

LAPORAN PENELITIAN

Gambaran Dokumentasi Penilaian Nyeri pada Pasien Anak di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Shofura Afifah, Stanza Uga Prayoga, Dedi Fitri Yadi
Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

Abstrak

Penilaian nyeri merupakan langkah penting dalam manajemen nyeri, tetapi dokumentasi nyeri yang tidak memadai serta oligoanalgesia pada pasien anak di Instalasi Gawat Darurat (IGD) masih dilaporkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan dokumentasi penilaian nyeri pada pasien anak di IGD Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin (RSHS) Bandung serta menggambarkan penggunaan analgesik berdasarkan skor nyeri. Penelitian ini merupakan studi lintang potong retrospektif yang dilakukan pada subjek rekam medis 625 pasien berusia 0–18 tahun yang berkunjung ke IGD RSHS selama periode Januari–Maret 2015. Variabel yang diambil adalah usia, jenis kelamin, jenis kunjungan, alasan kunjungan, status triase, diagnosis pasien, dan pemberian analgesik. Hasil penilaian nyeri menggunakan skala Wong Baker FACES, 61,6% pasien anak didokumentasikan skor nyerinya. Pasien obstetri dan ginekologi (0,8%), pasien klasifikasi darurat (10,4%), pasien bayi (19,7%), dan pasien dengan alasan berkunjung nyeri (24,2%) menunjukkan dokumentasi skor nyeri yang lebih rendah pada kelompok kategorinya. Dari setiap pasien yang didokumentasikan nyerinya, 45,9% menerima analgesik. Pasien yang tidak didokumentasikan penilaian nyerinya menerima analgesik paling sedikit (21,2%). Analgesik yang digunakan di IGD adalah NSAID (41,6%), parasetamol (29,7%), analgesik tidak spesifik (27,6%), dan opioid (1,1%). Dokumentasi penilaian nyeri pada pasien anak IGD RSHS masih suboptimal. Perlu dilakukan peningkatan dokumentasi penilaian nyeri untuk memperbaiki manajemen nyeri.

Kata kunci: Analgesia, emergensi, pediatrik, skor nyeri

Pain Assessment Documentation of Pediatric Patients in Emergency Department, Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung

Abstract

Pain is a subjective experience and difficult to quantify in children. Pain assessment is an important step in pain management, but inadequate pain score documentation and oligoanalgesia in Pediatric emergency patients are still reported. The objective of this research was to describe pain score documentation of pediatric patients in the Emergency Department (ED) of Dr. Hasan Sadikin General Hospital and to describe analgesic use based on documented pain score. This was a retrospective cross-sectional study conducted on the medical record of 625 patients aged 0–18 years old who visited the ED during the period of January–March 2015. Variables taken were age, sex, type of visit, reason for visit, triage classification, patient diagnosis, and analgesic use. Based on pain assessment using Wong Baker FACES scale, 61.6% of visits had documented pain score. Patients visiting the obstetrics and gynecology ED (0,8%), emergency-classified patients (10,4%), infant patients (19,7%), and visits designated as painful (24,2%) exhibited lower pain score documentation in each category. Of every patient who reported pain, 45,9% received analgesics. Patients who presented with no documented pain assessment received the least amount of analgesics (21,2%). Analgesics used in the ED were NSAID (41,6%), paracetamol (29,7%), unspecified analgesics (27,6%), and opioid (1,1%). Pain assessment documentation in Dr. Hasan Sadikin General Hospital ED stands suboptimal. Inadequate analgesic prescription of pediatric patients was found. Pain score documentation needs to be improved.

Key words: Analgesia, emergency, pain score, pediatrics

Korespondensi: Dedi Fitri Yadi, dr., SpAn.,KAR.,M.Kes Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/ Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Hasan Sadikin Bandung, Jl. Setrasari Kulon 1 No. 8 Rt 05/03 Bandung, Email dedifyadi@yahoo.co.id

Pendahuluan

Nyeri merupakan keluhan yang umum ditemukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD).¹ Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan sulit untuk diukur pada anak.² Pasien anak sering berkunjung ke IGD dengan berbagai macam gejala, tanpa disertai diagnosis definitif, dan mudah terpengaruh oleh lingkungan IGD yang sibuk. Faktor-faktor ini mempersulit penilaian nyeri pada anak.³ Dalam 3 dekade terakhir telah terjadi kemajuan substansial dalam upaya memahami nyeri pada anak, yang menghasilkan belasan cara penilaian nyeri, pedoman tindakan, prosedur, aturan, dan rekomendasi dalam manajemen nyeri pada anak.⁴

Penilaian nyeri yang cepat dan akurat merupakan langkah penting dalam manajemen nyeri. Meskipun telah banyak rekomendasi dalam manajemen nyeri yang menyarankan sebaliknya, dokumentasi nyeri yang tidak memadai pada bayi dan anak masih sering dilaporkan.⁵ Penilaian skor nyeri serta dokumentasi penilaian nyeri yang tidak memadai merupakan kontributor penting dalam manajemen nyeri yang kurang baik, atau *oligoanalgesia*, pada pasien anak.^{1,5} Nyeri yang tidak ditangani dengan baik mengaktifasi respons stres tubuh, menyebabkan perubahan hormonal dan metabolik dalam berbagai sistem organ serta perubahan perilaku pada anak-anak.

Manajemen nyeri yang tidak memadai, terutama pada usia muda, memengaruhi respons tubuh terhadap nyeri yang akan datang, dapat memicu terjadinya masalah emosional dan perilaku di masa depan, serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada anak.^{6,7}

Prosedur penilaian nyeri pada IGD dan ruangan rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Hasan Sadikin Bandung sudah mulai diterapkan sejak tahun 2014. Skala pengukuran nyeri yang digunakan dalam rekam medis pasien IGD adalah Skala Wong-Baker FACES, sebuah skala horisontal yang menunjukkan 6 gambar wajah dalam berbagai keadaan sakit, dari wajah tersenyum paling kiri yang menunjukkan 'tidak ada rasa nyeri' hingga wajah menangis paling kanan yang menunjukkan 'nyeri terburuk yang dapat dirasakan', dan diberi skor mulai dari 0 hingga 10.⁶ Penelitian yang fokus akan penilaian

nyeri pada pasien anak di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung belum ditemukan.

Subjek dan Metode

Penelitian ini merupakan studi potong lintang yang dilakukan secara retrospektif pada periode Oktober–November 2015. Subjek adalah rekam medis 625 pasien anak berusia 0–8 tahun yang mengunjungi IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung selama periode Januari–Maret 2015. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*. Populasi penelitian ini adalah pasien yang berkunjung hanya ke IGD, pasien yang meneruskan pengobatan di unit rawat inap tidak disertakan. Variabel yang diambil adalah usia, jenis kelamin, jenis kunjungan, alasan berkunjung, klasifikasi triase, diagnosis pasien, dan pemberian analgesik. Izin etik telah diperoleh dari Departemen Etik RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah ada atau tidak adanya dokumentasi penilaian nyeri. Dalam rekam medis, skor nyeri dikelompokkan berdasarkan intensitas nyeri: tidak ada nyeri, 0; nyeri ringan, 1–3; nyeri sedang, 4–6; dan nyeri berat, 7–10.

Pasien dikelompokkan menurut usia berdasarkan klasifikasi *World Health Organization* (WHO) menjadi kelompok usia bayi (0–2 tahun), balita (2–6 tahun), anak (usia 6–12 tahun) dan remaja (12–18 tahun). Jenis kunjungan dikelompokkan menjadi kunjungan bedah, obstetri dan ginekologi, pediatrik, serta kunjungan non-bedah umum. Klasifikasi triase ditentukan oleh staf triase saat pasien tiba di IGD; dan untuk pasien bedah dan non-bedah dibagi dalam 5 kategori sesuai dengan *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) berdasarkan tingkat urgensi dan standar waktu maksimal hingga evaluasi: langsung (langsung), 10 menit (sangat mendesak), 30 menit (mendesak), 60 menit (standar) dan 120 menit (tidak mendesak); untuk pasien Pediatrik dibagi menjadi 3 kategori menurut *emergency triage assessment and treatment* oleh WHO (ETAT) berdasarkan adanya tanda-tanda darurat: tidak mendesak, prioritas, kategori darurat; untuk pasien obstetri dan ginekologi menjadi 4 kategori: ruang resusitasi

(langsung), ED (sangat mendesak), ruang bersalin (mendesak), dan rawat jalan (standar).^{8,9}

Alasan berkunjung dikategorikan menurut “*a reason for visit classification for ambulatory care*”.¹⁰ Pasien dikategorikan ke dalam ‘alasan berkunjung karena nyeri’ ketika datang dengan keluhan utama menangis, nyeri telinga, nyeri tenggorokan, nyeri perut, nyeri kepala, nyeri dada, nyeri pelvis; jika ada rasa nyeri, ketidaknyamanan, kontraktur, kram, dan kejang pada kaki, lutut, pergelangan kaki, kaki, jari-jari kaki tangan, telapak tangan, sikut, dan lengan, diklasifikasikan ke dalam nyeri badan. Pasien yang datang dengan keluhan lain dikelompokkan ke dalam kategori ‘alasan berkunjung bukan karena nyeri’.

Diagnosis dikode sesuai dengan *international classification of diseases, tenth revision*. Pasien dikategorikan ke dalam kelompok ‘diagnosis nyeri’ jika didiagnosis patah tulang (S11–S92,9, T01–T02, T08–T12, T14), luka bakar (T20–T32), cedera kepala (S00–S09), sakit kepala (R51), nyeri perut (R10), faringitis (J02–03), dan otitis media (H65–68). Pasien lainnya dikelompokkan ke dalam ‘diagnosis tidak nyeri’. Pasien dikelompokkan ke dalam ‘diberikan analgesik’ dan ‘tidak diberikan analgesik’. Obat yang diberikan pada pasien diklasifikasikan menjadi analgesik/pereda nyeri jika tergolong analgesik, analgesik non-narkotik, antimigren, obat anti-inflamasi nonsteroid/*non-steroidal anti-inflammatory drug* (NSAID), atau opioid/narkotika. Pasien yang tidak diberikan analgesik, atau diberikan obat yang memiliki sifat analgesik tetapi tanpa dosis yang diketahui dikelompokkan menjadi kategori ‘tidak diberikan analgesik’. Obat analgesik yang diketahui memiliki sifat antipiretik diklasifikasikan ke dalam analgesik jika dosisnya melebihi 15 mg/kg berat badan.

Hasil

Sebanyak 677 pasien anak berkunjung ke IGD dan tidak melanjutkan pengobatan di unit rawat inap selama periode Januari–Maret 2015. Sebanyak 52 pasien dieksklusi karena data rekam medis yang tidak lengkap. Dari 625 subjek penelitian, 142 pasien (22,7%) tidak diketahui klasifikasi triasenya. Median usia pasien adalah 5

tahun, dengan interval antara 0 hingga 18. Tabel 1 menunjukkan karakteristik demografis subjek penelitian.

Ditemukan bahwa 61,6% dari kunjungan pediatrik di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Tabel 2 menunjukkan proporsi subjek penelitian dengan penilaian nyeri yang didokumentasikan berdasarkan karakteristik pasien, jenis kunjungan, klasifikasi triase, alasan berkunjung, dan diagnosis.

Terdapat peningkatan proporsi dokumentasi pada balita (26,2%) dan anak yang lebih tua (22,6% untuk anak dan 31,4% untuk remaja) dibanding dengan bayi (19,7%). Proporsi terendah dari kunjungan yang didokumentasikan penilaian nyerinya berdasarkan jenis kunjungan ditemukan pada pasien obstetri dan ginekologi (0,8%). Berdasarkan klasifikasi triase, proporsi dokumentasi penilaian nyeri secara konsisten menurun seiring dengan peningkatan urgensi pemberian penanganan.

Pasien dalam kategori ‘alasan berkunjung bukan karena nyeri’ menunjukkan proporsi dokumentasi skor nyeri yang secara signifikan lebih besar dibanding dengan kategori ‘alasan berkunjung karena nyeri’. Selama periode penelitian tidak ada pasien yang datang dengan keluhan utama menangis. Meskipun proporsinya sangat kecil jika dibanding dengan subkategori lainnya pada kelompok ‘alasan berkunjung karena nyeri’, setiap pasien yang datang dengan keluhan nyeri telinga, nyeri panggul, dan nyeri dada didokumentasikan penilaian nyerinya.

Tabel 1 Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	362	57,9
Perempuan	263	42,1
Kelompok usia		
Bayi	154	24,6
Balita	165	26,4
Anak	129	20,6
Remaja	177	28,3
Jenis kunjungan		
Bedah	272	43,5
Pediatrik	266	42,6
Obstetri & ginekologi	7	1,1
Non-bedah	80	12,8

Tabel 2 Dokumentasi Penilaian Nyeri pada Pasien Anak di IGD

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	222	57,9
Perempuan	163	42,1
Kelompok usia		
Bayi	76	19,7
Balita	101	26,2
Anak	87	22,6
Remaja	121	31,4
Jenis kunjungan		
Bedah	194	50,4
Pediatrik	136	35,3
Obstetri & ginekologi	3	0,8
Non-bedah	52	13,5
Klasifikasi triase		
Bedah dan non-bedah		
Langsung	0	0
Sangat mendesak	2	1,8
Mendesak	108	48,2
Standar	91	40,6
Tidak mendesak	23	10,3
Pediatrik		
<i>Non-urgent</i>	12	10,4
<i>Priority</i>	91	79,2
<i>Emergency</i>	12	10,4
Obstetri & ginekologi		
Langsung	0	0
Sangat mendesak	1	33,3
Mendesak	2	66,7
Standar	0	0
Alasan berkunjung		
Alasan berkunjung karena nyeri	93	24,2
Menangis	0	0
Nyeri telinga	4	4,3
Nyeri tenggorokan	2	2,2
Nyeri perut	25	26,9
Nyeri kepala	21	22,6
Nyeri pelvis	2	2,2
Nyeri dada	1	1,1
Nyeri badan	38	40,9
Alasan berkunjung bukan karena nyeri	292	75,8
Diagnosis		
Diagnosis nyeri		
Patah tulang	19	11,4
Luka bakar	5	3,0
Luka terbuka	37	22,2
Cedera kepala	62	37,1
Nyeri kepala	2	1,2
Nyeri kepala	19	11,4
Nyeri perut	20	12,0
Faringitis	3	1,8
Otitis media	218	56,3
Diagnosis tidak nyeri		

Proporsi terbesar kunjungan karena nyeri yang didokumentasikan penilaian nyerinya adalah pasien yang mengeluh nyeri perut (26,9%), nyeri kepala (22,6%), dan nyeri badan (75,8%).

Proporsi terbesar kunjungan dengan skor nyeri yang didokumentasikan didapatkan pada diagnosis cedera kepala dan luka terbuka yang mencakup 59,3% dari seluruh subjek dalam kategori 'diagnosis nyeri'. Tercatat bahwa diagnosis yang pada umumnya diketahui menimbulkan nyeri, seperti patah tulang dan luka terbuka, meskipun proporsinya kecil jika dibanding dengan subkategori lainnya pada kelompok 'diagnosis nyeri', didokumentasikan penilaian nyerinya pada lebih dari 70% kunjungan (19 dari 25 untuk patah tulang, 37 dari 44 untuk luka terbuka, dan 5 dari 6 untuk luka bakar).

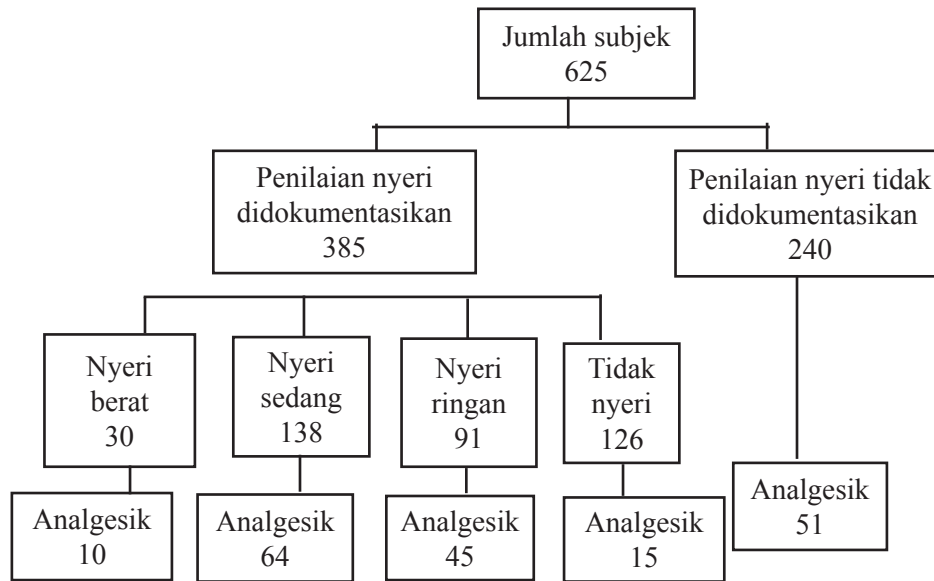
Nyeri kepala, nyeri perut, faringitis, dan otitis media secara khusus ditekankan dalam rekomendasi bersama yang dikeluarkan oleh *Amerika pain society* dan *american academy of pediatrics* sebagai kondisi dimana nyeri akut harus ditangani.⁵ Penilaian nyeri hanya didokumentasikan pada setengah dari kunjungan yang didiagnosis nyeri kepala (2 dari 4) dan faringitis dan 20 dari 40, sementara setiap pasien yang didiagnosis otitis media didokumentasikan penilaian nyerinya (3 dari 3 kasus), dan pasien nyeri perut menunjukkan proporsi yang baik (19 dari 27).

Dari 385 kunjungan dengan penilaian nyeri yang didokumentasikan, proporsi terbesar adalah pasien yang datang dengan nyeri sedang, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3. Dari setiap pasien yang melaporkan rasa nyeri, 45,9% menerima analgesik. Tercatat bahwa pasien yang tidak didokumentasikan penilaian nyerinya menerima analgesik paling sedikit dibanding dengan kategori intensitas nyeri lain (21,2%).

Proporsi pasien yang tidak menerima analgesik

Tabel 3 Intensitas nyeri pada pasien yang didokumentasikan penilaian nyerinya

Intensitas nyeri	n	%
Tidak nyeri	126	32,7%
Nyeri ringan	91	23,6%
Nyeri sedang	138	35,9%
Nyeri berat	30	7,8%



Gambar 1 Gambaran dokumentasi penilaian nyeri dan preskripsi analgesik

secara konsisten lebih besar daripada pasien yang menerima analgesik pada semua kategori intensitas nyeri. Analgesik yang digunakan dalam IGD adalah NSAID (41,6%), parasetamol (29,7%), analgesik tidak spesifik (27,6%), dan opioid (1,1%). Opioid merupakan analgesik yang paling sedikit dipreskripsikan di IGD (tercatat hanya 2 kasus). Pemberian analgesik ditemukan pada pasien yang tidak melaporkan nyeri. Gambaran dokumentasi skor nyeri pada pasien anak di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan penggunaan analgesik berdasarkan skor nyeri yang didokumentasikan tercantum pada Gambar 1.

Pembahasan

Temuan dokumentasi penilaian nyeri dalam

penelitian ini mirip dengan temuan pada studi penilaian dan dokumentasi penilaian nyeri di sebuah rumah sakit anak di Kanada, (61,6% dibanding dengan 68,4%), serta menunjukkan proporsi yang lebih baik daripada dokumentasi penilaian nyeri secara nasional di Amerika Serikat, yaitu lebih dari 50%^{4,5}

Proporsi dokumentasi penilaian nyeri pada bayi yang lebih mungkin disebabkan oleh kesulitan dalam mengenali nyeri pada bayi yang praverbal, seperti yang dijelaskan dalam sebuah penelitian oleh Suresh dkk.¹¹ atau kesulitan dalam memperoleh skor nyeri dari pasien bayi menggunakan skala Wong-Baker. Skala Wong-Baker idealnya hanya digunakan untuk anak-anak berusia 3 atau lebih tua. Dalam kasus ini, terdapat kemungkinan bahwa nyeri pada bayi telah dikenali, dinilai dan ditangani dengan

Table 4 Preskripsi Analgesik Berdasarkan Intensitas Nyeri

Intensitas	Analgesik Tidak Spesifik	NSAID	PCT	Opioid	Tidak Diberikan Analgesik
Tidak didokumentasikan	9 (3,8%)	27 (11,2%)	14 (5,8%)	1 (0,4%)	189 (78,8%)
Tidak nyeri	1 (0,8%)	5 (4,0%)	9 (7,1%)	0	111 (88,1%)
Nyeri ringan	9 (9,9%)	21(23,1%)	15 (16,5%)	0	46 (50,5%)
Nyeri sedang	29 (21,0%)	19 (13,8%)	16 (11,6%)	0	74 (53,6%)
Nyeri berat	3(10,0%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	20 (66,7%)

baik, namun tidak didokumentasikan. Terlepas dari alasannya, tidak adanya dokumentasi penilaian nyeri merupakan suatu masalah, karena kontrol sistematis nyeri dan evaluasi efektivitas manajemen dimulai dari penilaian dan dokumentasi penilaian nyeri.⁴ Skala nyeri yang tepat untuk kategori usia bayi dan bayi baru lahir adalah *neonatal infant pain scale* (NIPS), yang telah divalidasi dalam beberapa penelitian dan dapat diterapkan pada IGD perinatologi. Skala penilaian nyeri lain untuk anak skala *face, legs, activity, cry, consolability* atau skala FLACC, yang terbukti dapat digunakan pada anak-anak berusia lebih muda (2 bulan sampai 7 tahun), anak-anak yang tidak kooperatif, atau anak-anak dengan gangguan kognisi.¹²

Rendahnya proporsi dokumentasi penilaian nyeri pada pasien yang diklasifikasikan sebagai pasien gawat darurat atau kategori mendesak juga patut diperhatikan. Hal ini mungkin menandakan keyakinan bahwa nyeri merupakan suatu kondisi minor dibanding dengan kondisi mengancam jiwa yang mungkin membawa pasien ke IGD.¹³ Alasan lain adalah urgensi pemberian penanganan yang segera untuk pasien ini mendorong staf IGD untuk memprioritaskan prosedur menyelamatkan jiwa dibandingkan prosedur penilaian dan penanganan nyeri.¹⁴

Belum ditemukan literatur yang membahas hubungan antara dokumentasi penilaian nyeri dan jenis kunjungan (IGD bedah dibanding dengan non-bedah atau obstetri dan ginekologi). Kunjungan dalam kategori 'alasan berkunjung bukan karena nyeri' menunjukkan proporsi dokumentasi penilaian nyeri yang secara signifikan lebih besar dibanding dengan 'alasan berkunjung karena nyeri', yang mungkin dapat dijelaskan oleh jumlah kunjungan pada kategori pertama yang memang jauh lebih besar (75,8%) dibanding dengan kategori kedua (24,2%). Kelompok 'diagnosis nyeri' menunjukkan heterogenitas dalam proporsi dokumentasi penilaian nyeri pada setiap subkategori. Hal ini sesuai dengan studi oleh Drendel dkk.⁵ yang menyatakan bahwa penilaian nyeri pada diagnosis cedera, luka bakar, dan luka terbuka kemungkinan digunakan sebagai panduan dalam manajemen nyeri, terutama pada preskripsi dan evaluasi efektivitas analgesik. Sementara diagnosis nyeri

perut dan pelvis memberikan ruang yang lebih besar untuk kesalahan diagnostik, sehingga skor nyeri mungkin digunakan sebagai alat diagnostik pendukung.⁵ Faringitis dan nyeri kepala merupakan penyakit yang umum ditemukan pada pasien pediatrik di IGD dan tidak menimbulkan kesulitan baik dalam diagnosis atau manajemen, sehingga dapat menjelaskan proporsi penilaian nyeri yang lebih kecil.

Intensitas nyeri tidak menentukan preskripsi analgesik. Bahkan pada pasien yang datang dengan nyeri berat, hanya 33,3% diberikan analgesik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Weng dkk.¹⁴ yang menyatakan bahwa tidak ada korelasi antara intensitas nyeri saat triase dan administrasi analgesik tulang pada fraktur tulang panjang.

Proporsi rendah preskripsi analgesik pada pasien tanpa dokumentasi penilaian nyeri konsisten dengan sebuah studi pada rumah sakit anak di Amerika Serikat yang menyatakan bahwa deteksi nyeri yang tidak memadai berkorelasi dengan preskripsi analgesik yang lebih rendah.¹⁵ Temuan ini juga memperkuat argumen bahwa pasien yang tidak terdokumentasikan nyerinya bukan berarti tidak merasakan nyeri.

Administrasi analgesik opioid hanya ditemukan pada 1 pasien pada kategori nyeri berat dan 1 pasien yang tidak didokumentasikan penilaian nyerinya. Hal ini tidak sesuai dengan rekomendasi manajemen nyeri pada pasien anak yang menekankan intensitas nyeri sebagai pertimbangan utama dalam pemilihan analgesik, dimana pasien dengan nyeri sedang sampai berat harus dipertimbangkan untuk pemberian opioid.¹⁶

Penilaian ulang skor nyeri dan penyesuaian manajemen tidak didokumentasikan dalam subjek penelitian. Hal ini tidak sesuai dengan berbagai rekomendasi dan prosedur manajemen nyeri pada anak dimana manajemen nyeri dimulai dari penilaian nyeri awal, diikuti dengan pemberian terapi farmakologis awal, kemudian penilaian efektivitas intervensi, dan penilaian ulang berkala untuk mengontrol nyeri hingga diagnosis dan terapi definitif.^{1,16} Upaya untuk mengurangi nyeri prosedural, seperti penggunaan anestesi topikal EMLA dan rekomendasi untuk memilih prosedur *venipuncture* dibandingkan *heel lancet* pada bayi baru lahir, juga tidak didokumentasikan.¹⁷

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan: (1) waktu singkat penelitian menyebabkan hambatan dalam melakukan pengambilan data, yang mengakibatkan eksklusi pasien yang melanjutkan pengobatan di unit rawat inap; (2) pengumpulan data dilakukan secara retrospektif menggunakan data dari rekam medis dan dilakukan secara objektif, tetapi tidak meniadakan kemungkinan kesalahan yang mungkin terjadi; (3) klasifikasi diagnosis dalam kategori 'diagnosis nyeri' dan 'diagnosis tidak nyeri' tidak mewakili setiap diagnosis kunjungan yang sebenarnya terjadi di IGD dan hanya berfungsi sebagai representasi dari beberapa diagnosis yang sering muncul; dan (4) variabel klasifikasi triase tidak diketahui pada 22,7% dari subjek, tetapi pengamatan pada subjek penelitian menunjukkan bahwa inklusi data ini terbukti lebih representatif terhadap semua kelompok usia.

Simpulan

Dokumentasi skor nyeri pada pasien anak di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung masih suboptimal pada angka 61,6%. Penelitian lebih mendalam dan lebih lama perlu dilakukan untuk sepenuhnya memahami lingkup penilaian dan manajemen nyeri pada anak. Selain itu, dianjurkan untuk menggunakan penilaian nyeri yang sesuai dengan usia anak, seperti skala FLACC dan skala NIPS. Terakhir, bukan hanya peningkatan dokumentasi penilaian nyeri yang perlu dilakukan, tetapi juga peningkatan pengetahuan staf IGD, baik perawat ataupun dokter, dalam penggunaan alat penilaian nyeri, jalur klinis nyeri, serta manajemen nyeri.

Daftar Pustaka

- Krauss BS, Calligaris L, Green SM, Barbi E. Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The Lancet*. 2015;387(10013):83–92.
- Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Lim CS, Palermo TM, dkk. Evidence-based assessment of pediatric pain. *J of Pediatr Psychol*. 2008;33(9):939–55.
- Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP, Shaw KN, Ackerman AD, Chun TH, dkk. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*. 2012;130(5):e1391–405.
- Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, dkk. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *J Pain*. 2012;13(9):857–65.
- Drendel AL, Brousseau DC, Gorelick MH. Pain assessment for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics*. 2006;117(5):1511–8.
- Ballweg D. Neonatal and pediatric pain management: standards and application. *Paediatr Child Health*. 2008;18:61–6.
- Slover R, Coy J, Davids HR. Advances in the management of pain in children: acute pain. *Advances pediatr*. 2009;56:341–58.
- Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Unger B, Group CNW. Revisions to the canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) Guidelines. *CJEM*. 2014;16(06):485–9.
- Organization WH. Emergency triage assessment and treatment (ETAT). 2005.
- Schneider D, Appleton L, McLemore T. A reason for visit classification for ambulatory care. *Vital Health Statistics 2*. 1979(78):1–63.
- Suresh S, Birmingham PK, Kozlowski RJ. Pediatric pain management. *Anesthesiol Clinics*. 2012;30(1):101–17.
- Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: assessment and nonpharmacological management. *Intern J Pediatr*. 2010;2010(474838):1–11.
- Baharuddin KA, Mohamad N, Rahman NHNA, Ahmad R, Him NASN. Assessing patient pain scores in the emergency department. *Malays J medical sciences: MJMS*. 2010;17(1):17.
- Weng Y-M, Chang Y-C, Lin Y-J. Triage pain scales cannot predict analgesia provision to pediatric patients with long-bone fracture. *Am J Emerg Med*. 2010;28(4):412–7.
- Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain Prevalence and Treatment Patterns in a US Children's Hospital. *Hospital pediatrics*. 2015;5(7):363–70.
- Chiaretti A, Pierri F, Valentini P, Russo I, Gargiullo L, Riccardi R. Current practice

and recent advances in pediatric pain management. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(suppl 1):112–26.

17. Lee GY, Yamada J, Shorkey A, Stevens B.

Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review. *Pediatrics.* 2014;ped. 2013–744.