

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Infark Miokard Akut di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan yang dilakukan melalui pengkajian, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian

#### **4.1 Pengkajian**

Hasil pengkajian data fokus pada Ny.S didapatkan hasil bahwa pasien mengalami nyeri Dada dengan skala 5 (1-10), (P : Infark Miokard Akut, Q : ditusuk-tusuk, R : dada kanan, S : 7 (1-10), T : Hilang Timbul). Dijelaskan dalam teori bahwa ada beberapa tahapan nyeri pada Infark Miokard akut, Awal dari nyeri dapat dimulai dari bagian epigastrium yang sering menjadikan salah diagnosis dari miokard infark yang diduga sebagai penyakit pada saluran pencernaan. Pada umumnya nyeri dada lama sekali berakhir (>20menit) dan tidak berkurang dengan istirahat dan pemberian nitrogliserin dan biasanya nyeri dada disertai perasaan mual, muntah. Gambaran klinis yang khas dari suatu miokard infark adalah nyeri dada. Perasaan nyeri dada ini dapat berupa seperti rasa tertekan benda berat, ditusuk – tusuk, seperti terbakar ataupun diremas-remas pada dada. Nyeri dada ini seringkali pada daerah retrosternal yang menjalar ke dada bagian depan, punggung, leher dan ekstremitas atas sebelah kiri. (Wahyudi and Gani, 2019)

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.S didapatkan pasien memiliki

riwayat Diabetes mellitus dan saat dikaji pasien mengalami Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah, GDA:260 mg/dL, Glukosa 2 JPP: 310 mg/dL, Pasien tampak lemah, pasien terlihat gemetar, pasien terlihat berkeringat. Diabetes melitus (DM) merupakan gangguan metabolisme yang ditandai oleh hiperglikemia kronis dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein akibat kurangnya sekresi insulin, aksi insulin atau kombinasi keduanya. Kadar glukosa darah yang tinggi dikaitkan dengan risiko terjadinya gagal jantung, syok kardiogenik dan kematian setelah infark miokard akut. Pasien DM memiliki risiko tinggi terjadinya infark miokard akut dibandingkan dengan pasien nondiabetes. (Sari and Widyatmoko, 2011)

Pada Ny.S masalah keperawatan ke 3 yang muncul yaitu penurunan curah jantung, hal itu terbukti pada saat pengkajian ditemukan bahwa Ny.S mengatakan Pasien mengeluh lelah dan agak sesak saat beraktivitas, Nadi : 55 x/menit, teraba lemah, Tekanan Darah meningkat 143/89 mmHg, CRT >3 detik, Warna kulit klien pucat. pada pasien Infark Miokard akut munculnya masalah keperawatan Penurunan curah jantung di sebabkan oleh adanya trombus pada arteri koroner sehingga terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan proses kerja jantung tidak bekerja dengan baik (Livia Baransyah, M. Saifur Rohman, 2014) Penulis beransumsi bahwa ibu pasien mengalami penurunan curah jantung.

Masalah keperawatan ke 4 yang muncul yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Pasien mengatakan badanya terasa lelah dan terasa sesak saat beraktivitas, nadi 55x/menit, 141/55 mmHg, RR: 24x/menit, Pasien tirah baring dan semua

aktivitasnya dibantu oleh perawat dan anggota keluarga, pada pasien Infark Miokard akut dapat di temukan gejala seperti lelah, nafas sesak, rasa tidak nyaman, mual dan muntah. (Satoto, 2015) Karena beban jantung meningkat, konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisien selama periode istirahat yang lama. Karena imobilisasi meningkat, curah jantung menurun, dan efisiensi jantung selanjutnya akan menurun sehingga beban kerja jantung meningkat. (Fitriana, 2018) Penulis beransumsi bahwa pasien mengalami intoleransi aktivitas dikarenakan semua kegiatan pasien dibantu oleh orang lain

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Pada tinjauan kasus ada 4 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis (iskemia jaringan)

Menurut SDKI (2017) diagnosa Nyeri Akut memiliki batasan karakteristik : Keluhan nyeri cukup menurun, ekspresi wajah meringis menurun, tanda – tanda vital cukup membaik, pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi, skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan nyeri. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa Nyeri Akut antara lain : Ny. S mengatakan nyeri dada (P : nyeri dada, Q : Seperti tertekan dan ditusuk-tusuk R : nyeri timbul dari Dada sebelah kiri tembus ke belakang, S : 5 (1-10), T : Hilang Timbul. Dengan didapatkan data Objektif Ny.S tampak meringis kesakitan, Ibu tampak gelisah, hasil Laboratorium : WBC :  $12.79 \times 10^3/uL$  ( $4.00-11.5 \times 10^3/uL$ ), Observasi Tanda Vital : TD 143/89 mHg, RR 24 x/menit, Nadi 55 x/menit, Suhu  $37^\circ C$ , Spo2 95 % (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan nyeri akut terjadi sebagai respon tubuh adanya gangguan sirkulasi pada otot jantung, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Pasien dengan IMA akan memicu terjadinya terbatasnya aktivitas dan kesulitan istirahat akibat nyeri yang disebabkan IMA Hal tersebut sejalan dengan teori yang Menyatakan Keluhan yang khas pada IMA adalah nyeri dada retrosternal (di belakang sternum), seperti diremas- remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan kepongung dan epigastrium.

(Aulia Eka Agustin, Nabhani, 2017)

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah bd Hiperglikemia gangguan toleransi glukosa darah

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti akral dingin, basah, pucat, Ibu mengalami kenaikan kadar glukosa darah yaitu, GDA:260 mg/dL, Glukosa 2 JPP: 310 mg/dL, Pasien tampak lemah, pasien terlihat gemetar, pasien terlihat berkeringat. tanda tanda vital: TD 143/90 mmHg, RR 24 x/menit, S 37.0 C, N 62 x/menit, Spo2 : 95 %, (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena ibu mengalami peningkatan kadar glukosa darah sirkulasi darah yang dapat mengganggu metabolisme tubuh yang

ditandai dengan adanya kenaikan kadar glukosa darah , akral teraba dingin, pucat dan basah (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa gejala dan keluhan yang ditimbulkan karena adanya IMA seperti Kenaikan kadar glukosa darah dan nyeri adalah keluhan yang sering dijumpai. Pasien DM memiliki risiko tinggi terjadinya infark miokard akut dibandingkan dengan pasien nondiabetes. Glukosa puasa memberikan prediksi prognosis pada IMA. (Sari and Widyatmoko, 2011)

### 3. Penurunan curah jantung

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah Penurunan curah jantung dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti Pasien mengeluh lelah dan agak sesak saat beraktivitas, Nadi : 55 x/menit, teraba lemah, Tekanan Darah meningkat 143/89 mmHg, CRT >3 detik Warna kulit klien pucat Hasil EKG ST Elevansi (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena ibu mengalami penurunan curah jantung, Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh menyebabkan sirkulasi darah terganggu mengganggu yang ditandai dengan adanya kenaikan tekanan darah serta pernafasan terasa sesak (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa arena beban jantung mengalami peningkatan sehingga konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisien selama periode istirahat yang lama, pada saat kondisi tubuh kekurangan oksigen hal ini menyebabkan terganggunya sistem metabolisme tubuh serta terjadinya peningkatan atau penurunan tekanan darah secara signifikan (No *et al.*, 2019)

#### 4. Intoleransi Aktivitas

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah Intoleransi Aktivitas dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala Pasien mengeluh lelah Pasien mengatakan badanya terasa lelah dan terasa sesak saat beraktivitas, nadi = 55x/menit, TD = 141/55 mmHg, RR: 24x/menit, Pasien tirah baring, ADL dibantu oleh perawat (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena ibu mengalami Intoleransi aktivitas yang menyebabkan ketidakcukupan energi untuk melakukan **aktivitas** sehari-hari, semua kegiatan pasien memerlukan bantuan orang lain (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa arena beban jantung mengalami peningkatan sehingga konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisien selama periode istirahat yang lama, pada saat kondisi tubuh kekurangan oksigen hal ini menyebabkan terganggunya sistem metabolisme tubuh serta terjadinya peningkatan atau penurunan tekanan darah secara signifikan (No *et al.*, 2019)

#### 4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurjanah, (2010) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan perawatan klien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang dilakukan sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedure) yang telah ditetapkan.

Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memberikan asuhan keperawatan total care pada pasien, sedangkan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan diberikan asuhan keperawatan berupa peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor). Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat beberapa kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Saputra *et al.*, 2016)

Penulis mengangkat diagnose nyeri akut dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan asuhan perawatan 1x24 jam diharapkan pasien toleran terhadap nyeri yang ditandai dengan keluhan nyeri cukup menurun, ekspresi wajah meringis menurun, tanda – tanda vital cukup membaik, pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi, skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan nyeri (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi skala nyeri (1-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri), mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), melakukan pengaturan posisi tidur yang nyaman yang disukai pasien, menganjurkan memonitor nyeri secara

mandiri, motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan, berkolaborasi dalam pemberian obat secara intravena (anti nyeri) (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnose Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 1 x24 jam Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah meningkat ditandai dengan Kestabilan kadar glukosa darah membaik, Status nutrisi membaik, Tingkat pengetahuan membaik (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Monitor kadar glukosa darah, jika perlu, Monitor intake dan output cairan, Berikan asupan cairan oral, Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat Penurunan curah jantung dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer membaik, keluhan lelah membaik, tekanan darah membaik (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi tanda penurunan curah jantung , monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri), Posisikan pasien semi-fowler , Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen. (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnose Intoleransi Aktivitas dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 1 x24 jam Toleransi Aktivitas Meningkat ditandai dengan Frekuensi nadi meningkat menjadi normal, Keluhan



lelah menurun, Tekanan darah membaik ,frekuensi nafas membaik (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Monitor kelemahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, monitor tingkat kemandirian pasien, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (SIKI, 2018).

#### **4.4 Implementasi**

Menurut Nurjanah (2010) implementasi adalah pengelolaan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent), dan tindakan rujukan atau ketergantungan (dependent). Penulis dalam melakukan implementasi menggunakan jenis tindakan mandiri dan saling ketergantungan.

##### **1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (Iskemia)**

Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, melakukan pengkajian dan observasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh, mengidentifikasi karakteristik nyeri, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan terapi obat analgesik hasil kolaborasi dengan dokter, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan posisi yang nyaman.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, observasi karakteristik nyeri diperoleh : ( P : nyeri dada, Q : ditusuk-tusuk atau tertekan, R : dada, S : 3 (0 – 10), T : Hilang timbul), pasien tampak rilekas, wajah tampak lebih segar dan tidak gelisah, observasi tanda –

tanda vital ditemukan : TD 140/90 mmHg, N 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36 °C, spO2 98 %. Intervensi tindakan keperawatan mandiri yang diberikan kepada Ny.S antara lain : melakukan observasi tanda – tanda vital meliputi (mengukur tekanan darah, frekuensi nafas, frekuensi nadi, suhu dan saturasi oksigen), mengkaji karakteristik nyeri yang dialami pasien, memberikan posisi yang nyaman dan mengajarkan latihan teknik relaksasi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) dan mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Penanganan nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Aulia Eka Agustin, Nabhani, 2017). Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung, penurunan, tekanan darah, penurunan frekuensi nafas penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstermitas (Rahmayati, 2010). Dengan manajemen nyeri diharapkan pasien dapat mengontrol rasa nyeri, namun hal tersebut juga harus diimbangi dengan memberikan tindakan kolaboratif kepada pasien dengan pemberian terapi analgesik guna mencapai hasil penatalaksanaan nyeri yang optimal.

## 2. ketidakstabilan kadar glukosa darah

Implementasi yang telah dilakukan yaitu Monitor kadar glukosa darah (GDP dan 2JPP) , Memonitor intake dan output cairan pasien ,memberikan asupan

oral (dengan cara membatu pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya yaitu dengan cara mendorong pasien agar rutin minum air putih sesuai dengan kebutuhan cairan ,meningkatkan nafsu makan terutama sumber hewani dan sayur), menganjurkan pasien agar patuh terhadap diet dan olahraga (menganjurkan pasien menghindari makanan yang dilarang oleh penderita DM dan menganjurkan untuk olahraga ringan kepada pasien), kolaborasi pemberian insulin (memberikan pasien terapi insulin sesuai jam yang telah diresepkan )

Setelah dilakukan implemetasi keperawatan pada data objektif ditemukan :GDA 180, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, pasien minum  $\pm$  700 ml dan makan habis 1 porsi dengan lauk hewani dan sayur, observasi tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi dalam batas normal (95 x/menit).

Tindakan keperawatan mandiri dengan menganjurkan pasien meningkatkan asupan per oral. Anjuran untuk minum air putih yang banyak sangat baik untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit dan perbaikan metabolisme (Yekti, 2011). Istirahat sangat dianjurkan untuk pasien dengan ketidakseimbangan kadar konsentrasi pemeriksaan darah karena dapat mencegah terjadinya kelelahan dan mencegah terjadinya penurunan keadaan (Fitriana, 2018)

Kemudian untuk tidakan kolaboratif antara lain : memberikan injeksi insulin seperti lavemir untuk menstabilkan kadar glukosa darah. Pasien DM memiliki risiko tinggi terjadinya infark miokard akut dibandingkan dengan pasien nondiabetes. Glukosa puasa memberikan prediksi prognosis pada IMA. pada Pasien , kadar glukosa darah pasien DM ditentukan dari kriteria diagnostic WHO, yaitu glukosa plasma puasa  $>7.0$  mmol/l (126 mg/dl) atau glukosa plasma 2 jam postpran- dial  $>11.1$  mmol/l (200mg/dl). Glukosa plasma menggunakan sampel

darah vena dan diukur dengan metode enzimatis (Sari and Widyatmoko, 2011). pada Ny.S mampu menurunkan kadarglukosa darah yang dialami, yang tadinya kadar glukosa darah menurun yakni 180mg/dl, sehingga tanda–tanda hiperglikemi dapat sedikit teratasi dan kondisi pasien semakin membaik. Dengan menurunnya kadar glukosa darah pada Ny.S maka kondisi yang dialami pasien juga semakin cepat mampu teratasi. Oleh karena itu pada implementasi, penulis juga menganjurkan kepada keluarga pasien untuk terus memotivasi pasien agar tetap meningkatkan asupan per oral dengan mengkonsumsi makan yang mengandung tinggi zat besi seperti daging dan sayur untuk menunjang pemberian terapi kolaboratif yang telah diberikan. serta menghindari makanan yang menyebabkan kadar gula darah menjadi tinggi kembali dengan cara mematuhi diet yang telah diberikan.

### 3. Penurunan curah jantung

Intervensi yang telah dilakukan meliputi identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung , memonitor tekanan darah, Memonitor intake dan output cairan, Memonitor saturasi oksigen, Memonitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri), Memposisikan pasien semi-fowler(memberikan posisi setengah duduk agar pasien merasa nyaman saat bernapas) ,Memberikan oksigen untuk memeper tahankan saturasi oksigen.(pada pasien Ny.S diberikan terapi oksigen dengan Nasal Kanul 3 lpm sesuai dengan arahan dokter)

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan rasa lelah sudah sedikit berkurang, pasien mengatakan rasa sesak sudah sedikit

berkurang, Pasien tampak tenang, wajah berseri, observasi tanda – tanda vital ditemukan: TD 140/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

#### 4. Intoleransi Aktivitas

Implementasi pada diagnosa keperawatan ke empat yaitu, Monitor kelemahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, memonitor tingkat kemandirian pasien, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, menganjurkan tirah baring.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, observasi karakteristik nyeri diperoleh : pasien tampak rilekas, wajah tampak lebih segar dan tidak gelisah, observasi tanda – tanda vital ditemukan : TD 140/90 mmHg, N 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36 °C, spO2 98 %. Intervensi tindakan keperawatan mandiri yang diberikan kepada Ny.S antara lain : melakukan observasi tanda – tanda vital meliputi (mengukur tekanan darah, frekuensi nafas, frekuensi nadi, suhu dan saturasi oksigen), Memonitor pola dan jam tidur pasien, serta menganjurkan pasien untuk beristirahat

Istirahat sangat dianjurkan untuk pasien dengan ketidakseimbangan kadar konsentrasi pemeriksaan darah karena dapat mencegah terjadinya kelelahan dan mencegah terjadinya penurunan keadaan pasien, sehingga istirahat harus tetap dilakukan demi mempercepat proses penyembuhan. Menurut Fitriana (2018) Istirahat atau badrest yang cukup setidaknya 7 sampai 8 jam dapat membantu tubuh kembali fresh dan akan memproduksi lebih banyak trombosit dan mempercepat proses penyembuhan. (Fitriana, 2018)

#### 4.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosis yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode subjectif, objectif, assesment, planning (SOAP) Untuk A: Pasien mengatakan masih merasa lemah, Pusing, namun nyeri dada dan sesak nafas sudah sedikit berkurang, rasa tidak nyaman setelah beraktivitas juga sudah berkurang. P : Nyeri dada bertambah ketika banyak saat gerak, Q : Seperti ditusuk tusuk, R : Nyeri dada sebelah kiri tembus ke belakang, S : Skala 3 (1-10), T : Hilang timbul, pasien juga sudah bisa melakukan kegiatan mandiri secara bertahap seperti duduk diatas tempat tidur serta makan sendiri dengan meja yang didekatkan ke pasien serta merasa lebih rileks untuk data objektif Pasien tampak lebih rileks pasien tampak tenang, Nadi : 89 x/menit, TD : 140/90 mmHg, Pola napas : Eupnea, RR : 21 x/menit, SPO2:100%,GDA: 180, 2JPP:200. untuk Masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian, Masalah Pola nafas tidak efektif teratasi sebagian, Masalah nyeri akut teratasi sebagian, Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian, Lanjutkan monitoring TTV, Lanjutkan monitoring skala nyeri, Lanjutkan terapi.