HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN DERAJAT SKIZOFRENIA PADA REMAJA

UNIVERSITAS TRISAKTI

RAIHAN RAHARJO
030.19.113

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, 2025

idang Ilmu: Pendidikan Kedokteran

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN DERAJAT SKIZOFRENIA PADA REMAJA



Disusun Untuk Memenuhi Sebagian

Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

RAIHAN

RAHARJO

03000190

013

UNIV

ERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS

KEDOKTERAN JAKARTA,

JANUARI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN DERAJAT SKIZOFRENIA PADA REMAJA

RAIHAN RAHARJO

NIM: 03000190113

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari, Tanggal, 2025

Pembimbing

dr. Jihan Samira, M.Pd. Ked, SpMK.

NIK:

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN DERAJAT SKIZOFRENIA PADA REMAJA

RAIHAN RAHARJO 03000190013

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti Pada Hari ……, ……, ……. 2025

Pembimbing :

Nama : **dr. Jihan Samira, M.Pd. Ked, SpMK.**
NIK :

Penguji I

Nama :

NIK :

Penguji II

Nama :

NIK :

Jakarta, ... 20 .....

Dekan FK Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK : 2613/031712740

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan syukur atas kehadirat Tuhan semesta alam ALLAH SWT. Dengan anugrahnya sehingga penulis dapat untuk menyelesaikan penyusunan proskripsi yang berjudul "HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN SKIZOFRENIA PADA REMAJA ".Penulisan proposal skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh derajat Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Namun dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka penyesusnan proposal skripsi ini dapat diselesaikan tepat waktu. Penulis juga tidak lupa untuk menyampaikan banyak terimakasih yang sebesar besarnya orang tua kita serta selaku dosen pembimbing kepada dr. Jihan Samira, M.Pd.Ked, SpMK yang sangat telah berjasa dalam hidup penulis. Tidak lupa juga saya mengucapkan maaf dan terimakasih kepada kedua Orang Tua saya, keluarga dan Teman - Teman saya yang senantiasa selalu mendukung dan menunggu saya dalam setiap proses yang saya lalui. Semoga proposal skirpsi ini nantinya bisa bermanfaat dan berguna bagi kita semua. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih.

Raihan Raharjo

030001900113

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN 3
Tim Penguji Proposal Skripsi 3
Pembimbing 3
PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI 4
Judul: 4
Tim Penguji Proposal Skripsi 4
Pembimbing : 4
Penguji I 4
Penguji II 4
Dekan FK Trisakti 4
KATA PENGANTAR 5
Puji dan syukur kami panjatkan syukur atas kehadirat Tuhan semesta alam ALLAH SWT. Dengan anugrahnya sehingga penulis dapat untuk menyelesaikan penyusunan proskripsi yang berjudul "HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN DERAJAT SKIZOFRENIA PADA REMAJA ".Penulisan proposal skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh derajat Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Namun dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka penyesusnan proposal skripsi ini dapat diselesaikan tepat waktu. Penulis juga tidak lupa untuk menyampaikan banyak terimakasih yang sebesar besarnya orang tua kita serta selaku dosen pembimbing kepada dr. Jihan Samira, M.Pd.Ked, SpMK yang sangat telah berjasa dalam hidup penulis. Tidak lupa juga saya mengucapkan maaf dan terimakasih kepada kedua Orang Tua saya, keluarga dan Teman - Teman saya yang senantiasa selalu mendukung dan menunggu saya dalam setiap proses yang saya lalui. Semoga proposal skirpsi ini nantinya bisa bermanfaat dan berguna bagi kita semua. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih. 5
BAB I 9
PENDAHULUAN 9
1.2 10

1.2 Perumusan Masalah 11
1.3 Tujuan 11
1.3.1 Tujuan Umum 11
1.3.2 12
1.4 Hipotesis 12
1.5 Manfaat 12
1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan 12
1.5.2 Bagi Profesi 12
1.5.3 Bagi Masyarakat 12
BAB II 13
TINJAUAN PUSTAKA 13
2.1 Masa Remaja 13
2.1.1 Definisi dan Karakteristik perkembangan Remaja 13
2.1.2 Kerentanan Psikologis Masa Remaja 14
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Remaja 15
2.2 Skizofrenia 16
2.1.1 Definisi Skizofrenia 16
2.1.2 Prevalensi Skizofrenia 17
2.1.3 Faktor Risiko Skizofrenia 18
2.1.4 Etiologi dan Patofisiologi(25) 19
4. Patofisiologi Skizofrenia 21
2.3 Pola Asuh 22
2.3.1 Pengertian Pola Asuh. 22
2.3.2 Klasifikasi Pola Asuh 22
2.3.3 **Parental Authority Questionnaire (PAQ)**(27) 23
2.4 Hubungan Pola Asuh dengan Gangguan Jiwa 24
2.6 Kerangka Teori 28
BAB III 29

KERANGKA KONSEP, VARIABEL PENELITIAN, DAN DEFINISI OPERASIONAL 29
3.1 Kerangka Konsep 29
3.2.1 Variabel Tergantung 29
3.2.2 Variabel Bebas 29
3.3 32
BAB IV 32
METODE PENELITIAN 32
4.1 Desain penelitian 32
4.2 Lokasi dan waktu penelitian 32
4.3 Populasi dan sampel penelitian 32
4.3.1 Populasi 32
4.4 Bahan dan Instrument Penelitian 33
4.4.1 Bahan studi serta Cara Pengambilan Data 33
4.4.2 Instrumen Penelitian 33
4.5 Besar Sampel 34
Sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus : 34
4.5.1 Populasi Infinit 34
4.6 Manajemen Data 35
4.7 Alur Kerja Penelitian 37
4.8 Etika Penelitian 38
DAFTAR PUSTAKA 39

BAB I
PENDAHULUAN

1.2 Latar Belakang

Masa remaja adalah fase transisi yang kompleks, di mana individu mengalami perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang signifikan. Perubahan ini dapat meningkatkan kerentanan terhadap berbagai gangguan mental, termasuk skizofrenia. Faktor lingkungan, terutama lingkungan keluarga, memainkan peran penting dalam perkembangan dan kesejahteraan mental remaja. Pola asuh orang tua, sebagai bagian integral dari lingkungan keluarga, telah diidentifikasi sebagai faktor yang dapat memengaruhi kesehatan mental anak dan remaja.[1]

Skizofrenia adalah suatu gangguan psikotik kronis yang ditandai oleh adanya gangguan dalam berpikir, persepsi, emosi, bahasa, rasa diri, dan perilaku. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke-5 (DSM-5), diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila individu mengalami setidaknya dua dari lima gejala utama berikut selama periode paling sedikit satu bulan, dengan minimal satu di antaranya merupakan delusi, halusinasi, atau pembicaraan yang tidak terorganisir.[2]

Di Indonesia, Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 (SKI) didapatkan prevalensi skizofrenia adalah 4%, data dari Badan Pusat Statistik serta Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa jumlah penderita skizofrenia terus meningkat, terutama pada kelompok usia 15–24 tahun. Data dari Sistem Informasi Kesehatan Jiwa tahun 2023 juga menunjukkan bahwa remaja menyumbang sekitar 12–15% dari total kasus skizofrenia yang tercatat di rumah sakit jiwa di Indonesia. [22] Hal ini menunjukkan bahwa meskipun angka kejadiannya relatif rendah, beban sosial dan kesehatan yang ditimbulkan oleh skizofrenia pada usia remaja sangat signifikan dan membutuhkan perhatian khusus, terutama terkait faktor risiko seperti pola asuh orang tua, stres lingkungan, serta faktor genetik dan neurobiologis.[3–5].

Penelitian oleh Wu et al. (2023) menunjukkan bahwa praktik pengasuhan yang tidak efektif, seperti disiplin yang tidak konsisten dan kurangnya pemantauan, dapat menyebabkan persepsi penolakan dari orang tua dan menurunkan efikasi diri remaja, yang pada gilirannya berdampak negatif pada kesehatan mental mereka.(8) Selain itu, studi oleh Zhang & Wang (2023) menemukan bahwa gaya pengasuhan otoriter dan permisif berhubungan dengan peningkatan perilaku problematik pada remaja, dengan pengendalian diri sebagai mediator dalam hubungan tersebut.[9]

Beberapa penelitian telah mengeksplorasi hubungan antara pola asuh orang tua dan perkembangan gangguan ini pada remaja. Misalnya, studi oleh Okasha Institute of Psychiatry (2024) menemukan bahwa remaja dengan gangguan mental cenderung memandang orang tua mereka sebagai lebih otoriter dan kurang hangat dibandingkan dengan remaja tanpa gangguan mental.[10] Hal ini menunjukkan bahwa persepsi remaja terhadap pola asuh orang tua dapat berkontribusi pada kerentanan terhadap gangguan mental, termasuk skizofrenia.[10] Besarnya dampak skizofrenia pada remaja mendorong peneliti untuk melakukan riset lebih lanjut guna dapat memberikan rekomendasi pola asuh kepada orang tua yang memiliki anak dengan skizofrenia.

1.2 Perumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dengan derajat penderita skizofrenia di usia remaja?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan memberikan informasi kepada orang tua mengenai pola asuh yang tepat untuk anak yang mengidap skizofrenia

1.3.2 Tujuan Khusus

1 Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik Sosiodemografi (usia orangtua, tingkat pendidikan orangtua, dan pendapatan keluarga) orangtua remaja dengan skizofrenia

2 Menentukan proporsi pola asuh orang tua

3 Menilai hubungan pola asuh orang tua dengan derajat skizofrenia pada remaja

4 Menilai Hubungan antara karakteristik Sosiodemografi dengan Skizofrenia pada usia remaja

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara pola asuhan orang tua dengan penderita skizofrenia pada remaja

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara pola asuh orang tua dengan penderita skizofrenia pada remaja

1.5.2 Bagi Profesi

Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan untuk penelitian-penelitian berikutnya dan menambah pengetahuan di bidang kedokteran atau pengajar tentang pola asuh orang tua dengan kejadian skizofrenia pada remaja.

1.5.3 Bagi Masyarakat

Khususnya pada orang tua pasien yang memiliki anak dengan skizofrenia, penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan terkait pola asuh yang tepat bagi anak.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Masa Remaja

2.1.1 Definisi dan Karakteristik perkembangan Remaja

Masa remaja merupakan periode transisi yang kompleks dari masa kanak-kanak menuju dewasa, yang ditandai dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang signifikan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan remaja sebagai individu yang berada dalam rentang usia 10 hingga 19 tahun. [3]Dalam masa ini, individu mengalami percepatan pertumbuhan fisik (pubertas), perkembangan kognitif, serta pencarian identitas diri dan kemandirian emosional (Sacca et al., 2024).[1]

Menurut teori perkembangan psikososial Erik Erikson, masa remaja adalah fase di mana individu berada dalam krisis identitas versus kebingungan peran. Dalam tahap ini, remaja mulai mempertanyakan siapa dirinya dan peran apa yang akan dijalani dalam masyarakat. Keberhasilan dalam menyelesaikan krisis ini menghasilkan rasa identitas yang kuat, sementara kegagalan dapat menyebabkan disorganisasi identitas, ketidakpastian masa depan, dan kerentanan terhadap masalah psikologis (Sun, 2024).[11]

Karakteristik perkembangan remaja mencakup berbagai aspek, antara lain: [1] perkembangan fisik yang cepat dan tidak seimbang, seperti pertumbuhan tinggi badan, perubahan bentuk tubuh, serta pematangan seksual; [2] perubahan emosi yang fluktuatif akibat perubahan hormonal; [3] pencarian identitas dan nilai-nilai pribadi; [4] peningkatan ketertarikan pada hubungan sosial dengan teman sebaya; serta [5] peningkatan kemampuan berpikir abstrak dan reflektif seiring perkembangan kognitif (Li et al., 2024).[12]

Remaja juga mulai menunjukkan kemampuan berpikir meta-kognitif yang ditandai dengan kemampuan untuk memahami pikiran sendiri dan orang lain, serta mulai mempertimbangkan implikasi moral dari tindakan mereka. Namun, ketidakseimbangan perkembangan antara sistem limbik (yang mengatur emosi) dan korteks prefrontal (yang mengatur kontrol diri dan penalaran) membuat remaja cenderung impulsif dan rentan terhadap pengambilan keputusan yang berisiko (Clark et al., 2020).[13]

Dengan demikian, masa remaja adalah periode penting dalam siklus kehidupan manusia yang memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan kepribadian, kesehatan mental, dan integrasi sosial seseorang di masa dewasa.

2.1.2 Kerentanan Psikologis Masa Remaja

Masa remaja merupakan periode transisi yang kompleks, ditandai oleh perubahan fisik, emosional, dan sosial yang signifikan. Perubahan ini menjadikan remaja lebih rentan terhadap berbagai tekanan psikologis. Menurut survei Indonesia *National Adolescent Mental Health Survey* (I-NAMHS) tahun 2022, sekitar 34,9% remaja Indonesia mengalami masalah kesehatan mental dalam 12 bulan terakhir, namun hanya 2% yang memanfaatkan layanan kesehatan mental dalam periode tersebut .[14]

Kerentanan psikologis pada remaja dapat dijelaskan melalui teori perkembangan psikososial Erik Erikson, yang menyatakan bahwa remaja berada pada tahap pencarian identitas versus kebingungan peran. Ketidakmampuan dalam menyelesaikan tahap ini dapat menyebabkan kebingungan identitas dan meningkatkan risiko gangguan mental. Selain itu, teori stres dan koping oleh Lazarus dan Folkman menekankan bahwa stres terjadi ketika individu menilai bahwa tuntutan lingkungan melebihi kemampuan mereka untuk mengatasi tekanan tersebut. Remaja yang tidak

memiliki strategi koping yang efektif lebih rentan terhadap eseha dan gangguan mental [15,16]

Faktor lingkungan juga memainkan peran penting dalam kerentanan psikologis remaja. Studi oleh Kurnia F et al. (2023) menunjukkan bahwa lingkungan keluarga yang tidak mendukung dan hubungan yang buruk dengan teman sebaya secara signifikan berhubungan dengan gangguan mental emosional pada remaja . Selain itu, tekanan akademik yang tinggi, perundungan, dan ekspektasi sosial yang tidak realistis dapat memperburuk kondisi mental remaja.[17]

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Remaja

Kesehatan mental remaja dipengaruhi oleh berbagai eseha yang saling berinteraksi, termasuk eseha biologis, psikologis, dan sosial. [6,18,19]

1. Faktor Biologis

Perubahan hormonal selama masa pubertas dapat mempengaruhi mood dan emosi remaja. Selain itu, adanya riwayat gangguan mental dalam keluarga dapat meningkatkan risiko serupa pada remaja .

2. Faktor Psikologis

Konsep diri yang esehata dan rendahnya harga diri dapat membuat remaja lebih rentan terhadap gangguan mental. Overthinking atau kecenderungan untuk berpikir berlebihan juga telah diidentifikasi sebagai eseha yang mempengaruhi esehatan mental remaja .

3. Faktor Sosial

Lingkungan keluarga yang tidak mendukung, tekanan dari teman sebaya, dan lingkungan sekolah yang tidak kondusif dapat mempengaruhi esehatan mental remaja. Studi oleh Yang X[20] et al. (2024) menemukan bahwa lingkungan keluarga dan teman sebaya memiliki pengaruh signifikan terhadap gangguan mental emosional pada remaja .

Selain itu, penggunaan media sosial yang berlebihan dapat menyebabkan perbandingan sosial yang tidak sehat, meningkatkan risiko kecemasan dan depresi.

Perubahan budaya dan nilai-nilai sosial juga dapat mempengaruhi identitas dan kesejahteraan psikologis remaja[21]

2.2 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental kronis yang paling kompleks dan berat, yang memengaruhi sekitar 1% populasi dunia. Gangguan ini ditandai oleh adanya gangguan pada persepsi, pikiran, emosi, dan perilaku. Menurut American Psychiatric Association (APA) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan psikotik yang ditandai dengan dua atau lebih gejala utama yang berlangsung paling tidak selama satu bulan dan menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau perawatan diri. Gejala utama tersebut antara lain delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, perilaku yang sangat tidak teratur atau katatonik, dan gejala negatif seperti alogia (kemiskinan berbicara), anhedonia (ketidakmampuan merasakan kesenangan), dan afek datar (American Psychiatric Association, 2013).[2]

Skizofrenia bukan hanya sekadar gangguan persepsi realitas, tetapi juga merupakan gangguan perkembangan otak jangka panjang yang biasanya muncul pada masa akhir remaja atau awal dewasa. Penyakit ini memiliki perjalanan yang beragam, di mana sebagian individu mengalami pemulihan yang baik dengan terapi, sementara sebagian lainnya mengalami penurunan fungsi kognitif dan sosial secara progresif. Dalam konteks kesehatan masyarakat, skizofrenia memberikan beban sosial dan ekonomi yang besar karena keterbatasan produktivitas pasien, kebutuhan perawatan jangka panjang, serta dampaknya terhadap keluarga dan komunitas.[2,3]

Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa definisi dan pemahaman terhadap skizofrenia terus berkembang seiring dengan kemajuan ilmu saraf dan psikologi. Model transdiagnostik yang menggabungkan dimensi biologis, psikologis, dan sosial semakin banyak digunakan dalam memahami skizofrenia, menggantikan model

dikotomis lama yang membedakan secara tegas antara skizofrenia dan gangguan lainnya seperti gangguan bipolar atau depresi berat dengan fitur psikotik.[5]

Dengan demikian, skizofrenia dapat didefinisikan tidak hanya sebagai gangguan psikotik, tetapi juga sebagai kondisi kompleks yang mencerminkan interaksi genetik, neurobiologis, dan lingkungan dalam membentuk gangguan persepsi, emosi, dan perilaku individu.[3]

2.1.2 Prevalensi Skizofrenia

Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 (SKI) didapatkan prevalensi skizofrenia adalah 4%, data dari Badan Pusat Statistik serta Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa jumlah penderita skizofrenia terus meningkat, terutama pada kelompok usia 15–24 tahun. Data dari Sistem Informasi Kesehatan Jiwa tahun 2023 juga menunjukkan bahwa remaja menyumbang sekitar 12–15% dari total kasus skizofrenia yang tercatat di rumah sakit jiwa di Indonesia. [22]

2.1.3 Faktor Risiko Skizofrenia

Faktor risiko skizofrenia bersifat multifaktorial dan kompleks. Salah satu faktor utama yang telah diidentifikasi secara konsisten adalah predisposisi genetik. Studi kembar dan adopsi telah menunjukkan bahwa risiko skizofrenia meningkat secara signifikan pada individu yang memiliki kerabat tingkat pertama dengan gangguan tersebut. Misalnya, jika salah satu orang tua mengidap skizofrenia, risiko anak untuk mengembangkan penyakit ini sekitar 10%, dan meningkat menjadi 40–50% jika kedua orang tua mengidapnya (Abbaspour et al., 2021). Hal ini menunjukkan kontribusi kuat dari faktor genetik, meskipun gen tunggal penyebab skizofrenia belum ditemukan secara pasti. Penelitian terbaru cenderung mendukung hipotesis poligenik, yaitu bahwa skizofrenia disebabkan oleh kombinasi berbagai varian genetik yang masing-masing memiliki efek kecil.[23]

Selain faktor genetik, faktor lingkungan memainkan peran penting dalam meningkatkan risiko skizofrenia. Beberapa faktor lingkungan yang terbukti berkaitan antara lain adalah komplikasi prenatal dan perinatal, seperti malnutrisi ibu selama kehamilan, infeksi virus intrauterin, hipoksia saat persalinan, serta berat badan lahir rendah. Semua kondisi tersebut dapat menyebabkan perubahan perkembangan otak yang signifikan yang berkontribusi terhadap kerentanan terhadap skizofrenia di kemudian hari.[23]

Stres psikososial juga merupakan salah satu faktor risiko penting. Teori diatesis-stres menyatakan bahwa individu dengan predisposisi genetik terhadap skizofrenia menjadi lebih rentan mengembangkan gangguan ini jika mengalami stres lingkungan yang signifikan. Faktor-faktor stres tersebut meliputi trauma masa kecil, pengabaian emosional, kekerasan dalam rumah tangga, bullying, dan tekanan akademik atau sosial yang ekstrem. Menurut Peh et al. (2020), kualitas hubungan anak dengan orang tua, terutama keterikatan emosional dan responsivitas pengasuhan, sangat memengaruhi perkembangan sistem saraf dan regulasi emosi, yang pada akhirnya memengaruhi risiko psikopatologi.[24]

Faktor risiko lainnya termasuk penyalahgunaan zat seperti ganja dan amfetamin, terutama jika dikonsumsi pada usia remaja, yang merupakan periode kritis perkembangan otak. Ganja, misalnya, diketahui meningkatkan aktivitas dopaminergik di otak, yang merupakan salah satu jalur neurokimia utama yang terlibat dalam skizofrenia. Penggunaan ganja pada remaja yang memiliki kerentanan genetik dapat mempercepat onset dan memperparah perjalanan penyakit.[24]

Urbanisasi dan isolasi sosial juga merupakan faktor risiko signifikan. Tinggal di lingkungan perkotaan telah dikaitkan dengan peningkatan dua kali lipat risiko skizofrenia dibandingkan dengan lingkungan pedesaan. Hipotesis yang diajukan adalah bahwa lingkungan perkotaan yang lebih padat, penuh tekanan sosial, serta lebih sedikit

dukungan sosial dapat memperbesar stres dan ketidakamanan psikologis individu (WHO, 2022).[5]

2.1.4 Etiologi dan Patofisiologi[25]

Etiologi skizofrenia bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan.

Faktor Genetik

Studi menunjukkan bahwa faktor genetik memainkan peran penting dalam perkembangan skizofrenia. Risiko seseorang untuk mengembangkan skizofrenia meningkat jika memiliki anggota keluarga dengan gangguan ini. Misalnya, risiko pada saudara kandung sekitar 10%, dan pada kembar identik mencapai hingga 50%. Penelitian juga mengidentifikasi berbagai gen yang terkait dengan kerentanan terhadap skizofrenia, meskipun tidak ada satu gen pun yang secara spesifik menyebabkan gangguan ini.[25]

2. Faktor Neurobiologis

Hipotesis dopamin adalah teori yang paling dikenal dalam menjelaskan patofisiologi skizofrenia. Teori ini menyatakan bahwa kelebihan aktivitas dopaminergik di jalur mesolimbik otak berkontribusi terhadap gejala positif skizofrenia, seperti halusinasi dan delusi. Sebaliknya, defisit dopamin di jalur mesokortikal dikaitkan dengan gejala negatif, seperti apati dan penarikan sosial.[25]

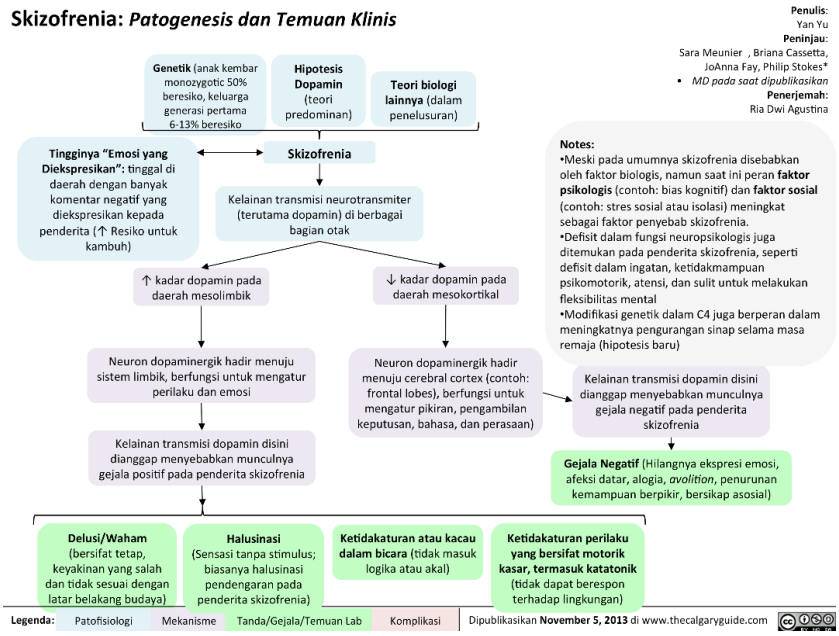
Selain dopamin, neurotransmiter lain seperti glutamat dan GABA juga terlibat. Disfungsi dalam sistem glutamat, khususnya pada reseptor NMDA, telah dikaitkan dengan gejala kognitif dan negatif skizofrenia. Penelitian neuroimaging juga menunjukkan adanya perubahan struktural pada otak penderita skizofrenia, termasuk

pembesaran ventrikel lateral dan penurunan volume materi abu-abu di korteks prefrontal.[25]

3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan selama masa prenatal dan perinatal, seperti infeksi virus, malnutrisi ibu hamil, dan komplikasi kelahiran, telah dikaitkan dengan peningkatan risiko skizofrenia. Selain itu, pengalaman stres berat selama masa kanak-kanak, seperti pelecehan atau pengabaian, serta penggunaan zat psikoaktif seperti ganja selama masa remaja, juga dapat meningkatkan risiko.[25]

4. Patofisiologi Skizofrenia



Gambar 1. Patofisiologi Skizofrenia[25]

Patofisiologi skizofrenia melibatkan disfungsi dalam berbagai sistem neurotransmiter dan jaringan otak. Kelebihan aktivitas dopamin di jalur mesolimbik berkontribusi terhadap gejala positif, sementara defisit dopamin di jalur mesokortikal

terkait dengan gejala negatif dan kognitif. Disfungsi pada sistem glutamat, khususnya pada reseptor NMDA, juga berperan dalam gangguan kognitif dan gejala negatif.[25]

Perubahan struktural otak yang konsisten ditemukan pada penderita skizofrenia, termasuk pembesaran ventrikel lateral, penurunan volume materi abu-abu, dan gangguan konektivitas antara berbagai wilayah otak. Temuan ini mendukung hipotesis bahwa skizofrenia adalah gangguan neurodevelopmental yang melibatkan gangguan dalam perkembangan dan konektivitas otak.[25]

2.1.5 Derajat Keparahan Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis yang ditandai oleh distorsi dalam pikiran, persepsi, emosi, bahasa, dan perilaku. Tingkat keparahan atau *derajat* skizofrenia menggambarkan seberapa berat gejala yang dialami pasien, dan sejauh mana gangguan tersebut memengaruhi fungsi sosial dan okupasional individu. Penilaian derajat penting untuk menentukan prognosis, terapi, dan evaluasi respons terhadap pengobatan.[23]

1. Derajat Ringan (Skor BPRS: 18–30)

Pada derajat ini, pasien menunjukkan gejala psikosis yang minimal. Gejala seperti kecurigaan ringan, kesulitan tidur, atau mood depresi ringan dapat muncul, tetapi tidak sampai mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan secara bermakna. Biasanya pasien masih memiliki insight yang baik dan dapat menjalani aktivitas sehari-hari dengan sedikit dukungan. Penatalaksanaan pada tahap ini bisa cukup dengan terapi psikososial dan medikasi dosis rendah. [23,24,25]

2. Derajat Sedang (Skor BPRS: 31–40)

Pasien dengan derajat sedang mulai menunjukkan gejala psikotik yang lebih nyata seperti halusinasi ringan, waham paranoid, atau gangguan dalam proses berpikir (seperti *conceptual disorganization*). Fungsi sosial dan interpersonal mulai terganggu.

Pasien biasanya memerlukan pemantauan dan intervensi farmakologis secara aktif, disertai dukungan lingkungan yang kuat. [23,24,25]

3. Derajat Berat (Skor BPRS: 41–53)

Pada derajat ini, gejala-gejala seperti halusinasi auditorik, waham menetap, atau perilaku aneh menjadi lebih menonjol dan menetap. Gangguan dalam ekspresi emosi (seperti afek datar atau tumpul), menarik diri dari lingkungan, serta penurunan kemampuan merawat diri dapat terjadi. Fungsi sosial dan okupasional mengalami penurunan tajam. Perawatan medis intensif dan kemungkinan rawat inap seringkali diperlukan. [23,24,25]

4. Derajat Sangat Berat (Skor BPRS: ≥54)

Pasien dengan skizofrenia derajat sangat berat umumnya mengalami gejala psikotik kronis dan menetap, dengan kemungkinan disorganisasi pikiran dan perilaku berat. Mereka mungkin menunjukkan agitasi ekstrem, perilaku katatonik, atau tidak mampu berkomunikasi secara fungsional. Pasien tidak memiliki insight terhadap kondisinya dan benar-benar tergantung pada perawatan orang lain. Perawatan jangka panjang dalam setting institusional seringkali dibutuhkan. [23,24,25]

2.3 Pola Asuh

2.3.1 Pengertian Pola Asuh.

Pola asuh (*parenting style*) adalah pola perilaku yang konsisten dari orang tua dalam membesarkan anak, yang mencakup sikap, nilai, serta strategi dalam mendidik dan membimbing anak. Pola asuh mencerminkan hubungan emosional orang tua dan

anak dalam konteks sosial tertentu, dan memiliki peran besar dalam pembentukan kepribadian, regulasi emosi, hingga risiko berkembangnya gangguan jiwa pada masa remaja. Baumrind (1971) membagi pola asuh berdasarkan dua dimensi utama: responsivitas (kehangatan) dan demandingness (kontrol).[7]

2.3.2 Klasifikasi Pola Asuh

Menurut Baumrind dan pengembangan dari Maccoby & Martin, terdapat empat tipe utama pola asuh:[16,26]

2.3.2.1 Authoritative (Demokratis):

Orang tua bersikap suportif namun tegas. Mereka menetapkan aturan jelas sambil mendengarkan kebutuhan anak. Gaya ini menghasilkan keseimbangan antara kehangatan dan kontrol.

Pola ini dikaitkan dengan tingkat kesejahteraan emosional yang tinggi, harga diri positif, serta kemampuan sosial yang baik pada remaja. Studi Abidin et al. (2022) menunjukkan bahwa gaya pengasuhan suportif berkorelasi dengan kepuasan kebutuhan psikologis dan kesejahteraan emosional remaja.[7]

2.3.2.2 Authoritarian (Otoriter):

Orang tua bersikap tegas dan menuntut tanpa memperhatikan kebutuhan emosional anak. Aturan diterapkan secara kaku dan komunikasi satu arah. [6,26]

Gaya ini dapat meningkatkan risiko depresi dan kecemasan karena frustrasi kebutuhan dasar anak, serta menurunkan harga diri. Zhang & Wang (2023) menemukan bahwa pola otoriter memperburuk kontrol diri dan meningkatkan perilaku bermasalah pada remaja.

2.3.2.3 Permissive (Memanjakan):

Orang tua sangat responsif namun kurang menuntut. Mereka cenderung membiarkan anak bertindak sesuka hati dan jarang memberi batasan. [6,26]

Pola ini sering menyebabkan kurangnya kontrol diri dan kesulitan dalam menghadapi aturan sosial. Namun, Aftab et al. (2021) menemukan bahwa dalam konteks budaya tertentu, pola permisif dapat meningkatkan fleksibilitas psikologis [3]

2.3.3 **Parental Authority Questionnaire (PAQ)**[27]

Parental Authority Questionnaire (PAQ) adalah alat ukur yang dikembangkan oleh John R. Buri pada tahun 1991 untuk mengidentifikasi persepsi individu terhadap gaya pengasuhan orang tua mereka. Berdasarkan teori pola asuh Baumrind, PAQ mengklasifikasikan gaya pengasuhan ke dalam tiga kategori utama: authoritative (demokratis), authoritarian (otoriter), dan permissive (memanjakan). Instrumen ini terdiri dari 30 item, dengan masing-masing gaya pengasuhan diwakili oleh 10 item. PAQ menggunakan skala Likert 5 poin, memungkinkan responden untuk menilai sejauh mana pernyataan tertentu mencerminkan pengalaman mereka dengan orang tua mereka . [27]

Untuk memastikan relevansi dan validitas budaya dalam konteks Indonesia, PAQ telah diadaptasi ke dalam versi Bahasa Indonesia oleh Darmagita dan Susanto pada tahun 2022. Proses adaptasi ini mengikuti pedoman International Test Commission (ITC) dan melibatkan langkah-langkah seperti penerjemahan maju (forward translation), penerjemahan balik (back translation), serta uji validitas dan reliabilitas. Hasil dari adaptasi ini menunjukkan bahwa versi Bahasa Indonesia dari PAQ memiliki konsistensi internal yang baik, dengan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,70. Penilaian kuesioner ini dengan menggunakan sistem skoring dengan nilai 1 = Sangat Tidak Setuju, 2 = Tidak Setuju, 3 = Netral, 4 = Setuju, 5 = Sangat Setuju. Jumlah nilai skor akan diakumulasikan dan dapat diinterpretasikan sebagai Authoritative dengan Jumlah skor item 1–10, Authoritarian yaitu Jumlah skor item 11–20, dan Permissive dengan Jumlah skor item 21–30.[27]

2.4 Hubungan Pola Asuh dengan Skizofrenia

Pola asuh orang tua memegang peranan penting dalam pembentukan perkembangan psikososial anak dan berkontribusi terhadap munculnya maupun derajat keparahan skizofrenia, khususnya pada remaja yang berada dalam masa rentan secara neuropsikiatri. Gaya pengasuhan yang penuh tekanan, kritikan, atau kontrol yang berlebihan dapat memicu peningkatan stres psikologis dan disregulasi afektif, yang pada akhirnya memperburuk manifestasi gejala skizofrenia. Sebuah studi longitudinal oleh Pollard et al. (2023) menunjukkan bahwa gaya pengasuhan ayah yang hangat dan tidak terlalu mengontrol berhubungan dengan peningkatan fungsi global jangka panjang pada pasien dengan skizofrenia episode pertama, meskipun tidak secara langsung menurunkan gejala psikotik akut atau jumlah kekambuhan. Hasil ini mengindikasikan bahwa peran orang tua tidak hanya bersifat preventif, tetapi juga turut memengaruhi kapasitas adaptasi dan prognosis jangka panjang penderita.[28]

Sementara itu, studi oleh Okasha Institute (2024) terhadap 120 remaja menunjukkan bahwa 68,3% remaja dengan gangguan mental mengidentifikasi orang tua mereka sebagai otoriter, dibandingkan hanya 32,1% pada kelompok remaja sehat, dan ini berkorelasi positif dengan tingkat agresi ($r = 0,52$; $P < 0,01$) serta harga diri rendah ($r = -0,47$; $P < 0,01$)[10]

Peng et al. (2021) dalam penelitiannya terhadap 815 remaja SMA di Tiongkok, menunjukkan bahwa gaya pengasuhan penuh kasih meningkatkan fleksibilitas psikologis ($\beta = 0,30$; $P < 0,001$) dan harga diri ($\beta = 0,44$; $P < 0,001$), yang secara signifikan menurunkan risiko depresi dan gejala psikotik awal. Sebaliknya, gaya pengasuhan penolakan dan overproteksi meningkatkan infleksibilitas psikologis ($\beta = 0,27$; $P < 0,001$) dan menurunkan harga diri ($\beta = -0,33$; $P < 0,001$).[16]

Selain itu, studi kualitatif oleh Boström & Strand (2021) yang melibatkan wawancara mendalam dengan 20 anak dari orang tua dengan psikosis menunjukkan bahwa 85% responden mengalami beban emosional akibat peran ganda sebagai “anak

dan pengasuh", dan 70% merasa tidak memiliki komunikasi terbuka dengan orang tua mereka tentang kondisi mental tersebut, yang meningkatkan risiko distress psikologis dan potensi gangguan mental di kemudian hari.[7]

Temuan-temuan ini memperkuat argumen bahwa pola asuh otoriter, penolakan, atau pengasuhan tidak responsif memiliki dampak signifikan terhadap risiko dan perkembangan skizofrenia pada remaja, sementara pola asuh yang hangat dan suportif memberikan efek protektif terhadap kese hatan mental anak dan remaja

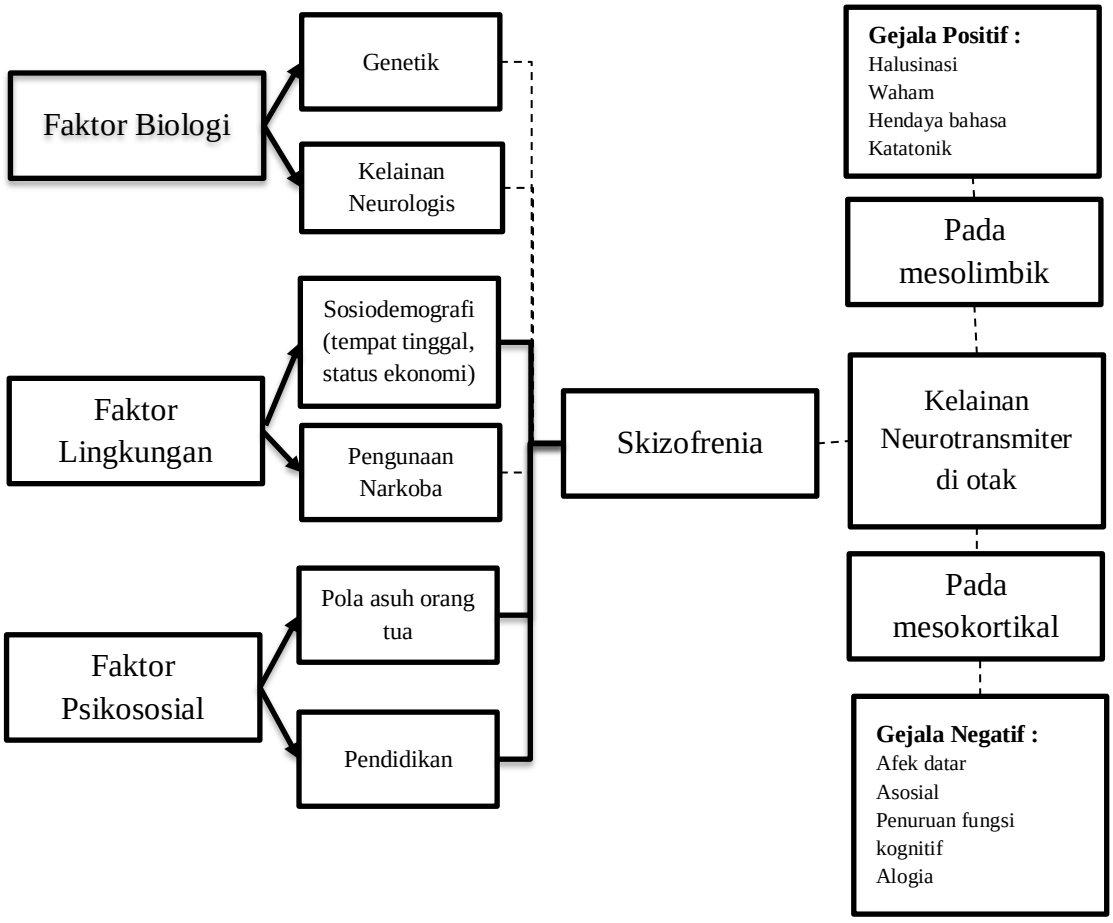
2.5 Ringkasan Pustaka

Tabel 1. Ringkasan Pustaka

Peneliti	Tempat & Waktu	Desain Studi	Subyek Studi	Variabel yang Diteliti	Tahun Studi	Hasil
Pollard et al	Nottingham	Cross Sectional	544 Responden dengan episode pertama psikotik	Variabel bebas : *Parental bonding style* Variabel terikat : Derajat psikotik	2023	- Peserta yang melaporkan gaya asuh ayah lebih peduli dan kurang mengontrol pada saat episode psikotik pertama memiliki skor Global Assessment of Functioning (GAF) lebih tinggi setelah 10 tahun. Regresi berganda menunjukkan bahwa skor risiko pola asuh paternal (lebih peduli, kontrol rendah) merupakan prediktor signifikan fungsi global ($\beta = 0,37$; $p < 0,05$)
Aidin A, Bahreini M, Akaberian S, *et al*[23]	Iran 2018	Cross sectional	130 pasien skizofrenia	Vaiabel Terikat : Pasien Skizofrenia Variabel bebas : Hubungan orang tua dengan anak	2021	- 62,3% Pasien dengan Skizofrenia memiliki hubungan keterikatan dengan ayah yang tidak efektif. - Terdapat hubungan yang signifikan antara keterikatan hubungan anak dengan ibu pada pasien skizofrenia P=0,007 - Tidak terdapat hubungan yang

						-	cukup Signifikan antara keterikatan hubungan ayah dengan anak pada pasien skizofrenia.
Azman O, Mauz E, Reitzle M , *et al*[29]	German, 2021	Cohort Studry	17,641 responden usia 11-17 tahun	Variabel terikat : = Kesehatan mental remaja Variabel Bebas : - Pola Asuh Orang tua		-	Pola asuh orang tua yang mengekang menghasilkan skor SDQ yang rendah, sementara pola asih yang lebih demokratis dan membebaskan memilliki skor SDQ yang lebih tinggi p<0,001
Fasya N[30]	Indonesia	Cross Sectional	150 remaja kelurahan joglo	Variable tergantung : - Emosi Remaja Variabel bebas : - Hubungan Pola Asuh Orang tua	2021	-	Tidak terdapat korelasi antara pola asuh dan emosi remaja. Sig 2 = 0,334
Peh OH, Rapisarda A, Lee J[24]	UK	Longitudinal Study	150 individu dengan episode pertama psikosis	Variabel Tergantung : - Fungsi sosial penderita skizofrenia Variabel Bebas : - Pola Asuh Orang Tua ibu dan ayah	2020	-	gaya pengasuhan ayah yang penuh perhatian memiliki peningkatan skor fungsi sosial sebesar 35% lebih tinggi dalam follow-up 10 tahun dibandingkan mereka dengan ayah yang bersikap otoriter atau tidak peduli

2.6 Kerangka Teori



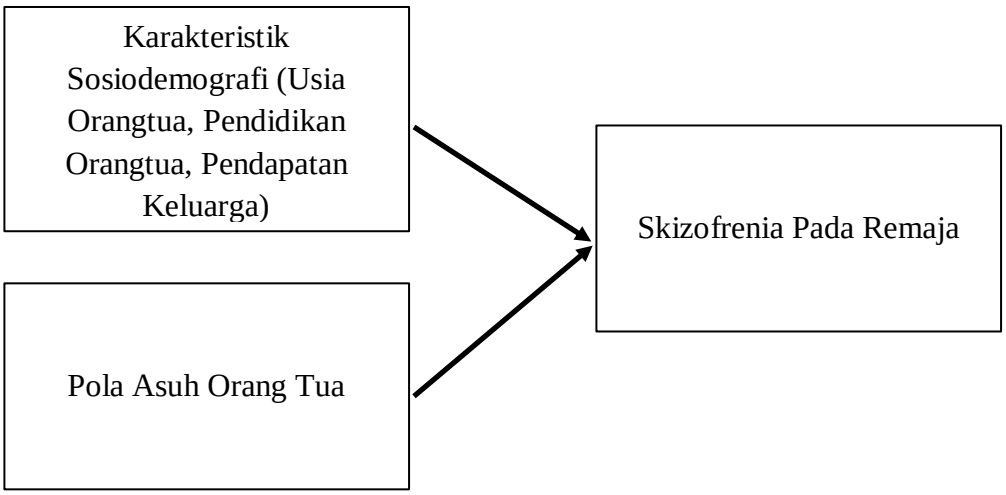
Gambar 2. Kerangka Teori

——— : Diteliti

- - - - - - - - : Tidak diteliti

BAB III
KERANGKA KONSEP, VARIABEL PENELITIAN, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Skizofrenia

3.2.1 Variabel Tergantung

Kejadian Skizofrenia pada Remaja

3.2.2 Variabel Bebas

- Karakter Sosiodemografi (Genetik, Jenis Kelamin, Pendidikan orang tua, Usia, Status Ekonomi
- Pola Asuh Orang tua

3.3 Definisi Operasional

Tabel

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala	Referensi
Derajat Skizofrenia	Gangguan mental yang ditandai dengan gangguan persepsi, pikiran, emosi, dan perilaku pada remaja.	Skala Psikotik Kecil (Brief Psychotic Rating Scale – BPRS)	Wawancara Individu	1: Skizofrenia ringan (31–40) 2: Skizofrenia sedang (41–50) 3: Skizofrenia berat (>50)	Ordinal	Overall & Gorham, 1962; WHO, 2023[3,31]
Pendidikan Orang Tua	Tingkat pendidikan terakhir yang diselesaikan oleh ayah dan ibu responden.	Kuesioner Individu	Wawancara Individu	1:Pendidikan Tinggi (>9 tahun) 2 : Pendidikan Rendah (<9 tahun)	Nominal	Kemenkes RI, 2023[22]
Usia Orang Tua	Umur orang tua kandung responden (ayah dan ibu) dalam tahun.	Kuesioner Individu	Wawancara Individu	1. dewasa awal 25- 2. dewasa akhir	Ordinal	Kemenkes RI, 2023[22]
Pendapatan Keluarga	Kondisi ekonomi keluarga berdasarkan penghasilan bulanan.	Kuesioner Individu	Wawancara Individu	1: Di Bawah UMR 5.396.761 2: Di Atas UMR	Ordinal	Kemenkes RI, 2023[22]

Pola Asuh Orang Tua	Pola pengasuhan yang diterapkan orang tua kepada anak remajanya (authoritative, authoritarian, permissive, neglectful).	Parental Authority Questionnaire (PAQ)	Kuesioner PAQ (versi 2023)	Skor total PAQ: 1: Authoritative (≥60%) 2: Authoritarian (≥60%) 3: Permissive (≥60%)	Ordinal	Buri & Baumrind, 1991; Arifin, 2023[27]

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini bersifat observatif analitik dengan pendekatan *cross-sectional* atau potong-lintang.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian akan dilakukan di Rumah Sakit X pada bulan Agustus sampai dengan November tahun 2025 dengan pengambilan data Primer dengan melakukan wawancara langsung di Poli Jiwa RS X.

4.3 Populasi dan sampel penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini mengambil dari pasien skizofrenia di poli jiwa rs X. Sampel yang dalam penelitian ini adalah semua responden yang masuk kriteria inklusi dan eksklusi.

4.3.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien terdiagnosis Skizofrenia yang berusia 12-18 tahun yang tinggal bersama orang tuanya
2. Orang tua bersedia menjadi responden
3. Pasien skizofrenia memiliki kemampuan komunikasi

4.3.2 Kriteria Eksklusi

1. Orangtua remaja terdiagnosis skizofrenia
2. Pasien memiliki gangguan perkembangan atau kelainan genetik
3. Pasien mengalami gangguan jiwa berat atau kerusakan otak
4. Pasien yang menggunakan atau memiliki riwayat penggunaan Narkotika

5. Tidak tinggal bersama orang tua kandung

4.5 Besar Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus :

4.5.1 Populasi Infinit

$$n_0 = \frac{(Z \propto)^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0.04 \times 0.996}{0.05^2}$$

$$n_0 = 61{,}219 = 61$$

Keterangan:

n_0 : Besar sampel optimal yang dibutuhkan

$Z \propto$: Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p : Prevalensi Skizofrenia di indonesia (Riskesdas 2018) = 1,6% = 0,016

q : Prevalensi individu yang tidak menderita skizofrenia di indonesia = 1 – p = 0,93

d : Kesalahan absolut yang dapat diterima = 5% = 0,05

4.5.2 Populasi Finit

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n = \frac{61}{1 + \frac{61}{100}}$$

$$n = 98{,}375 = 98$$

Keterangan :

n = Besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi yang finit

n_0 = Besar sampel dari populasi yang infinit

N = Besar populasi

Jumlah responden berdasarkan perhitungan menggunakan rumus populasi finit adalah 98 +15% = 112,7 dibulatkan menjadi 113.

4.5 Bahan dan Instrument Penelitian

4.5.1 Bahan studi serta Cara Pengambilan Data

Dalam penelitian ini, populasi target adalah pasien skizofrenia yang menjalani pengobatan di poli jiwa Rumah Sakit X. Berdasarkan data, terdapat sekitar 100 pasien skizofrenia yang rutin berobat di poli tersebut. Sampel diambil menggunakan teknik consecutive sampling, non-random di mana pasien yang datang secara berurutan akan dievaluasi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Hanya pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi yang akan direkrut sebagai responden, hingga jumlah sampel yang dibutuhkan tercapai.

4.4.2 Instrumen Penelitian

4.4.2.1 Kuesioner BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)[31]

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) adalah instrumen penilaian yang digunakan oleh klinisi atau peneliti untuk mengukur gejala psikiatrik seperti depresi, kecemasan, halusinasi, dan perilaku tidak biasa. Skala ini terdiri dari 18 item yang masing-masing dinilai pada skala Likert 1 hingga 7, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat keparahan gejala yang lebih besar. BPRS awalnya dikembangkan oleh John E. Overall dan Donald R. Gorham pada tahun 1962 untuk memberikan penilaian cepat terhadap gejala psikiatrik pasien sebelum, selama, atau setelah pengobatan. [31]

Dalam versi Indonesia, BPRS telah digunakan dalam berbagai penelitian untuk menilai kondisi psikiatrik pasien. Misalnya, sebuah studi oleh Nur Khoirudin Adha di RSJ Grhasia DIY menggunakan BPRS untuk mengevaluasi hubungan antara dukungan emosional keluarga dan skor BPRS pada pasien skizofrenia.[31]

4.4.2.2 Kuesioner *Parental Authority Questionnaire* (PAQ)[27]

Parental Authority Questionnaire **(PAQ)** adalah instrumen yang dikembangkan oleh John R. Buri pada tahun 1991 untuk mengukur persepsi individu terhadap gaya pengasuhan orang tua berdasarkan teori Diana Baumrind. Kuesioner ini terdiri dari 30 item yang terbagi secara merata ke dalam tiga dimensi pola asuh: otoritatif (authoritative), otoriter (authoritarian), dan permisif (permissive). Setiap item dinilai menggunakan skala Likert 5 poin, mulai dari "sangat tidak setuju" hingga "sangat setuju", yang memungkinkan penilaian terhadap sejauh mana individu merasakan penerapan gaya pengasuhan tertentu oleh orang tuanya.[27]

4.6 Analisis Statistik

Pada penelitian ini dilakukan dengan cara menyesuaikan hasil kuesioner PAQ dan BPRS pada pasien dan orang tua pasien skizofrenia di poli jiwa Rumah Sakit X lalu diperiksa kembali data kelengkapannya apakah sudah sesuai dengan yang di harapkan. Data yang dikumpulkan di olah dengan menggunakan program komputer SPSS versi 27 analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat.

4.6.1 Analisis Univariat

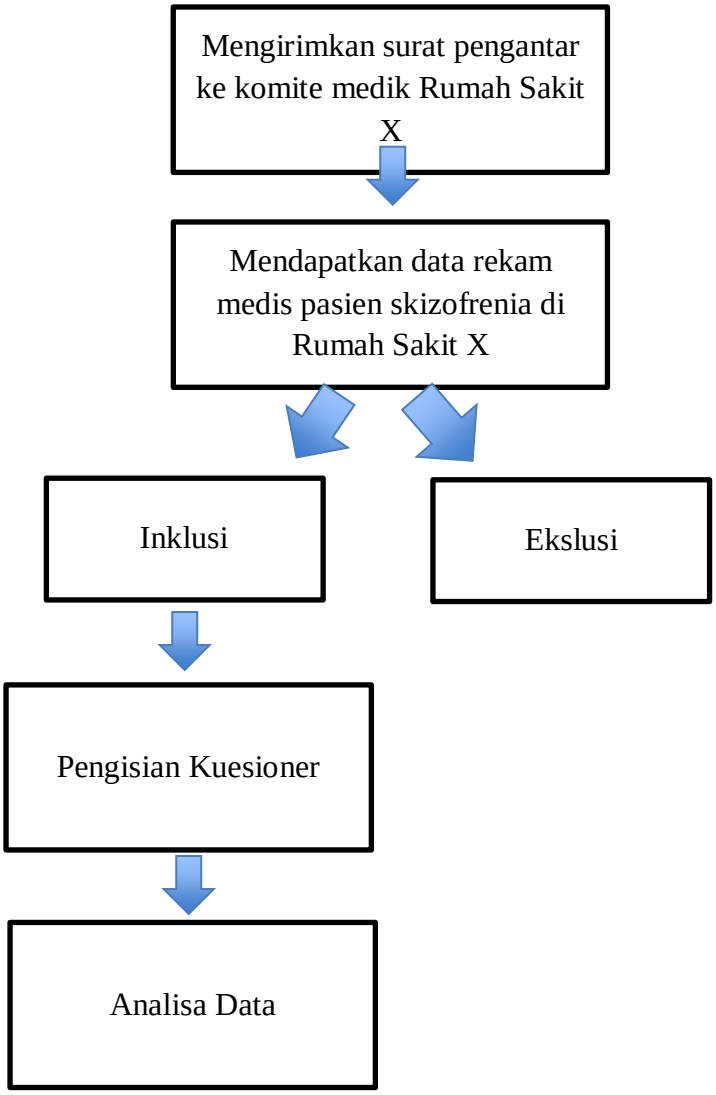
Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari masing- masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini, dilakukan analisis univariat terhadap variabel bebas pola asuh orang tua dan variabel tergantung skizofrenia pada remaja. Data univariat dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif, yaitu presentasi, *mean standart deviation*, dan frekuensi pada variabel bebas dan variable tergantung

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan <0,05 untuk menguji hipotesis peneliti. Apabila syarat analisis uji chi-square tidak

terpenuhi, maka peneliti akan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*. Analisis data pada penelitian ini menggunakan program *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

4.7 Alur Kerja Penelitian9



Gambar 4. Alur Kerja Penelitian

4.8 Etika Penelitian

Studi ini dilaksanakan selepas dikatakan lolos pengujian etik olehnya Komisi Etik Riset Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti pada surat nomor …../…././…… Pada studi ini peneliti meminta permohonan izin tertuliskan sepengetahuan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti guna diberi pada bagia komite medik rumah sakit x untuk mendapatkan data sekunder.

4.9 Jadwal Penelitian

Teori Derajat

Tabel 3. Jadwal Penelitian

DAFTAR PUSTAKA

1. Sacca L, others. Trends in Childhood Behavioral, Mental, and Developmental Problems (2019–2022) Using the National Survey of Children's Health. Pediatr Rep. 2024;16(4):983–1000.
2. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
3. World Health Organization. Schizophrenia. 2022.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
5. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
6. Qi W. Harsh parenting and child aggression: Child moral disengagement as the mediator and negative parental attribution as the moderator. Child Abuse Negl. 2019;91:12–22.
7. Boström P, Strand J. Relationships with parents, parental psychiatric illness and its impact on the daily life of adolescents: a qualitative study. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2021;34(4):234–42.
8. Wu SL, Woo PJ, Yap CC, Lim G. Parenting Practices and Adolescents' Mental Health: The Mediating Role of Perceived Maternal and Paternal Acceptance-Rejection and Adolescents' Self-Efficacy. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1052.
9. Zhang W, Wang Z. Parenting Styles and Adolescents' Problem Behaviors: The Mediating Effect of Adolescents' Self-Control. Psychol Rep. 2023;126(1):1–15.
10. of Psychiatry OI. Perceived parenting styles and bonding among adolescents with mental illness: Okasha Institute of Psychiatry experience. Middle East Current Psychiatry. 2024;31(1):51.
11. Sun H. The Influence of Parenting Styles on Adolescents' Mental Health. SHS Web of Conferences. 2024;193:02001.
12. Li Q, Wu Y, Xu Z, Zhou H. Exploration of Adolescent Depression Risk Prediction Based on Census Surveys and General Life Issues. 2024.
13. Clark LH, Hudson JL, Rapee RM, Grasby KL. Investigating the impact of masculinity on the relationship between anxiety-specific mental health literacy and mental health help-seeking in adolescent males. J Anxiety Disord. 2020;76:102315.
14. Devita Y. Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Masalah Mental Emosional Remaja. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi. 2020 Jul 1;20(2):503.

15. Gómez-Ortiz O, Romera EM, Ortega-Ruiz R. Parenting Styles and Internalizing Symptoms in Adolescence: A Systematic Literature Review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(17):3192.
16. Peng M, Liu J, Ma Y, Gui D, Ye B. Parental rejection and overprotection, psychological inflexibility, and self-esteem in Chinese adolescents: a moderated mediation model. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21):11287.
17. Kurnia F, Andang Ides S, Susilo WH, Keperawatan P, Keperawatan F, Sint S, et al. HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN KESEHATAN MENTAL PADA REMAJA DI SMPN 03 SELUAS KALIMANTAN BARAT. 2024;5(3).
18. Van Petegem S, Antonietti JP, Nunes CE, Kins E, Soenens B. The relationship between maternal overprotection, adolescent internalizing and externalizing problems, and psychological need frustration: A multi-informant study using response surface analysis. J Youth Adolesc. 2020;49(1):162–77.
19. Rebecka K, Susanne O, Kent NW, Cecilia Å. The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. Ment Health Prev. 2020;20:200193.
20. Yang X. Exchanging social support in social commerce: The role of peer relations. Comput Human Behav. 2021;124:106911.
21. Shimkhada R, Ponce NA. Social Media Use and Serious Psychological Distress Among Adolescents. JMIR Pediatr Parent. 2024;7(1):e57041.
22. Kementerian K, Ri K. SKI 2023 DALAM ANGKA KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. 2023.
23. Abbaspour A, Bahreini M, Akaberian S, Mirzaei K. Parental bonding styles in schizophrenia, depressive and bipolar patients: a comparative study. BMC Psychiatry. 2021 Dec 1;21(1).
24. Peh OH, Rapisarda A, Lee J. Quality of parental bonding is associated with symptom severity and functioning among individuals at ultra-high risk for psychosis. Schizophr Res. 2020 Jan 1;215:204–10.
25. yang Berhubungan Dengan Kejadian Skizofrenia Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun FF, Ayu Lestari W, Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat P, HangTuah Pekanbaru Korespondensi U. Factors Associated with The Occurrence of Schizophrenia in Outpatients at Hospitals Handsome Riau Province in 2022.
26. Ayhan AB, Beyazit U. The associations between loneliness and self-esteem in children and neglectful behaviors of their parents. Child Indic Res. 2021;14:1863–79.
27. Buri JR. Parental Authority Questionnaire. J Pers Assess. 1991;57(1):110–9.

28. Pollard C, Reniers R, Marwaha S, Jones PB, Upthegrove R, Broome MR. Parenting style perceived from mother and father differentially predicts long-term social functioning in psychosis: A longitudinal analysis. Schizophr Bull Open. 2023;4(1):sgad010.
29. Azman Ö, Mauz E, Reitzle M, Geene R, Hölling H, Rattay P. Associations between parenting style and mental health in children and adolescents aged 11-17 years: Results of the KiGGS cohort study (second follow-up). Children. 2021 Aug 1;8(8).
30. Nur Fasya N. Hubungan Pola Asuh Orang tua terhadap Kesehatan Mental Remaja di MA Al Wathoniyah 43 Jakarta Utara.
31. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 1962;10(3):799–812.