

## Kuesioner APS-POQ-R (*American Pain Society Patient Outcome Questionnaire – Revised*)

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini tentang rasa nyeri yang Anda alami selama 24 jam pertama setelah dirawat di rumah sakit atau setelah operasi.

P1. Pada skala ini, silahkan tunjukkan rasa nyeri yang **paling ringan** yang Anda rasakan selama 24 jam pertama:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri					Nyeri terparah					

P2. Pada skala ini, silahkan tunjukkan rasa nyeri yang **paling parah** yang Anda rasakan selama 24 jam pertama:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri					Nyeri terparah					

P3. Seberapa sering Anda merasakan sakit **yang amat sangat** selama 24 jam pertama?

Harap lingkarkanlah persentase waktu dimana Anda mengalami sakit yang amat sangat:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tidak pernah dalam keadaan sakit yang amat sangat					Selalu dalam keadaan sakit yang amat sangat					

P4. Lingkari angka di bawah ini yang paling menggambarkan sejauh mana rasa nyeri **menggangu atau menghalangi Anda untuk melakukan**:

a. Melakukan **aktivitas di tempat tidur** seperti membalikkan badan, duduk, mengubah posisi badan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak mengganggu					Sangat mengganggu					

b. Melakukan **kegiatan bangun dari tempat tidur** seperti berjalan, duduk di kursi, berdiri:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak mengganggu					Sangat mengganggu					

**c. Tidur**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Tidak mengganggu Sangat mengganggu

**d. Tidur nyenyak**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Tidak mengganggu Sangat mengganggu

P5. Rasa nyeri dapat mempengaruhi suasana hati dan emosi kita.

Pada skala ini, silahkan lingkari **satu** nomor yang paling sesuai yang menunjukkan seberapa besar rasa sakit menyebabkan Anda merasa:

**a. Cemas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sama sekali tidak Sangat cemas

**b. Depresi**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sama sekali tidak Sangat Depresi

**c. Takut**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sama sekali tidak Sangat takut

**d. Tidak berdaya**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sama sekali tidak Sangat tidak berdaya



P9. Lingkarilah angka yang paling menggambarkan tingkat kepuasan Anda dengan hasil tindakan penghilang nyeri selama di rumah sakit?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sangat tidak  
puas

Sangat puas

P10. Apakah Anda menerima **informasi** mengenai pilihan tatalaksana nyeri yang diberikan?

\_\_\_\_\_ Tidak terima

\_\_\_\_\_ Terima

Jika ya, silahkan lingkari angka yang paling sesuai yang menunjukkan **seberapa membantu** informasi tersebut:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sama sekali  
tidak membantu

Sangat membantu

P11. Apakah Anda menggunakan metode penghilang nyeri selain obat-obatan untuk mengatasi rasa nyeri

\_\_\_\_\_ tidak                  \_\_\_\_\_ ya

Jika ya, **tandai metode** yang Anda gunakan (boleh lebih dari satu):

\_\_\_\_\_ kompres dingin

\_\_\_\_\_ meditasi

\_\_\_\_\_ napas dalam-dalam

\_\_\_\_\_ mendengarkan musik

\_\_\_\_\_ pengalihan (Seperti menonton TV, membaca)

\_\_\_\_\_ ibadah

\_\_\_\_\_ penghangatan

\_\_\_\_\_ relaksasi

\_\_\_\_\_ visualisasi

\_\_\_\_\_ berjalan

\_\_\_\_\_ pemijatan

Yang lain (tolong deskripsikan)

\_\_\_\_\_

P12. Seberapa sering seorang perawat atau dokter **menyarankan Anda untuk menggunakan** metode penghilang nyeri selain obat-obatan?

\_\_\_\_\_ tidak pernah

\_\_\_\_\_ sesekali

\_\_\_\_\_ sering

**Terima kasih atas waktu dan umpan balik Anda**

P13. Centang di sini jika pasien menerima bantuan dalam mengisi kuesioner