

Pengukuran Nyeri : Sebuah Studi Literatur

Melok Roro Kinanthi
Fakultas Psikologi Universitas YARSI, Jakarta

tugas_melok@yahoo.com

ABSTRAK

Nyeri merupakan sensasi subyektif yang dirasakan oleh individu. Pengukuran nyeri merupakan aspek penting yang memengaruhi pengelolaan nyeri selanjutnya. Terdapat sejumlah tantangan yang harus 'dijawab' oleh para ilmuwan dan praktisi nyeri terkait pengembangan alat ukur nyeri yang valid dan reliabel. Teknik pelaporan diri, observasi perilaku, dan pengukuran fisiologis merupakan teknik pengukuran nyeri yang paling umum digunakan. Alat ukur nyeri yang mulanya bersifat unidimensi pun telah berkembang menjadi alat ukur yang multidimensi.

Kata Kunci : *Nyeri, Pengukuran Nyeri, Pelaporan Diri, Pengamatan Perilaku, Pengukuran Fisiologi.*

PENDAHULUAN

Nyeri merupakan pengalaman yang universal. Meski dalam intensitas yang nyeri, hampir seluruh umat manusia --- kecuali mereka yang mengalami gangguan tertentu-- pernah merasakan nyeri. Dahulu, nyeri dipandang hanya sebagai konsekuensi dari luka fisik. Namun menjelang akhir abad 19, Strong menyatakan bahwa nyeri terjadi karena dua faktor; sensasi nyeri itu sendiri dan reaksi individu terhadap sensasi tersebut (Brannon & Feist, 2007).

Menurut *International Association for the study of Pain*, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan yang terkait dengan potensi kerusakan atau kerusakan yang aktual. Pemahaman tentang nyeri juga dapat dilihat berdasarkan durasinya. Nyeri akut (*acute pain*) merupakan jenis nyeri yang dialami oleh sebagian besar individu ketika 'terluka', misalnya saat jari teriris pisau, ketika melahirkan, kulit terbakar, dan lain-lain. Durasinya pun singkat. Sebaliknya, nyeri kronis (*chronic pain*) berlangsung selama beberapa bulan atau bahkan tahun. Nyeri jenis ini dihasilkan oleh kondisi kronis yang diidap individu misalnya *rheumatoid arthritis*. Nyeri kronis dapat berujung pada keputusan individu. Sedangkan nyeri prekronis (*prechronic pain*) merupakan tahap kritis yang terjadi antara nyeri akut dan nyeri kronis. Jika tidak dapat mengatasi rasa nyeri pada tahap ini, individu rentan mengembangkan rasa putus asa yang menggiringnya menuju nyeri kronis (Brannon & Feist, 2007).

Pengukuran nyeri menjadi sesuatu yang krusial. Melalui teknik pengukuran yang tepat, peneliti atau terapis dapat lebih memahami pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sehingga pemilihan intervensi yang efektif dan evaluasi intervensi dapat dilakukan demi meningkatkan kesejahteraan pasien (Brannon & Feist, 2007).

Alat ukur nyeri harus mengandung sejumlah kualitas ; 1). Alat ukur harus mampu, secara spesifik menyebutkan dimensi nyeri yang akan diukur, 2). Memperhatikan keunikan pengalaman nyeri yang dialami setiap individu, 3). Mudah digunakan dan ekonomis, 4). Memiliki koefisien reliabilitas dan validitas yang baik (Ameringer, 2009).

Makalah ini akan membahas lebih lanjut mengenai hal-hal yang terkait dengan pengukuran nyeri.

Pengukuran Nyeri

Ada berbagai macam alat ukur nyeri yang telah tervalidasi; baik untuk riset maupun terapi. Pemilihan alat ukur yang ingin digunakan dapat dilakukan berdasarkan pada aspek nyeri yang akan dievaluasi, misalnya : intensitas nyeri, gangguan nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, lamanya nyeri, *pain relief*, serta ketidaknyamanan afek yang ditimbulkan oleh rasa nyeri yang dirasakan. Alat ukur nyeri yang ada dewasa ini dapat digunakan pada pasien kanker maupun pasien non kanker (Frampton & Hughes-Webb, 2011).

Para ahli telah mengembangkan sejumlah teknik untuk mengukur nyeri, yaitu (1). Pelaporan Diri, (2). Asesmen perilaku, dan (3). Pengukuran fisiologis (Brannon & Feist, 2007).

Dalam teknik pelaporan diri, individu diminta untuk mengevaluasi dan memberikan rating atas nyeri yang dirasakan pada skala rating yang sederhana, kuesioner (inventori) tentang nyeri yang telah terstandarisasi, dan tes kepribadian yang telah terstandarisasi. Dalam mengisi skala rating, individu diminta merating intensitas nyeri yang dirasakan pada sebuah skala yang memiliki rentang 0 hingga 10 (atau 0 hingga 100); dimana angka 0 merupakan indikasi tidak ada rasa nyeri sama sekali, dan angka 10 (atau 100) mengindikasikan rasa nyeri yang teramat sangat. Adapun dalam kuesioner nyeri, individu diminta melaporkan pengalaman nyeri yang dirasakannya (dimensi sensori, afektif, dan evaluatif) dengan cara menandai gambar atau kata tertentu yang merepresentasikan kondisinya. Selanjutnya, penggunaan tes kepribadian bukan dimaksudkan untuk mengukur sensasi nyeri yang dirasakan, namun lebih kepada menggali pengaruh psikologis yang ditimbulkan oleh nyeri.

Tes kepribadian yang biasa digunakan adalah MMPI-2 untuk menggali depresi, paranoia dan psikopatologi lainnya. Hasil riset menunjukkan bahwa terdapat relasi yang konsisten antara gangguan neurotik dan nyeri (Bradly & Van Der Heide dkk, dalam Brannon & Feist, 2007).

Teknik lain yang dapat digunakan dalam pengukuran nyeri adalah pengukuran perilaku. Karena nyeri menyebabkan perubahan perilaku, maka perubahan tersebut dapat digunakan sebagai indikator tingkat nyeri yang dirasakan. Perilaku terkait nyeri biasanya meliputi berkurangnya fungsi fisik sehari-hari, meningkatnya penggunaan fasilitas atau akses terhadap sarana kesehatan (misalnya, frekuensi membeli obat cenderung dilakukan oleh individu yang mengalami nyeri karena migrain) dan ekspresi wajah. Meski awalnya merupakan cara informal untuk mengukur nyeri, saat ini telah dikembangkan strategi observasi perilaku yang terstandarisasi. Individu diminta untuk melakukan serangkaian tugas, sementara pengamat merekam pergerakan tubuh dan ekspresi wajah individu (Brannon & Feist, 2007).

Selanjutnya, pengukuran fisiologi juga dapat dilakukan untuk mengukur nyeri. *Electromyography* sering digunakan untuk mengukur tingkat ketegangan otot yang dialami oleh individu yang mengalami nyeri. Peningkatan ketegangan otot merupakan indikasi adanya nyeri di daerah tersebut.

Dilihat dari kegunaannya, secara umum, terdapat dua jenis alat ukur nyeri, yaitu alat ukur yang bersifat unidimensi dan alat ukur yang bersifat multidimensi. Alat ukur unidimensi biasanya digunakan untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan cara memberikan rating. Adapun alat ukur yang bersifat multidimensi digunakan ketika peneliti/terapis ingin menggali aspek biopsikososial pasien, terkait nyeri yang dirasakan

(Frampton & Hughes-Webb, 2011). Pengukuran multidimensi terhadap nyeri telah dilakukan sejak dekade lima puluh. Pada 1957, Beecher (dalam Mc Dowell, 2006) membedakan dua komponen nyeri yaitu sensasi orisinal yang melibatkan aspek temporal, spasial, dan intensitas dari nyeri; serta komponen reaktif yang merupakan bagian dari fungsi kepribadian, sosial, dan emosional individu (Mc Dowell, 2006).

Skala Unidimensi

Biasanya skala unidimensi hanya terdiri dari satu item yang mengukur kualitas tunggal dari pengalaman nyeri pada waktu tertentu. Skala ini cocok digunakan untuk mengukur intensitas dari komponen nyeri (Gelinas dkk, 2008).

Ada tiga jenis skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dan *pain relief*, yaitu skala rating verbal (*verbal rating scale*), skala analogi visual (*visual analogue scale*) dan skala rating numerik (*numerical rating scale*). Ketiga jenis skala tersebut telah tervalidasi pada populasi pengidap kanker (Frampton & Hughes-Webb, 2011).

Skala Rating Verbal

SRV terdiri dari serangkaian pernyataan yang mencerminkan derajat intensitas nyeri yang dirasakan individu. Deskripsi intensitas nyeri yang paling ringan biasanya diberi nilai 0, lalu intensitas nyeri setingkat di atasnya diberi nilai 1, dan seterusnya. Individu diminta memilih pernyataan yang paling tepat yang menggambarkan dirinya. Kelemahan dari metode ini yaitu 1). sangat tergantung pada penggunaan bahasa, 2). jarak antar kategori bisa saja tidak sama, 3). Memiliki sejumlah terminologi tersendiri/ terpisah yang terbatas bisa jadi akan mendorong individu untuk memasukan rasa nyeri yang dialami ke dalam kategori yang tidak secara memuaskan menjelaskan rasa nyeri mereka (Frampton & Hughes-Webb, 2011).

Skala Analogi Visual

Skala Analogi Visual terdiri dari sebuah garis lurus, biasanya 100 mm, dikaitkan dengan dua deskripsi rasa nyeri yang sangat ekstrim : tidak ada rasa nyeri sama sekali pada sisi paling kiri dan rasa nyeri yang amat sangat pada sisi sebelah kanan. Individu menandai sebuah titik pada garis yang merepresentasikan rasa nyeri yang mereka persepsikan pada rentang waktu tertentu (24 jam terakhir). Dalam penggunaannya, skala analogi visual tidak tergantung pada bahasa, dan memiliki lebih banyak titik deskripsi untuk dipilih. Selain itu, skala analogi visual lebih sensitif dan lebih tepat dalam merepresentasikan rasa nyeri. Keterbatasan skala ini adalah individu bisa saja mengalami kesulitan konseptual dalam memahami “rasa nyeri paling parah yang dapat dibayangkan”. Diperlukan koordinasi motorik dan konsentrasi dalam mengisi skala ini, sehingga individu lanjut usia dan penyandang cacat boleh jadi mengalami kesulitan mengisi.. Validitas skala analogi visual tergantung pada metode administrasi dan instruksi yang diberikan pada individu. Vas dapat digunakan untuk mengukur dimensi nyeri yang lain seperti *pain relief*, frekuensi nyeri, kecemasan, dan emosi terkait nyeri (Frampton & Hughes-Webb, 2011).

Skala Rating Numerik

Skala rating numerik mengandung skala numerik yang terdiri dari angka 0 hingga 100 (101 titik), 0 sampai 10 (11 titik), 1 sampai 10 (10 titik); dengan 0 atau 1 merupakan deskripsi dari “tidak ada rasa nyeri” dan 100 atau 10 merupakan deskripsi dari “sangat nyeri”. Individu diminta untuk menuliskan, melingkari atau menyatakan angka yang merepresentasikan persepsi akan intensitas rasa nyeri yang dialami. Skala rating numerik dapat juga digunakan untuk mengukur *pain relief* dengan meminta individu untuk membandingkan rasa nyeri sebelum dan sesudah treatment (Frampton & Hughes-Webb, 2011).

Skala Multidimensi

Skala pengukuran nyeri yang bersifat multidimensional dapat digunakan untuk menggali pengalaman nyeri yang lebih luas. Jenis skala ini membutuhkan uji statistik yang lebih rumit dalam proses analisa; karenanya membutuhkan jumlah sample yang besar serta teknik dan interpretasi statistik yang lebih kompleks (Gelinas dkk, 2008).

- **Brief Pain Inventory (BPI)**

Pada awalnya penggunaan BPI ditujukan pada individu penderita kanker. Tak heran jika BPI merupakan alat ukur yang paling banyak digunakan dalam studi mengenai kanker. Alat ukur ini terdiri dari sebuah gambar tubuh yang digunakan untuk membantu individu dalam menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan, skala rating numerik (11 poin) untuk menggali intensitas nyeri (nyeri saat ini, rasa nyeri paling parah dalam 24 jam sebelumnya, rasa nyeri yang lebih ringan dalam 24 jam terakhir serta rerata rasa nyeri yang dirasakan. Dibutuhkan waktu sekitar 10 menit bagi individu untuk menyelesaikan skala ini; atau cukup 5 menit saja bagi bentuk singkatnya (*The Brief Pain Inventory - Short Form*). BPI memiliki validitas yang baik dalam penggunaannya di berbagai macam bahasa.

- **The McGill Pain Questionnaire**

Dengan menggunakan *The McGill Pain Questionnaire*, dimensi sensoris, dimensi afektif, dan dimensi evaluatif dari nyeri dapat diperkirakan. Alat ukur ini tepat digunakan dalam studi mengenai nyeri pada penderita kanker, karena aspek kualitatif dan aspek afektif merupakan sesuatu yang amat bermanfaat dalam memahami penderita kanker. MPQ terdiri dari sebuah gambar tubuh yang digunakan individu untuk mengidentifikasi lokasi nyeri, skala rating verbal tipe lima poin untuk mengukur intensitas nyeri, dan daftar sifat sifat nyeri (*pain adjectives*) yang terbagi dalam 20 sub kelompok yang mencerminkan dimensi-dimensi nyeri yang berbeda (sensoris, afektif, evaluatif). Setiap kata mewakili suatu nilai mengacu pada posisinya dalam sub kelompok. Individu memilih kata yang menjelaskan secara tepat rasa nyeri yang dialami.

Diperlukan waktu sebanyak 5 sampai 20 menit untuk mengadministrasikan alat ukur ini, dan seringkali membutuhkan supervisi. Alat ukur ini tersedia dalam bentuk pendek dan sejumlah bahasa.

- **The Memorial Pain Assessment Card**

The Memorial Pain Assessment Card merupakan alat ukur yang sederhana, singkat, dan mudah untuk diadministrasikan serta dipahami. Alat ukur ini digunakan untuk memperoleh informasi subyektif yang signifikan dari pasien medis tanpa

menjadikan mereka tertekan (stres). Alat ukur ini telah tervalidasi dan terdiri dari tiga Skala Analogi Visual yang mengukur intensitas nyeri, *pain relief* dan mood, serta delapan deskripsi tingkat keparahan nyeri untuk mencirikan intensitas nyeri, yang semuanya terangkum dalam satu kartu.

Pengukuran Nyeri pada Populasi Khusus

Mengukur Nyeri pada Remaja

Mengukur nyeri yang dirasakan oleh remaja merupakan sesuatu yang kompleks. Perkembangan kognitif dan psikologis yang terjadi pada masa remaja menjadikan nyeri sebagai pengalaman yang multidimensi, tidak hanya sekedar pengalaman sensoris. Dibutuhkan pengukuran nyeri yang akurat, bukan hanya untuk memahami fenomena nyeri yang terjadi, namun juga untuk mengevaluasi dampak dari intervensi.

Perlu diperhatikan juga bahwa keberadaan nyeri pada remaja turut memengaruhi fungsi biopsikososial. Nyeri yang dirasakan dapat mengganggu aktivitas hidup sehari-hari, seperti bersekolah, kualitas tidur & makan, serta kondisi mood. Oleh karena itu, selain pengukuran terhadap aspek sensoris nyeri (intensitas, lokasi), juga diperlukan asesmen terhadap dampak yang ditimbulkan nyeri dalam aktivitas sehari-hari. Melalui asesmen tersebut, dapat ditentukan jenis intervensi yang sesuai serta hasil akhir yang ingin dicapai dari program intervensi yang dilakukan.

Tidak semua alat ukur yang tersedia tepat digunakan untuk remaja. Sejumlah alat ukur berikut ini direkomendasikan oleh Ameringer (2009) untuk digunakan dalam penelitian yang melibatkan remaja.

Pertama adalah Skala Analogi Visual. Skala ini merupakan bentuk alat ukur unidimensi yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Skala Analogi Visual terdiri dari sebuah garis lurus, biasanya 100 mm, dikaitkan dengan dua deskripsi rasa nyeri yang sangat ekstrim : tidak ada rasa nyeri sama sekali pada sisi paling kiri dan rasa nyeri yang amat sangat pada sisi sebelah kanan. Individu menandai sebuah titik pada garis yang merepresentasikan rasa nyeri yang mereka persepsikan pada rentang waktu tertentu (24 jam terakhir). Skala ini memiliki stabilitas yang konsisten. Dalam penggunaannya pada populasi remaja, diperoleh reliabilitas tes retest sebesar $r = 0,99$ (McGarth, de Veber, & Hearn, dalam Ameringer, 2009). Validitas konstruk pada skala ini ditunjukkan dengan adanya korelasi yang signifikan dengan alat ukur The Faces Pain Scale, yaitu sebesar $r = 0,67 - 0,75$ (Migdal dkk, dalam Ameringer, 2009).

Kedua adalah *The Adolescent Pediatric Pain Tool*. Alat ukur multidimensi ini memiliki fungsi untuk mengukur lokasi, intensitas dan kualitas nyeri (Savdra dkk, dalam Ameringer, 2009). Remaja diminta untuk menandai lokasi nyeri pada gambar tubuh yang tersedia, mengindikasikan intensitas nyeri pada skala rating grafik sepanjang 100 mm, dan melingkari kata-kata yang menjelaskan kualitas nyeri yang dirasakan dari daftar kata yang tersedia, serta mereka dapat menambahkan kata sendiri. Daftar ini dikembangkan khusus bagi penggunaan pada remaja.

Ketiga adalah *The Varni Thompson Pediatric Pain Questionnaire (PPQ) Teen form for 13-to 18-years old* (Varni, Thompson, & Hanson, dalam Ameringer, 2009). Alat ukur ini menggali intensitas, lokasi, serta kualitas sensori-afektif- dan evaluatif dari pengalaman nyeri.

PPQ juga telah digunakan pada berbagai macam populasi remaja, misalnya remaja dengan gangguan rematik dan *fibromyalgia*.

Adapun untuk mengukur pengaruh nyeri pada keberfungsian remaja dapat digunakan *The Bath Adolescent Pain Questionnaire*. Alat ukur ini menggali dampak nyeri kronis pada tujuh dimensi keberfungsian, yaitu; sosial, fisik, depresi, kecemasan umum, kecemasan terkait nyeri, keluarga, dan perkembangan pribadi (Eccleston dkk, dalam Ameringer, 2009). Jumlah item keseluruhan adalah 61, dimana masing-masing sub skala terdiri atas 6 hingga 12 item pernyataan. Koefisien reliabilitas test-retest untuk semua sub skala (kecuali sub skala perkembangan pribadi) berkisar antara 0,64 hingga 0,84. Skala ini juga memiliki validitas yang cukup baik, dengan ditandai adanya koefisien validitas antara rating intensitas nyeri dengan tiap – tiap skala sebesar 0,22 hingga 0,40. Alat ukur lain yang bisa digunakan adalah *The Pain-related Problem List* (PPL; Weel dkk, dalam Ameringer, 2009). PPL merupakan skala lapor diri yang terdiri dari 18 item pernyataan yang menggali empat domain masalah akibat nyeri : konsentrasi, mobilitas, adaptasi, dan mood.

Mengukur Nyeri pada Individu dengan Kerusakan Kognitif

Sebagian besar penelitian mengenai pengukuran nyeri pada ranah ini melibatkan individu lanjut usia yang mengalami demensia. Tantangan yang timbul adalah bahwa keakuratan pengukuran klinis pada populasi ini sulit untuk ditegakkan karena terdapat perbedaan antara hasil asesmen pada pasien dengan observasi pengamat. Misalnya, dokter cenderung ‘meremehkan’ intensitas nyeri yang dirasakan pasien; sedangkan pelaku rawat (*caregiver*) cenderung melebih-lebihkan hal tersebut.

Selain menggunakan skala lapor diri, jenis alat ukur yang juga dapat digunakan dalam pengukuran nyeri pada individu dengan kerusakan kognitif adalah observasi. Berbagai macam alat observasi terkait pengukuran nyeri telah banyak digunakan, baik dalam *setting* klinis maupun penelitian. Observasi biasanya menggunakan sejumlah indikator perilaku yang menandai kehadiran nyeri, seperti ekspresi wajah, verbalisasi, pergerakan tubuh, perubahan dalam interaksi interpersonal, perubahan dalam pola aktivitas rutin dan perubahan pada status mental. Contoh alat ukur observasi yang digunakan dalam *setting* klinis adalah DOLOPLUS 2, *Non Communicating Patient’s Pain Assessment Instrument and Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (Frampton & Hughes-Webb, 2011)

Mengukur Nyeri pada Setting Paliatif

Pada 2002, sejumlah ahli merekomendasikan alat ukur nyeri yang dapat digunakan pada *setting* paliatif. Rekomendasi ini dibuat berdasarkan tinjauan literatur dan pendapat para ahli. Tujuannya adalah untuk mencapai standarisasi data dalam penelitian terhadap pasien di unit paliatif. Berikut ada hasil rekomendasi tersebut (Frampton & Hughes-Webb, 2011):

- 1). Penelitian dalam hal prevalensi/ tingkat keparahan nyeri pada individu dewasa
 - a). Pasien dewasa tanpa kerusakan kognitif : menggunakan *The Brief Pain Inventory Short Form*.
 - b). Pasien dewasa dengan kerusakan kognitif : menggunakan Skala Rating Verbal, tipe 4 poin, yang menggali intensitas nyeri.
 - c). Pasien dewasa yang tidak mampu berkomunikasi : Observasi dengan menggunakan Skala Rating Verbal, tipe 4 poin

- 2). Karakterisasi sindrom nyeri
 - a). Pasien dewasa tanpa kerusakan kognitif : menggunakan *The Brief Pain Inventory – Short Form* dan bentuk singkat dari *The McGill Pain Questionnaire*.
 - b). Pasien dewasa dengan kerusakan kognitif : pasien ini dikecualikan.
- 3). Penelitian mengenai farmako-kinetik dan farmako-dinamik
 - a). Pasien dewasa tanpa kerusakan kognitif : menggunakan skala rating numerik, tipe 11 poin, untuk mengukur intensitas nyeri dan *pain relief*.
 - b). Pasien dewasa dengan kerusakan kognitif : pasien ini dikecualikan.
- 4). Penelitian analgesik
 - a). Pasien dewasa tanpa kerusakan kognitif : menggunakan *The Brief Pain Inventory Short Form* untuk mengukur perubahan jangka panjang pada nyeri, dan Skala Rating Numerik, tipe 11 poin, untuk mengukur perubahan jangka pendek pada nyeri.
 - b). Pasien dewasa dengan kerusakan kognitif : pasien ini dikecualikan.

Tantangan dalam Pengukuran Nyeri

Ada sejumlah tantangan dalam pengukuran nyeri. Pertama, nyeri merupakan sensasi yang bersifat internal dan privat yang tidak dapat diukur atau diobservasi secara langsung. Dalam hal ini, pengukurannya tergantung pada respon subyektif dari individu yang mengalaminya. Tantangan berikutnya adalah, nyeri merupakan sesuatu yang bersifat multidimensi. Oleh karenanya, pengukuran tunggal terhadap intensitas nyeri tidaklah mencukupi untuk membedakan (misalnya) antara nyeri pada sakit gigi dengan nyeri karena luka bakar (Mc Dowell, 2006). Menurut Melzack & Wall (dalam Holroyd dkk, 1996), karena bersifat multidimensi, kualitas sensoris dan reaksi afektif dari nyeri harus dibedakan dari intensitas nyeri yang sederhana.

Respon subyektif individu seperti yang tercantum dalam kuesioner merupakan gabungan dari reaksi terhadap stimulus nyeri itu sendiri dan respon emosional terhadap hal tersebut (McDowell, 2006). Selain itu, kondisi lingkungan dan karakteristik individu yang mengalami nyeri (usia, kepribadian, pola asuh, jender) turut memengaruhi respon individu terhadap nyeri yang dirasakan (Mc Dowell, 2006).

Jumlah tingkat pengukuran yang seharusnya ada juga masih menjadi hal yang diperdebatkan hingga saat ini dalam pengukuran intensitas nyeri (Jensen, Turner, & Romano, 1994). Tingkat intensitas nyeri yang tercermin dalam berbagai jenis alat ukur ternyata amat beragam, yaitu 4 tingkat (misal 4 poin dalam Skala Verbal rating; Seymour, 1982), 11 tingkat (misal 11 point *Box Scales* and *Graphic Rating Scale*; Downie dkk, 1978), 101 tingkat, dan bahkan tak terbatas. Sejumlah peneliti berargumen bahwa alat ukur yang memiliki banyak tingkatan nyeri akan lebih akurat dalam asesmen nyeri dibanding alat ukur dengan tingkatan nyeri yang lebih sedikit. Jumlah tingkat yang terlalu sedikit juga mendorong terjadinya ketidakakuratan temuan pada hasil *treatment* (Jensen, Turner, & Romano, 1994). Perlu diperhatikan, kesalahan (*error*) yang disebabkan oleh format alat ukur memiliki pengaruh yang signifikan terhadap respon klien. Format dan tampilan item dapat dimodifikasi untuk mengurangi pengaruh yang demikian Holroyd dkk, 1996).

Isu lintas budaya dalam pengujian psikometri perlu mendapat perhatian khusus; misalnya terkait operasionalisasi konstruk, alih-bahasa yang memadai, serta apakah konsep yang ingin diteliti bersifat lintas budaya (Gelinias dkk, 2008).

KESIMPULAN

Pengukuran nyeri merupakan langkah awal yang penting bagi keberhasilan tatalaksana nyeri. Terdapat berbagai jenis alat ukur nyeri yang digunakan para ahli, baik untuk keperluan penelitian maupun keperluan praktis. Alat ukur yang nyeri seharusnya memiliki validitas dan reliabilitas yang baik, bersifat multidimensi namun tetap mudah digunakan dan singkat, serta sesuai untuk penggunaan dalam praktek klinis maupun penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ameringer, S. (2009). Measuring pain in adolescent. *Journal of Pediatric Health Care*, 23, 201-204
- Frampton, C.L., Hughes-Webb, P. (2011). The measurement of pain. *Clinical Oncology*, 23, 381- 386.
- Gelinas, C., Loiselle, C.G., Lemay, S., Ranger, M., Bouchard, E., & McCormack, D. (2008). Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain measurement. *Pain Management Nursing*, 9, 120- 133
- Holroyd, K. A., Talbot, F., Holm, J.E., Pingel, J.D., Lake, A.E., Saper, J.R. (1996) Assessing the dimensions of pain : a multitrait-multimethod evaluation of seven measures. *Pain*, 67, 259- 265.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J. M. (1994). What is the maximum number of level needed in pain intensity measurement?. *Pain*, 58, 387- 392.
- McDowell, Ian. (2006). *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press.