

# **PENILAIAN NYERI**



Oleh:

**I Kadek Riyandi Pranadiva Mardana**

**Dr. Tjahya Aryasa EM., Sp.An**

**SMF/BAGIAN ANESTESIOLOGI DAN TERAPI INTENSIF**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS UDAYANA**

**RSUP SANGLAH DENPASAR**

**2017**

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	3
2.1 Definisi Nyeri.....	3
2.2 Penggolongan Nyeri.....	3
2.3 Pengukuran Derajat Nyeri.....	5
2.4 Pengukuran Derajat Nyeri Mandiri.....	6
2.5 Pengukuran Mandiri Pada Pasien Anak.....	11
2.6 Pengukuran Berdasarkan Perubahan Tingkah Laku Pada Anak.....	12
BAB III. SIMPULAN.....	15
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan.<sup>1</sup> Nyeri sering timbul sebagai manifestasi klinis pada suatu proses patologis, dimana nyeri tersebut memprovokasi saraf - saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distres, atau penderitaan. Nyeri dapat digolongkan menjadi beberapa jenis yaitu menurut jenis, timbulnya, penyebab dan derajatnya. Nyeri juga dipengaruhi oleh pengalaman sensori dan emosional yang dipengaruhi oleh psikologis setiap individu.<sup>2</sup> Nyeri yang menetap akibat sinyal nyeri yang terus menerus dikirimkan ke saraf selama beberapa minggu, bulan, bahkan tahun, dan sensasi normal yang dicetuskan dirasakan menetap selama lebih dari berbulan - bulan dapat dikatakan sebagai nyeri kronik. Nyeri kronik memberikan dampak yang serius terhadap kondisi pasien itu sendiri, karena nyeri yang tidak tertangani dengan baik maka dapat memperparah kondisi fisik maupun mental pasien. Setiap persepsi nyeri yang timbul akan membuat tubuh merespons rangsangan nyeri tersebut, yang kemudian akan mempengaruhi secara keseluruhan sistem organ penderita nyeri.<sup>3</sup>

Penilaian nyeri merupakan hal yang penting untuk mengetahui intensitas dan menentukan terapi yang efektif. Intensitas nyeri sebaiknya harus dinilai sedini mungkin dan sangat diperlukan komunikasi yang baik dengan pasien. Penilaian intensitas nyeri dapat dapat diukur menggunakan berbagai cara, salah satunya

*Visual Analogue Scale (VAS)*. Skala ini mudah digunakan bagi pemeriksa, efisien dan lebih mudah dipahami oleh pasien. Untuk memahami penilaian nyeri perlu dipertimbangkan beberapa hal yang mempengaruhi seperti usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan. Keterbatasan penilaian yang terjadi pada populasi pasien lanjut usia adalah karena menurunnya kemampuan komunikasi dan kognitif

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Definisi Nyeri**

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan.<sup>1</sup> Nyeri adalah sensasi penting bagi tubuh. Provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau penderitaan. Penilaian dan pengukuran derajat nyeri sangatlah penting dalam proses diagnosis penyebab nyeri. Dengan penilaian dan pengukuran derajat nyeri dapat dilakukan tata laksana nyeri yang tepat, evaluasi serta perubahan tata laksana sesuai dengan respon pasien. Nyeri harus diperiksa dalam suatu faktor fisiologis, psikologis serta lingkungan.<sup>4</sup>

Penilaian nyeri meliputi :

1. Anamnesis umum
2. Pemeriksaan fisik
3. Anamnesis spesifik nyeri dan evaluasi ketidakmampuan yang ditimbulkan nyeri :
  - a. Lokasi nyeri
  - b. Keadaan yang berhubungan dengan timbulnya nyeri
  - c. Karakter nyeri
  - d. Intensitas nyeri
  - e. Gejala yang menyertai

- f. Efek nyeri terhadap aktivitas
- g. Tatalaksana yang sudah didapat
- h. Riwayat penyakit yang relevan dengan rasa nyeri
- i. Faktor lain yang akan mempengaruhi tatalaksana pasien

## 2.2 Penggolongan Nyeri

Nyeri dapat digolongkan dalam berbagai cara, yaitu<sup>1</sup>:

1. Menurut jenisnya : nyeri nosiseptik, nyeri neurogenik, dan nyeri psikogenik
2. Menurut timbulnya nyeri : nyeri akut dan nyeri kronik
3. Menurut penyebabnya : nyeri onkologik dan nyeri non-onkologik
4. Menurut derajat nyerinya : nyeri ringan, sedang, dan berat

Dengan penilaian nyeri yang lengkap dapat dibedakan antara nyeri nosiseptik (somatik dan visera) dengan nyeri neuropatik.<sup>5</sup>

- Nyeri somatik dapat dideskripsikan sebagian nyeri tajam, panas atau menyengat, yang dapat ditunjukkan lokasinya serta diasosiasikan dengan nyeri tekan lokal di sekitarnya.
- Nyeri visera dideskripsikan sebagai nyeri tumpul, kram atau kolik yang tidak terlokalisir yang dapat disertai dengan nyeri tekan lokal, nyeri alih, mual, berkeringan dan perubahan kardiovaskular
- Nyeri neuropatik memiliki ciri khas:
  - a. Deskripsi nyeri seperti terbakar, tertembak, atau tertusuk
  - b. Nyeri terjadi secara paroksismal atau spontan serta tanpa terdapat faktor presipitasi

- c. Terdapatnya diastesia (sensasi abnormal yang tidak menyenangkan yang timbul spontan ataupun dispresipitasi), hiperalgesia (peningkatan derajat respon terhadap stimulus nyeri normal), alodinia (nyeri yang dirasakan akibat stimulus yang pada keadaan normal tidak menyebabkan nyeri), atau adanya hipoestesia.
- d. Perubahan sistem otonom regional (perubahan warna, suhu, dan keringat) serta *phantom phenomena*

Sangatlah penting untuk mengetahui tipe nyeri yang diderita, karena durasi nyeri dan respon terhadap pemberian obat analgesia beragam antar tipe nyeri.

### **2.3 Derajat Nyeri**

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat karena sangat dipengaruhi oleh faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologi, lingkungan. Karenanya, anamnesis berdasarkan pada pelaporan mandiri pasien yang bersifat sensitif dan konsisten sangatlah penting. Pada keadaan di mana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada keadaan gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas hebat dibutuhkan cara pengukuran yang lain. Pada saat ini nyeri di tetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut<sup>5</sup>.

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut<sup>1</sup>:

1. Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur
2. Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur
3. Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur

#### 2.4 Pengukuran Derajat Nyeri Mandiri

Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi.<sup>4</sup>

##### 1. Unidimensional:

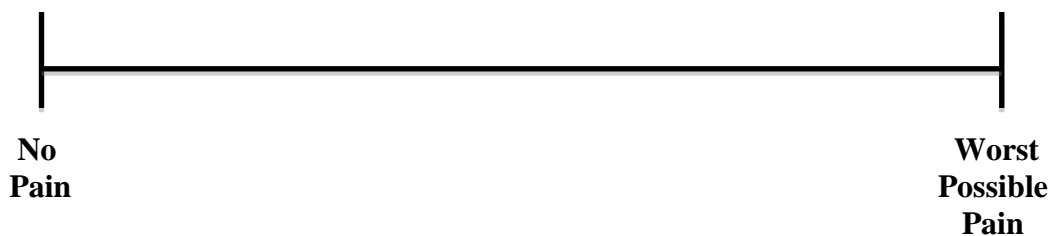
- Hanya mengukur intensitas nyeri
- Cocok (*appropriate*) untuk nyeri akut
- Skala yang biasa digunakan untuk evaluasi pemberian analgetik
- Skala assessment nyeri unidimensional ini meliputi:

- *Visual Analog Scale (VAS)*

*Visual analog scale (VAS)* adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (**Gambar 1**). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif.



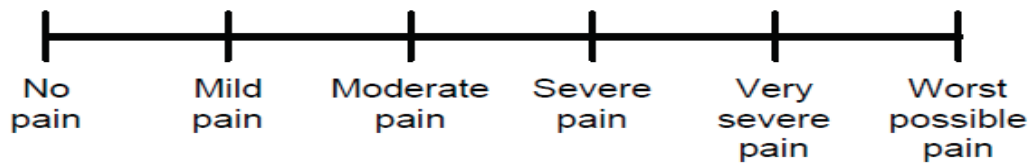
Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



**Gambar 1.** Visual Analog Scale (VAS)

- *Verbal Rating Scale (VRS)*

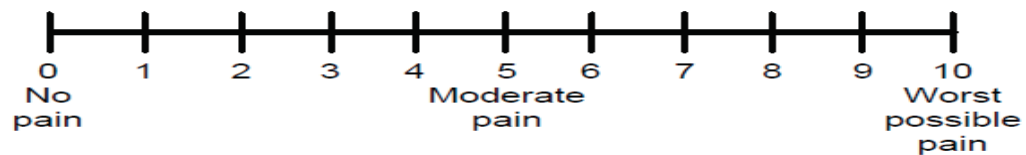
Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (**Gambar 2**). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



**Gambar 2.** *Verbal Rating Scale (VRS)*

• *Numeric Rating Scale (NRS) (Gambar 3)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



**Gambar 3.** *Numeric Rating Scale (NRS)*

• *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (**Gambar 4**).



**Gambar 4.** Wong Baker Pain Rating Scale

## 2. Multidimensional

- Mengukur intensitas dan afektif (*unpleasantness*) nyeri
- Diaplikasikan untuk nyeri kronis
- Dapat dipakai untuk penilaian klinis
- Skala multidimensional ini meliputi:

- *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) (**lampiran 1**)

Terdiri dari empat bagian: (1) gambar nyeri, (2) indeks nyeri (PRI), (3) pertanyaan pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya; dan (4) indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini. Terdiri dari 78 kata sifat/ajektif, yang dibagi ke dalam 20 kelompok. Setiap set mengandung sekitar 6 kata yang menggambarkan kualitas nyeri yang makin meningkat. Kelompok 1 sampai 10 menggambarkan kualitas sensorik nyeri (misalnya, waktu/temporal, lokasi/spatial, suhu/thermal). Kelompok 11 sampai 15 menggambarkan kualitas efektif nyeri (misalnya stres, takut, sifat-sifat otonom). Kelompok 16 menggambarkan dimensi evaluasi dan kelompok 17 sampai 20 untuk keterangan lain-lain dan mencakup kata-kata spesifik untuk kondisi tertentu. Penilaian menggunakan angka diberikan untuk setiap kata sifat dan kemudian dengan menjumlahkan semua angka berdasarkan

pilihan kata pasien maka akan diperoleh angka total.

- The Brief Pain Inventory (BPI) (**lampiran 2**)

Adalah kuesioner medis yang digunakan untuk menilai nyeri. Awalnya digunakan untuk mengassess nyeri kanker, namun sudah divalidasi juga untuk assessment nyeri kronik.

- *Memorial Pain Assessment Card*

Merupakan instrumen yang cukup valid untuk evaluasi efektivitas dan pengobatan nyeri kronis secara subjektif. Terdiri atas 4 komponen penilaian tentang nyeri meliputi intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri dan mood. (**Gambar 5**)

<p><b>4 Mood Scale</b></p> <p>_____</p> <p>Worst mood <span style="float: right;">Best mood</span></p> <p>Put a mark on the line to show your mood.</p>	<p><b>2 Pain Description Scale</b></p> <p>Moderate <span style="float: right;">Just noticeable</span></p> <p>Strong <span style="float: right;">No pain</span></p> <p>Excruciating <span style="float: right;">Mild</span></p> <p style="text-align: center;">Weak</p> <p>Severe</p> <p>Circle the word that describes your pain.</p>
<p><b>1 Pain Scale</b></p> <p>_____</p> <p>Least possible pain <span style="float: right;">Worst possible pain</span></p>	<p><b>3 Relief Scale</b></p> <p>_____</p> <p>No relief of pain <span style="float: right;">Complete relief of pain</span></p>

**Gambar 5.** *Memorial Pain Assessment Card*

- Catatan harian nyeri (*Pain diary*)

Adalah catatan tertulis atau lisan mengenai pengalaman pasien dan perilakunya. Jenis laporan ini sangat membantu untuk memantau variasi status penyakit sehari-hari dan respons pasien terhadap terapi. Pasien mencatat intensitas nyerinya dan kaitan dengan perilakunya, misalnya aktivitas harian, tidur, aktivitas seksual,

kapan menggunakan obat, makan, merawat rumah dan aktivitas rekreasi lainnya.

Penilaian nyeri pada pasien anak

## 2.5 Pengukuran Mandiri Pada Pasien Anak

Pengukuran mandiri (*self report measures*) adalah pengukuran derajat nyeri berdasarkan pelaporan tentang nyeri yang dirasakan. Laporan ini dapat mendeskripsikan perasaan yang berkaitan dengan nyeri. Pengukuran mandiri adalah *gold standard* dalam pengukuran derajat pada anak. Pemeriksaan ini membutuhkan anak yang memiliki kemampuan linguistik dan kognitif, dan tidak dapat digunakan pada anak dan bayi yang tidak atau belum bisa berbicara. Pengukuran mandiri pada pasien anak pengkajian nyeri yang digunakan<sup>4,5</sup> :

- Untuk pasien bayi 0-1 tahun, digunakan skala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) (**Lampiran 3**). Karena sistem neurologi belum berkembang sempurna saat bayi dilahirkan. Sebagian besar perkembangan otak, mielinisasi sistem saraf pusat dan perifer, terjadi selama tahun pertama kehidupan. Beberapa refleks primitif sudah ada pada saat dilahirkan, termasuk refleks menarik diri ketika mendapat stimulus nyeri. Bayi baru lahir seringkali memerlukan stimulus yang kuat untuk menghasilkan respons dan kemudian dia akan merespons dengan cara menangis dan menggerakkan seluruh tubuh. Kemampuan melokalisasi tempat stimulus dan untuk menghasilkan respons spesifik motorik anak-anak berkembang seiring dengan tingkat mielinisasi.

- Untuk pasien anak >8 tahun dan dewasa digunakan VAS (Visual Analog Scale)

(**Gambar 1**)

- Pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, digunakan Wong Baker FACES Pain Scale (**Gambar 4**)
- Pada anak usia <3 tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau untuk pasien-pasien anak yang tidak dapat dinilai dengan skala lain, digunakan FLACC Behavioral Tool. FLACC singkatan dari Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability (**Lampiran 4**)

## 2.6 Pengukuran Berdasarkan Perubahan Tingkah Laku Pada Anak

Perubahan tingkah laku pada anak yang mengalami nyeri antara lain adalah perubahan suara, ekspresi wajah dan pergerakan badan. Kesulitan yang biasanya dijumpai adalah membedakan perubahan tingkah laku karena sebab lain (lapar, haus dan cemas) dengan perubahan tingkah laku karena nyeri. Grunau dan craig membuat Neonatal Facial Action Coding System (NFACS) yang terdiri dari 10 perubahan fasial yang oleh orang terlatih dapat diidentifikasi berdasarkan rekaman video. Breau dan Gilbert membuat dan memvalidasi Child Facial Action Coding System (CFACS). Gambar di bawah menunjukkan perubahan fasial yang bisa diamati, antara lain kening dengan alis yang menonjol dan lipatan vertical pada alis, alis dengan ujung tertarik kebawah dan saling mendekat, mata menutup rapat, hidung melebar, pipi tertarik keatas, mulut terbuka dan dagu gemetar dan berbentuk segi empat (**Gambar 6**). perubahan fasial ternyata jauh lebih jelas pada bayi yang tenang dan bangun dibandingkan bayi pada keadaan tidur. System penilaian nyeri berdasarkan perubahan ekspresi fasial biasanya hanya digunakan

untuk nyeri tajam, dalam jangka waktu pendek untuk keperluan riset<sup>5</sup>.



**Gambar 6.** Respon Fasial Terhadap Nyeri

Untuk derajat nyeri yang lama dirasakan, seperti nyeri pasca bedah, skala pengukuran berdasarkan tingkah laku yang digunakan antara lain Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS). Pengamatan ini terdiri dari pengamatan terhadap 6 jenis tingkah laku (menangis, ekspresi fasial, ekspresi verbal, posisi tubuh, posisi sentuh dan posisi tungkai) pada anak 1 – 5 tahun<sup>4</sup>.

**Tabel 1.** Skor Nyeri CHEOPS

Parameter		Point
Menangis	Tidak menangis	1
	Merengek	2
	Menangis	2
Fasial	Menjerit	3
	Tersenyum	0
	Tenang	1
Verbal	Meringis	2
	Positif	0
	Tidak ada	1
Sikap tubuh	Keluhan non nyeri	1
	Keluhan nyeri	2
	Keluhan nyeri dan non nyeri	2
	Netral	1
	Terus menerus berubah posisi	2
	Kaku	2
	Menggigil	2
	Duduk tegak	2

	Tidak mau berubah posisi	2
Menyentuh bagian yang nyeri	Tidak menyentuh bagian yang nyeri	1
	Meraih bagian yang nyeri	2
	Menyentuh dan memegang erat bagian yang nyeri	2
	Tangan tidak mau berubah posisi	2
Tungkai bawah	Netral	1
	Menendang sambil menjerit	2
	Kaku dan ditarik	2
	Berdiri	2
	Tidak mau mengubah posisi	2

Skor nyeri CHEOPS adalah jumlah nilai dari keenam parameter.

Skor minimum : 4, skor maksimum : 13



### **BAB III**

### **KESIMPULAN**

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan. Penilaian nyeri merupakan hal yang penting untuk mengetahui intensitas dan menentukan terapi yang efektif. Intensitas nyeri sebaiknya harus dinilai sedini mungkin dan sangat diperlukan komunikasi yang baik dengan pasien. Derajat nyeri dapat dibagi secara sederhana menjadi ringan, sedang, berat. Nyeri dapat digolongkan dalam berbagai cara, yaitu menurut jenisnya, menurut timbulnya nyeri, menurut penyebabnya, menurut derajat nyerinya.

Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi. Skala assessment nyeri unidimensional ini meliputi Visual Analog Scale (VAS), *Verbal Rating Scale* (VRS), *Numeric Rating Scale* (NRS), *Wong Baker Pain Rating Scale*. Skala multidimensional ini meliputi *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), *The Brief Pain Inventory* (BPI), *Memorial Pain Assessment Card*, Catatan harian nyeri (*Pain diary*).

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Mangku G, Senapathi TGA. (2010). Buku Ajar Ilmu Anestesia dan Reanimasi. Jakarta: Indeks.
2. Ali N, Lewis M. (2015). Understanding Pain, An Introduction for Patients and Caregivers. Rowman & Littlefield.
3. Wilkinson P, Wiles J. (2013). Guidelines for Pain Management Programmes for adults. The British Pain Society
4. Yudiyanta, Novita. (2015). Assessment Nyeri. Patient Comfort Assessment Guide
5. Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif Indonesia. (2009). Panduan Tatalaksana Nyeri Operatif. Jakarta: PP IDSAI.

## Daftar Lampiran

### Lampiran 1. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Nama Pasien :

Tanggal :

Rasa	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat
Cekat-cekot	0)	1)	2)	3)
Menyentak	0)	1)	2)	3)
Menikam (seperti pisau)	0)	1)	2)	3)
Tajam (seperti silet)	0)	1)	2)	3)
Keram	0)	1)	2)	3)
Menggigit	0)	1)	2)	3)
Terbakar	0)	1)	2)	3)
Ngilu	0)	1)	2)	3)
Berat/Pegal	0)	1)	2)	3)
Nyeri Sentuh	0)	1)	2)	3)
Mencabik-cabik	0)	1)	2)	3)
Melelahkan	0)	1)	2)	3)
Memualkan	0)	1)	2)	3)
Menghukum-kejam	0)	1)	2)	3)

**Lampiran 2. Brief Pain Inventory (short form)****Brief Pain Inventory (Short Form)**

Study ID# \_\_\_\_\_ Hospital# \_\_\_\_\_

*Do not write above this line*

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Last

First

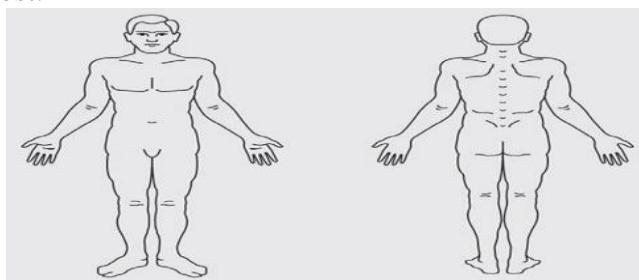
Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1. Yes

2. No

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST** in the past 24 hours.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 No pain Pain as bad as  
you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST** in the past 24 hours.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 No pain Pain as bad as  
you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **AVERAGE**.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 No pain Pain as bad as  
you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **RIGHT NOW**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain									Pain as bad as you can imagine	

---

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

---

8) In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much RELIEF you have received.

---

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
No relief									Complete relief	

---

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General activity:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

B. Mood:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

C. Walking ability:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

D. Normal work (includes both work outside the home and housework):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

E. Relations with other people:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

## F. Sleep:

---

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

---

## G. Enjoyment of life:

---

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere									Completely interferes	

**Lampiran 3. NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale*)

	Assessment nyeri
Ekspresi wajah 0 – Otot relaks 1 – Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0 – Tidak menangis 1 – Merengek 2 – Menangis keras	Tenang, tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor bila bayi diintubasi)
Pola napas 0 – Relaks 1 – Perubahan nafas	Bernapas biasa Terikan ireguler, lebih cepat disbanding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0 – Relaks 1 – Fleksi / Ekstensi	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat kesadaran 0 – Tidur / bangun 1 - Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interpretasi:

Skor 0	tidak perlu intervensi
Skor 1-3	intervensi non-farmakologis
Skor 4- 5	terapi analgetik non-opioid
Skor 6-7	terapi opioid

**Lampiran 4.** FLACC Behavioral Tool (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability)

Indikasi: anak usia <3tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau pasien anak yang tidak dapat di nilai dengan skala lain.

	0	1	2
Face = wajah	Tidak ada perubahan ekspresi (senyum)	Menyeringai, berkerut, menarik diri, tidak tertarik	Menyeringai lebih sering, tangan mengepal, menggigil, gemetar
Legs = tungkai	Posisi normal atau relaksasi	Tidak nyaman, gelisah, tegang	Mengejang/ tungkai dinaikkan ke atas
Activity= aktivitas	Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan	Menggeliat, tegang, badan bolak balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur	Posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba tiba, tegang, menggesekkan badan
Cry = tangisan	Tidak menangis/merintih (posisi terjaga atau tertidur pulas)	Mengerang, merengek, kadangkala menangis, rewel	Menangis keras menjerit, mengerang, terisak, menangis rewel setiap saat
Consolability	Tenang, relaks, ingin bermain	Minta dipeluk, rewel	Tidak nyaman dan tidak ada kontak mata

Interpretasi:

Skor total dari lima parameter di atas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala 0-10. Nilai 10 menunjukkan tingkat nyeri yang hebat.