



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENENTUAN VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN  
*PRINCE HENRY HOSPITAL AKATHISIA RATING SCALE*  
VERSI BAHASA INDONESIA**

**TESIS**

**FRANSISKA IRMA  
0706311472**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS  
PROGRAM STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENENTUAN VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN  
*PRINCE HENRY HOSPITAL AKATHISIA RATING SCALE*  
VERSI BAHASA INDONESIA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
SPECIALIS KEDOKTERAN JIWA**

**FRANSISKA IRMA  
0706311472**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS  
PROGRAM STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : dr.Fransiska Irma

NPM : 0706311472

Tanda Tangan : .....  .....

Tanggal : 11 Juni 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : dr.Fransiska Irma  
NPM : 0706311472  
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Judul Tesis : Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen  
*Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale*  
Versi Bahasa Indonesia

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Kedokteran Jiwa pada Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

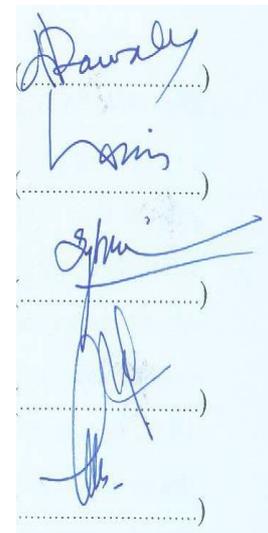
Pembimbing : Dr.dr.R.Irawati Ismail,Sp.KJ(K),M.Epid.

Pembimbing : dr.Heriani,Sp.KJ(K)

Penguji : dr.Sylvia Detri Elvira,Sp.KJ(K)

Penguji : Dr.dr.Martina Wiwie,Sp.KJ(K)

Penguji : dr.Irmia Kusumadewi,Sp.KJ(K)



Handwritten signatures of the examiners on a light blue background. The signatures are arranged vertically, corresponding to the list of examiners on the left. Each signature is followed by a dotted line and a closing parenthesis, indicating a signature line.

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 11 Juni 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya penelitian ini dapat saya selesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Spesialis Kedokteran Jiwa dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini dapat selesai atas bantuan dan dukungan banyak pihak. Saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Heriani, SpKJ(K) selaku Ketua Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia sekaligus sebagai pembimbing yang senantiasa mendukung selama mengikuti pendidikan spesialisasi sekaligus sebagai pembimbing penelitian ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya juga saya haturkan kepada Dr.dr.R.Irawati Ismail,SpKJ(K),M.Epid. selaku Koordinator Penelitian Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia sekaligus selaku pembimbing penelitian yang telah membimbing dan mengarahkan sejak awal pembuatan proposal, selama penelitian, hingga penyelesaian tesis ini.

Terima kasih juga saya haturkan kepada dr.Prianto Djatmiko,SpKJ selaku Kepala Instalasi Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, dr. Sylvia Detri Elvira,SpKJ(K) selaku Kepala Poliklinik Jiwa Dewasa, dan dr. Hervita Diatri,SpKJ selaku Kepala Instalasi Rawat Inap Departemen Psikiatri Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo yang telah memberikan ijin dan tempat bagi saya untuk melakukan penelitian di tempat tersebut. Terima kasih saya sampaikan pula kepada dr.Imelda Wijaya, dr.Galianti Prihandayani,Sp.KJ, dr.Mustafa M.Amin,Sp.KJ, dr. Alvina, dr.Azhari C.Nurdin, dr.Dian Pitawati, dr.Ezra Ebenezer S., dr.Natalia Dewi,Sp.KJ, dr.Rossalina, dan dr.Shiely Tilie H. yang telah membantu dalam penelitian ini. Saya juga berterima kasih kepada Dr.Perminder Sachdev selaku pembuat instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* yang telah memperkenankan saya untuk melakukan uji validasi dan reliabilitas terhadap instrumen tersebut. Terima kasih juga kepada dewan penguji dr.Sylvia Detri Elvira Sp.KJ(K), Dr. dr. Martina Wiwie Sp.KJ(K), dan dr. Irmia Kusumadewii,Sp.KJ(K) yang telah memberikan masukan-masukan berharga sejak saat penyusunan proposal hingga penyusunan tesis ini.

Saya juga mengucapkan banyak terima kasih kepada Kepala Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Sekretaris Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, serta seluruh staf pengajar Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu-persatu. Terima kasih juga kepada semua teman sejawat, tenaga paramedis, tenaga non-medis, serta semua pasien di Departemen Psikiatri FKUI-RSCM yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu atas peran dan bantuannya selama masa pendidikan saya. Terima kasih juga kepada teman seangkatan selama pendidikan spesialisasi yaitu kepada dr. Frilya Rachma Putri, dr. Monika Joy Reverger, dr. Natalia Dewi Wardani,Sp.KJ, dr. Yenny Yan Saputra,Sp.KJ, dr. Arma Diani, dr. Dian Vietara, dr. Imelda Wijaya, dan dr. Rudy Wijono yang telah berjuang bersama selama masa pendidikan spesialis.

Terima kasih yang tidak terhingga saya haturkan kepada Ayahanda Ir.Donisius Simarmata MBA dan Ibunda Martha Tjia Tjin Lian, yang telah membesarkan, mendidik, memberikan dukungan, dan selalu mendoakan saya sehingga dapat menyelesaikan pendidikan dan penelitian ini. Terima kasih juga untuk kakak saya Hanna Mariani Simarmata, ST, kakak ipar saya Andri Kastras, SE, dan adik saya Maria Theresia Simarmata, SE yang juga selalu mendukung semua usaha saya hingga saat ini.

Akhir kata, saya berharap penelitian ini dapat bermanfaat untuk penatalaksanaan kasus akatisia di bidang psikiatri, khususnya di Indonesia dan sekiranya bermanfaat pada penelitian selanjutnya. Saya juga memohon maaf bila ada kesalahan dan kekhilafan yang mungkin terjadi selama saya menjalani masa pendidikan ini.

Jakarta, Juni 2012

Fransiska Irma

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

=====

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr.Fransiska Irma  
NPM : 0706311472  
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Departemen : Psikiatri  
Fakultas : Kedokteran  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* Versi Bahasa Indonesia

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 11 Juni 2012

Yang menyatakan

  
(dr.Fransiska Irma)

## ABSTRAK

Nama : dr.Fransiska Irma  
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Judul Tesis : Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* Versi Bahasa Indonesia

Akathisia adalah efek samping pengobatan antipsikotik yang ditandai dengan kegelisahan subjektif dan dapat terlihat secara objektif. Efek samping ini mengganggu dan paling sering ditemukan. *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* merupakan salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk mendeteksi akathisia. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* yang meneliti kesahihan dan keandalan instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* versi Bahasa Indonesia dalam mendeteksi akathisia pada pasien skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* versi bahasa Indonesia yang diuji dalam penelitian ini telah terbukti kesahihan dan keandalannya untuk mendeteksi akathisia pada pasien skizofrenia di Indonesia.

Kata kunci : *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale*, akathisia, uji kesahihan dan kehandalan

## ABSTRACT

Name : dr.Fransiska Irma  
Study Program : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Title : Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale Versi Bahasa Indonesia

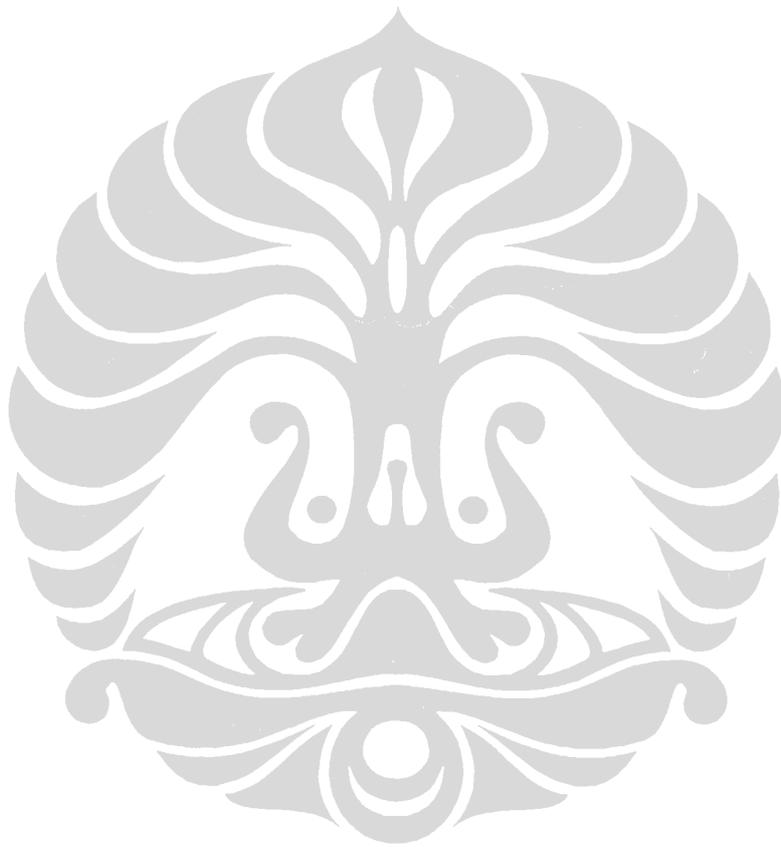
Akathisia is a side effect of antipsychotic treatment that is characterized by subjective restlessness feeling and can be observed objectively. Akathisia is a distressing side effect and the most common found. Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale is an instrument that is used to detect akathisia. This research is a cross sectional study that evaluate the validity and reliability of the Indonesian version of the instrument on detecting akathisia at Indonesian schizophrenic patients. The result shows that the Indonesian version of the instrument which had been evaluated in this study is valid and reliable to be applied in Indonesia.

Key words: Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale, akathisia, validity and reliability test

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	x
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
<b>BAB II. TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b> .....	5
2.1. Skizofrenia.....	5
2.2. Terapi farmakologis pada skizofrenia.....	7
2.3. Akatisia.....	8
2.4. <i>Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)</i> .....	13
2.5. <i>Ekstrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)</i> .....	16
2.6. Validitas dan Realibilitas.....	17
2.7. Kerangka Teori.....	22
2.8. Kerangka Konsep.....	23
<b>BAB III. METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	24
3.1. Desain penelitian.....	24
3.2. Tempat dan waktu penelitian.....	24
3.3. Populasi dan sampel penelitian.....	24
3.4. Besar sampel.....	25
3.5. Kriteria inklusi dan eksklusi.....	25
3.6. Ijin pelaksanaan penelitian.....	25
3.7. Cara kerja.....	25
3.8. Instrumen.....	29
3.9. Identifikasi variabel.....	29
3.10. Definisi operasional.....	29
3.11. Masalah Etika.....	30
3.12. Jadwal penelitian.....	30
3.13. Organisasi peneliti.....	30
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN</b> .....	31
4.1. Karakteristik Responden.....	31
4.2. Lama waktu pemeriksaan.....	33
4.3. Uji validitas.....	33
4.4. Uji reliabilitas.....	33
4.5. Proses penerjemahan dan penerjemahan balik.....	35
4.6. Proses uji coba instrumen.....	37
4.7. Proses uji kesamaan.....	37

4.8. Proses uji validitas.....	38
<b>BAB V. PEMBAHASAN.....</b>	<b>39</b>
5.1. Karakteristik responden.....	39
5.2. Uji validitas.....	40
5.3. Uji reliabilitas.....	42
5.4. Keterbatasan dalam penelitian.....	44
<b>BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>46</b>
<b>DAFTAR REFERENSI.....</b>	<b>48</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Karakteristik Responden.....	32
Tabel 2.1. Nilai Kappa untuk Masing-masing Butir .....	34

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Informasi untuk Subyek Penelitian.....	51
Lampiran 2	Formulir Data Demografi.....	55
Lampiran 3	Surat Persetujuan Pembuat PHHA Scale.....	56
Lampiran 4	PHHA Scale (Bahasa Inggris).....	57
Lampiran 5	<i>Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale</i> (Indonesia)	58
Lampiran 6	ESRS butir ke-6 tentang Akathisia.....	60
Lampiran 7	Diskusi dengan Pembuat Instrumen.....	61



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sindroma klinis dengan tampilan klinis yang bervariasi. Psikopatologi pada pasien skizofrenia meliputi gangguan kognisi, emosi, persepsi, dan gangguan tingkah laku. Sifat perjalanan penyakit skizofrenia kronik progresif yaitu memburuk seiring dengan semakin panjangnya masa sakit dan cenderung menetap sepanjang hidup. Akibatnya untuk tata laksana farmakologisnya dibutuhkan jangka waktu yang umumnya panjang. Pada beberapa kondisi, terapi farmakologis untuk skizofrenia dapat berlangsung seumur hidup.<sup>1</sup>

Saat ini pemberian obat-obat antipsikotik masih menjadi pilihan terapi farmakologis utama untuk skizofrenia. Terdapat dua jenis golongan obat antipsikotik untuk skizofrenia, yaitu obat antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan obat antipsikotik generasi kedua (atipikal). Keduanya termasuk dalam obat golongan neuroleptik. Salah satu efek samping pengobatan dengan antipsikotik adalah timbulnya gangguan pada sistem persarafan ekstra piramidal yang dikenal sebagai sindroma ekstra piramidal. Sindroma ekstra piramidal merupakan faktor penyulit dalam proses terapi karena sering menyebabkan gangguan pada kepatuhan pasien dalam minum obat secara teratur. Sindroma ini meliputi tiga kelompok gangguan besar, yaitu akatisia, distonia, dan parkinsonisme.<sup>1</sup>

Akatisia merupakan efek samping antipsikotik yang ditandai dengan adanya perasaan kegelisahan secara subjektif yang dirasakan oleh pasien. Efek samping ini diketahui menimbulkan *distress* terberat pada pasien sekaligus yang paling umum ditemukan.<sup>2</sup> Secara objektif pada saat pemeriksaan, klinisi akan menemukan kegelisahan yang bermanifestasi dalam berbagai bentuk terutama bila akatisia yang dialami berada dalam derajat berat. Pasien akan nampak tidak mampu untuk duduk atau berdiri dalam jangka waktu yang lama, tungkai dan lengan dapat nampak terus-menerus bergerak, pasien dapat terus memindah-mindahkan kakinya ketika

berdiri, dan seterusnya. Pasien juga mungkin mengeluhkan adanya rasa tak nyaman secara subjektif yang terus dirasakan dalam berbagai aktivitas.<sup>1,3,4</sup>

Akatisia paling sering ditemukan pada penggunaan antipsikotik tipikal. Penelitian menyebutkan bahwa setiap empat pasien yang mendapatkan terapi antipsikotik tipikal maka satu di antaranya menderita akatisia. Pada penggunaan antipsikotik atipikal, akatisia ditemukan pada 10-28% pasien.<sup>2</sup> Beberapa penelitian dan laporan kasus juga menyebutkan adanya kaitan antara akatisia dengan kejadian bunuh diri pada penderita skizofrenia baik secara langsung maupun tak langsung.<sup>5,6,7,8,9</sup> Selain itu, akatisia yang menetap juga menjadi penanda kemungkinan berkembangnya *tardive dyskinesia* di kemudian hari.<sup>10</sup>

Menilik dari hal-hal di atas, deteksi dini terhadap akatisia yang mungkin dialami oleh pasien menjadi hal yang penting dilakukan dalam praktik klinis harian. Penelitian menunjukkan bahwa akatisia sering tidak terdiagnosis dengan baik, salah satu penelitian menyebutkan bahwa akatisia hanya terdeteksi pada 26% pasien yang mengalaminya. Faktor yang menyebabkan akatisia kurang terdeteksi dengan baik, umumnya terbagi dalam dua golongan yaitu gambaran sakit pasien sendiri maupun pendekatan klinisi terhadap akatisia.<sup>11,12,13</sup> Misalnya pada kasus agitasi pada penderita skizofrenia, agitasi dapat merupakan akibat dari kegelisahan yang dirasakan pasien dari dalam yang merupakan gambaran akatisia namun tampilan klinis agitasi ini sering sulit dibedakan dari agitasi yang disebabkan oleh gejala sakit yang dialami pasien. Hal ini terutama terjadi bila pasien sulit mengungkapkan apa yang dirasakannya. Pendekatan yang dilakukan klinisi kemudian akan menentukan apakah akatisia dapat terdeteksi dengan baik atau tidak.<sup>2</sup>

Sejak tahun 1980, telah dikembangkan lebih dari sepuluh instrumen untuk membantu mendeteksi adanya akatisia pada pasien.<sup>3</sup> Dalam perkembangannya, hanya terdapat tiga buah instrumen yang akhirnya digunakan secara luas untuk tujuan tersebut, yaitu *Barnes Akathisia Rating Scale* (BARS), *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA Scale), dan *Hillside Akathisia Rating Scale* (HARS). Kelebihan ketiga instrumen

tersebut dibandingkan instrumen lainnya adalah dapat menilai akatisia secara subjektif dan objektif sekaligus memberikan skala akatisia secara global. Ketiga instrumen telah dibandingkan penggunaannya dalam penelitian.<sup>14</sup> Saat ini *Barnes Akathisia Rating Scale* merupakan instrumen yang paling sering digunakan untuk menilai akatisia. Owens seorang peneliti yang membandingkan ketiga instrumen menyatakan bahwa *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)* merupakan instrumen yang tidak terlalu kompleks untuk digunakan.<sup>15</sup>

Saat ini di Indonesia belum ada suatu instrumen dalam bahasa Indonesia yang secara khusus mendeteksi akatisia yang sudah diuji kesahihan dan keandalannya. Terdapat instrumen *Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)* yang sudah diuji kesahihan dan keandalannya namun tidak spesifik untuk memeriksa akatisia. Adanya instrumen yang spesifik penting mengingat gejala akatisia subjektif sering tidak terdeteksi dan bila akatisia dibiarkan berkelanjutan pada pasien tanpa mendapatkan tatalaksana yang tepat maka akan dapat menyebabkan *non compliance* dan perilaku bunuh diri pada pasien akibat efek samping yang dialami. Peneliti pada awalnya berminat untuk melakukan penerjemahan instrumen *Barnes Akathisia Rating Scale* ke dalam bahasa Indonesia dan melakukan uji validitas dan reliabilitas namun tidak mendapatkan izin untuk penerjemahan instrumen tersebut. Peneliti kemudian memutuskan melakukan penerjemahan instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)* yang telah cukup lama dipergunakan untuk kepentingan klinis maupun penelitian dan berdasarkan pertimbangan bahwa instrumen ini memiliki butir-butir penilaian yang mendekati instrumen *Barnes Akathisia Rating Scale*.

## 2.1 Rumusan Masalah

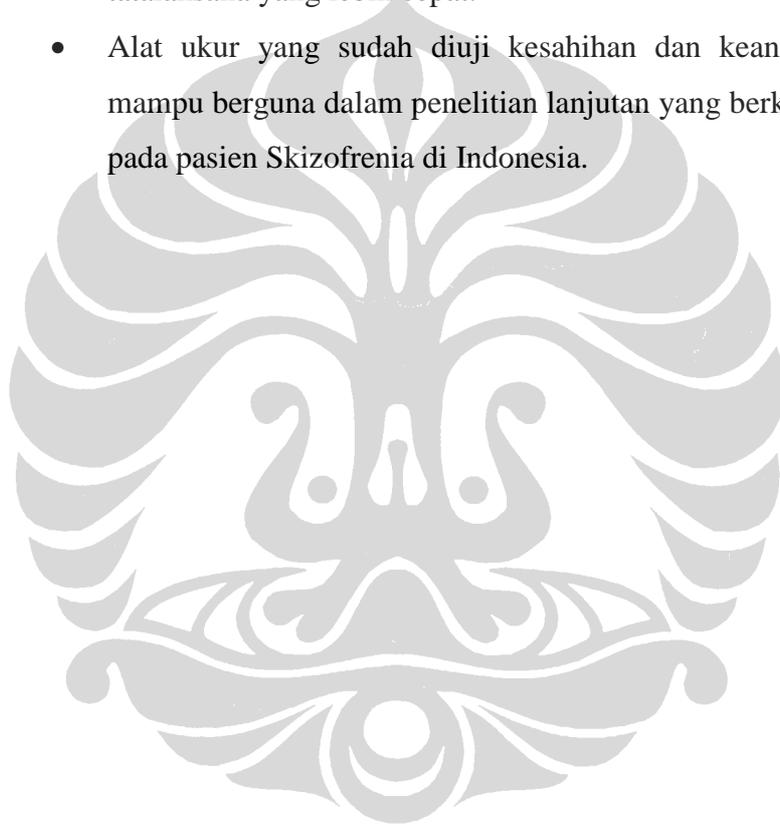
Apakah instrumen Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale) dalam bahasa Indonesia yang sah dan andal dapat digunakan untuk menilai akatisia pada pasien skizofrenia di Indonesia?

### 3.1 Tujuan Penelitian

Mendapatkan instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA *Scale*) dalam Bahasa Indonesia yang sah dan andal.

### 4.1 Manfaat Penelitian

- Penelitian ini dapat memberikan instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia yang sah dan andal dalam membantu deteksi dini akatisia pada pasien skizofrenia di Indonesia sehingga membantu pemberian tatalaksana yang lebih cepat.
- Alat ukur yang sudah diuji kesahihan dan keandalannya diharapkan mampu berguna dalam penelitian lanjutan yang berkaitan dengan akatisia pada pasien Skizofrenia di Indonesia.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Skizofrenia

Di dalam ilmu psikiatri, skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang memiliki karakteristik khusus. Diagnosis skizofrenia ditegakkan sepenuhnya dengan riwayat psikiatri dan pemeriksaan status mental. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) mendefinisikan skizofrenia sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan distorsi khas dan fundamental dalam pikiran dan persepsi yang disertai dengan adanya afek yang tumpul atau tak wajar. Skizofrenia sering bermula pada awitan dewasa muda dan menetap seumur hidup. Gambaran klinis, respon terapi, dan perjalanan penyakit dapat sangat bervariasi. Pada skizofrenia dapat ditemukan berbagai psikopatologi yang meliputi gangguan pada fungsi kognisi, emosi, persepsi, dan perilaku. Hal ini menyebabkan gambaran klinis yang berat pada pasien skizofrenia. Gangguan ini juga dapat berlangsung dalam jangka waktu yang panjang.<sup>2</sup>

Di Amerika Serikat, prevalensi seumur hidup skizofrenia adalah 1 persen yang berarti setiap satu dari seratus penduduk dapat menderita skizofrenia sepanjang perjalanan hidupnya. Sementara di berbagai area geografis yang berbeda di dunia, ditemukan angka insiden dan prevalensi sakit yang cukup serupa satu sama lain. Tidak ditemukan perbedaan prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita. Perbedaan yang ditemukan terletak pada awitan dan perjalanan penyakitnya. Pada pria awitan biasanya lebih awal dan dalam perjalanan penyakitnya lebih buruk jika dibandingkan dengan wanita.<sup>1,2</sup> Pasien skizofrenia juga diketahui memiliki angka kematian yang cukup tinggi bila dibandingkan dengan populasi umum. Prevalensi angka kematian pada penderita skizofrenia mencapai 18%. Salah satu penyebab kematian pada penderita skizofrenia adalah tindakan bunuh diri yang sering berkaitan dengan efek samping dari terapi farmakologis yang diberikan.<sup>4</sup>

Berbagai faktor diduga berperan dalam timbulnya skizofrenia, di antaranya faktor genetik, faktor biokimia, neuropatologi, dan faktor psikososial. Berbagai penelitian membuktikan adanya kemungkinan peranan pewarisan genetik dalam timbulnya skizofrenia. Pada penelitian saudara kandung angka risiko morbiditasnya adalah 10,1%, pada penelitian anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia angka risiko morbiditasnya adalah 16,7%, sedangkan penelitian pada anggota keluarga pasien dengan skizofrenia menunjukkan angka risiko morbiditas sekitar 2 hingga 9%. Sementara untuk faktor biokimia, hipotesis dopamin merupakan salah satu teori yang masih sangat populer hingga saat ini. Hipotesis dopamin menyatakan bahwa gejala skizofrenia timbul akibat terlalu tingginya aktivitas dopaminergik di area-area otak tertentu. Hipotesis dopamin merupakan salah satu dasar pemberian intervensi farmakologis pada pasien skizofrenia. Penelitian neuropatologi menunjukkan adanya abnormalitas korteks cerebral, talamus, dan batang otak pada penderita skizofrenia. Selain itu, pada pemeriksaan *CT Scan* sering ditemukan pelebaran ventrikel tiga dan empat pada penderita skizofrenia. Selain faktor-faktor yang berkaitan dengan biologis tadi, faktor psikososial juga sangat mempengaruhi timbulnya skizofrenia.<sup>1,2</sup> Contoh faktor psikososial misalnya pemutusan hubungan kerja, perceraian, dan kehilangan orang yang bermakna dalam hidup.

Penelitian menunjukkan dalam jangka waktu 5 hingga 10 tahun pasca pasien skizofrenia dirawat inap untuk pertama kalinya di rumah sakit, hanya sekitar 10 hingga 20 persen yang menunjukkan perjalanan penyakit yang berprognosis baik, lebih dari separuhnya mengalami perburukan. Perburukan ditunjukkan dengan rawat inap berulang, eksaserbasi gejala, munculnya episode gangguan depresi mayor, dan percobaan bunuh diri. Sekitar 20 hingga 30 persen pasien tetap mengalami gejala-gejala skizofrenia dalam derajat sedang, sementara 40 hingga 60 persen pasien mengalami gejala-gejala yang menetap berat sepanjang hidupnya. Hal ini yang juga mendorong penggunaan obat antipsikotik dalam waktu panjang dan bahkan dapat menetap hingga seumur hidup. Penggunaan obat dalam jangka waktu panjang

memperbesar kemungkinan timbulnya efek samping selama masa pengobatan.<sup>1,2</sup>

## 2.2 Terapi farmakologis pada skizofrenia

Antipsikotik merupakan obat pilihan yang diindikasikan untuk pengobatan skizofrenia. Antipsikotik mengurangi atau menghilangkan gejala psikotik pada skizofrenia dan menurunkan angka kekambuhan. Obat ini diklasifikasikan sebagai obat golongan neuroleptik. Pada perkembangannya, obat antipsikotik juga digunakan pada beberapa jenis gangguan jiwa lain di luar skizofrenia, yaitu gangguan bipolar, gangguan mood dengan ciri psikotik, gangguan psikotik yang terkait penggunaan zat, dan gangguan psikotik akut. Obat-obat ini juga diketahui memperbaiki fungsi pada pasien dengan demensia dan delirium yang disertai dengan gejala psikotik.<sup>1,2,16</sup>

Antipsikotik tipikal dan atipikal dibedakan berdasarkan profil ikatannya yang unik dengan reseptor dopamin dan serotonin. Obat antipsikotik tipikal dikenal sebagai obat generasi pertama untuk pengobatan skizofrenia. Antipsikotik tipikal sebagian besar berikatan dengan reseptor dopamin D2. Persentase ikatan dengan reseptor dopamin membagi obat golongan ini menjadi dua kelompok besar, *high potency* dan *low potency*. Obat-obat dengan *high potency* umumnya sudah menunjukkan efektifitasnya dengan dosis kecil bila dibandingkan dengan kelompok *low potency* namun penelitian menunjukkan bahwa efek samping yang ditimbulkan umumnya juga lebih berat. Saat ini penggunaan antipsikotik tipikal berkurang dan digantikan dengan penggunaan obat-obat antipsikotik atipikal karena kadar tolerabilitasnya yang lebih besar pada pasien. Obat antipsikotik atipikal diketahui memiliki ikatan dengan reseptor serotonin 2A selain dengan reseptor dopamin D2. Obat ini lebih selektif ikatannya pada jaras dopamin di mesolimbik yang sering dianggap sebagai pusat dari gejala-gejala positif pada skizofrenia. Ikatannya dengan jaras dopamin nigrostriatal juga lebih sedikit sehingga efek samping ekstra piramidal obat ini lebih sedikit bila dibandingkan dengan obat antipsikotik tipikal.<sup>1,2,16</sup>

Sindroma ekstra piramidal merupakan efek samping pemberian obat-obat antipsikotik yang sering ditemukan. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV* memasukkan sindroma ekstra piramidal dalam kelompok diagnosis *medication-induced movement disorder* yaitu gangguan dan efek samping lainnya yang timbul akibat penggunaan obat. Sindroma ekstra piramidal terdiri dari tiga kelompok besar gangguan, yaitu: parkinsonisme, akatisia, dan distonia. Tampilan klinis parkinsonisme memperlihatkan kekakuan otot, rigiditas roda pedati (*cogwheel*), *shuffling gait*, dan pengeluaran air liur tanpa dapat ditahan. Penampilan klinis distonia memperlihatkan kontraksi otot yang singkat atau pun menetap cukup lama yang menghasilkan gerakan abnormal atau menyebabkan suatu postur tertentu. Distonia meliputi krisis okulogirik, protusi lidah, trismus, tortikolis, distonia laring faring, dan postur distonia pada ekstremitas. Akatisia ditandai dengan perasaan subjektif dan objektif kegelisahan. Pada penampakan klinisnya akan terlihat pasien nampak tak bisa diam dan terus bergerak atau berpindah-pindah posisi. Akatisia menyebabkan hasil terapi yang buruk pada pasien skizofrenia karena sering menyebabkan penolakan dan ketidakpatuhan terhadap terapi.<sup>1</sup>

### 2.3 Akatisia

Akatisia merupakan salah satu efek samping penggunaan obat antipsikotik. Secara harafiah, akatisia berarti “tak duduk” atau hilangnya kemampuan untuk duduk atau mempertahankan diri dalam posisi duduk. Istilah ini pertama kali diperkenalkan oleh Lad Haskovic di tahun 1902. Lad Haskovic menggunakannya untuk mendeskripsikan kondisi yang menyerupai kompulsi berupa perasaan ingin terus berganti duduk dan berdiri pada dua orang pasien laki-laki yang sebelumnya ia duga menderita ‘histeria’. Saat ini terminologi akatisia dikarakteristikan dengan kegelisahan yang dirasakan baik secara subjektif maupun objektif. Secara subjektif ditemukan perasaan tak nyaman dan perasaan gelisah dari dalam yang menimbulkan penderitaan. Secara objektif, kegelisahan nampak sebagai dorongan untuk terus-menerus bergerak. Dorongan ini dapat muncul pada seluruh tubuh ataupun hanya di

bagian-bagian tertentu dari tubuh seperti misalnya di tungkai. Kegelisahan yang nampak secara objektif merupakan akibat dari adanya kegelisahan subjektif yang dirasakan dari dalam.<sup>15</sup>

Akatisia bukan hanya merupakan gangguan pergerakan saja namun juga dapat dipandang sebagai kondisi afektif disforik atau tak menyenangkan. Aktivitas motorik yang ditampilkan pasien dapat tak sesuai, tak bertujuan atau separuh bertujuan, dan tidak memiliki sasaran tertentu. Pasien dengan akatisia umumnya masih merasa memiliki kemampuan untuk mengendalikan dorongan untuk bergerak yang dirasakannya. Hal ini yang terutama membedakan akatisia dengan *tardive dyskinesia*. *Tardive dyskinesia* ditandai dengan dorongan yang tak dapat dikendalikan oleh pasien sehingga pasien merasakan kehilangan kontrol terhadap pergerakannya.<sup>15</sup>

### 2.3.1 Subtipe Akatisia

Akatisia dapat digolongkan berdasarkan awitan dan lama pemberian terapi antipsikotik. Subtipe diperlukan untuk membedakan karakteristik klinis, profil farmakologis, dan faktor pencetusnya. Sebagian besar penelitian yang berhubungan dengan akatisia dilakukan dalam fase akut sehingga saat ini informasi yang berkaitan dengan subtipe akatisia lainnya masih bersifat terbatas. Terdapat beberapa jenis obat di luar obat-obat golongan neuroleptik seperti obat antidepresan dan antiemetik yang dapat menginduksi terjadinya akatisia. Pada pemberian obat-obat ini, terjadinya akatisia berhubungan dengan pemberian antipsikotik yang sifatnya akut sehingga subtipe akatisia lainnya selain subtipe akut tidak dapat diaplikasikan pada mereka.<sup>17</sup>

Empat subtipe akatisia akan dijelaskan berdasarkan munculnya akatisia yang berkaitan dengan awitan pemberian obat adalah seperti di bawah ini:<sup>17</sup>

- Akatisia akut

Akatisia akut merupakan jenis akatisia yang paling sering ditemukan. Akatisia jenis ini dapat muncul dalam beberapa jam atau hari setelah inisiasi atau peningkatan atau perubahan dosis

terapi. Adanya paparan tunggal terhadap obat sudah cukup untuk menegakan diagnosis. Biasanya akatisia jenis ini mulai terjadi dalam waktu 2 minggu pertama pengobatan dan hampir selalu terjadi dalam 6 minggu pengobatan. Hampir seluruh penelitian mengenai akatisia pada penggunaan obat neuroleptik dan seluruh akatisia pada penggunaan obat bukan neuroleptik termasuk dalam golongan ini.

- Akatisia *tardive*

Akatisia subtype ini merupakan akatisia yang terjadi pada penggunaan obat neuroleptik jangka panjang meskipun tidak ditemukan adanya perubahan dosis atau jenis obat, atau pun pemutusan obat golongan anti akatisia. Awitan akatisia *tardive* adalah tiga bulan setelah pemberian obat yang stabil.

- Akatisia pada *withdrawal*

Akatisia ini muncul setelah penghentian atau penurunan signifikan dari dosis obat neuroleptik. Akatisia jenis ini terjadi dalam beberapa hari atau minggu sesudahnya namun secara rata-rata biasanya dalam jangka waktu enam minggu setelahnya namun bila akatisia tetap menetap setelah melewati jangka waktu tiga bulan sejak awitan pemberian obat maka akatisia *tardive* dipertimbangkan sebagai diagnosis.

- Akatisia kronik

Akatisia kronik dapat digolongkan berdasarkan lama berlangsungnya dan bukan berdasarkan awitan terjadinya. Akatisia yang tetap berlangsung setelah tiga bulan lamanya dari awitan akatisia dapat digolongkan dalam akatisia kronik. Akatisia ini dapat berawitan akut, *tardive*, ataupun disebabkan *withdrawal*.

### 2.3.2 Istilah Lain yang Berkaitan dengan Akatisia

Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan akatisia. Istilah-istilah ini sering memiliki pengertian yang bertumpang tindih dengan

akatisia yang sebenarnya sehingga perlu untuk dipahami dengan lebih baik.<sup>17</sup>

- Pseudoakatisia

Akatisia ini merupakan *tardive dyskinesia* yang salah didiagnosis sebagai akatisia. Pada pemeriksaan akan nampak adanya kegelisahan pasien secara objektif namun tidak disertai dengan rasa kegelisahan yang berasal dari dalam.

- Akatisia yang terjadi sekunder dari kondisi medis umum

Terdapat beberapa penyakit dan gangguan yang dapat memberikan tampilan klinis menyerupai akatisia, misalnya seperti Parkinson, trauma otak, *encephalitis lethargica*, infark lentikular, dan abses subtalamikus.

- Hemiakatisia dan monoakatisia

Manifestasi akatisia yang hanya terjadi pada separuh sisi tubuh atau separuh ekstremitas. Bila ditemukan kondisi ini maka adanya gangguan organik yang mengenai otak harus dipertimbangkan.

### 2.3.3 Akatisia Akut

Akatisia akut merupakan akatisia yang terjadi dalam jangka waktu tidak lama sejak awitan pemberian obat golongan neuroleptik. Penelitian menyebutkan prevalensi akatisia akut bervariasi antara 8% hingga 76%. Akatisia akut bersama dengan parkinsonisme merupakan efek samping pemberian obat neuroleptik yang paling sering ditemukan. Pemberian obat neuroleptik atipikal belum memberikan bukti yang kuat dapat menurunkan terjadinya akatisia akut. Berbagai hasil penelitian yang ada menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Akatisia akut juga dapat disebabkan oleh obat-obat lainnya selain oleh obat golongan neuroleptik. Obat-obat lain yang dapat menimbulkan akatisia akut adalah golongan obat SSRI, antikonvulsan, obat-obat yang mengikat reseptor 5-HT, antagonis kalsium, dan litium karbonat.<sup>17</sup>

Gambaran klinis akatisia yang utama adalah adanya perasaan kegelisahan subjektif yang dirasakan oleh pasien. Bila kondisi akatisia

ringan maka akan muncul dalam perasaan samar kecemasan, iritabilitas, disforia, rasa tak sabar, atau rasa tak nyaman yang menyeluruh. Pasien umumnya akan mendeskripsikan dengan jelas bahwa mereka merasa gelisah dari dalam dan akhirnya mempengaruhi pergerakan pada ekstremitas bawah mereka. Keinginan bergerak dapat menjadi preokupasi pasien. Akatisia ringan dapat dideteksi dengan menanyakan pada pasien, apakah mereka mampu bertahan melakukan aktivitas tertentu yang memerlukan konsentrasi dalam satu posisi, misalnya menonton TV dengan duduk, memasak dengan berdiri.<sup>17</sup>

Akatisia dapat menyebabkan penolakan pasien terhadap terapi farmakologis. Pada pasien skizofrenia, akatisia menyebabkan *noncompliance*. Hal ini disebabkan karena pasien sering tidak mampu menyatakan kegelisahan dari dalam yang mereka rasakan. Pada beberapa pasien, perasaan gelisah dapat bermanifestasi dalam bentuk rasa takut, cemas, merasa terteror, marah, atau rasa tak nyaman di daerah tubuh. Akatisia akut juga diketahui berhubungan dengan perilaku agresi, *self-destructive*, dan perilaku bunuh diri pada pasien skizofrenia.<sup>17</sup>

Pada pengamatan objektif akan nampak kegelisahan motorik dan perubahan perilaku sebagai manifestasi kegelisahan. *Fidgeting* merupakan tanda yang paling sering ditemukan dan nampak sebagai gerakan yang tak bertujuan yang terjadi pada tungkai bawah, kaki, atau jari kaki. Ketika pasien duduk, ia akan nampak menggerak-gerakan kakinya atau jari-jarinya, menyilang dan tidak menyilangkan kaki secara berulang-ulang, mengetuk-ngetukan jari-jari kaki, dan seterusnya. Pada posisi berdiri, pasien akan nampak memindah-mindahkan berat dari satu kaki ke kaki lain, berbaris pada satu tempat, atau berjalan-jalan tanpa tujuan. Sementara pada posisi berbaring, gerakan-gerakan ini masih dapat ditemukan dalam bentuk yang lebih ringan. Dalam posisi duduk, ia akan terus-menerus memindahkan posisi duduknya namun umumnya ini hanya terjadi pada 18,5% sampai dengan 37,2% pasien akatisia.<sup>17</sup>

### 2.3.5 Perjalanan Klinis Akatisia

Belum terdapat cukup banyak penelitian mengenai perjalanan klinis akatisia. Penelitian retrospektif menunjukkan akatisia umumnya berlangsung *intermiten*, nampak berat pada eskalasi medikasi dan kemudian berkurang secara perlahan. Akatisia dapat menetap pada pasien hingga beberapa bulan, menahun, atau berlangsung kronik. Akatisia kronik terutama terjadi bila pasien tidak mendapatkan obat-obat untuk mengobati akatisia atau pada pemutusan obat yang digunakan dalam terapi skizofrenia yang sebelumnya rutin digunakan. Belum diketahui bagaimana kaitan antara risiko terjadinya akatisia dengan pemaparan berulang dengan neuroleptik.<sup>17</sup>

### 2.3.6 Tatalaksana

Terdapat beberapa cara penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi akatisia yang mencakup usaha preventif dan terapi farmakologis. Usaha preventif akatisia bertujuan untuk pencegahan sehingga pemberian farmakoterapi tidak sampai menimbulkan akatisia. Usaha-usaha yang dapat dilakukan dalam kaitannya dengan pemberian obat antipsikotik antara lain adalah memodifikasi faktor penyebab seperti pemberian dosis obat yang lebih kecil, peningkatan dosis bertahap, memilih penggunaan obat oral dibandingkan injeksi. Sementara untuk akatisia yang terjadi pada golongan obat lainnya, menurunkan dosis obat umumnya dapat mengurangi derajat beratnya akatisia. Selain itu usaha lainnya yang dapat dilakukan adalah memodifikasi faktor risiko dan menggunakan obat-obat yang diketahui dapat mengatasi akatisia. Sementara untuk pengobatan farmakologis dapat dipilih golongan obat antikolinergik, antiadrenergik, antagonis serotonin, dan benzodiazepin.<sup>17</sup>

## 2.4 Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)

Alat ukur di dalam bidang psikiatri meliputi berbagai kuesioner, panduan wawancara, *checklist*, dan instrumen lainnya. Alat ukur digunakan

untuk membantu dalam praktik klinis psikiatri, penelitian, dan administrasi. Para psikiater diharapkan dapat mengikuti perkembangan alat ukur psikiatri karena beberapa alasan. Alat ukur dapat membantu dalam praktik klinis harian terutama dalam memonitor kemajuan terapi yang diberikan pada pasien. Alat ukur juga dapat membantu dalam memberikan informasi yang terkadang lebih komprehensif jika dibandingkan dengan informasi yang didapatkan hanya semata dari wawancara klinis rutin saja. Di beberapa negara, alat ukur menjadi suatu standar dalam pembiayaan dan pemberian layanan. Standarisasi akan memastikan evaluasi yang menyeluruh dan konsisten yang dapat membantu perencanaan terapi serta mengidentifikasi kondisi komorbid. Alat ukur juga sering memberikan beberapa manfaat praktis. Beberapa alat ukur mampu memberikan hasil pengukuran yang lebih cepat dan praktis jika dibandingkan dengan pemeriksaan klinis. Contohnya adalah alat ukur yang sifatnya penilaian sendiri (*self rating*) atau alat ukur yang dapat digunakan oleh petugas medis selain klinisi. Alat ukur juga dapat memberikan informasi yang sensitif yang kadang-kadang sulit ditanyakan pada pemeriksaan klinis sehari-hari, misalnya masalah penurunan kemampuan kognitif atau efek samping pada kemampuan seksual.<sup>2</sup>

Sejak tahun 1974 hingga saat ini, telah dikembangkan beberapa instrumen yang mengukur akatisia. Pada tahun 1974, diperkenalkan instrumen pertama yang mengukur akatisia oleh van Putten namun saat itu akatisia masih dianggap sebagai efek samping yang termasuk dalam sindroma parkinsonisme. Pada tahun 1989, Barnes memperkenalkan *Barnes Akathisia Rating Scale* (BARS), instrumen pertama yang khusus menilai akatisia pada pasien. Instrumen ini memisahkan komponen objektif, subjektif, dan penilaian global ada atau tidaknya akatisia. Tahun 1989, Fleischhacker memperkenalkan instrumen *Hillside Rating Scale for Akathisia*. Instrumen ini membandingkan dua buah penilaian subjektif yaitu adanya perasaan gelisah dari dalam dan dorongan untuk terus bergerak yang kemudian disertai dengan penilaian objektif dengan pengamatan pada daerah aksial, ekstremitas atas, dan ekstremitas bawah. Sementara komponen objektif dinilai pada tiga posisi

yaitu duduk, berdiri, dan berbaring. Instrumen ini lebih rumit penggunaannya dibandingkan dengan *Barnes Akathisia Rating Scale*.<sup>15</sup>

*Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA Scale) dikembangkan pertama kali oleh Sachdev di tahun 1994. Instrumen ini dikembangkan dengan pola yang menyerupai *Barnes Akathisia Rating Scale* yaitu dengan memanfaatkan kuesioner mengenai akatisia yang dikembangkan oleh Braude dan koleganya di tahun 1983. Perbedaan instrumen ini dengan BARS adalah dalam penilaian skala globalnya. Sachdev membebaskan klinisi untuk memberikan penilaiannya sendiri untuk skala global. Sementara BARS memberikan kriteria yang jelas untuk penilaian skala global. Instrumen ini terdiri dari 10 butir yang terbagi dalam dua kelompok, penilaian subjektif dan penilaian objektif. Selain itu perbedaan lain dengan kedua instrumen lainnya adalah kategori nilai yang diberikan untuk akatisia ringan, sedang, dan berat. Pada saat pengembangan instrumen ini, didapatkan hasil konsistensi internal yang cukup baik yang dibuktikan dengan nilai Cronbach  $\alpha$  yang tinggi. Sementara hasil penilaian realibilitas interrater menunjukkan hasil nilai kappa yang cukup baik yaitu berkisar antara 0,42 hingga 0,81. Hasil pengujian validitas konstruksi menunjukkan angka 0,45 hingga 0,81.<sup>3,15</sup>

Instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA Scale) terdiri atas tiga buah komponen yaitu *objective ratings* (penilaian objektif), *subjective ratings* (penilaian subjektif), dan *global scale* (skala global). *Objective ratings* dinilai dalam dua posisi yaitu posisi duduk dan berdiri dan diawali dengan posisi duduk. Pada posisi duduk diamati adakah pergerakan yang terjadi pada tangan/lengan, pada tungkai/kaki, perubahan posisi saat duduk, dan adakah ketidakmampuan untuk bertahan dalam posisi duduk. Pada posisi berdiri diamati adakah pergerakan yang terjadi pada tungkai/kaki, pemindahan berat dari kaki ke kaki dan/atau berjalan di tempat, dan adakah ketidakmampuan untuk tetap bertahan pada satu tempat (berjalan atau melangkah). *Subjective ratings* kemudian dinilai dengan langsung menanyakan masing-masing pertanyaan berikut: adakah perasaan gelisah terutama di daerah tungkai, adakah ketidakmampuan untuk menjaga kaki tak bergerak, adakah ketidakmampuan untuk bertahan dalam posisi berdiri atau

duduk. Masing-masing butir kemudian diberi nilai 0 sampai 3, 0 untuk absen, 1 untuk ringan dan kadang-kadang ada, 2 untuk ringan dan ada hampir setiap waktu atau berat dan kadang-kadang ada, dan 3 untuk berat dan selalu ada sepanjang waktu. Masing-masing komponen memiliki nilai total yang kemudian dijumlahkan untuk mencari nilai total keduanya. Kemudian klinisi memiliki kebebasan menentukan berdasarkan nilai total tersebut, berapakah *global rating* beratnya akatisia pada pasien.<sup>3</sup>

Pada penilaian *objective ratings*, pasien duduk dalam posisi santai yang harus dapat diamati keseluruhannya oleh pemeriksa, bagian lengan dan tungkai sebaiknya tidak tertutup pakaian. Pasien kemudian diajak berbicara topik netral selama sekitar 5 menit, selama itu dilakukan observasi terhadap pergerakan pasien. Kemudian dilakukan dua prosedur untuk “distraksi” misalnya menghitung 30 hingga 1 atau mengetukkan jari-jari tangan kiri dan kanan masing-masing selama 15 detik, untuk melihat efeknya terhadap pergerakan. Kemudian diputarkan lintasan rekaman selama sekitar 2 menit dan pasien harus memusatkan perhatiannya pada rekaman tersebut. Setelah observasi duduk dilakukan, pasien diminta berdiri pada satu tempat dan kembali diajak berbicara topik netral. Pemeriksa juga berdiri bersama pasien. Prosedur distraksi kembali dilakukan. Penilaian objektif untuk posisi berdiri dilakukan ulang. Setelah penilaian objektif selesai, dilakukan penilaian komponen subjektif dengan menanyakan pertanyaan sesuai butir yang terdapat pada instrumen.<sup>3</sup>

## 2.5 *Ekstrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)*

*Ekstrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)* diperkenalkan oleh Chouinard dkk. pada tahun 1980. Instrumen ini digunakan untuk penilaian menyeluruh empat tipe *drug-induced movement disorder* yaitu parkinsonisme, akatisia, distonia, dan dyskinesia tardive. Instrumen ini telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan divalidasi oleh dr. Gitayanti Hadisukanto, Sp.KJ(K) pada tahun 1997. Hasil reliabilitas inter-rater untuk instrumen ini dihitung dengan koefisien konkordasi Kendall (W) dan

dihasilkan kecocokan/kesepakatan yang bermakna antar rater dengan  $\chi^2$  tabel C Sidney Siegel = 30,14.<sup>18</sup>

## 2.6 Validitas dan Realibilitas

Tujuan adanya alat ukur psikiatri adalah untuk melakukan standarisasi informasi yang dikumpulkan dari waktu ke waktu oleh pengamat yang berbeda. Standarisasi alat ukur memberikan keuntungan pada penggunaanya dalam memberikan hasil evaluasi karakteristik performa yang diukur yang sifatnya formal. Hasilnya klinisi akan mengetahui sejauh mana alat tersebut mampu menghasilkan hasil pengukuran yang tetap sama dari waktu ke waktu (realibilitas) dan bagaimana hasil pengukuran dari alat ukur tersebut ketika dibandingkan dengan cara yang sudah disepakati atau sudah ada sebelumnya dalam mengukur hal yang sama (validitas).<sup>2</sup>

### 2.6.1 Validitas

Validitas merujuk pada kesesuaian dengan kebenaran hasil pengukuran atau hasil pengukuran dengan *gold standard* yang mewakili kebenaran hasil pengukuran. Validitas alat ukur yang baik adalah sejauh mana keakuratan alat ukur dalam memberikan hasil pengukuran sebagaimana yang ada dalam keadaan sebenarnya. Validitas alat ukur psikiatri terbagi dalam validitas isi dan *face validity*, validitas kriteria, dan validitas konstruksi.<sup>2,19</sup>

#### 2.6.1.1 Validitas isi (*content validity*) dan *face validity*

Menggambarkan seberapa jauh kumpulan variabel (butir) dalam instrumen dapat mewakili atau merupakan representasi dari muatan yang hendak diukur. Penilaian validitas isi dan *face validity* adalah secara *judgemental* oleh pakar, misalnya melalui konsensus bersama atau analisa faktor.<sup>20</sup>

#### 2.6.1.2 Validitas kriteria (*criterion validity*)

Menggambarkan seberapa jauh hasil satu pengukuran sesuai dengan hasil pengukuran lain dengan menggunakan instrumen yang dianggap baku emas (*gold standard*) atau

kriteria yang akurat, misalnya pedoman diagnostik klinis. *Gold standard* yang digunakan dapat merupakan versi lengkap suatu instrumen, kemampuan klinis seorang klinisi yang berpengalaman, atau alat ukur laboratorium. Penilaian validitas kriteria dilakukan dengan membandingkan secara statistik hasil pengukuran dari alat ukur yang diteliti dengan hasil uji lain yang dianggap sebagai *gold standard*. Validitas kriteria juga dapat diukur dalam bentuk *concurrent validity*. Hasil pengukuran umumnya berupa koefisien korelasi.

Penelitian ini menggunakan Koefisien Korelasi Spearman untuk menguji validitas kriteria. Koefisien korelasi Spearman merupakan salah satu bentuk teknik statistik yang digunakan untuk melihat korelasi pada sampel non parametrik. Korelasi secara umum adalah teknik statistik yang digunakan untuk melihat apakah terdapat kaitan antara dua variabel yang berbeda. Korelasi dapat menunjukkan sejauh mana perubahan pada satu variabel akan menyebabkan perubahan pada variabel yang lainnya.

Koefisien korelasi Spearman dapat menunjukkan sejauh mana tingkat kesepahaman dari dua orang pemeriksa yang melakukan penilaian pada suatu hal yang sama. Koefisien korelasi Spearman dilambangkan dengan nilai  $r_s$  ( $\rho$ ) dengan nilai yang berada dalam rentang -1 hingga +1. Secara umum penilaian untuk koefisien korelasi Spearman adalah sebagai berikut bila  $r_s > 0$  maka terdapat kesepahaman yang positif di antara ke-2 pemeriksa,  $r_s < 0$  menunjukkan ketidaksepahaman di antara ke-2 pemeriksa atau hasil pemeriksaan yang bertolak belakang, sementara pada  $r_s = 0$  berarti tidak terdapat kesepahaman di antara ke-2 pemeriksa. Nilai yang diharapkan pada pemeriksaan umumnya ada mendekati nilai satu yang berarti tingkat kesepahaman di antara ke-2 pemeriksa semakin tinggi.<sup>21</sup>

### 2.6.1.3 Validitas konstruksi (*construct validity*)

Menggambarkan seberapa jauh hasil pengukuran suatu alat ukur sesuai dengan konsep teoritis yang mendasari keadaan yang diukur. Dalam pengujian validitas konstruksi dilakukan analisis faktor untuk membuktikan apakah pertanyaan yang terkandung dalam suatu alat ukur mewakili apa yang hendak diukur. Dari pengujian tersebut akan menghasilkan nilai koefisien korelasi tiap butir pertanyaan terhadap nilai total yang bervariasi dari yang lemah hingga yang kuat. Bila suatu penelitian tidak memiliki *gold standard* maka seberapa jauh validitas alat ukur tersebut hanya bergantung pada validitas konstruksi saja.

## 2.6.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah seberapa stabil hasil pengukuran dari suatu alat ukur akan menunjukkan hasil yang sama atau hampir sama pada pengujian yang dilakukan berulang-ulang.<sup>2</sup> Suatu instrumen umumnya memberikan hasil realibilitas yang lebih baik bila instruksi dan pertanyaan yang termuat dalam instrumen lebih jelas dan sederhana serta format dan perhitungan nilainya mudah untuk dimengerti. Ada tiga buah cara untuk mengukur reliabilitas suatu instrumen:<sup>19</sup>

### 2.6.2.1 Reliabilitas konsistensi internal (*internal consistency reliability*)

Reliabilitas ini digunakan untuk mengukur apakah sejumlah pertanyaan atau pengukuran pada suatu instrumen mengukur hal yang sama. Konsistensi internal diukur dengan menggunakan koefisien cronbach  $\alpha$ . *Cronbach's alpha* adalah suatu koefisien reliabilitas yang ditemukan oleh Lee Cronbach pada tahun 1951. *Cronbach's alpha* bertujuan untuk mengukur konsistensi internal suatu tes atau skala yang besarnya berada dalam rentang 0 dan 1. Konsistensi internal menunjukkan

apakah tiap butir pertanyaan (disebut juga variabel konstruksi) pada instrumen ini benar-benar mengukur atau menilai hal yang sama. Semakin besar nilainya, maka semakin konsisten instrumen tersebut karena berarti semakin kuat korelasi yang ada di antara butir pertanyaan yang menyusunnya. Instrumen yang makin konsisten akan memiliki kemungkinan kesalahan yang semakin kecil.<sup>22</sup>

Terdapat publikasi yang berbeda-beda mengenai besaran nilai alpha yang dapat diterima yaitu berkisar antara nilai 0,70 hingga 0,95. nilai alpha yang rendah tidak semata-mata berarti bahwa instrumen tersebut memiliki konsistensi internal yang buruk. nilai yang rendah dapat juga terjadi pada suatu instrumen yang hanya memiliki butir pertanyaan yang sedikit dan pada suatu instrumen yang memiliki faktor konstruksi yang heterogen. derajat korelasi yang rendah dapat diketahui dengan cara membandingkan masing-masing butir pertanyaan dengan nilai total dari instrumen tersebut. nilai alpha yang terlalu tinggi juga tidak selalu menunjukkan hal yang baik karena bisa saja berarti bahwa antara masing-masing pertanyaan merupakan bentuk pengulangan yang ditanyakan dengan cara yang berbeda. nilai alpha tertinggi yang dianjurkan adalah 0,90.<sup>22</sup> sementara *cronbach's alpha if item deleted* merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menganalisa apakah dengan menghilangkan suatu butir pertanyaan dalam instrumen akan dapat meningkatkan nilai konsistensi internal atau justru melemahkannya.<sup>23</sup>

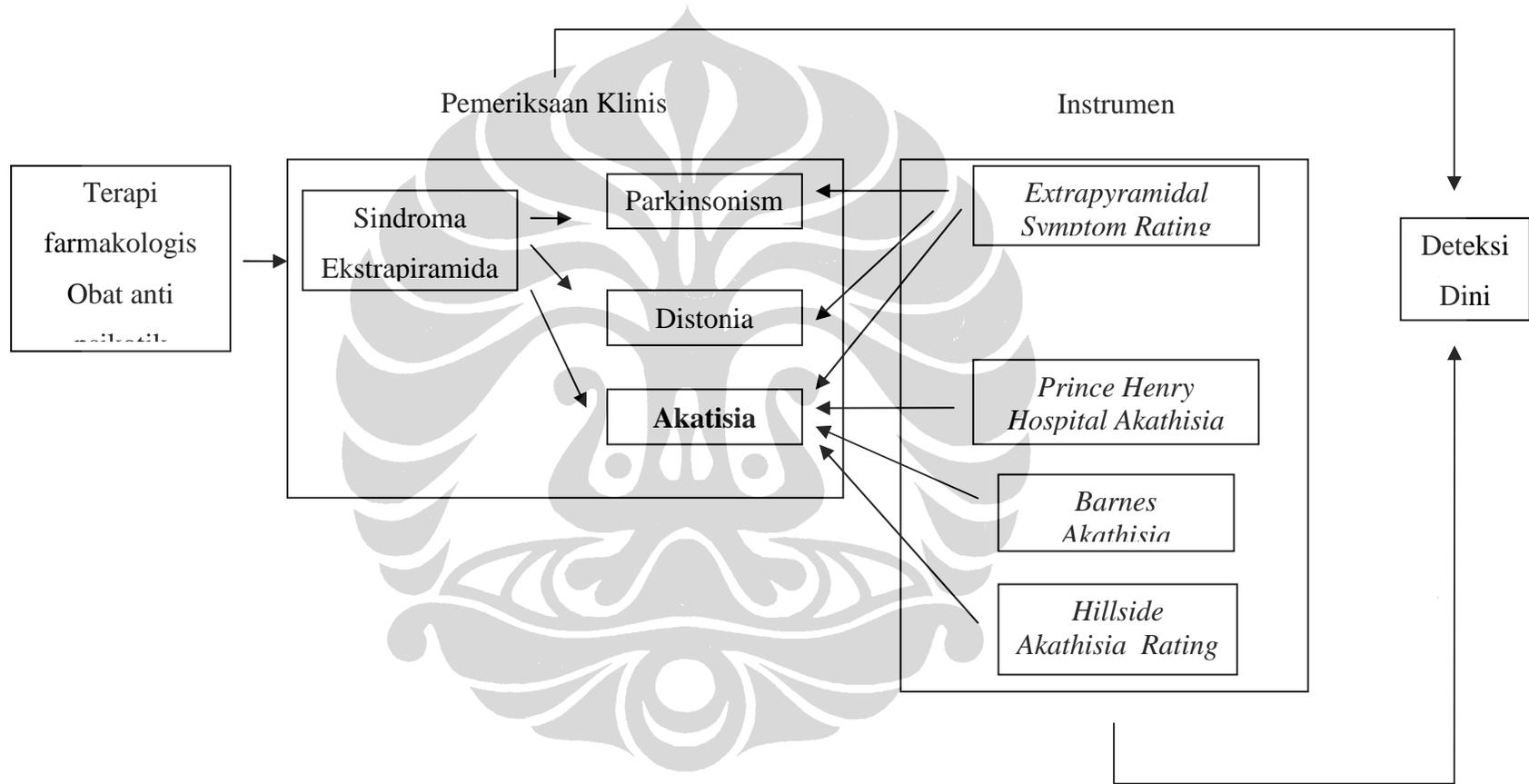
#### 2.6.2.2 Reliabilitas *test-retest* dan *interrater*

Reliabilitas *interrater* ditentukan dengan kesamaan hasil yang diperoleh oleh dua atau lebih observer ketika mengukur subyek yang sama. Kepustakaan menyebutkan bahwa nilai realibilitas ini lebih baik bila pengukuran menggunakan

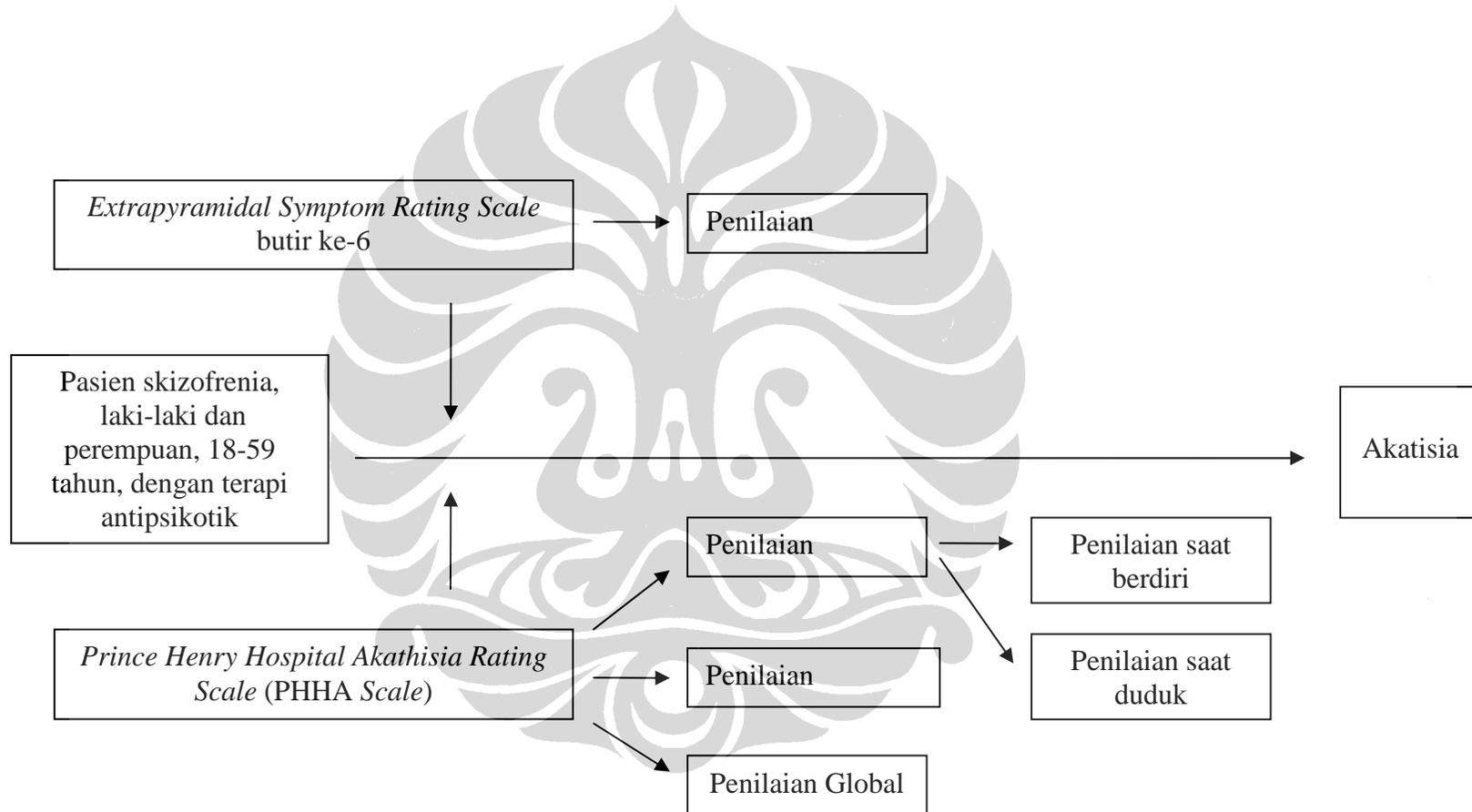
rekaman video. Sementara realibilitas *test-retest* diperoleh dengan melakukan pengukuran pada subyek yang sama pada dua saat yang berbeda. Reliabilitas *test-retest* dikenal juga sebagai reliabilitas intra rater. Hasil realibilitas ini biasanya tidak sebaik reliabilitas interrater karena informasi yang diperoleh dapat terpengaruh oleh perbedaan situasi yang timbul karena perbedaan waktu, misalnya suasana ruangan pemeriksaan, suasana perasaan pemeriksa, dan lain sebagainya. Hasil pengukuran dari reliabilitas *test-retest* dan *interrater* adalah koefisien kappa.

Koefisien kappa merupakan pengukuran statistik yang digunakan untuk mengukur kemungkinan bahwa interpretasi penilaian bukan merupakan hasil menebak namun merupakan suatu pengukuran yang sebenarnya. nilai kappa menunjukkan derajat kesamaan di antara dua orang pemeriksa. nilai koefisien kappa yang semakin tinggi, akan menunjukkan presisi yang semakin tinggi dari dua buah pengukuran yang dilakukan secara independen. nilai kappa 0 menunjukkan nilai kesamaan yang buruk yaitu hasil pengukuran yang sama kemungkinan terjadi semata-mata karena kebetulan. nilai kappa di bawah 0,6 belum menunjukkan nilai kesamaan yang cukup. nilai kappa antara 0,61-0,80 dianggap memiliki nilai kesamaan yang cukup. nilai kappa yang dianggap paling baik adalah bila koefisien kappa berada di atas nilai 0,81.<sup>24</sup>

2.7 Kerangka teori



## 2.8 Kerangka konsep



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Uji diagnostik.

#### **3.2 Tempat dan waktu penelitian**

3.2.1 Penelitian dilaksanakan di Bangsal Rawat Inap Departemen Psikiatri RSCM, Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, dan Poli Jiwa Dewasa RSCM.

3.2.2 Pengambilan data dilakukan pada bulan Februari 2012

#### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

3.3.1 Populasi target : pasien skizofrenia berusia 18 hingga 59 tahun.

3.3.2 Populasi terjangkau : pasien skizofrenia yang dirawat inap di Bangsal Rawat Inap Departemen Psikiatri RSCM, Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, dan pasien rawat jalan di Poli Jiwa Dewasa RSCM yang berusia 18 hingga 59 tahun.

3.3.3 Sampel penelitian diambil dari pasien skizofrenia berusia 18 hingga 59 tahun yang dirawat inap di Bangsal Rawat Inap Departemen Psikiatri RSCM, Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, dan Poli Jiwa Dewasa RSCM selama bulan Februari 2012 yang memenuhi kriteria inklusi.

3.3.4 Pengambilan sampel ditetapkan secara *non probability sampling* berupa *purposive sampling* dengan pertimbangan:

- Jenis penelitian adalah uji validitas dan tidak bermaksud menggambarkan karakteristik apapun dalam populasi umum.
- instrumen dimaksudkan untuk menilai akatisia pada penderita skizofrenia.

### 3.4 Besar Sampel

Besar sampel mengikuti kepustakaan yaitu sebanyak 100 orang untuk uji validitas.<sup>20</sup>

### 3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 3.5.1 Kriteria Inklusi

- Pasien rawat inap berusia 18-59 tahun
- Semua penderita skizofrenia (F 20) menurut kriteria diagnostik PPDGJ III
- Mendapatkan terapi obat antipsikotik tipikal atau atipikal
- Tidak mengalami gangguan proses pikir berat (inkoherensia)

#### 3.5.2 Kriteria Eksklusi

- Menolak berpartisipasi
- Retardasi mental

### 3.6 Ijin Pelaksanaan Penelitian

- 3.6.1 Ijin dari Departemen Psikiatri FKUI
- 3.6.2 Ijin dari Kepala Bangsal Rawat Inap RSCM
- 3.6.3 Ijin dari Kepala Poli Jiwa Dewasa RSCM
- 3.6.4 Ijin dari Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan
- 3.6.5 Ijin dari komisi etik RSCM
- 3.6.6 Ijin dari direktur RSCM
- 3.6.7 *Informed consent* dari subjek penelitian

### 3.7 Cara Kerja

#### 3.7.1 Persiapan

Pertama-tama dikirimkan email kepada Dr. Perminder Sachdev selaku pembuat *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA *Scale*) yang berisi permohonan izin untuk menerjemahkan instrumen ke dalam bahasa Indonesia serta melakukan uji kesahihan dan keandalan. Setelah balasan diterima dan izin diberikan maka dimulai langkah selanjutnya.

Instrumen diterjemahkan dari bahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia oleh dua orang penerjemah sesuai ketentuan ijin penerjemahan yang diberikan oleh pembuat instrumen. Kedua instrumen hasil terjemahan tersebut kemudian digabungkan sehingga diperoleh satu terjemahan yang terbaik dalam bahasa Indonesia tanpa memberikan interpretasi apapun. Cara penggabungannya adalah dengan mengambil salah satu hasil terjemahan dalam bahasa Indonesia yang dianggap memiliki terjemahan terbaik atau kedua hasil terjemahan dikombinasikan sehingga menghasilkan terjemahan terbaik. Setelah itu terjemahan dalam bahasa Indonesia ini diterjemahkan kembali ke dalam bahasa aslinya (bahasa Inggris) oleh dua orang penerjemah lain yang belum pernah melihat instrumen asli sebelumnya. Hasil dari penerjemahan balik kemudian dinilai oleh dua orang penilai bilingual dan digabungkan menjadi satu terjemahan balik gabungan yang disepakati. Hasil terjemahan balik yang disepakati ini kemudian dibandingkan dengan instrumen aslinya dan dilihat sejauh mana perbedaan maknanya dengan instrumen asli. Setelah hasil terjemahan dinilai tidak berbeda secara bermakna dengan instrumen asli maka instrumen hasil terjemahan digunakan untuk melanjutkan penelitian.

Setelah itu dilakukan uji coba instrumen versi bahasa Indonesia yang dilakukan pada 30 penderita skizofrenia. Sampel uji coba diperlakukan sama dengan subyek penelitian sehingga juga dimasukkan sebagai sampel penelitian. Hasil uji coba instrumen kemudian dinilai. Pemeriksa menyampaikan masukan hal-hal yang mungkin perlu diubah dari terjemahan bahasa Indonesia sementara sehingga menyempurnakan hasil terjemahan sebelumnya. Penyempurnaan juga mempertimbangkan setiap butir dari aspek adaptasi dengan lingkungan budaya dan kondisi sosial di Indonesia tanpa mengubah pengertian dan esensi butir instrumen aslinya.

Sebagai pembanding, digunakan instrumen ESRS namun hanya butir ke 6 mengenai penilaian akatisia. Penggunaan ESRS dilatih oleh

dr. Gitayanti Hadisukanto, Sp.KJ(K) pada 10 sampel. Pada instrumen *PHHA scale* juga dilakukan uji kesamaan.

### 3.7.2 Pelaksanaan penelitian

3.7.2.1 Mengadakan pengenalan awal dengan pasien skizofrenia yang rawat inap di bangsal psikiatri RSCM, bangsal rawat inap RS Soeharto Heerdjan, dan Poli Jiwa Dewasa RSCM yang memenuhi kriteria inklusi kemudian menerangkan secara singkat mengenai maksud dan tujuan penelitian.

3.7.2.2 Bagi mereka yang bersedia menjadi responden diminta mengisi formulir *informed consent* sebagai syarat untuk menjadi subyek penelitian.

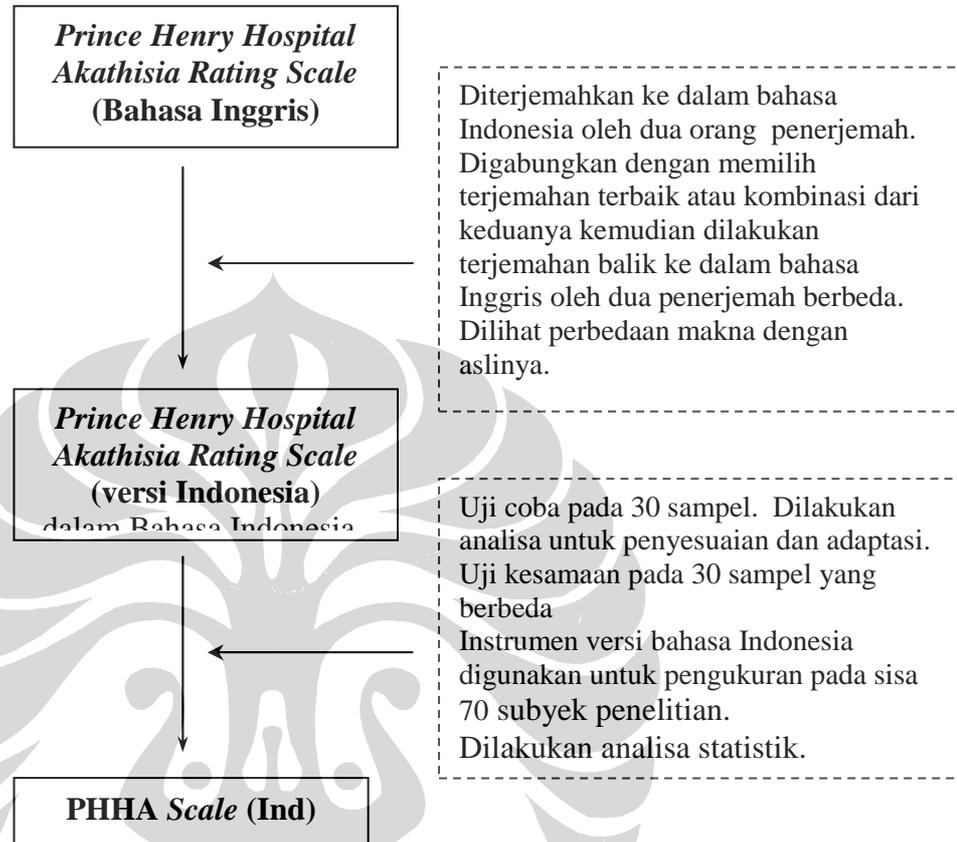
3.7.2.3 Menilai akatisia pada 100 subyek penelitian dengan cara pengambilan sampel konsekutif. Penilaian dilakukan dengan menggunakan dua buah instrumen yaitu ESRS versi bahasa Indonesia butir ke-6 yang menilai akatisia dan *PHHA Scale* versi bahasa Indonesia. Penilaian dilakukan oleh dua klinisi, peneliti dan seorang klinisi lain yang sudah dilatih untuk menggunakan ESRS.

3.7.2.4 Melakukan pemeriksaan akatisia pada 30 sampel oleh dua orang pemeriksa yang berbeda pada saat bersamaan dengan menggunakan instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale*.

3.7.2.5 Pengumpulan dan pengolahan data.

### 3.7.3 Kerangka kerja

#### 3.7.3.1 Menerjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan terjemahan balik



#### 3.7.4 Manajemen dan rencana analisis data

Data dikumpulkan dan dilakukan tabulasi serta diolah secara statistik. Uji kesahihan berupa validitas kriteria diukur dengan koefisien korelasi Spearman untuk melihat seberapa jauh hasil pemeriksaan akatisia dengan instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia terkait dengan hasil pemeriksaan akatisia dengan ESRS butir ke-6 tentang akatisia. Selain itu juga dilakukan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang digunakan untuk melihat seberapa jauh kedua pemeriksaan tersebut dapat dibandingkan. Pada uji keandalan diukur reliabilitas konsistensi internal (*internal consistency reliability*) dengan mengukur Cronbach  $\alpha$  dan reliabilitas inter-rater berupa pengukuran

nilai kappa. Penelitian ini dalam pengolahan datanya menggunakan alat bantu SPSS versi 11.5.

### 3.8 Instrumen

*Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA scale) versi bahasa Indonesia dan ESRS butir ke-6 tentang akatisia untuk menilai akatisia.

### 3.9 Identifikasi Variabel

Variabel yang diteliti berjumlah 10 buah:

- Tujuh buah variabel dari *Objective rating*
- Tiga buah variabel dari *Subjective rating*
- *Global Rating*

### 3.10 Definisi Operasional

- 3.10.1 *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA Scale) adalah instrumen yang digunakan untuk menilai akatisia pada pasien skizofrenia.
- 3.10.2 Akatisia adalah efek samping pengobatan yang ditandai dengan adanya perasaan kegelisahan secara subjektif yang dirasakan oleh pasien dan dapat disertai dengan kegelisahan motorik yang dapat diamati secara objektif.
- 3.10.3 *Extrapyramidal Symptom Rating Scale* adalah instrumen yang digunakan untuk menilai sindroma ekstrapiramidal.
- 3.10.4 *Objective rating* adalah bagian dari PHHA Scale yang penilaiannya dilakukan secara objektif melalui pengamatan dengan posisi duduk dan berdiri.
- 3.10.5 *Subjective rating* adalah bagian dari PHHA Scale yang penilaiannya berdasarkan jawaban pasien saat wawancara.
- 3.10.6 *Global rating* adalah bagian dari PHHA Scale yang penilaiannya dilakukan dengan pertimbangan klinis klinisi.

### 3.11 Masalah Etika

Dalam penelitian ini, peneliti tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan etika terhadap responden, dan responden memiliki hak menolak untuk ikut serta dalam penelitian setelah diberi keterangan secukupnya. Ijin dari komisi etik FKUI RSCM bernomor 491/PT02.FK/ETIK/2011. Ijin untuk penambahan tempat penelitian diperoleh dari komisi etik RSCM dengan surat bernomor 114/PT02.FK.43/N/2012.

### 3.12 Jadwal Penelitian

Kegiatan	November 2011	Februari 2012	Maret 2012	April 2012
Persiapan penelitian				
Pengumpulan data				
Pengolahan data				
Presentasi dan publikasi hasil				

### 3.13 Organisasi Peneliti

Peneliti : dr. Fransiska Irma

Pembimbing I (Penelitian) : Dr. dr. Raden Irawati Ismail, SpKJ(K),  
M.Epid.

Pembimbing II (Akademik) : dr. Heriani, SpKJ(K)

## BAB IV HASIL PENELITIAN

Penelitian ini merupakan uji diagnostik terhadap instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA *Scale*) versi Bahasa Indonesia pada penderita skizofrenia yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel diambil dari bangsal rawat inap departemen psikiatri RSCM, bangsal rawat inap Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, dan poli jiwa dewasa RSCM. Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale* (PHHA *Scale*) dalam bahasa Indonesia yang sah dan andal.

### 4.1 Karakteristik Responden

Tabel 1.1. memperlihatkan karakteristik responden pada penelitian ini. Karakteristik responden meliputi: usia (rerata 36,51 tahun, 20-58 tahun), jenis kelamin (mayoritas laki-laki), agama (mayoritas Islam), suku (mayoritas Jawa), pendidikan (mayoritas setingkat SMA), pekerjaan (mayoritas tidak bekerja), dan status perkawinan (mayoritas menikah). Jumlah responden 100 orang, sesuai dengan ukuran besar sampel yang telah ditentukan sebelumnya. Responden adalah pasien rawat inap dan rawat jalan dengan diagnosis skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil pemeriksaan pada 100 responden menunjukkan akathisia pada 98 responden yang diperiksa dengan PHHA *Scale* dan pada 93 responden yang diperiksa dengan ESRS butir ke-6 tentang akathisia.

**Tabel 1.1 Karakteristik responden**

Karakteristik Responden (n=100)	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin : Laki-laki	73	73%*
Perempuan	27	27%
Agama : Budha	3	3%
Islam	80	80%*
Katolik	4	4%
Kristen	11	11%
Lain-lain	2	2%
Suku : Batak	9	9%
Jawa	23	23%
Minang	12	12%
Sunda	24	24%*
Tionghoa	5	5%
Lain-lain	27	27%
Pendidikan : Tidak bersekolah	5	5%
SD	16	16%
SMP	14	14%
SMU/STM/SMEA	40	40%*
Diploma	3	3%
S1	22	22%
Pekerjaan : Tidak bekerja	41	41%*
Ibu rumah tangga	10	10%
Pegawai Swasta	27	27%
PNS	5	5%
Wiraswata	17	17%
Status Perkawinan : Tidak menikah	47	47%
Menikah	51	51%*
Bercerai	2	2%

## 4.2 Lama waktu pemeriksaan dengan PHHA Scale versi bahasa Indonesia

Lamanya waktu pemeriksaan yang diperlukan untuk memeriksa instrumen ini adalah berada dalam rentang lima hingga lima belas menit. Rata-rata panjangnya waktu pemeriksaan adalah 9,01 menit.

## 4.3 Uji Validitas

### 4.3.1 Validitas Kriteria (*Criterion Validity*)

*Criterion validity* diukur menggunakan koefisien korelasi Spearman dan didapatkan hasil yang signifikan pada  $p < 0,01$  ( $p = 0,000$ ). Pada uji statistik perbandingan penilaian global dengan ESRS butir ke-6 mengenai akatisia didapatkan nilai  $r_s$  sebesar 0,590. Sementara untuk perbandingan total nilai dengan ESRS butir ke-6 mengenai akatisia didapatkan nilai  $r_s$  sebesar 0,644. Hal ini menunjukkan adanya korelasi kedua instrumen dalam memeriksa akatisia.

### 4.3.2 Wilcoxon Signed Rank Test

Pada *analisa* perbandingan antara hasil penilaian global instrumen *phha scale* versi bahasa Indonesia dengan hasil penilaian menggunakan instrumen *esrs* butir ke-6 tentang akatisia dengan menggunakan uji *wilcoxon signed rank test*, didapatkan nilai  $z$  sebesar -7,153 yang signifikan pada  $p < 0,01$ . Hal ini menunjukkan perbedaan yang bermakna pada ke-2 instrumen.

## 4.4 Uji Reliabilitas

### 4.4.1 Reliabilitas konsistensi internal

Uji reliabilitas konsistensi internal terhadap instrumen PHHA Scale versi bahasa Indonesia memberikan hasil nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,859. Hasil ini menunjukkan bahwa alat ini memiliki konsistensi internal yang baik (antara  $0,8 < \alpha < 0,9$ ). Sementara *Cronbach's Alpha if item deleted* memperlihatkan nilai yang konsisten untuk seluruh hasil pengukuran. Nilai yang terendah adalah 0,832 pada butir penilaian subjektif "ketidakmampuan mempertahankan tungkai

untuk tetap diam” dan yang tertinggi adalah 0,857 pada butir penilai objektif posisi duduk “ketidakmampuan tetap duduk”.

#### 4.4.2 Reliabilitas Inter-rater/Inter-observer

Koefisien kappa menunjukkan nilai korelasi yang baik pada hampir semua butir pertanyaan dari dua orang penilai, umumnya berada dalam taraf hasil yang baik yaitu berada di kisaran nilai di atas 0,7. Satu skala yaitu penilaian objektif duduk 4 memberikan hasil 0,651 yang menunjukkan nilai kappa yang cukup. Sementara untuk nilai kappa penilaian global didapatkan hasil yang baik yaitu 0,87.

**Tabel 2.1. Nilai Kappa untuk Masing-Masing Butir**

Skala Pemeriksaan	Nilai Kappa
Penilaian objektif duduk 1	0,75
Penilaian objektif duduk 2	0,946
Penilaian objektif duduk 3	0,725
Penilaian objektif duduk 4	0,651
Penilaian objektif berdiri 1	0,831
Penilaian objektif berdiri 2	0,829
Penilaian objektif berdiri 3	1
Penilaian Subjektif 1	0,893
Penilaian Subjektif 2	0,848
Penilaian Subjektif 3	0,727
Penilaian Global	0,87

## 4.5 Proses penerjemahan dan penerjemahan balik

### 4.5.1 Proses penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia

Langkah proses penerjemahan (*translation*) ke dalam bahasa Indonesia dari bahasa aslinya adalah sebagai berikut, instrumen diterjemahkan dari bahasa aslinya oleh dua orang penerjemah bilingual yang merupakan residen bagian psikiatri. Alasan pemilihan adalah mengingat instrumen ini merupakan instrumen yang terbatas penggunaannya oleh psikiater ataupun residen. Kedua orang penerjemah tidak saling melakukan diskusi selama proses penerjemahan. Penerjemahan dilakukan dengan tidak memberikan interpretasi dan memberi pengaruh budaya pada hasil terjemahan. Hasil penerjemahan kemudian melalui validasi proses untuk memperoleh hasil gabungan penerjemahan yang baik. Lima orang yang terlibat dalam proses tersebut adalah kedua penerjemah, dua orang pemberi masukan, dan seorang pengawas. Pada kesempatan ini, seorang psikiater konsulen berfungsi sebagai pengawas, dan dua orang residen psikiatri bilingual berfungsi sebagai pemberi masukan. Pengawas validasi proses tidak melakukan intervensi dan tidak mempengaruhi proses penggabungan melainkan hanya memastikan bahwa proses penggabungan terjemahan terjadi sesuai dengan prosedur yang benar sehingga dapat dinilai valid secara prosedural.

Validasi proses penerjemahan dilakukan dengan melakukan diskusi di antara kedua pemberi masukan tanpa melibatkan kedua penerjemah dan pengawas proses. Pada proses penggabungan, kedua hasil terjemahan dibuat buta (nama penerjemah dihilangkan) dan diberikan kode 1 dan 2. Kedua pemberi masukan kemudian memilih satu-persatu per kalimat yang dirasakan lebih baik terjemahannya dengan membandingkan antara hasil terjemahan dengan instrumen asli. Jika pada salah satu kalimat memang tidak memungkinkan untuk melakukan pemilihan salah satu dari hasil terjemahan (nomor 1 atau nomor 2) karena dirasakan belum terlalu tepat maka pemberi masukan kemudian melakukan kombinasi hasil terjemahan sehingga diperoleh

satu susunan kalimat yang dirasakan lebih tepat. pada akhir proses ini, diperoleh satu terjemahan instrumen yang disepakati.

#### **4.5.2 Proses penerjemahan balik (*back translation*) ke dalam Bahasa Inggris**

Hasil terjemahan instrumen yang sudah digabungkan kemudian diterjemahkan balik ke dalam bahasa inggris oleh seorang residen psikiatri bilingual dan seorang psikiater bilingual. kedua penerjemah tidak berdiskusi selama proses penerjemahan balik ke dalam bahasa asli dan tanpa melihat instrumen aslinya. kedua hasil terjemahan balik yang dihasilkan kemudian diberikan kode 1 dan 2 dan nama penerjemah kemudian dihilangkan. setelah itu kembali dilakukan validasi proses atas intrumen hasil terjemahan balik. lima orang yang terlibat dalam proses ini adalah kedua penerjemah balik, dua orang pemberi masukan bilingual, dan seorang pengawas. pada kesempatan ini, seorang psikiater konsulen menjadi pengawas proses, dua orang residen psikiatri bilingual menjadi pemberi masukan.

Tahapan validasi proses adalah sebagai berikut, pemberi masukan diberikan instrumen hasil terjemahan gabungan dalam bahasa indonesia serta kedua intrumen terjemahan balik yang telah diberikan kode. kedua pemberi masukan kemudian akan memilih hasil terjemahan balik terbaik dengan membandingkannya dengan instrumen terjemahan gabungan dalam bahasa indonesia. caranya adalah dengan memilih per kalimat salah satu dari kedua hasil terjemahan atau menggabungkannya. hasil dari proses ini adalah sebuah instrumen terjemahan balik hasil penggabungan. instrumen terjemahan balik hasil penggabungan ini kemudian dibandingkan dengan instrumen aslinya dalam bahasa inggris dan kemudian dilihat adakah perbedaan maknanya kalimat per kalimat. setelah proses ini selesai dilakukan dan dilakukan perbandingan dengan instrumen aslinya, tidak ditemukan perbedaan makna yang bermakna antara instrumen hasil penerjemahan balik

gabungan dengan instrumen aslinya sehingga instrumen hasil terjemahan gabungan dalam bahasa Indonesia dapat digunakan.

#### 4.6 Proses uji coba instrumen

Setelah proses penerjemahan dan penerjemahan balik selesai dilakukan, peneliti kemudian melakukan proses uji coba instrumen. Uji coba penggunaan instrumen ini dilakukan di RSJ Soeharto Heerdjan dan jumlah sampel yang digunakan adalah sebanyak tiga puluh sampel. Uji coba berfungsi untuk menilai adakah kesulitan yang muncul dalam penggunaan instrumen hasil terjemahan pada penilaian akatisia pada pasien sekaligus demi kepentingan penyempurnaan dalam segi adaptasi ke dalam bahasa Indonesia. Selama proses uji coba, ditemukan beberapa kesulitan terutama menyangkut pertanyaan yang digunakan dalam subskala penilaian subjektif. Peneliti kemudian menghubungi pembuat instrumen Dr. Perminder Sachdev untuk mendapatkan masukan dalam menanyakan pertanyaan-pertanyaan dalam penilaian subskala tersebut. Hasil diskusi melalui email dengan pembuat instrumen dapat dilihat dalam lampiran 7.

#### 4.7 Proses uji kesamaan

Pada penelitian ini, uji kesamaan dilakukan terhadap peneliti dan seorang psikiater (dr.GP,Sp.KJ) sebagai rater. Sampel untuk uji kesamaan diambil seluruhnya dari RSJ Soeharto Heerdjan dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang dan diambil dengan metode *purposive sampling*. Proses yang dilakukan adalah sebagai berikut peneliti dan rater melakukan pemeriksaan secara bergantian terhadap tiga puluh sampel, separuh sampel diperiksa oleh peneliti, separuh sisanya diperiksa oleh rater. Pada saat salah satu dari peneliti atau rater memeriksa maka pemeriksa yang satunya akan menilai pasien menggunakan instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia pada saat yang bersamaan tanpa melakukan diskusi terhadap hasil pemeriksaan masing-masing. Hasil pemeriksaan oleh peneliti dan rater dimasukkan dalam amplop tertutup yang terpisah kemudian diserahkan pada

Dr.dr.R. Irawati Ismail, Sp.KJ(K), M.Epid dalam keadaan tersegel sebelum dilakukan analisis data.

#### 4.8 Proses uji validitas

Pada penelitian ini, hasil pemeriksaan akatisia dengan instrumen PHHA Scale versi bahasa Indonesia dibandingkan dengan hasil pemeriksaan dengan menggunakan instrumen ESRS butir ke-6 tentang akatisia. Pada penelitian ini, seorang residen psikiatri (dr.IW) menjadi pemeriksa yang menggunakan instrumen ESRS butir ke-6 tentang akatisia, sementara peneliti melakukan pemeriksaan akatisia dengan menggunakan instrumen PHHA Scale versi bahasa Indonesia. Seluruh sampel yang digunakan untuk uji validitas diperiksa oleh peneliti dan pada waktu yang bersamaan dinilai oleh dr.IW menggunakan instrumen pembandingnya. Kedua pemeriksa tidak melakukan diskusi mengenai hasil pemeriksaan. Hasil pemeriksaan dikumpulkan sendiri-sendiri pada Dr.dr.Irawati Ismail,Sp.KJ(K) M.Epid dalam amplop tertutup yang terpisah.

## BAB V PEMBAHASAN

### 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik demografi responden pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- (1) Responden dengan jenis kelamin laki-laki (73%) lebih besar jumlahnya bila dibandingkan dengan responden wanita (27%). Jumlah responden yang tidak seimbang ini disebabkan karena cara pengambilan sampel purposif. Meskipun demikian, hal ini mungkin tidak mempengaruhi hasil penelitian. Beberapa penelitian misalnya oleh Braude (1983)<sup>25</sup>, Barnes and Braude (1985)<sup>26</sup>, Sachdev (1995)<sup>27</sup>, Chong (2003)<sup>28</sup> tidak menunjukkan adanya kaitan antara jenis kelamin dengan timbulnya akatisia.
- (2) Usia responden yang termuda adalah 20 tahun hingga tertua 58 tahun. Rata-rata usia responden adalah 36 tahun. Sebagian besar penelitian misalnya oleh Braude (1983)<sup>25</sup>, Barnes and Braude (1985)<sup>26</sup>, dan Chong (2003)<sup>28</sup> tidak menunjukkan adanya kaitan antara usia dengan timbulnya akatisia namun penelitian oleh Sachdev (1995)<sup>27,29</sup> menunjukkan kemungkinan adanya kaitan antara usia dengan timbulnya akatisia kronik namun tidak menunjukkan kaitan pada akatisia akut.
- (3) Mayoritas responden berasal dari suku Sunda (24%) dan suku Jawa (23%), lainnya berasal dari suku Minang (12%), Batak (9%), dan Tionghoa (5%). Terdapat sisa 27% responden yang berasal dari berbagai macam suku lainnya seperti Melayu, Bugis, Ambon, dan lain sebagainya. Sachdev (1995)<sup>27</sup> menuliskan dalam penelitiannya bahwa akatisia dapat timbul dalam berbagai kelompok ras dan Chong (2003)<sup>28</sup> memperlihatkan dari hasil penelitiannya bahwa akatisia tidak berhubungan dengan faktor ras.

Ketiga faktor demografi di atas, yaitu jenis kelamin, usia, dan suku memiliki beberapa bukti penelitian yang memperlihatkan tidak adanya hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan timbulnya akatisia. Peneliti

tidak menemukan penelitian yang meneliti kaitan antara faktor demografi lainnya dengan timbulnya akatisia. Faktor-faktor demografi lain yang tercatat di dalam penelitian ini adalah agama, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan status perkawinan. Penelitian oleh Sachdev (1995)<sup>27,29</sup> menunjukkan bahwa dosis obat dan banyak obat yang digunakan dapat menjadi faktor pencetus. Halstead dkk. menunjukkan bahwa jenis obat yang digunakan juga mempengaruhi timbulnya akatisia.<sup>26</sup> Pada penelitian ini, tidak dilakukan pencatatan dosis obat, jenis obat, ataupun jumlah obat yang digunakan oleh responden penelitian.

## 5.2 Uji validitas

Uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah uji validitas kriteria. Penelitian ini tidak menilai *face validity* dan *construct validity* dari instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia. Hal ini disebabkan karena instrumen yang diteliti merupakan versi terjemahan bahasa Indonesia dari instrumen aslinya dalam bahasa Inggris yang sudah memiliki *face validity* dan *construct validity* yang baik. Sehingga kedua validitas tersebut tidak lagi dinilai pada penelitian ini. Instrumen pembanding yang digunakan untuk uji validitas adalah ESRS yang diambil butir ke-6 tentang penilaian akatisia. Instrumen ESRS merupakan satu-satunya instrumen yang sudah divalidasi di Indonesia untuk menilai sindroma ekstra piramidal namun instrumen ini tidak spesifik untuk akatisia melainkan digunakan untuk menilai seluruh sindroma ekstra piramidal. Instrumen Barnes Akatisia Rating *Scale* (BARS) yang dikenal luas digunakan untuk menilai akatisia belum divalidasi dalam bahasa Indonesia dan tidak diperoleh izin untuk menggunakan instrumen tersebut dari pembuatnya.

### 5.2.1. Validitas Kriteria dengan Koefisien Korelasi Spearman

Hasil uji korelasi dilakukan dengan membandingkan variabel penilaian global dari instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia dengan hasil penilaian instrumen ESRS butir ke-6 mengenai akatisia. Pada uji statistik ini didapatkan nilai  $r_s$  yang signifikan secara statistik

( $p < 0,01$ ) yaitu sebesar 0,590. Selain itu juga dibandingkan variabel total nilai dari instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia dengan hasil penilaian instrumen ESRS butir ke-6 mengenai akatisia. Pada uji statistik ini juga didapatkan nilai  $r_s$  yang signifikan secara statistik ( $p < 0,01$ ) yaitu sebesar 0,644. Hal ini menunjukkan korelasi yang tidak terlalu kuat antara hasil penilaian global dengan pemeriksaan dengan ESRS dan korelasi yang cukup kuat antara total nilai pemeriksaan dengan pemeriksaan dengan ESRS. Meskipun koefisien korelasi yang ada tidak terlalu dekat dengan nilai +1 namun dapat disimpulkan bahwa ke-2 instrumen memiliki kesepahaman yang cukup baik untuk menilai hal yang sama sehingga dapat digunakan untuk mengukur akatisia.

Koefisien korelasi yang tidak terlalu dekat dengan +1 disebabkan karena instrumen pembanding yang digunakan yaitu instrumen ESRS butir ke-6 tentang akatisia, memiliki komponen yang tidak terlalu sama dengan instrumen PHHA *Scale*. Instrumen PHHA *Scale* terdiri atas tiga buah komponen yaitu komponen subjektif, objektif, dan penilaian global sedangkan instrumen ESRS butir ke-6 tentang akatisia hanya terdiri atas penilaian pada skala objektif saja.

### 5.2.2. Wilcoxon Signed Rank Test

Asumsi dasar pada analisis dengan wilcoxon signed rank test yang dilakukan pada data berpasangan adalah perbedaan dua mediannya diharapkan memberikan nilai nol. wilcoxon signed ranked test merupakan uji yang digunakan pada data yang berpasangan namun berdistribusi tidak normal. data berpasangan misalnya seperti hasil pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan dua buah instrumen yang berbeda. nilai nol menunjukkan tidak terdapat perbedaan di antara ke-2 data. bila diterapkan pada pengujian dua buah instrumen yang sebanding untuk mengukur hal yang sama maka hasil uji yang diharapkan seharusnya adalah nilai 0 yang berarti ke-2 instrumen tidak berbeda dalam mengukur hal yang sama. bila terdapat perbedaan yang

positif atau negatif maka dapat disimpulkan bahwa kedua instrumen tersebut tidak sebanding dalam melakukan pengukuran.

Pada analisa data, hasil dari uji wilcoxon menunjukkan nilai z sebesar -7,153 dengan  $p < 0,01$ . hal ini menunjukkan perbedaan yang signifikan pada ke-2 instrumen. hasil tersebut menunjukkan bahwa kedua instrumen tidak sebanding dalam melakukan pengukuran. peneliti menyimpulkan bahwa hal ini timbul akibat bahwa kedua instrumen tersebut sebetulnya cukup berbeda meskipun mengukur hal yang sama. instrumen *phha scale* versi bahasa indonesia memiliki empat buah komponen yang spesifik yaitu dua buah komponen penilaian objektif, komponen penilaian subjektif, dan komponen penilaian global. instrumen pembandingnya adalah instrumen *esrs* yang hanya diambil pada bagian yang mengukur akatisia saja namun demikian tidak didapatkan adanya pemisahan komponen akatisia menjadi komponen objektif, subjektif, dan global. hal ini yang menyebabkan hasil uji yang menunjukkan nilai yang berbeda.

### **5.3 Uji reliabilitas**

Uji reliabilitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah uji kesamaan dan penilaian reliabilitas konsistensi internal. Penelitian ini tidak menilai reliabilitas *intra rater* karena hasil pemeriksaan yang diperoleh dapat terpengaruh oleh perbedaan situasi yang timbul karena perbedaan waktu. Pasien sangat mungkin sudah mengalami perbedaan kondisi bila dilakukan pemeriksaan pada saat yang berbeda sehingga hasilnya kurang dapat dipercaya bila dibandingkan dengan pemeriksaan yang dilakukan oleh dua *rater* pada saat yang bersamaan.

#### **5.3.1 Uji kesamaan dan nilai Kappa**

Pada penelitian ini, terdapat sebelas variabel yang diuji kesamaannya yaitu empat buah variabel penilaian objektif pada posisi duduk, tiga buah variabel penilaian objektif pada posisi berdiri, tiga buah variabel penilaian subjektif, dan satu buah variabel penilaian

global. Terdapat enam buah variabel yang memberikan nilai kesamaan yang sangat baik dengan nilai kappa di atas 0,81. Masing-masing untuk penilaian objektif pada posisi duduk yaitu pengamatan pergerakan lengan atau tangan; penilaian objektif posisi berdiri yaitu pengamatan pergerakan tungkai dan gerakan pemindahan tumpuan berat dari kaki yang satu ke yang lainnya; penilaian subjektif pada adanya perasaan gelisah dan perasaan tak mampu mempertahankan tungkai untuk tetap diam; dan untuk penilaian global. Terdapat empat buah variabel dengan nilai kappa yang cukup, yaitu berada dalam rentang 0,61-0,80. Masing-masing untuk penilaian objektif pada posisi duduk yaitu adanya pergerakan tungkai, perubahan posisi tubuh di kursi, dan ketidakmampuan untuk tetap duduk; penilaian subjektif pada perasaan tak mampu untuk tetap diam mempertahankan posisi duduk atau berdiri.

Terdapat satu buah variabel yang menghasilkan nilai kappa sebesar satu, yaitu pada penilaian objektif posisi berdiri untuk menilai kemampuan berdiri pada satu tempat tanpa berjalan. Hal ini karena kedua pemeriksa sama-sama memberikan nilai 0 untuk ke tiga puluh sampel. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa hasil nilai kappa yang diperoleh adalah baik. Hal ini menunjukkan bahwa instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia memiliki reliabilitas *inter-rater* yang baik.

### 5.3.2 Cronbach's Alpha dan Reliabilitas Konsistensi Internal

Uji reliabilitas konsistensi internal dalam penelitian ini memberikan hasil nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,859. Hasil ini menunjukkan bahwa alat ini menunjukkan konsistensi internal yang baik (antara  $0,8 < \alpha < 0,9$ ) yaitu terdapatnya korelasi yang kuat di antara masing-masing butir pertanyaan yang menyusun instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia. Pada analisa *Cronbach's Alpha if item deleted*, setiap butir pertanyaan menunjukkan hasil nilai yang lebih rendah dibandingkan dengan nilai Cronbach's Alpha total yaitu dengan nilai tertinggi adalah 0,857. Hal ini menunjukkan bila salah satu butir

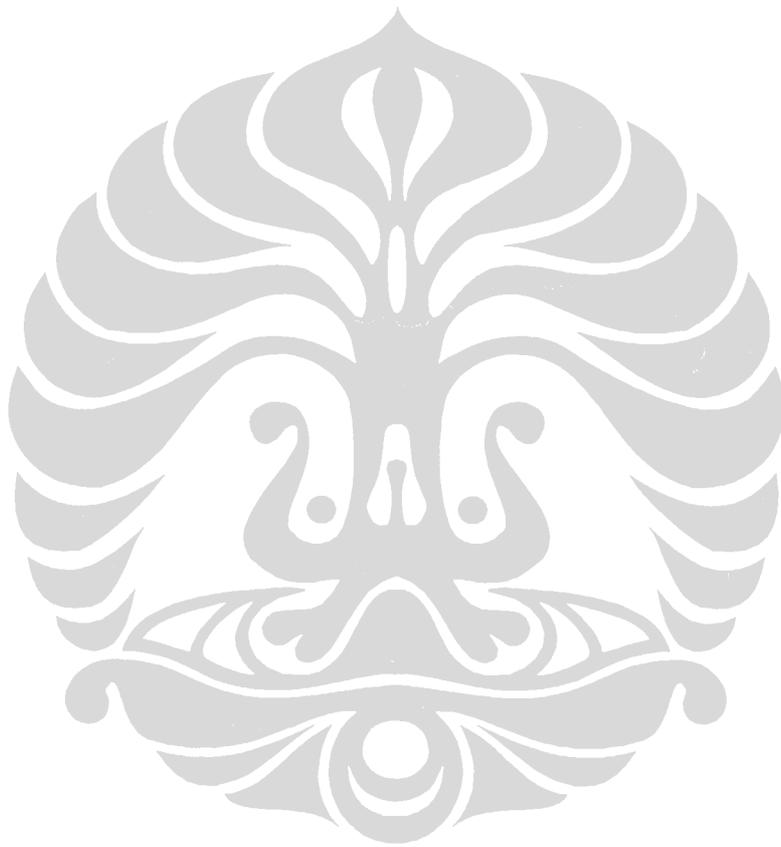
dihilangkan maka konsistensi internal dari instrumen akan menurun sehingga pada versi bahasa Indonesia, tidak diperlukan suatu pengurangan butir pertanyaan dari instrumen. Selain itu, hasil analisis terhadap data dengan demikian juga menunjukkan bahwa versi bahasa Indonesia instrumen PHHA *Scale* memiliki keandalan penggunaan yang baik.

#### 5.4 Keterbatasan dalam penelitian

Setiap penelitian umumnya tidak luput dari berbagai keterbatasan. Keterbatasan tersebut dapat muncul pada berbagai tahap penelitian mulai dari perancangannya, proses pelaksanaan, hingga pada waktu pengolahan data. Beberapa keterbatasan yang peneliti temukan, diantaranya adalah:

- i. Instrumen pembanding yang digunakan yaitu ESRS butir ke-6 mengenai akatisia memiliki komponen pengukuran yang kurang sebanding dengan instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia meskipun keduanya menghasilkan penilaian derajat akatisia. ESRS butir ke-6 tidak membedakan komponen subjektif dan objektif akatisia sementara instrumen yang diuji terbagi atas komponen subjektif dan objektif. Hal ini kemudian dibuktikan dalam analisa dengan uji Wilcoxon yang memperlihatkan bahwa ke-2 instrumen kurang dapat dibandingkan hasil pengukurannya meskipun dalam uji korelasi Spearman terlihat bahwa kedua instrumen masih memiliki korelasi dalam mengukur hal yang sama. Instrumen ESRS dipilih sebagai pembanding dan bukan instrumen lainnya karena di Indonesia belum terdapat instrumen yang spesifik dalam untuk memeriksa akatisia dan ESRS merupakan satu-satunya instrumen yang sudah divalidasi dalam bahasa Indonesia.
- ii. Peneliti tidak mencatat jumlah obat yang didapat, jenis, dan dosisnya pada data demografi responden. Pada berbagai kepustakaan terlihat bahwa yang lebih mempengaruhi timbulnya akatisia pada pasien adalah ke-3 hal tersebut dibandingkan dengan karakteristik demografi pasien.

- iii. Hasil penelitian terbatas untuk diterapkan pada pasien dengan diagnosis Skizofrenia yang mendapatkan terapi antipsikotik berdasarkan kriteria inklusi sampel penelitian.
- iv. Belum terdapat suatu panduan pertanyaan standar dalam menilai komponen subjektif.



## BAB VI

### SIMPULAN DAN SARAN

#### **Simpulan**

Pada penelitian ini tidak ditemukan kesulitan dalam proses penerjemahan dan proses penerjemahan kembali ke dalam bahasa asli. Instrumen ini cukup mudah untuk diajarkan penggunaannya dan dalam penggunaan berulang memberikan hasil yang semakin akurat dalam kesamaan penilaian. Hal ini terbukti dari hasil reliabilitas *inter-rater/ inter-observer* yang baik. Pada penilaian objektif, tidak terdapat kesulitan dalam aplikasinya namun untuk penilaian subjektif perlu lebih banyak latihan dan ketrampilan dalam mendapatkan respon terbaik dari pasien.

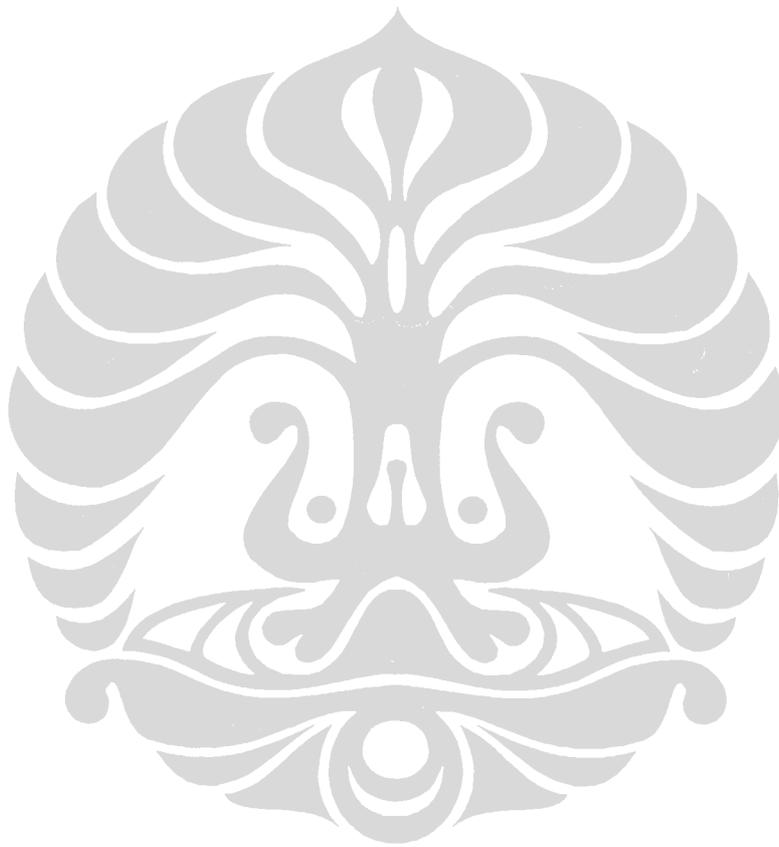
Instrumen PHHA *Scale* versi bahasa Indonesia ini terbukti kesahihan dan keandalannya untuk digunakan dalam menilai derajat akatisia pada pasien skizofrenia yang tidak mengalami gangguan arus pikir berat. Kesahihan dibuktikan dengan nilai koefisien korelasi Spearman yang bermakna secara statistik ( $r_s = 0,590, p < 0,01$ ) sementara keandalannya terlihat dari nilai kappa ( $\kappa = 0,651-0,87$ ) dan Cronbach's Alpha ( $\alpha = 0,859$ ) yang tinggi. Belum diketahui bagaimana penggunaan instrumen ini pada pasien gangguan jiwa lainnya karena penelitian yang saat ini dilakukan masih terbatas pada sampel pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi obat antipsikotik.

Kelebihan instrumen ini dibandingkan dengan ESRS butir ke-6 adalah instrumen ini memisahkan antara komponen penilaian objektif akatisia dengan komponen subjektifnya. Instrumen ESRS tidak memasukkan penilaian komponen subjektif sehingga secara umum, instrumen ini lebih luas penilaiannya dalam pemeriksaan akatisia. Pertanyaan-pertanyaan yang ada sederhana dan hanya memerlukan waktu yang singkat yaitu sekitar sembilan menit sehingga tidak membebani pasien dalam pemeriksaan.

## Saran

Pada akhirnya, peneliti menyarankan hal-hal berikut ini:

- 1 Instrumen ini sudah mulai dapat digunakan untuk membantu mendiagnosis akatisia dalam praktik klinis harian sehingga nantinya pasien akan mendapatkan tatalaksana yang lebih cepat.

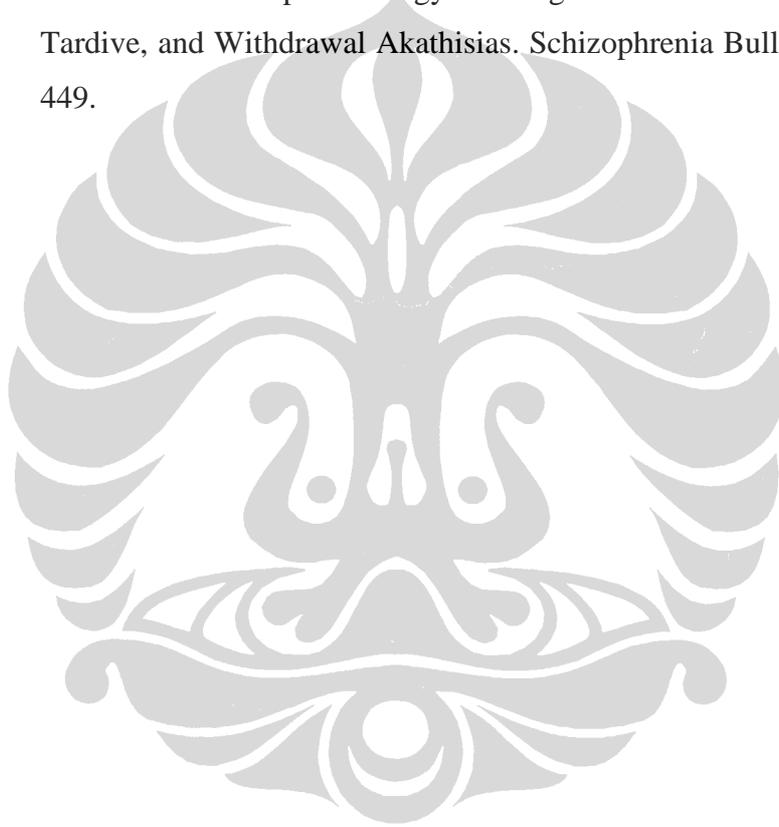


## DAFTAR REFERENSI

1. Sadock BJ, Sadock VA. Schizophrenia. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry 10<sup>th</sup> Ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2007. p. 190-226.
2. Kane JM, Stroup S. Schizophrenia: Pharmacological Treatment. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 9<sup>th</sup> Ed. Philadelphia/Tokyo: Lippincott Williams and Wilkins, 2009. p. 1433-1555.
3. Sachdev P. A Rating *Scale* for Acute Drug-Induced Akathisia: Development, Reliability, and Validity. *Society of Biological Psychiatry* 1994; 35: 263-271.
4. Poyurovsky M. Acute Antipsychotic-Induced Akathisia Revisited. *The British Journal of Psychiatry* 2010; 196:89-91.
5. Schulte JL. Homicide and Suicide Associated with Akathisia and Haloperidol. *American Journal of Forensic Psychiatry* 1985;6(2):3-7.
6. Healy D, Harris M, Tranter R, Gutting P, Austin R, Jones-Edwards G, and Roberts AP. Lifetime Suicide Rates in Treated Schizophrenia: 1875-1924 and 1994-1998 Cohort Compared. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 188:223-228
7. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, and Deeks JJ. Schizophrenia and Suicide: Systematic Review of Risk Factors. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 187:9-20.
8. Shear MK, Frances A, Weiden P. Suicide Associated with Akathisia and Depot Fluphenazine Treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1983; 3:235-236.
9. Atbasoglu EC, Schultz SK, Andreasen NC. The Relationship of Akathisia with Suicidality and Depersonalization Among Patients with Schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2001; 13:336-341.
10. Barnes TR, Braude WM. Persistent Akathisia Associated with Early *Tardive dyskinesia*. *Postgraduate Medical Journal* 1984; 60:359-361.
11. Van Putten T. The Many Faces of Akathisia. *Comprehensive Psychiatry* 1975; 16:43-47.
12. Hirose S. The Causes of Underdiagnosing Akathisia. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29:547-558.

13. Akagi H, Kumar M. Akathisia: Overlooked at a Cost. *The British Medical Journal* 2002; 324: 1506-1507.
14. Gervin M, Barnes TR. Assessment of Drug-Related Movement Disorders in Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:332-341.
15. Owens DGC. An Overview of Some Standardised Recording Instrument. In: Kaplan A *Guide to The Extrapiramidal Side-Effect of Antipsychotic Drugs* 1<sup>st</sup> Ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 284-305.
16. Albers LJ, Hanh RK, Reist C. Antipsychotics. In: *Handbook of Psychiatric Drugs*. California: Current Clinical Strategies Publishing, 2005.p.20-23.
17. Sachdev P. Acute and Tardive Drug-Induced Akathisia. In: *Drug-Induce Movement Disorders*. New York: Marcel Decker, Inc, 2004. p. 129-164.
18. Hadisukanto G. Penentuan Validitas Skala Penilaian Gejala Ekstrapiramidal. *Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*, 1997.
19. Lewis RJ. Reliability and Validity: Meaning and Measurement. The 1999 Annual Meeting of The Society for Academic Emergency Medicine. p. 1-17.
20. Norman GR, Streiner DL. Principal Components and Factor Analysis. In: *Biostatistics The Bare Essentials*. St.Louise: Mosby, 1994. p. 127-41.
21. Amit Choudhury (2009). Spearman Rank Correlation Coefficient. Retrieved 09 Apr. 2012 from Experiment Resources: <http://www.experiment-resources.com/spearman-rank-correlation-coefficient.html>
22. Tavakol M, Dennick R. Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education* 2011;2:53-55.
23. Raykov T. Alpha if Item Deleted: A Note on Criterion Validity Loss in *Scale* Revision if Maximising Coefficient Alpha. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 2008;61:275-285.
24. Viera AJ, Joanne MG. Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family Medicine* 2005;37:360-363.
25. Ball R. Drug-induced Akathisia: A Review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1985;78:748-752.

26. Halstead SM, Barnes TR, Speller JC. Akathisia: Prevalence and Associated Dysphoria in An In-patient Population with Chronic Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1994;164:177-183.
27. Sachdev P. The Epidemiology of Drug-Induced Akathisia: Part I. Acute Akathisia. *Schizophrenia Bulletin*. 1995;21(3):431-449.
28. Chong SA, Mythily, Remington G. Clinical Characteristics and Associated Factors in Antipsychotic Induced Akathisia of Asian Patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2003;59(1):67-71.
29. Sachdev P. The Epidemiology of Drug-Induced Akathisia: Part II. Chronic, Tardive, and Withdrawal Akathisias. *Schizophrenia Bulletin*. 1995;21(3):431-449.



## Lampiran 1: Lembar Informasi Untuk Subyek Penelitian

Peneliti Utama : dr. Fransiska Irma

Alamat : Departemen Psikiatri FKUI/RSCM

Jl. Kimia 2 Jakarta Pusat

Bapak/Ibu/Saudara Yth, saat ini kami dari Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/ RSUPN Cipto Mangunkusumo (RSCM) sedang melakukan penelitian dengan judul **“Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)* versi Bahasa Indonesia”**. Penelitian ini memeriksa akatisia pada pasien skizofrenia.

Sebelum Bapak/Ibu/Saudara memutuskan akan ikut serta atau tidak, Bapak/Ibu/Saudara perlu memahami dan mendapatkan informasi tentang latar belakang dilakukannya penelitian ini. Mohon dibaca dengan cermat informasi berikut ini. Bila ada yang ingin Bapak/Ibu/Saudara tanyakan, atau ada informasi yang tidak jelas dan Bapak/Ibu/Saudara memerlukan informasi tambahan, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi peneliti sebagaimana tercantum dalam lembar informasi ini.

Akatisia merupakan salah satu efek samping pengobatan obat antipsikotik yang diberikan pada pasien skizofrenia. Akatisia ditandai dengan adanya perasaan kegelisahan secara subjektif yang dirasakan oleh pasien dan dapat disertai dengan kegelisahan anggota gerak pada pasien. Pasien akan nampak tidak mampu untuk duduk atau berdiri dalam jangka waktu yang lama, tungkai dan lengan yang terus menerus bergerak, pasien terus memindah-mindahkan kakinya ketika berdiri, dan seterusnya. Pasien juga mungkin mengeluhkan adanya rasa tak nyaman yang terus dirasakan dalam berbagai aktivitas. Penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa akatisia sering tidak terdiagnosis secara baik. Salah satu penelitian menyebutkan bahwa akatisia hanya terdeteksi pada 26% pasien yang mengalaminya. Hal ini terutama terjadi bila pasien sulit mengungkapkan apa yang dirasakannya. Di Indonesia belum ada alat ukur yang dapat membantu mendeteksi akatisia secara cepat.

Universitas Indonesia

(lanjutan)

Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan alat ukur yang sah dan handal dalam bahasa Indonesia yang secara khusus dapat digunakan untuk mendeteksi akatisia. Gejala akatisia pada pasien skizofrenia di Indonesia, umumnya baru terdeteksi ketika akatisia berada dalam derajat berat yaitu pasien sudah menunjukkan kegelisahan motorik yang menonjol. Akatisia dalam derajat ringan yang kadang hanya berupa perasaan subjektif gelisah tanpa manifestasi kegelisahan motorik sering tidak terdeteksi. Begitu pula adanya gejala-gejala klinis pasien yang dapat terjadi baik pada akatisia maupun tidak, kadang menyebabkan lolosnya deteksi akatisia. **Mengingat instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)* telah cukup lama dipergunakan untuk kepentingan klinis maupun penelitian, maka terbuka peluang bahwa instrumen ini pun dapat digunakan di negara kita. Validasi instrumen ini dalam bahasa Indonesia, khususnya pada penderita skizofrenia maka akan mempermudah pendeteksian akatisia secara klinis dan berguna untuk penelitian lanjutan akatisia.**

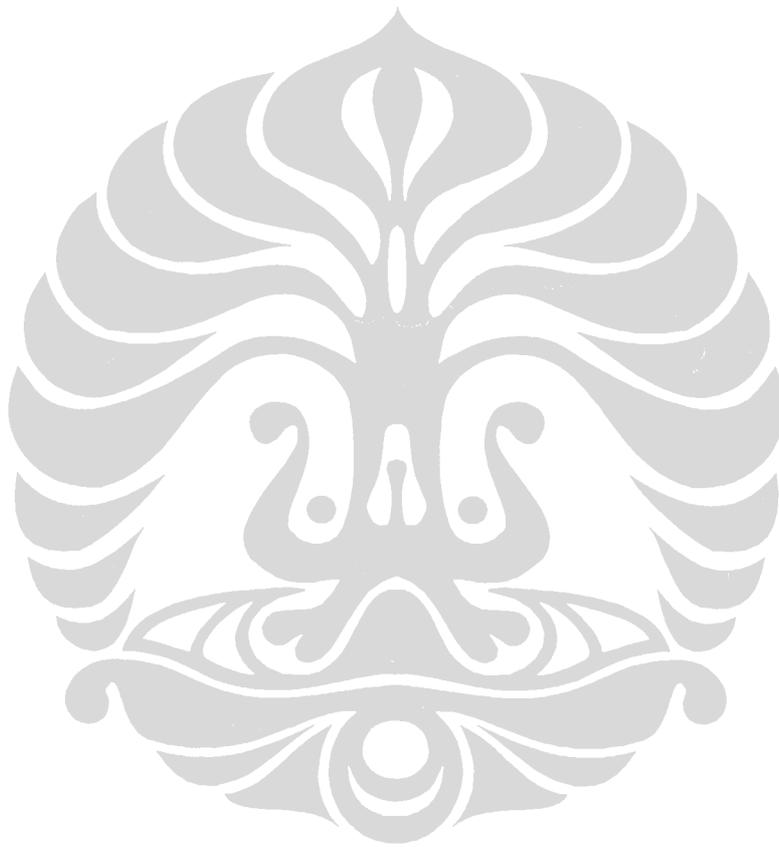
Apabila Bapak/Ibu berminat berpartisipasi dalam penelitian ini, Bapak/Ibu akan menjalani beberapa prosedur berikut ini:

1. Wawancara untuk mengetahui identitas berupa nama, jenis kelamin, umur, status pernikahan, status ekonomi, pendidikan, pekerjaan, alamat rumah, dan nomor telepon yang dapat dihubungi.
2. Pemeriksaan akatisia dengan alat ukur *PHHA Scale* versi Bahasa Indonesia.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela sehingga Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja. Saya menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diberikan serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Untuk selanjutnya nama responden akan diganti dengan kode tertentu untuk pengolahan data. Apabila Bapak/Ibu memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini maka Bapak/Ibu akan diminta menandatangani formulir surat persetujuan yang menyatakan bahwa Bapak/Ibu telah mendapat penjelasan tentang penelitian ini dan secara sukarela Bapak/Ibu bersedia untuk berpartisipasi.

(lanjutan)

Jika ada sesuatu yang belum jelas, peneliti akan menjawab semua pertanyaan yang diajukan Bapak/Ibu tentang penelitian ini. Untuk itu Bapak/Ibu dapat menghubungi: dr. Fransiska Irma di Departemen Psikiatri FKUI/RSCM, telp 087882362675.



(lanjutan)

**Lembaran Persetujuan Subyek Penelitian**

**Judul Penelitian:** Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen *Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale)* versi Bahasa Indonesia

Nama Partisipan : \_\_\_\_\_

Jenis kelamin : \_\_\_\_\_

Tanggal lahir (usia) : \_\_\_\_\_

1. Saya menegaskan bahwa saya telah membaca lembar informasi dan telah mendapat penjelasan mengenai penelitian diatas, dan saya telah mendapat kesempatan untuk mengajukan pertanyaan.
2. Saya memahami bahwa tidak ada efek samping atau komplikasi yang timbul dalam penelitian ini.
3. Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saya bebas mengundurkan diri setiap waktu.
4. Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Jakarta, \_\_\_\_\_

Partisipan

( \_\_\_\_\_ )

Universitas Indonesia

## Lampiran 2: Formulir Data Demografi

**Formulir Data Demografis Penentuan Validitas dan Reliabilitas Instrumen  
Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale) versi Bahasa  
Indonesia**

No. Responden : .....

Tanggal Pengisian : .....

Cara pengisian instrumen

Isilah data Anda pada kolom yang disediakan.

Nama Lengkap : .....

Usia : ..... tahun; Jenis kelamin:.....

Tempat tanggal lahir : .....

Alamat : ..... No. .... RT. .... RW. ....  
.....  
..... Kelurahan .....

Kecamatan .....

No. Telepon (kalau ada) : .....

Agama : 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Budha 5. Hindu 6. Lain-lain

Suku : 1. Jawa 2. Sunda 3. Minang 4. Tapanuli 5. Betawi  
6. Cina 7. Arab 8. India 9. Lain-lain

Pendidikan : 1. SD 2. SMP 3. SMU 4. Akademi/S1 5. S2 6. S3

Pekerjaan : 1. PNS 2. Pegawai swasta 3. Wiraswasta 4. IRT 5. lain-lain

Status pernikahan : 1. Menikah 2. Tidak menikah  
3. Cerai hidup 4. Cerai Meninggal

Jumlah anak : .....

Lampiran 3: Surat Persetujuan Pembuat PHHA *Scale*

From: "Perminder Sachdev" <[p.sachdev@unsw.edu.au](mailto:p.sachdev@unsw.edu.au)>  
To: "Fransiska Irma" <[dr.fransiska@gmail.com](mailto:dr.fransiska@gmail.com)>  
Sent: Monday, August 08, 2011 6:20 AM  
Subject: Re:Ask Permission for validation of Prince Henry Hospital Akathisia Rating *Scale* from University of Indonesia

Dear Irma,

Thank you for your interest. I will be delighted for you to translate the *scale*. The copyright does belong to Biol Psychiatry, but I do not see any problem in them agreeing to this. The reliability and validity of the *scale* were published in the original paper, and the *scale* has been used in a number of studies and a version adapted for liaison patients. I enclose the paper. the instructions are included - it may not be necessary to get the patients to listen to a recording or watch a video-clip, but observing them while they engage in neutral conversation for a short time is important.

If you wish, you can send me videorecordings on some patients for independent rating - of course, I would prefer the interview in English, but I could do the objective ratings if they are in Bahasa.

It would be important to aim for a publication of the translated version - possibly in the Asian Journal of Psychiatry.

Kind regards,

Perminder

## Lampiran 4: PHHA Scale (Bahasa Inggris)

**Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale) (Bahasa Inggris)**

ID No _____	Date of assessment ____ / ____ / ____	Rater ID _____
Project: _____	Time begin: _____	end: _____
		Initials _____

**OBJECTIVE RATINGS****I. Sitting**

- |   |   |          |          |          |
|---|---|----------|----------|----------|
| 1. Semipurposeful/purposeless leg/feet movement | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 2. Semipurposeful hand/arm movements            | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 3. Shifting body position in chair              | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 4. Inability to remain seated                   | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |

**II. Standing**

- |   |   |          |          |          |
|---|---|----------|----------|----------|
| 1. Purposeless/semipurposeless leg/feet movements               | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 2. Shifting weight from foot-to-foot and/or walking on spot.    | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 3. Inability to remain standing on one spot (walking or pacing) | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |

Sum Score \_\_\_\_\_

**SUBJECTIVE RATINGS**

- |   |   |          |          |          |
|---|---|----------|----------|----------|
| 1. Feelings of restlessness, especially in the legs | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 2. Inability to keep legs still                     | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 3. Inability to remain still, standing or sitting   | 0 | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |

Sum Score \_\_\_\_\_

Total Score \_\_\_\_\_

*Global rating (by rater)*

Absent	Mild	Moderate	Severe
0	1	2	3

***Prince Henry Hospital Akathisia Rating Scale (PHHA Scale) versi Bahasa Indonesia***

**Skala Penilaian Akathisia Rumah Sakit Prince Henry**

Instruksi: Lakukan penilaian objektif sebelum melakukan penilaian subjektif

**Penilaian objektif (Penilaian oleh pengamat)**

Pasien harus duduk di kursi yang nyaman dengan seluruh tubuh terlihat oleh pemeriksa, lebih baik bila lengan dan tungkai tidak tertutup pakaian. Lakukan percakapan netral selama 5 menit pertama, sambil mengamati pergerakan pasien. Alihkan perhatian dengan 2 prosedur (menghitung mundur dari 30 dan mengetuk-ngetukan jari tangan kanan dan tangan kiri masing-masing selama 15 detik) untuk melihat efeknya terhadap pergerakan. Mainkan potongan video rekaman yang mengharuskan pasien untuk berkonsentrasi selama 2 menit (Opsional: amati pasien saat pasien menonton tayangan klip video kartun selama 2 menit). Minta pasien untuk berdiri pada 1 titik dan lakukan percakapan netral selama 2 menit, dengan pemeriksa juga berada dalam posisi berdiri. Ulangi prosedur pengalihan perhatian selama berdiri. Lingkari penilaian yang sesuai untuk masing-masing butir. Nilailah ketika duduk dan berdiri secara terpisah. Bila ragu, nilailah secara konservatif.

**Penilaian subjektif**

Dapatkan jawaban paling baik/tepat dengan menanyakan langsung kepada pasien butir-butir pertanyaan di bawah ini. Tawarkan beberapa pilihan bila pasien tidak dapat mengambil keputusan. Nilailah pengalaman pasien saat ini (selama pemeriksaan ini saja).

Kunci: 0 - 3 : tidak ada, ringan, sedang, berat

0 : tidak ada

1 : ringan dan terdapat sewaktu-waktu

2 : ringan dan hampir selalu ada, atau berat dan terdapat sewaktu-waktu

3 : berat dan selalu ada

Catatan : terdapat perubahan kategori antara “0” dan “1” dengan “1” mewakili adanya gambaran yang jelas.

Penilaian Global : Gunakan seluruh hasil observasi dan laporan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat penilaian global pada pergerakan dan gejala-gejala subjektif.

(lanjutan)

No. ID: \_\_\_\_\_ Tanggal Pemeriksaan: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ID Penilai: \_\_\_\_\_

Penelitian: Waktu Mulai Selesai: Inisial: \_\_\_\_\_

**Penilaian Objektif****I. Duduk**

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Pergerakan tungkai/kaki separuh bertujuan/tidak bertujuan | 0 1 2 3 |
| 2. Pergerakan lengan/tangan separuh bertujuan                | 0 1 2 3 |
| 3. Perubahan posisi tubuh di kursi                           | 0 1 2 3 |
| 4. Tidak mampu tetap duduk                                   | 0 1 2 3 |

**II. Berdiri**

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Gerakan tungkai/kaki tidak bertujuan/separuh bertujuan                                  | 0 1 2 3 |
| 2. Memindahkan tumpuan berat badan dari kaki satu ke kaki lain dan/atau berjalan di tempat | 0 1 2 3 |
| 3. Tidak mampu tetap berdiri pada 1 tempat (berjalan-jalan atau melangkah)                 | 0 1 2 3 |

Jumlah Nilai:

**Penilaian Subjektif**

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Perasaan gelisah, terutama pada tungkai.         | 0 1 2 3 |
| 2. Ketidakmampuan mempertahankan tungkai tetap diam | 0 1 2 3 |
| 3. Ketidakmampuan tetap diam, berdiri/duduk         | 0 1 2 3 |

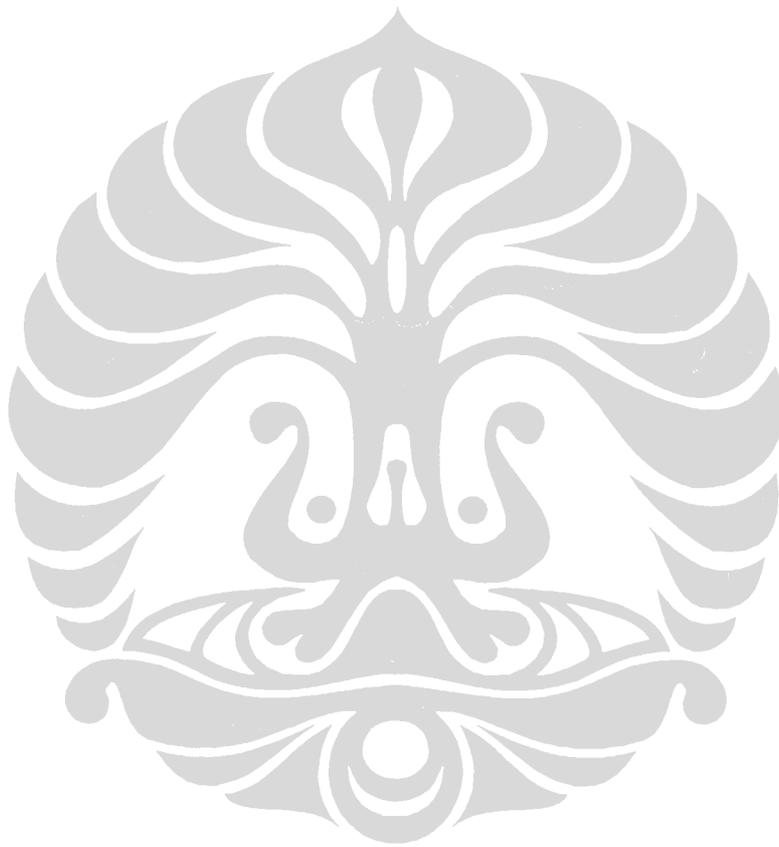
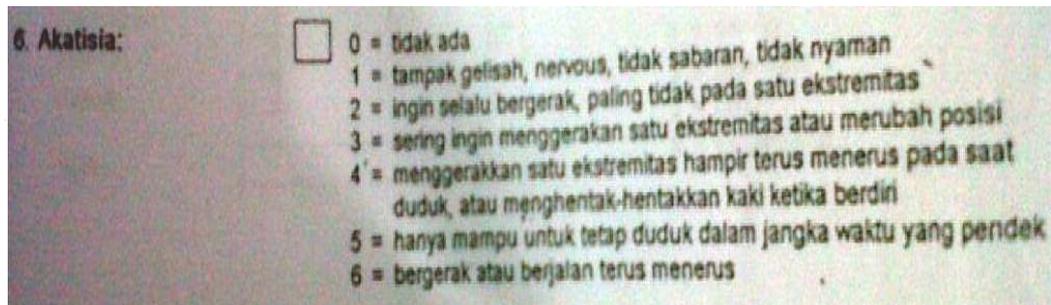
Jumlah Nilai:

Total Nilai:

**Penilaian Global (oleh penilai)**

Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat
0	1	2	3

## Lampiran 6: ESRS Butir Ke-6 tentang Akatisia



## Lampiran 7: Diskusi dengan Pembuat Instrumen

from: Perminder Sachdev [P.Sachdev@unsw.edu.au](mailto:P.Sachdev@unsw.edu.au)  
to: Fransiska Irma <dr.fransiska@gmail.com>  
cc: p.sachdev@notes1-med.med.unsw.edu.au  
date: Wed, Feb 15, 2012 at 9:26 AM  
subject: Re: Asking several questions about PHHA *Scale*

Dear Irma,  
Pl see my responses below.

Best wishes

PS

----- Original Message -----

**From:** [Fransiska Irma](#)

**To:** [P.Sachdev@unsw.edu.au](mailto:P.Sachdev@unsw.edu.au)

**Sent:** Tuesday, February 07, 2012 3:23 AM

**Subject:** Asking several questions about PHHA *Scale*

Dear Prof. Perminder,

I am Irma, the psychiatry resident from Indonesia who wants to translate Prince Henry Hospital Akathisia Rating *Scale* into Bahasa (Indonesian Language). I hope you are still remembering me. I have written to you several times in the past. We were starting to do the translation process for the Bahasa version of the instrument from last week and we meet several difficulties. I want to consult the difficulties to you if you don't mind and I hope you can give us the answer or direction how to do it.

1. For the subjective ratings, do you have any standard question for item number 1 through 3? I find out that it is really hard to ask the patient directly using the items on the instrument like what the instruction tells. Is it possible to paraphrase the subjective items using our own language to elicit the best response?

Universitas Indonesia

(lanjutan)

For subjective ratings, I ask the patient questions like the following:

"Do you having feelings of restlessness?" "If yes, are these feelings in your mind or your body?" "Are they in any particular part of your body, e.g. the legs?" "Do you have difficulty keeping your legs still?" "do you have an urge to move your legs when you are sitting for some time?" "If you need to stand in one place for a while. e.g. in a supermarket queue or while cooking, do you have a feeling that you need to move?" "Do you get restless if you have to sit down at a meal or to watch TV or a movie?"

You can modify these questions to suit your patients.

2. I find out in our trial when we are using the Bahasa version that sometimes we see akathisia symptoms in patient objectively but we can't elicit the restlessness feeling on the patient subjectively, can still we rate the patient 1-3 on global rating if things like this happened?

Yes. There are patients with the movement disorder of akathisia without the subjective component, or the subjective experience is not differentiated by the patient from their general feelings of agitation. I find that patients with chronic or tardive akathisia may report fewer subjective complaints.

I'm sorry because I'm asking you questions but I'm really hoping that you can reply it soon. Thank you for your great help.

Best Regard,

Irma

Department of Psychiatry University of Indonesia