolong pada individu yang sangat rentan mengalami kondisi *distress* yang berkepanjangan akibat kondisi gangguan kesehatan yang dimiliki dan disertai dengan pengalaman buruk masa kecilnya. Bagi remaja yang masuk pada kategorisasi *intermediate risk ACEs*, yaitu remaja yang cukup rentan mengalami kondisi *distress* yang berkepanjangan karena memiliki kondisi gangguan kesehatan fisik tertentu, dan terindikasi memiliki skor ACEs yang cenderung menengah. Kategorisasi yang terakhir yaitu *low risk ACEs* artinya remaja yang tidak memiliki kondisi gangguan kesehatan dan tidak pernah mengalami pengalaman buruk dari masa kecilnya.

Tabel 1

Data demografis partisipan penelitian (n=245)

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase
1.	Jenis Kelamin		
	a. Perempuan	194	79,19%
	b. Laki-laki	51	20,81%
2.	Status tempat tinggal dengan		
	a. Orang tua	228	93,06%
	b. Sendiri	13	5,30%
	c. Sanak saudara (Tante, dsb)	3	1,22%
	d. Suami dan Anak	1	0,42%
3.	Kepemilikan penyakit fisik (*lebih dari 1 respon per responden)		
	a. Tidak Ada	117	46,24%
	b. Gangguan Pencernaan (Maag, GERD)	47	
	c. Tidak Tahu	39	15,41%
	d. Hipotensi	20	7,9%

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase
e.	Gangguan Pernafasan (Asma, Bronkitis)	12	4,74%
f.	Vertigo	5	1,97%
g.	Alergi	3	1,18%
h.	Gangguan Darah (Anemia)	3	1,18%
i.	Penyakit radang sendi (asam urat)	2	0,79%
j.	Gangguan Lipid (Kolesterol)	2	0,79%
k.	Hipertensi	2	0,79%
4.	Kepemilikan gangguan mental (*lebih dari 1 respon per responden)		
a.	Tidak Ada	137	55,02%
b.	Tidak Tahu	67	26,91%
c.	Merasa ada gejala gangguan mental, namun belum berani ke psikolog	19	7,63%
d.	<i>Major Depressive Disorder</i>	7	2,81%
e.	<i>Anxiety Disorder</i>	7	2,81%
f.	Sudah konsultasi ke psikolog, namun belum ada Diagnosis	5	2,01%
g.	<i>Borderline Personality Disorder</i>	4	1,61%
h.	<i>Obsessive Compulsive Disorder</i>	1	0,40%
i.	<i>Panic Attack</i>	1	0,40%
j.	<i>Adjustment Disorder</i>	1	0,40%

Tabel 2

Kategorisasi Adverse Childhood Experiences Responden (n=245)

No.	Kategorisasi ACEs	Jumlah	Persentase
1.	<i>High Risk ACEs</i>	87	35,51%
2.	<i>Intermediate Risk ACEs</i>	82	33,46%
3.	<i>Low Risk ACEs</i>	76	31,03%
		245	100%

Selanjutnya peneliti juga melakukan uji beda antara masing-masing kategorisasi untuk melihat dinamika *self-control* dan *distress disclosure* yang dimiliki oleh tiap kelompok responden penelitian (Tabel 3). Peneliti melakukan uji beda dengan ANOVA karena kelompok yang akan diuji berjumlah lebih dari dua kelompok. Terdapat uji asumsi yang harus terpenuhi terlebih dahulu sebelum peneliti melakukan uji beda dengan ANOVA, yakni uji normalitas dan homogenitas. Gravetter dan Forzano (2018) menyatakan bahwa data dikatakan normal dan homogen apabila memiliki nilai $p > 0,05$. *Self-control* terdistribusi normal yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0,171$, sedangkan *distress disclosure* juga terdistribusi normal dengan nilai $p = 0,158$. Selanjutnya, peneliti melakukan uji homogenitas dengan *Levene's test*. Uji homogenitas menghasilkan bahwa masing-masing kelompok remaja dengan *High Risk*, *Intermediate risk* dan *low risk ACEs* ($p = 0,876$ untuk *distress disclosure* dan $p = 0,247$ untuk *self control*) memenuhi uji homogenitas karena $p > 0,05$.

Tabel 3

Hasil ANOVA Self-Control tiap kategori remaja dengan HR, IR, dan LR

Self Control	Mean	SD	Statistics	df	p
High Risk ACEs	38,64	6.70	13,567	242	<0,001
Intermediate Risk ACEs	41,55	7.40			
Low Risk ACEs	44,12	5.90			

Tabel 3 memperlihatkan hasil uji beda dengan ANOVA bahwa terdapat perbedaan yang signifikan *self-control* yang dimiliki oleh remaja dengan *High Risk ACEs*, *Intermediate Risk ACEs*, dan *Low Risk ACEs*, $H(2) = 13,567$, $p < 0,001$, $p < 0,05$. Kemudian, peneliti melakukan uji beda antar kelompok dengan *post-hoc test* guna melihat apakah terdapat perbedaan yang signifikan antar masing-masing kelompok.

Pada tabel 4, terlihat bahwa perbedaan yang signifikan *self-control* remaja dengan *High Risk ACEs* dan *Intermediate Risk ACEs* ($p_{tukey} = 0,015$, $p < 0,05$), dengan perbedaan rata-rata sebesar 2,905. Oleh karena itu, remaja dengan *Intermediate Risk ACEs* ($M = 41,55$) memiliki *self-control* yang lebih baik daripada remaja dengan *High Risk ACEs*. Selain itu, terdapat juga perbedaan yang signifikan *self-control* remaja dengan *High Risk ACEs* dan *Low Risk ACEs* ($p_{tukey} < 0,001$, $p < 0,05$), dengan perbedaan rata-rata sebesar 5,475. Hal ini menunjukkan bahwa remaja dengan *Low Risk ACEs* ($M = 44,12$) memiliki *self-control* yang lebih baik daripada remaja dengan *High Risk ACEs*. Tabel 4 juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terjadi pada *self-control* remaja dengan *Intermediate Risk ACEs* dan *Low Risk ACEs* ($p_{tukey} < 0,045$, $p < 0,05$), dengan perbedaan rata-rata sebesar 2,570. Jadi, dapat disimpulkan pula bahwa remaja dengan *Low Risk ACEs* ($M = 44,12$) memiliki *self-control* yang lebih baik daripada remaja dengan *Intermediate Risk ACEs*.

Tabel 4.

Hasil *post-hoc test Self-Control* tiap kategori remaja dengan HR, IR, dan LR

Self-control	Mean Difference	t	p_{tukey}
HR dan IR	-2.905	-2.812	0.015
HR dan LR	-5.475	-5.195	< .001
IR dan LR	-2.570	-2.404	0.045

Tabel 5 memperlihatkan hasil uji beda dengan ANOVA bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan *distress disclosure* yang dimiliki oleh remaja dengan *High Risk ACEs*, *Intermediate Risk ACEs*, dan *Low Risk ACEs*, $H(2) = 2,146$, $p = 0,119$, $p > 0,05$. Kemudian, peneliti melakukan uji beda antar kelompok dengan *post-hoc test* guna melihat apakah terdapat perbedaan yang signifikan antar masing-masing kelompok.

Pada tabel 6 diperoleh hasil bahwa tidak terdapat perbedaan *distress disclosure* remaja dengan *High Risk ACEs*, *Intermediate Risk ACEs*, dan *Low Risk ACEs*. Walaupun demikian, terdapat perbedaan rata-rata pada masing-masing kelompok yang dibandingkan. Perbedaan rata-rata ini menunjukkan bahwa individu pada masing-masing kategori tidak memiliki kecenderungan untuk melakukan *distress disclosure* sesuai dengan kondisi ACEs yang dimilikinya.

Tabel 5

Hasil ANOVA Distress Disclosure tiap kategori remaja dengan HR, IR, dan LR

Distress Disclosure	Mean	SD	Statistics	df	p
High Risk ACEs	26,90	7,31	2,146	242	0,119
Intermediate Risk ACEs	28.15	6,76			
Low Risk ACEs	29.17	6,97			

Penelitian (Jones dkk., 2022) dengan menggunakan data *Fragile Families and Child Wellbeing Study* (FFCW; n = 3,444), menguji hubungan antara ACE individu, ACE kumulatif, waktu ACE, dan durasi ACE dan *self-control* pada remaja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meningkatnya ACE (sejak usia 5 tahun), memungkinkan rendahnya *self-control*. Individu dengan *high-risk ACEs*, *low-risk ACEs*, dan *intermediate risk ACEs* secara signifikan berpengaruh terhadap kontrol diri, dalam hal ini kontrol diri individu menjadi rendah. Lebih lanjut, Delong (2020) mencoba melihat variasi ACE dan pengaruhnya terhadap *self-control*. Penelitian ini dilakukan di Amerika pada individu yang mengalami ACEs. Hasil penelitian menunjukkan terdapat korelasi negatif antara ACE dengan *self-control* dimana individu dengan kondisi ACEs yang lebih berat, seperti penganiayaan dan disfungsi dalam rumah tangga menyebabkan kondisi *self-control* individu yang lebih rendah. Individu dengan ACE yang lebih berisiko atau lebih tinggi seperti disfungsi keluarga kekacauan rumah tangga disertai dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah dapat memengaruhi kondisi *self-control* individu itu. Dalam hal ini, *self-control* individu yang tergolong *High-risk ACEs* akan cenderung rendah. Hasil penelitian juga menemukan, bila individu dengan *High-risk ACEs* namun menyadari bahwa ia sulit melakukan *self-control* cenderung memiliki kontrol diri yang lebih baik, dibandingkan individu yang tidak menyadari kondisinya tersebut.

Tabel 6

Hasil post-hoc Distress Disclosure tiap kategori remaja dengan HR, IR, dan LR ACEs

Distress Disclosure	Mean Difference	t	p_{tukey}
HR dan IR	-1.250	-1.156	0.481
HR dan LR	-2.275	-2.062	0.100
IR dan LR	-1.025	-0.916	0.631

Penelitian menunjukkan bahwa ACEs berkorelasi negatif dengan *self-control* dan berkorelasi positif dengan tingginya stres atau tekanan psikologis di masa muda/remaja (Jones dkk., 2022); (Liming dkk., 2020); (Clements-Nolle & Waddington, 2019). Penelitian juga menunjukkan bahwa individu yang mengalami penganiayaan akan lebih rentan dan memiliki *self-control* rendah dibandingkan dengan individu yang mengalami disfungsi rumah tangga (Meldrum dkk., 2019). Stres yang dialami di masa anak-anak akan mengganggu perkembangan *self-control* remaja yang dimediasi oleh tekanan psikologis (Duckworth dkk., 2013), namun di sisi lain keyakinan bahwa individu dapat mengendalikan diri dapat mengurangi dampak ACEs (Delong, 2020). ACE dikaitkan dengan perubahan aktivitas otak terkait penurunan kemampuan *self-control* (Lackner dkk., 2018).

Lebih lanjut, Thomson & Jaque, (2017) menjelaskan bahwa individu dengan ACEs dan memiliki trauma yang belum terselesaikan akan sulit mengungkapkan diri atau perasaan tertekannya tersebut (*distress disclosure*). ACEs dikaitkan dengan

peningkatan tekanan psikologis dan hasil kesehatan yang buruk di masa dewasa ((Manyema dkk., 2018); (Herzog & Schmahl, 2018)). Individu dengan paparan ACE yang lebih tinggi lebih mungkin mengalami kesedihan berkepanjangan dan kesulitan mengungkapkan trauma masa lalu (*Distress disclosure*) (Thomson & Jaque, 2017). Hal ini sejalan dengan temuan penelitian ini dimana individu dengan dengan berbagai level ACEs memiliki *Distress Disclosure* yang cenderung rendah. Dalam hal ini individu sulit untuk mengungkapkan trauma atau kesedihannya, namun berdasarkan penelitian (Lin dkk., 2022) diketahui bahwa individu dengan ACE cenderung akan terhubung dengan individu lain yang memiliki pengalaman serupa. Mereka cenderung memilih untuk melakukan isolasi sosial supaya tidak perlu menyampaikan tekanan-tekanan yang dialami pada individu yang dinilai tidak memiliki pengalaman yang relevan atau pemahaman yang sama dengan kondisi ACEs mereka.

Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa remaja dengan *high risk, intermediate, and low risk ACEs* memiliki perbedaan dalam melakukan *self-control*, sedangkan mereka tidak memiliki perbedaan dalam mengungkapkan perasaannya khususnya terkait trauma yang dialami. Dalam hal ini individu sulit untuk mengungkapkan trauma atau kesedihannya kepada orang lain yang tidak memiliki pengalaman yang serupa.

Saran yang dapat diberikan untuk penelitian selanjutnya yaitu supaya penelitian selanjutnya lebih memperdalam dinamika *distress disclosure, self-control*, serta faktor-faktor yang memengaruhi individu dengan kondisi ACEs, khususnya pada individu dengan kondisi *high risk* dan *intermediate risk*. Hal ini diharapkan dapat mencegah terjadinya kondisi gangguan mental yang semakin rumit pada individu dengan ACEs.

Daftar Pustaka

- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatrics*, 118(1), 130–138. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2388>
- Barnes, A. J., Gilbertson, J., & Chatterjee, D. (2018). Emotional health among youth experiencing family homelessness. *Pediatrics*, 141(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1542>
- Chilton, M., & Rabinowich, J. (2012). Toxic stress and child hunger over the life course: Three case studies. *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 3(1), Article 3.
- Clements-Nolle, K., & Waddington, R. (2019). Adverse childhood experiences and psychological distress in juvenile offenders: The protective influence of resilience and youth assets. *Journal of Adolescent Health*, 64(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.025>

- Duckworth, A. L., Kim, B., & Tsukayama, E. (2013). Life stress impairs self-control in early adolescence. *Frontiers in Psychology*, 3, Article 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00608>
- Evans, G. W., & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18(11), 953–957. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02008.x>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gravetter, F. J., & Forzano, L.-A. B. (2018). *Research methods for the behavioral sciences* (6th ed.). Cengage Learning.
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00420>
- Jones, M. S., Pierce, H., & Chapple, C. L. (2022). Early adverse childhood experiences and self-control development among youth in fragile families. *Youth & Society*, 54(5), 806–832. <https://doi.org/10.1177/0044118X21996378>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41–65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kahn, J. H., Hucke, B. E., Bradley, A. M., Glinski, A. J., & Malak, B. L. (2012). The Distress Disclosure Index: A research review and multitrait-multimethod examination. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 134–149. <https://doi.org/10.1037/a0025716>
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343–355. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054>
- Lackner, C. L., Santesso, D. L., Dywan, J., O'Leary, D. D., Wade, T. J., & Segalowitz, S. J. (2018). Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference. *Biological Psychology*, 132, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.01.006>
- Liming, K. W., & Grube, W. A. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: A systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(4), 317–335. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x>
- Lin, L., Cao, B., Chen, W., Li, J., Zhang, Y., & Guo, V. Y. (2022). Association of adverse childhood experiences and social isolation with later-life cognitive function among adults in China. *JAMA Network Open*, 5(11), Article e2241714. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.41714>
- Manyema, M., Norris, S. A., & Richter, L. M. (2018). Stress begets stress: The association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC Public Health*, 18, Article 5767. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0>

- Meldrum, R. C., Champion Young, B., Soor, S., Hay, C., Copp, J. E., Trace, M., Smith-Darden, J. P., & Kernsmith, P. D. (2020). Are adverse childhood experiences associated with deficits in self-control? A test among two independent samples of youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(2), 166–186. <https://doi.org/10.1177/0093854819879741>
- Namusoke, J., Amone-P'Olak, K., Nakanwagi, C. C., Kibedi, H., Mayengo, N., Ssenyonga, J., & Omech, B. (2024). The mediating role of self-control on the relations between adverse childhood experiences and substance use among adolescents in Uganda. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1297565>
- Richdale, A., Francis, A., Gavidia-Payne, S., & Cotton, S. (2000). Stress, behavior, and sleep problems in children with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(2), 147–161. <https://doi.org/10.1080/13269780050033562>
- Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–322. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533–542. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00243.x>
- Thomson, P., & Jaque, S. V. (2017). Adverse childhood experiences (ACE) and adult attachment interview (AAI) in a non-clinical population. *Child Abuse & Neglect*, 70, 255–263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.001>
- Tarmizi, S. N. (2023, October 12). *Menjaga kesehatan mental para penerus bangsa*. Sehat Negeriku. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20231012/3644025/menjaga-kesehatan-mental-para-penerus-bangsa/>