

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Tahap pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan, yang dilakukan secara metodis dengan mengumpulkan informasi dari beberapa sumber untuk menentukan kondisi kesehatan pasien saat ini. Pengkajian pada subjek penelitian dilakukan di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Pengkajian pada pasien yang menjadi kelolaan utama yaitu Ny. N dilakukan pada hari Sabtu, 12 Oktober 2022 pada pukul 08.00 WITA. Pengkajian keperawatan dilakukan setelah pasien dan keluarga menandatangani lembar persetujuan informasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien kelolaan (lansia pasca stroke) didapatkan data sebagai berikut.

Tabel 1
Data Pengkajian Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa
Darah: Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Data Pengkajian	Pasien Ny. N
Identitas Pasien	Pada saat dilakukan asesmen pada hari Sabtu, 12 Oktober 2022 pukul 08.00 WITA, pasien teridentifikasi sebagai Ny. N. Beliau lahir pada tanggal 30 Juli 1957, berumur 67 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Hindu, dan berpendidikan terakhir SMA. Pasien juga memiliki kewarganegaraan Indonesia (WNI). Pasien dibawa ke Ruang Jepun Rumah Sakit Bali Mandara. Wawancara langsung dengan pasien, keluarga pasien, dan rekam medis pasien di Ruang Jepun Rumah Sakit Bali Mandara menjadi sumber data untuk evaluasi pasien Ny. N.
Keluhan utama saat masuk rumah sakit	Pasien mengeluh tubuh terasa lelah dan lesu.
Diagnosa Medis	DM Type II + Gastropati DM + Hiponatremia + Transaminitis + Cardiomegali.

Riwayat keluhan/penyakit saat ini	Pada hari Jumat 11 Oktober 2024 pukul 19.29 WITA pasien datang ke UGD RSUD Bali Mandara dinatar keluarga dengan keluhan lelah yang tidak membaik sejak 4 hari yang lalu disertai mual. Pada saat dilakukan pengecekan gula darah sewaktu dan didapatkan hasil 534 mg/dL. Tanda-tanda vital berikut ini diukur di unit gawat darurat Rumah Sakit Bali Mandara: SpO₂: 98% udara ruangan, suhu: 36,4°C, N: 79x/menit, dan tekanan darah: 169/79 mmHg. Pasien mendapatkan ceftriazone s/d H5 1x2 mg, omeprazole 2x40 mg, antasida 3x15 mg, sukralfat 3x15 mg, ondansentron 3x8 mg, dan NaCl 0,9% 20 tpm selama di IGD. Saat dilakukan pengkajian pada hari Sabtu, 12 Oktober 2024 pukul 08.00 WITA, pasien mengeluh tubuhnya terasa lelah dan lemah. Keluarga mengatakan bahwa pasien terlihat lesu. Pasien juga mengeluh mual, pusing dan mulutnya terasa kering. Kemudian dilakukan pengecekan glukosa darah puasa ditanggal 12 Oktober 2024 didapatkan 426 mg/dL.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengungkapkan selama pengkajian bahwa ia memiliki riwayat diabetes dan telah berhenti menggunakan obat gula seminggu sebelumnya. Menurut pasien, ini adalah pertama kalinya ia dirawat di rumah sakit. Menurut keluarga pasien, tidak ada anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus, kondisi yang sama dengan pasien. Selain itu, pasien menyangkal memiliki kepekaan terhadap obat.
Keadaan Umum	Pasien dirawat di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Saat pengkajian dilakukan pemeriksaan keadaan umum klien dan didapatkan TD : 169/79 mmHg, S : 36,4°C, N : 79x/menit, SpO ₂ : 98% room air
Pemeriksaan Fisik Kepala	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian kepala pasien didapatkan bentuk kepala normosefali, tidak terdapat lesi/luka maupun perdarahan, warna rambut pasien hitam.
Mata	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian mata pasien didapatkan konjungtiva merah muda, sklera normal, penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata.

	Leher	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian leher pasien didapatkan normal, tidak terdapat pembengkakan, dan tidak terdapat masalah pada bagian leher pasien.
	Hidung	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian hidung pasien didapatkan penghidu normal, tidak terdapat secret maupun darah, tidak terdapat tarikan cuping hidung.
	Telinga	Pasien tidak memakai alat bantu dengar, dan pemeriksaan fisik pada telinga pasien menunjukkan bahwa telinganya simetris dan pendengarannya normal.
	Mulut dan gigi	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian mulut dan gigi pasien didapatkan bibir pasien tampak kering, tidak terdapat adanya lesi, gigi pasien lengkap.
	Dada	Bentuk dada yang simetris, irama napas yang teratur, suara napas yang normal, tidak ada batuk, dan tidak ada sekret yang ditemukan selama pemeriksaan fisik pasien.
	Abdomen	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian abdomen klien didapatkan pasien tidak ada kembung.
	Ekstremitas	Pemeriksaan fisik pada ekstremitas pasien menunjukkan tidak ada edema, waktu isi ulang kapiler <3 detik, dan palpasi akral yang hangat.
	Kulit	Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bagian kulit pasien didapatkan warna kulit pasien normal sawo matang, tidak terdapat lesi/luka.
Data Fisiologis	Pernapasan	Pada saat dilakukan pengkajian pada sistem pernapasan, pasien mengatakan tidak ada sesak napas, pasien tidak mengalami kesulitan bernapas, tidak terdapat secret dan tarikan cuping hidung.
	Nutrisi dan Cairan	Pada saat dilakukan pengkajian pada pola kebutuhan nutrisi dan cairan, pasien mengeluh sering haus dan merasakan mulutnya kering. Pasien mengatakan bahwa rasa laparnya tidak menjadi masalah. Pasien mengkonsumsi makanan sesuai dengan porsi yang telah dihitung. Menurut pasien, ia makan tiga kali sehari pada waktu makan tertentu: Pukul 06.30 WITA di pagi hari, pukul 12.00 WITA di siang hari, dan pukul 17.00 WITA di sore hari.

Eliminasi	Pada saat dilakukan pengkajian kebutuhan eliminasi, tidak ditemukan masalah perkemihan pada pasien, warna urine saat BAK yaitu kuning jernih. Selain itu, tidak terdapat masalah defekasi pada pasien, pasien mengatakan dirinya BAB 1 kali dalam sehari.
Istirahat Tidur	Pada saat dilakukan pengkajian pada kebutuhan istirahat dan tidur, pasien mengatakan lama tidurnya sekitar 3-4 jam di malam hari, pasien mengatakan memiliki kebiasaan tidur siang, pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan pengantar tidur.
Mobilisasi	Pada saat dilakukan pengkajian terkait mobilisasi, pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah dan lelah, sehingga selama di rumah sakit, segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan tidak memiliki kegiatan khusus yang dilakukan saat memiliki waktu luang.
Data Psikologis	Pada saat dilakukan pengkajian data psikologis pasien mengatakan semua anggota memiliki hubungan yang harmonis, pasien tinggal bersama suami dan anaknya, Menurut pasien, ia tidak memiliki pengalaman traumatis. Pasien berbicara dengan efektif dan terutama dalam bahasa Indonesia, menyatakan bahwa ia tidak merokok atau melakukan aktivitas tidak sehat lainnya. Menurut klien, pikiran klien saat ini adalah ingin sembuh secepatnya dan berharap dapat beraktivitas secara normal setelah terapi.
Data Sosial, Ekonomi, Spiritual	Saat dilakukan pengkajian data sosial, ekonomi, dan spiritual pasien didapatkan pasien mengatakan tinggal bersama keluarga kandung yaitu bersama suami dan anak, pasien mengatakan seluruh anggota keluarga memiliki hubungan yang harmonis dan tidak terdapat kesulitan dalam keluarga ketika berhubungan dengan anggota keluarga lainnya. Pasien mengatakan dirinya tidak bekerja, pembiayaan kesehatan klien menggunakan BPJS kesehatan. Pasien juga mengatakan rutin beribadah dan percaya Tuhan, agama atau kepercayaan penting.

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses untuk mengenali dan menilai respon pasien terhadap kesehatannya. Penetapan diagnosis keperawatan diawali dengan menganalisis data pengkajian keperawatan. Hasil analisis data pengkajian pasien kelolaan utama tersebut yaitu sebagai berikut.

Tabel 3
Analisis Data Pengkajian Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah dengan Intervensi Senam Kaki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Bali Mandara

Data	Analisis	Masalah Keperawatan
Subjektif - Pasien mengeluh lelah dan tubuhnya lemah, pusing disertai mual - Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat lesu - Pasien mengatakan mulutnya terasa kering	Diabetes Melitus Tipe 2 ↓ Sel Beta Pancreas Hancur ↓ Resistensi Insulin ↓ Penurunan Pemakaian Glukosa ↓ Hiperglikemia ↓ Tidak Terkontrol ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
Objektif - Hasil pemeriksaan glukosa darah puasa ditanggal 12 Oktober 2024 didapatkan 426 mg/dL		

Berdasarkan analisis data, masalah aktual yang teridentifikasi adalah Ketidakstabilan Glukosa Darah karena resistensi insulin. Metode perumusan mengikuti SDKI, dengan mencatat tanda/gejala berupa hasil pemeriksaan glukosa darah puasa yaitu 426 mg/dL. Dengan demikian, diagnosis yang dirumuskan adalah

Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, pusing disertai mual, pasien tampak lesu, mulutnya terasa kering, dan hasil pemeriksaan glukosa darah puasa yaitu 426 mg/dL. Diabetes melitus adalah salah satu kondisi klinis yang terkait untuk menghasilkan diagnosis keperawatan.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan berikut ini dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan untuk pasien utama yang dirawat.

Tabel 4
Rencana Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah dengan Intervensi Senam Kaki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Bali Mandara

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, pusing disertai mual, pasien tampak lesu, mulutnya terasa kering, dan hasil pemeriksaan glukosa darah puasa yaitu 426 mg/dL.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan Kestabilan Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Lelah/lesu menurun 2. Pusing menurun 3. Mulut kering menurun 4. Kadar glukosa dalam darah membaik	Intervensi Utama Manajemen Hiperglikemia Observasi 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Terapeutik 5. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 6. Ajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin) Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian insulin Intervensi Pendukung Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan

	Observasi 1. Identifikasi kepatuhan program pengobatan Terapeutik 2. Berkomitmen untuk melakukan program pengobatan dengan baik. 3. Doronglah keluarga untuk menjadi bagian dari rejimen pengobatan. Edukasi 4. Jelaskan kepada pasien mengenai rangkaian pengobatan yang diperlukan. 5. Ajak keluarga pasien untuk menemani dan merawat mereka selama proses terapi. Intervensi Inovasi Pemberian Terapi Senam Kaki
--	--

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan akan dilakukan sesuai dengan jadwal keperawatan selama tiga hari penuh (24 jam) dari tanggal 12–15 Oktober 2024 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Intervensi yang telah diterapkan meliputi intervensi utama, yaitu pengelolaan hiperglikemia; intervensi sekunder, yaitu program dukungan pengobatan; dan intervensi inovatif, yaitu senam kaki.

Hari pertama implementasi tanggal 12 Oktober 2024 pukul 09.00 WITA diawali dengan tindakan observasi yaitu memonitor kadar glukosa darah, tanda dan gejala hiperglikemia, intake dan output cairan serta tanda-tanda vital. Hasil yang didapatkan yaitu pasien mengatakan lelah dan pusing. Pasien juga mengatakan sering haus dan sering BAK terutama di malam hari. GDP: 426 mg/dL, GDP2JPP: 283 mg/dL, TD: 184/81mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,1 C, RR: 20 x/mnt, SpO2: 96%

RA, CM dari pukul 01.00 yaitu 220 cc dan CK dari pukul 01.00 yaitu 200 cc. Pasien tampak lesu dan bibirnya tampak kering. Pukul 09.30 WITA, dilaksanakan tindakan edukasi yaitu mengajarkan pengelolaan diabetes (memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit DM, menganjurkan mentaati diet yang diberikan dari rumah sakit). Pukul 10.00 WITA, mengkolaborasikan pemberian insulin apidra setelah makan yaitu 14 IU. Pukul 11.00 WITA dilanjutkan dengan melaksanakan intervensi inovasi senam kaki. Pasien duduk tegak di tempat tidur dan meletakkan kaki di lantai sambil melakukan latihan kaki. Pasien melakukan senam kaki berikut.

1. Letakkan tumit di lantai, tekuk kedua kaki ke bawah, lalu luruskan jari-jari kaki ke atas sebanyak sepuluh kali.
2. Letakkan satu tumit di lantai dan angkat telapak kaki ke atas. Kemudian, letakkan jari-jari kaki kaki lainnya di lantai dan angkat tumit ke atas. Ulangi sepuluh kali sambil bergantian antara kaki kiri dan kanan.
3. Letakkan tumit kaki di tanah. Lakukan sepuluh kali, putar pergelangan kaki sambil mengangkat ujung kaki ke atas.
4. Sentuh tanah dengan jari-jari kaki. Kemudian harus mengangkat tumit dan memutar pergelangan kaki sepuluh kali.
5. Angkat satu lutut dan luruskan. Bergantian antara menggerakkan jari-jari kaki ke depan dan mengembalikannya ke bawah. Lakukan ini sepuluh kali.
6. Angkat satu kaki lurus di lantai, lalu bergantian antara kaki kiri dan kanan, bawa ujung jari kaki ke wajah, dan turunkan kembali ke lantai.
7. Angkat dan luruskan kedua kaki. Langkah 6 harus diulang sepuluh kali.

8. Angkat kedua kaki dan jaga agar tetap lurus. Pergelangan kaki dapat digerakkan ke depan dan ke belakang.
9. Putar kaki di pergelangan kaki sambil meluruskan dan mengangkat satu kaki. Lakukan ini sepuluh kali berturut-turut.
10. Menggerakkan kaki dengan selebar koran
 - a) Membuka koran yang dibentuk seperti bola dengan kaki
 - b) Merobek koran menjadi dua bagian lalu memisahkan kedua bagiannya dengan kaki
 - c) Merobek satu bagian koran menjadi kecil-kecil dengan kaki
 - d) Mengumpulkan dan memindahkan sobekan kecil tersebut ke sobekan koran yang masih utuh dengan kaki
 - e) Membungkus semuanya dengan kedua kaki dan membentuknya menjadi bola

Pukul 13.30 WITA, membuat komitmen menjalani program dengan baik, melibatkan keluarga untuk mendukung program, menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani, yaitu: diet DM rendah lemak dengan bentuk tim/lunak, dan Menganjurkan keluarga untuk mendampingi serta merawat pasien selama menjalani program pengobatan. Melakukan pemberian obat ondancetron 3x8mg melalui rute IV, obat antasida dan sucralfate 3x15mg secara oral, dan injeksi insulin aprida 14iu melalui rute SC sesuai jadwal obat siang pukul 15.00 WITA. Kemudian pasien diberikan intervensi inovasi senam kaki pukul 18.00 WITA dengan langkah-langkah yang sama seperti sebelumnya. Pukul 22.00 WITA, melakukan injeksi obat omeprazole 2x40mg, ondancetron 3x8mg, ceftriazone 1x2gr, IVFD NS 0,9% melalui rute IV. Sedangkan obat antasida dan sucralfate 3x15mg, ramipril 1x5mg, candesartan 2x8mg, amlodipine 1x10mg diberikan

peroral. Pasien juga diberikan injeksi insulin ezelin 24iu dan aprida 14iu melalui rute SC sesuai dengan jadwal obat malam.

Hari kedua implementasi tanggal 13 Oktober 2024, pukul 06.00 WITA memberikan obat sesuai dengan jadwal pagi yaitu omeprazole 2x40mg dan ondancetron 3x8mg melalui rute IV, obat antasida dan sucralfate 3x15mg, serta candesartan 2x8mg secara oral. Insulin yang diberikan di pagi hari adalah aprida 14iu melalui rute SC. Selanjutnya, melakukan tindakan observasi yaitu memonitor kadar glukosa darah, tanda dan gejala hiperglikemia, intake dan output cairan serta tanda-tanda vital. Hasil yang didapatkan yaitu pasien mengatakan masih merasa lelah dan pusing, masih merasa sering haus dan kencing, GDP: 268 mg/dL, GD2JPP: 181 mg/dL, TD: 170/90 mmHg, N: 85 x/mnt, S: 36,5 C, RR: 20 x/mnt, SpO2: 96% RA, CM @24 jam yaitu 2440 cc, CK @24 jam yaitu 1600 cc dan pasien tampak masih lesu. Pukul 10.00 WITA, melakukan identifikasi kepatuhan program pengobatan dengan hasil bahwa pasien mengatakan merasa kesulitan mematuhi diet DM dan sering tergoda untuk mengonsumsi makanan di luar rekomendasi karena merasa sering lapar. Pasien juga mengatakan setelah makan diet dari RS merasa lapar lagi dan makan roti lagi. Pasien tampak tidak patuh terhadap jadwal makan dan diet yang dianjurkan. Pukul 11.00 WITA dilanjutkan dengan melaksanakan intervensi inovasi senam kaki sesuai dengan langkah-langkah sebelumnya. Pukul 14.00 WITA, Mengajarkan cara pengelolaan diabetes (mendidikasikan pasien dan keluarga tentang risiko yang terjadi akibat DM yang tidak terkontrol, dan menganjurkan keluarga pasien untuk lebih memperhatikan pola makan pasien dan tidak mengonsumsi makanan di luar diet yang diberikan dari rumah sakit). Pukul 15.00 WITA, melanjutkan pemberian obat sesuai dengan jadwal siang. Kemudian

pasien diberikan intervensi inovasi senam kaki pukul 18.00 WITA dengan langkah-langkah yang sama seperti sebelumnya. Pukul 22.00 WITA, memberikan obat sesuai dengan jadwal malam.

Hari ketiga implementasi tanggal 14 Oktober 2024, dimulai pukul 06.00 WITA dengan memberikan obat sesuai dengan jadwal pagi. Selanjutnya, melakukan tindakan observasi yaitu memonitor kadar glukosa darah, tanda dan gejala hiperglikemia, intake dan output cairan serta tanda-tanda vital. Hasil yang didapatkan yaitu pasien mengatakan masih merasa sering haus dan sering kencing di malam hari, GDP: 209 mg/dL, GD2JPP: 125 mg/dL, pasien tampak masih lesu, Hasil TTV yaitu TD: 151/61 mmHg, N: 75 x/mnt, S: 36,1 C, RR: 20 x/mnt, SpO2: 98% RA, CM @24 jam: 2140 cc dan CK @24 jam: 1900 cc. Pukul 11.00 WITA, melakukan identifikasi kepatuhan program pengobatan dengan hasil bahwa pasien masih merasa kesulitan namun sedang berusaha mematuhi program diet yang dianjurkan secara perlahan. Pukul 11.00 WITA dilanjutkan dengan melaksanakan intervensi inovasi senam kaki sesuai dengan langkah-langkah sebelumnya. Pukul 15.00 WITA, melanjutkan pemberian obat sesuai dengan jadwal siang. Kemudian pasien diberikan intervensi inovasi senam kaki pukul 18.00 WITA dengan langkah-langkah yang sama seperti sebelumnya. Pukul 22.00 WITA, memberikan obat sesuai dengan jadwal malam.

Hari terakhir implementasi, tanggal 15 Oktober 2024, dimulai pukul 06.00 WITA dengan memberikan obat sesuai dengan jadwal pagi. Selanjutnya, melakukan tindakan observasi yaitu memonitor kadar glukosa darah, tanda dan gejala hiperglikemia, intake dan output cairan serta tanda-tanda vital. Hasil yang didapatkan yaitu pasien mengatakan rasa lelah, pusing dan mualnya berkurang.

Pasien mengatakan mulutnya masih terasa kering, masih sering haus dan sering kencing di malam hari, GDP: 200 mg/dL, GD2JPP: 119 mg/dL, pasien masih tampak lesu, Hasil TTV yaitu TD: 148/65 mmHg, N: 75 x/mnt, S: 36,2 C, RR: 20 x/mnt, SpO2: 98% RA, CM @24 jam: 2100 cc dan CK @24 jam: 1500 cc. Pukul 11.00 WITA, melakukan identifikasi kepatuhan program pengobatan dengan hasil bahwa pasien sudah mulai mematuhi program diet yang dianjurkan sedikit demi sedikit. Pukul 11.00 WITA dilanjutkan dengan melaksanakan intervensi inovasi senam kaki sesuai dengan langkah-langkah sebelumnya. Pukul 15.00 WITA, melanjutkan pemberian obat sesuai dengan jadwal siang. Kemudian pasien diberikan intervensi inovasi senam kaki pukul 18.00 WITA dengan langkah-langkah yang sama seperti sebelumnya. Pukul 22.00 WITA, memberikan obat sesuai dengan jadwal malam.

E. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi keperawatan yang telah dilakukan diperoleh hasil evaluasi yaitu sebagai berikut.

Tabel
Evaluasi Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah dengan
Intervensi Senam Kaki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
di RSUD Bali Mandara

Hari, Tanggal/Waktu	Masalah Keperawatan	Evaluasi
Selasa, 15 Oktober 2024 Pukul 22.15 WITA	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) berhubungan dengan	Subjektif: - Pasien melaporkan merasa sedikit lelah, tetapi tidak seberat sebelumnya. - Pasien mengatakan bahwa mual dan vertigo yang dialaminya mulai berkurang.

resistensi insulin	- Pasien mengatakan bahwa ia masih sering merasa haus, mulutnya terasa kering, dan sering buang air kecil di malam hari. Objektif: - Pasien masih tampak lesu - GDP: 200 mg/dL - GD2JPP:119 mg/dL <i>Assessment:</i> Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <i>Planning:</i> Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemi - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan pasien untuk mematuhi program pengobatan - Anjurkan pasien untuk melakukan senam kaki ketika sudah di rumah
--------------------	--
