

Asesmen Nyeri pada Pasien di Akhir Kehidupan

Pain Management at the End of Life

Indriyani Wijaya[✉], Mahmud

Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif, Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat/ Universitas Gadjah Mada, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Indonesia

[✉]Korespondensi: indriyani.wijaya@mail.ugm.ac.id

ABSTRACT

Relieving distressing symptoms at the end of life is a fundamental part of reaching human nature to experience a "good death". One of these symptoms is pain. Unfortunately, nearly half of the pain experienced by these patients are recorded to have uncontrollable pain and dies in pain. Proper pain management / control begins with a proper pain assessment. However, the assessment of pain in patients at the end of life has its own challenges. In end of life, pain perception can be influenced by many factors (known as the concept of total pain) so that pain often does not always correlate with the severity of the disease itself. In patients at the end of life, communication to make complaints are often limited. Given the complexity of the pain experienced by patients at the end of life, it has not been yet agreed upon a universal pain assessment tools (scoring or pain scale) that could be applied to all patients at the end of life. Nevertheless, brief pain inventory (BPI) and numeric rating scale (NRS) are still the most commonly used and recommended for communicative patients. While, those who are not communicative or with cognitive dysfunction can use rotterdam elderly pain observation scale (REPOS) and Pain assessment in advanced dementia tool (PAINAID) or atau face, legs, activity, cry, and consolability (FLACC) for pediatric patient. In selecting pain assessment tools, emphasis is placed on selecting tools that are valid, reliable, user friendly, and relevant to current clinical practice. In addition, the consistency of use makes it easier to evaluate from time to time.

Keywords: *brief pain inventory; numeric rating scale; pain at the end of life; pain assessment; total pain*

ABSTRAK

Meringankan gejala-gejala menyedihkan pada akhir kehidupan (*end of life*) adalah bagian mendasar dari kodrat manusia untuk menjalani “kematian yang baik” (“*good death*”). Salah satu gejala tersebut adalah nyeri. Sayangnya, hampir separuh dari nyeri yang dirasakan pasien – pasien ini tidak dapat dikendalikan dengan baik dan pasien meninggal dalam keadaan masih merasakan nyeri. Manajemen / kontrol nyeri dengan baik dimulai dari asesmen / penilaian nyeri yang tepat. Namun, asesmen / menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan memberi tantangan tersendiri. Pada pasien di akhir kehidupan, persepsi nyeri dapat dipengaruhi oleh banyak faktor (dikenal dengan konsep *total pain*) sehingga seringkali nyeri tidak selalu berkorelasi dengan keparahan penyakit itu sendiri. Pada pasien di akhir kehidupan, kemampuan komunikasi untuk menyampaikan keluhan seringkali terbatas. Mengingat kompleksitas nyeri yang dialami pasien di akhir kehidupan, sampai saat ini belum disepakati *tools* penilaian nyeri (skoring atau skala nyeri) universal yang dapat diterapkan untuk semua pasien di akhir kehidupan. Meskipun demikian, *brief pain inventory* (BPI) dan *numeric rating scale* (NRS) masih menjadi yang paling sering dipakai dan direkomendasikan untuk pasien yang komunikatif. Sedangkan yang tidak komunikatif atau dengan gangguan kognitif dapat menggunakan *rotterdam elderly pain observation scale* (REPOS) dan *pain assessment in advanced dementia tool* (PAINAID) atau *face, legs, activity, cry, and consolability* (FLACC) untuk pasien pediatri. Dalam memilih *tools* penilaian nyeri, penekanan ditujukan pada pemilihan *tools* yang valid, *reliable*, *user friendly*, dan relevan dengan praktik klinis terkini serta konsistensi menggunakan *tools* yang sama untuk memudahkan penilaian berkala.

Kata Kunci: *brief pain inventory*; *numeric rating scale*; nyeri di akhir kehidupan; penilaian nyeri; *total pain*

PENDAHULUAN

Meringankan gejala-gejala menyedihkan pada akhir kehidupan (*end of life*) adalah bagian mendasar dari kodrat manusia untuk menjalani “kematian yang baik” (“*good death*”). Salah satu gejala menyedihkan ini adalah nyeri. Nyeri telah menjadi ketakutan atau kecemasan utama pada pasien menjelang kematiannya.^{1,2} Sayangnya, tercatat hampir separuh dari nyeri yang dirasakan pasien – pasien ini tidak dapat dikontrol dengan baik dan pasien meninggal dalam keadaan masih merasakan nyeri, meskipun opioid sudah diberikan. Kondisi ini bahkan lebih buruk pada pasien paliatif non kanker

(contohnya: pasien dengan penyakit kardiovaskular, HIV/AIDS, penyakit ginjal) di mana seringkali tidak disadari bahwa pasien – pasien ini juga merasakan nyeri.³

Manajemen / kontrol nyeri dengan baik dimulai dari asesmen / penilaian nyeri yang tepat. Namun, asesmen /menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan memberi tantangan tersendiri. Pada pasien di akhir kehidupan, persepsi nyeri dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya faktor fisik, sosial, psikologis, dan spiritual (hal ini dikenal dengan konsep *total pain*)⁴ sehingga seringkali nyeri tidak selalu berkorelasi

dengan keparahan penyakit itu sendiri. Di sisi lain, kondisi pasien di akhir kehidupan dapat sewaktu – waktu berubah, terutama kemampuan komunikasi untuk menyampaikan keluhannya. Demensia atau penurunan kesadaran juga sering dijumpai pada pasien di akhir kehidupan yang menyebabkan pasien sulit berkomunikasi, padahal asesmen / penilaian nyeri yang digunakan sekarang menggunakan skoring berdasarkan persepsi nyeri yang disampaikan secara verbal oleh pasien. Kondisi ini menyebabkan nyeri pada pasien non-komunikatif dapat dinilai lebih rendah dari yang dirasakan dan berujung pada tidak adekuatnya terapi antinyeri yang diberikan (*undertreatment*).³ Berbagai skoring nyeri telah tersedia dan dapat digunakan untuk pasien di akhir kehidupan maupun pasien secara umum. Namun mengingat kompleksitas nyeri yang dialami pasien di akhir kehidupan, sampai saat ini belum disepakati *tools* penilaian nyeri (skoring atau skala nyeri) universal yang dapat diterapkan untuk semua pasien di akhir kehidupan.⁵

PENILAIAN NYERI SECARA UNIVERSAL

Penilaian nyeri yang akurat, valid dan dapat diandalkan merupakan hal esensial dalam upaya mendiagnosis dan mengendalikan nyeri serta mengevaluasi efektivitas terapi yang telah diberikan. Penilaian nyeri dapat melalui beberapa pendekatan, diantaranya: skala verbal dan numerik yang dilaporkan oleh individu itu sendiri (*verbal and*

numerical self-rating scales), *visual analog scale*, *behavioral observation scales*, dan respons psikologis.

Verbal rating scale (VRS) merupakan deskripsi nyeri secara verbal mulai dari tidak nyeri, ringan, sedang atau berat. Pasien membaca atau dibacakan pilihan tingkatan nyeri tersebut dan diminta memilih mana yang paling menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakannya saat ini (atau dibandingkan dari waktu ke waktu / interval waktu tertentu).⁴

Numeric rating scale (NRS) merupakan serangkaian angka dari 0 – 100 yang mana angka 0 (nol) mewakili tidak ada nyeri dan angka 100 (seratus) mewakili nyeri paling buruk / berat yang mungkin dirasakan (*worst possible pain*). Pasien diminta memilih di angka berapa yang menggambarkan nyeri yang sedang mereka rasakan.⁶

Visual analog scale (VAS) merupakan skala garis lurus horisontal atau vertikal sepanjang 10 cm dengan 2 titik: titik pangkal diberi label “tidak nyeri” (“*no pain*”) dan titik ujung diberi label “nyeri terburuk yang dirasakan” (“*worst pain ever*”). Pasien diminta memberi tanda pada garis tersebut yang menggambarkan level nyeri yang ia rasakan. Jarak (dalam cm) dari titik pangkal dengan tanda yang dibubuhkan pasien merupakan indeks numerik dari level nyeri yang dirasakan.⁴

Karena nyeri bersifat subjektif, laporan pasien menjadi metode yang paling valid untuk menilai nyeri sampai dengan saat ini.⁴ Laporan pasien, meskipun paling valid, terbatas pada individu yang mampu berkomunikasi (utamanya komunikasi verbal). Penilaian nyeri berbasis laporan pasien tidak dapat diaplikasikan pada pasien yang tidak mampu berkomunikasi. Hal ini sudah disadari oleh *International Association for the Study of Pain (IASP)* pada tahun 1979 dengan mengeluarkan definisi nyeri baru. Definisi baru ini merupakan berita baik karena telah menggantikan versi 1979 yang menggantungkan definisi nyeri pada kemampuan seseorang untuk menggambarkan pengalaman yang memenuhi syarat sebagai nyeri. Definisi lama berbunyi: "Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau dijelaskan dalam hal kerusakan tersebut". Definisi ini mengeksklusikan bayi, orang tua, dan lainnya (bahkan hewan) yang tidak dapat mengartikulasikan nyeri mereka secara verbal.⁷

Di definisi yang baru, IASP mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau yang berpotensi rusak atau dideskripsikan sebagai adanya kerusakan.⁷ Dari definisi ini, ada 6 hal yang menjadi perhatian, yaitu : (1) nyeri

selalu menjadi pengalaman pribadi yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial; (2) nyeri dan nosisepsi adalah fenomena yang berbeda. Nyeri tidak dapat disimpulkan hanya dari aktivitas pada neuron sensorik; (3) melalui pengalaman hidup, individu belajar konsep nyeri; (4) laporan individu tentang pengalaman yang diartikan sebagai nyeri harus dihormati; (5) meskipun nyeri bersifat adaptif, namun nyeri mungkin memiliki efek buruk pada fungsi dan kesejahteraan sosial dan psikologis; (6) deskripsi verbal hanya salah satu dari beberapa perilaku untuk mengekspresikan nyeri. Ketidakmampuan untuk berkomunikasi tidak meniadakan kemungkinan bahwa individu mengalami nyeri.

PENILAIAN NYERI PADA KONDISI KHUSUS

Penilaian nyeri secara universal sebagaimana dijelaskan sebelumnya, tidak selalu dapat diterapkan untuk kelompok pasien dengan kondisi khusus. Kondisi khusus yang dimaksud adalah keterbatasan / ketidakmampuan berkomunikasi (misalnya pasien dengan penurunan kesadaran, usia bayi dan anak) dan dengan gangguan kognitif (misalnya pasien dengan demensia), atau keduanya. Ketika laporan pasien tidak dapat diperoleh karena kondisi khusus tersebut, para profesional kesehatan disarankan untuk dapat menangkap isyarat perilaku dan nonverbal (seperti meringis, mengerutkan kening, mengerang, gelisah, dan agresi) sebagai

tanda yang dapat menunjukkan rasa sakit meskipun tanda ini tidak spesifik (dapat juga muncul pada kondisi kelaparan, stres, dan kejenuhan).⁸ Dengan kata lain, penilaian nyeri pada kondisi khusus mengandalkan observasi yang dilakukan oleh profesional kesehatan yang merawat pasien secara langsung.

Beberapa *tools* penilaian nyeri pada kondisi khusus ini telah diteliti. *The rotterdam elderly pain observation scale* (REPOS) adalah salah satunya. REPOS telah direkomendasikan namun belum divalidasi. REPOS terdiri dari 10 item perilaku (wajah tegang, menutup mata, menaikkan bibir atas, menahan napas meringis, gelisah, mengerang, menggerak – gerakkan anggota tubuh, tampilan takut, dan panik). Pengamat menilai ada tidaknya perilaku tersebut pada pasien dalam waktu dua menit, terutama ketika momen pasien paling mungkin merasa nyeri. Skor REPOS 0-2 mengindikasikan tidak nyeri dan skor 3-10 mengindikasikan adanya nyeri. Pada *cut-off* skor 3 ini, sensitivitas REPOS sebesar 0,81 dan spesifisitas sebesar 0,62.⁹

Skala lain yang sering digunakan adalah *pain assessment in advanced dementia* (PAINAID). PAINAID menilai nyeri berdasarkan pengamatan terhadap: pernapasan, vokalisasi, ekspresi wajah, bahasa tubuh, respons terhadap hiburan (*consolability*). Skor 1-3 diinterpretasikan sebagai nyeri ringan, skor 4-6 sebagai nyeri sedang, dan skor 7-10 sebagai nyeri berat.¹⁰

Pada populasi pediatri dengan kondisi khusus, seperti di bawah usia 6 tahun, anak dengan penurunan kesadaran atau dengan gangguan kognitif, nyeri dinilai dengan menggunakan *behavioral scale*. Tingkah laku (*behavioral*) yang dimaksud diantaranya vokalisasi, ekspresi wajah dan gerakan tubuh terkait nyeri, meskipun tingkah laku ini juga muncul pada kondisi stres yang disebabkan oleh kelaparan, kehausan dan kecemasan. Skala tingkah laku (*behavioral scale*) yang direkomendasikan adalah *face, legs, activity, cry, and consolability* (FLACC) dan *children's hospital of eastern ontario pain scale* (CHEOPS). Lebih spesifik, untuk populasi neonatus, dapat menggunakan *premature infant pain profile* (PIPP).⁴ Tinjauan sistematis dari 62 studi terhadap PIPP, reliabilitas PIPP didukung oleh 5 studi dan validitas konstruk (*construct validity*) didukung oleh 13 studi dan 14 studi berfokus pada pengukuran merupakan salah satu dari 2 skala nyeri yang memiliki penyesuaian metrik yang memperhitungkan prematuritas dan valid.¹¹

PALIATIF DAN AKHIR KEHIDUPAN / AKHIR HAYAT

World Health Organization (WHO) mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pencegahan dan meringankan penderitaan pasien (dewasa maupun anak – anak) dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa (*life-threatening illness*). Masalah-masalah yang dimaksud meliputi

penderitaan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.¹² Dengan kata lain, perawatan paliatif merupakan perawatan total aktif pada pasien, untuk mengendalikan rasa sakit dan meminimalkan masalah emosional, sosial, dan spiritual pada saat dimana penyakit tidak respons terhadap pengobatan (pelayanan kuratif). Perawatan paliatif juga telah diperluas dengan memasukkan manajemen meringankan gejala pada tahap awal penyakit terminal (*early palliative*).

WHO memperkirakan kebutuhan akan perawatan paliatif cukup besar, 40 juta orang per tahunnya. Mayoritas pasien dewasa yang membutuhkan perawatan paliatif memiliki penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit pernapasan kronis (10,3%), AIDS (5,7%) dan diabetes (4,6%). Kondisi lain mungkin memerlukan perawatan paliatif, diantaranya gagal ginjal, penyakit hati kronis, *multiple sclerosis*, penyakit parkinson, *rheumatoid arthritis*, penyakit neurologis, demensia, anomali bawaan dan tuberkulosis resisten obat.¹³

Nyeri dan kesulitan bernapas adalah dua gejala paling sering dan serius yang dialami oleh pasien yang membutuhkan perawatan paliatif.¹³ Diikuti oleh gejala lain diantaranya kelelahan, kelemahan dan anoreksia.¹⁴ WHO memperkirakan, 80% pasien dengan AIDS atau kanker, dan 67% pasien dengan penyakit kardiovaskular atau penyakit paru obstruktif kronis akan mengalami nyeri sedang hingga berat pada akhir hidup

mereka. Di sini, opioid menjadi pilihan utama untuk mengelola rasa sakit.¹²

Ada beberapa terminologi yang perlu di definisikan untuk menggambarkan kondisi “akhir kehidupan” antara lain:

a. Akhir kehidupan (*end of life*)

Periode akhir kehidupan sulit dinilai namun ada dua aspek kunci periode ini yaitu:

- penyakit pada periode penurunan kondisi kesehatan yang *irreversible* sebelum kematian dan
- penilaian klinis berbasis waktu yaitu secara medis harapan hidup selama enam bulan atau kurang.¹⁴

b. Sakit Terminal

Penyakit progresif yang mengancam jiwa dengan prognosis umur satu bulan atau kurang.¹⁴

c. Sekarat (*dying*)

Kondisi dalam jam dan hari terakhir kehidupan, umumnya mengalami nyeri, dispneu (sesak napas), kegelisahan, kegelisahan, dan napas “*death rattle*”. Kondisi ini dipengaruhi oleh status fisiologis, kegagalan multi organ yang dalam beberapa kasus dapat mempengaruhi efektifitas maupun efek samping dari pengobatan. Pasien mungkin tidak dapat melaporkan sendiri gejala atau ikut berpartisipasi dalam keputusan medis karena kesadaran berkurang, dan penilaian semata mata berdasarkan pengamatan faktor fisik dan perilaku namun dapat berbeda

dari apa yang dirasakan oleh pasien. Pada akhirnya, terapi paliatif untuk pasien dalam kondisi sekarat (*dying*) harus tidak memperpanjang penderitaan atau memperpendek umur.¹⁵

MENILAI NYERI PADA PASIEN DI AKHIR KEHIDUPAN

Tiga kategori kendala dalam pengendalian nyeri yang tepat pada pasien di akhir kehidupan adalah dari sistem, pasien dan profesional medis. Kendala sistem terkait dengan regulasi penggunaan opioid atau penyediaan asuhan paliatif. Kendala pasien termasuk keengganan untuk melaporkan rasa nyeri, takut kecanduan opioid, dan takut efek samping dan gagasan bahwa opioid yang kuat berarti bahwa mereka mendekati akhir kehidupan mereka. Kendala profesional medis termasuk kekhawatiran tentang mempercepat kematian, kekhawatiran tentang efek samping, dan ketakutan akan kecanduan, serta tidak cukup pengetahuan dan pengalaman manajemen nyeri dan penilaian nyeri yang tidak memadai.²

Penilaian nyeri pada pasien di akhir kehidupan pada dasarnya tidak berbeda dari penilaian nyeri umumnya. Kekhususan terletak pada cakupan selain aspek non fisik yang harus diperhitungkan. Konsep *total pain* digunakan dalam perawatan paliatif untuk mendorong para profesional medis untuk mempertimbangkan bahwa persepsi nyeri pada pasien di akhir kehidupan tidak hanya terkait dengan

aspek fisik tetapi juga menyangkut aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Selain itu, rasa takut akan kematian itu sendiri sering kali menuntun untuk peningkatan persepsi pasien terhadap nyeri.²

Skrining dan penilaian nyeri pada pasien di akhir kehidupan harus dimulai sejak kunjungan pertamanya ke profesional medis. Penilaian dini diperlukan juga untuk memulai terapi antinyeri sejak dini (dalam 24 jam). Semakin dini terapi diberikan, semakin baik kontrol nyeri yang dicapai.² Diharapkan nyeri dapat dikontrol sampai batas kenyamanan yang diterima pasien dalam waktu 48 jam.¹⁶ Untuk selanjutnya, pada pasien yang dirawat inap, penilaian nyeri ini harus dilakukan setidaknya setiap 4 jam.⁴

Pada pasien di akhir kehidupan, penilaian awal yang cermat sangat penting dan harus mencakup dokumentasi temuan yang jelas. Banyak rasa sakit berubah seiring waktu dan penilaian ulang sering perlu dilakukan, terutama selama dan setelah intervensi. Dapat digunakan grafik untuk mencatat lokasi, radiasi nyeri, dan temuan klinis terkait. Ini memungkinkan profesional medis untuk membandingkan kemajuan kontrol nyeri terhadap penilaian awal atau sebelumnya.¹⁷

Banyak jenis nyeri sering ditemukan. Setiap nyeri harus dinilai, didokumentasikan, dikelola dan ditinjau. Pemeriksaan klinis harus dilakukan untuk membantu menentukan

kemungkinan jenis dan penyebab nyeri. Relevan investigasi, sesuai dengan kondisi pasien, harus dipertimbangkan, termasuk perlu tidaknya pemeriksaan penunjang (misalnya pemeriksaan laboratorium atau X-Ray / scan).¹⁷

Ketidaknyamanan, seperti retensi urine, konstipasi, obstruksi usus, juga dapat digambarkan pasien sebagai rasa nyeri.⁴ Meredakan ketidaknyamanan ini termasuk dalam upaya mengontrol nyeri.¹⁹

Menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan termasuk menilai *breakthrough pain* yang umum terjadi pada pasien kanker terminal. *Breakthrough pain* ditandai dengan eksaserbasi nyeri (onset mendadak) dan durasi pendek (<30 menit), yang terjadi baik secara spontan atau terkait dengan pemicu tertentu, yang dapat diprediksi atau tidak dapat diprediksi dan dikontrol

dengan terapi antinyeri sebelumnya .¹⁸ Beberapa kondisi yang dapat memicu *breakthrough pain* diantaranya batuk, perubahan posisi, aktivitas berpakaian.

Pertimbangkan merujuk ke tim paliatif multidisiplin / spesialis nyeri / spesialis paliatif jika menjumpai situasi diantaranya: nyeri kompleks atau multipel di mana penilaian nyeri sulit, kesulitan manajemen nyeri yang disebabkan oleh efek buruk dari obat, rasa sakit yang melibatkan faktor non-fisik, serta nyeri yang tidak terkontrol dengan manajemen nyeri yang adekuat.¹⁸

TOOLS (SKORING ATAU SKALA) UNTUK MENILAI NYERI PADA PASIEN DI AKHIR KEHIDUPAN

Beberapa skoring atau skala nyeri yang direkomendasikan untuk menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan dipaparkan di bawah ini.

Tabel 1. Rekomendasi skoring dan skala nyeri untuk menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan

	Kondisi umum	Dengan kondisi khusus
WHO ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Brief pain inventory</i> (BPI) • Asesmen paliatif secara umum yang juga mencakup asesmen nyeri : <i>Integrated palliative care outcome scale</i> (IPOS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan kesadaran atau tidak dapat berkomunikasi secara verbal : <i>Critical care pain observation tool</i> (CPOT) • Pasien demensia : <i>Pain assessment in advanced dementia tool</i> (PAINAID)
Groninger H, Center C ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Likert-type scale</i> (0-10) • <i>Wong-Baker FACES pain rating scale</i> • <i>Visual analog scale</i> (VAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak dapat komunikasi verbal atau demensia : <i>Pain assessment in advanced dementia</i> (PAINAD)
Masman AD, et al. ²¹	<i>Numeric rating scale</i> (NRS)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien kritis atau tidak dapat komunikasi dengan efektif : <i>Rotterdam elderly pain observation scale</i> (REPOS)

National Clinical Guideline Centre	Tidak disebutkan	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dengan demensia atau gangguan pembelajaran : <i>Behavioural pain assessment</i>
Groninger Center C. ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Likert-type scale</i> (0-10) • <i>Wong-Baker FACES pain rating scale</i> • <i>Visual analog scale</i> (VAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak dapat komunikasi dengan efektif : <i>Pain assessment in advanced dementia</i> (PAINAD)

Berbagai rekomendasi di atas menunjukkan belum ada *tools* tunggal yang diterima secara universal untuk menilai nyeri di akhir kehidupan, mengingat kompleksitas nyeri yang dialami pasien di akhir kehidupan. Ada beberapa skoring dan skala nyeri namun tidak ada yang terbukti lebih baik daripada yang lain. Kesimpulan ini senada dengan *systematic reviews of* yang dilakukan *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) terhadap *152 palliative care assessment tool* dari Januari 2007 – Agustus 2016, yang salah satunya mencakup subdomain nyeri. AHRQ memaparkan, NRS merupakan *tools* yang paling sering dipakai namun hanya pada 4 dari 25 studi yang ditelaah. Selain itu, belum ada studi yang secara spesifik mengkompilasi dan membandingkan *tools* penilaian nyeri satu dengan yang lainnya.

Bertolak dari situasi di atas, ketika memilih *tools* (skala atau skoring) asesmen nyeri, penekanan ditujukan pada beberapa hal diantaranya : (1) pemilihan *tools* harus valid dan *reliable* serta tepat untuk populasi dengan kondisi / kebutuhan khusus.²¹ Tanpa reliabilitas dan validitas, tidak diketahui apakah *tools* menilai nyeri sebagaimana dimaksud atau apakah penilai yang

berbeda akan mendapatkan hasil yang sama. Masalah ini dapat menyebabkan kesalahan pengukuran dan mempengaruhi level nyeri dengan cara yang tidak diketahui; (2) penggunaan skala secara konsisten lebih diutamakan, sehingga memungkinkan dan memudahkan penilaian nyeri berkala¹⁹ ; (3) *tools* yang digunakan harus *user friendly*, mudah digunakan²¹; (4) *tools* harus relevan dengan kondisi dan praktik klinis terkini.²¹

RINGKASAN

Menilai nyeri pada pasien di akhir kehidupan pada dasarnya tidak berbeda dari penilaian nyeri umumnya dengan mempertimbangkan bahwa persepsi nyeri pada pasien ini tidak selalu terkait dengan aspek fisik (*total pain*), tetapi juga aspek psikologis, sosial dan spiritual. Skrining dan penilaian nyeri harus dimulai sejak kunjungan pertamanya ke profesional kesehatan. Terapi antinyeri dimulai sejak dini (dalam 24 jam) dengan harapan nyeri dapat dikontrol sampai batas kenyamanan yang diterima pasien dalam waktu 48 jam. Setiap nyeri harus dinilai, didokumentasikan, dikelola dan ditinjau serta dibandingkan kemajuan kontrol nyeri dari penilaian awal atau sebelumnya. Meredakan

ketidaknyamanan, seperti retensi urine, konstipasi, obstruksi usus, termasuk dalam upaya mengontrol nyeri. *Breakthrough pain* dapat muncul sewaktu – waktu meskipun kontrol nyeri telah adekuat sebelumnya. Pertimbangkan merujuk ke tim paliatif multidisiplin / spesialis nyeri / spesialis paliatif jika nyeri tidak dapat dikontrol, atau lebih tepatnya dikurangi sampai level yang dikehendaki dan dapat diterima oleh pasien.

Berbagai rekomendasi *tools* penilaian nyeri telah tersedia, namun mengingat kompleksitas nyeri yang dialami pasien di akhir kehidupan, sampai saat ini belum ada skoring atau skala yang diterima secara universal. Meskipun demikian, BPI dan NRS masih menjadi *tools* yang paling sering dipakai dan direkomendasikan untuk pasien yang komunikatif. Sedangkan yang tidak komunikatif dan dengan gangguan kognitif dapat menggunakan REPOS dan PAINAID.

Dalam memilih *tools* penilaian nyeri, penekanan ditujukan pada pemilihan *tools* yang valid, *reliable*, *user friendly*, dan relevan dengan praktik klinis terkini. Selain itu juga pada konsistensi penggunaan sehingga memudahkan penilaian berkala.

DAFTAR PUSTAKA

1. Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, Puntillo KA, Widera E, Williams BA, et al. The Epidemiology of Pain

During the Last Two Years of Life. 2011;14.

2. British Medical Association. Improving analgesic use to support pain management at the end of life. 2017 [cited 2020 Sep 10].
3. Klint Å, Bondesson E, Rasmussen BH, Fürst CJ, Schelin MEC. Dying With Unrelieved Pain—Prescription of Opioids Is Not Enough. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Nov;58⁵:784-791.e1.
4. McMahon SB, editor. Wall and Melzack's textbook of pain. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2013. 1153 p.
5. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537492/>
6. Swarm RA, Janjan NA, Putnam A. NCCN Guidelines Index Adult Cancer Pain TOC Discussion. 2016;91.
7. <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>.
8. Jansen BDW, Brazil K, Passmore P, Buchanan H, Maxwell D, McIlfatrick SJ, et al. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2017 Dec;16¹:6.

9. Masman AD, van Dijk M, van Rosmalen J, Baar FPM, Tibboel D, Boerlage AA. The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) is reliable and valid for non-communicative end-of-life patients. *BMC Palliat Care*. 2018 Dec;17¹:34.
10. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003 Jan;4¹:9–15.
11. Stevens B, Johnston C, Taddio A, Gibbins S, Yamada J. The Premature Infant Pain Profile: Evaluation 13 Years After Development. *Clin J Pain*. 2010 Nov;26⁹:813–30.
12. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
13. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
14. Chang VT, Sorger B, Rosenfeld KE, Lorenz KA, Bailey AF, Bui T, et al. Pain and palliative medicine. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44²:279.
15. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jan;47¹:77–89.
16. Jansen K, Haugen DF, Pont L, Ruths S. Safety and Effectiveness of Palliative Drug Treatment in the Last Days of Life—A Systematic Literature Review. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55²:508-521.e3.
17. Kelly L, Bender L, Harris P, Casarett D. The “Comfortable Dying” Measure: How Patient Characteristics Affect Hospice Pain Management Quality Scores. *J Palliat Med*. 2014 Jun;17⁶:721–4.
18. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Index Adult Cancer Pain 2016-1.pdf.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life. :29. 2017 [cited 2020 Aug 21].
20. Groninger H, Center C. Pharmacologic Management of Pain at the End of Life. 2014;90¹:7.
21. Masman AD, van Dijk M, van Rosmalen J, Baar FPM, Tibboel D, Boerlage AA. The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) is reliable and valid for non-communicative end-of-life patients. *BMC Palliat Care*. 2018 Dec;17¹:34.