Kasus 3 (Kel 5 & 6)

Ny. N usia 80 tahun, beragma islam, tinggal di Panti Wredha sejak 6 bulan yang lalu setelah suaminya meninggal, keluarga minitipkan Ny. N karena bekerja di luar kota sehingga tidak dapat mengurusnya. Dari pengkajian awal identitas Ny. N adalah merupakan suku jawa, pendidikan terakhir SD. Keluarga mengatakan sebelumnya Ny. N mempunyai riwayat hipertensi, keluarga juga mengatakan Ny. N saat ini mengalami gangguan memori dan orientasi, perawat kemudian mengkaji lebih dalam dengan menggunakan MMSE dan SPMSQ. Selain itu klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Setelah dilakukan pemeriksaan dan pengkajian didapatkan klien mengeluh nyeri pada ekstermitas bawah dextra dan sinistra, TD: 150/90 mmHg, S: 37,80C, RR: 24 x/menit, N: 78 x/menit, BB 43 kg, TB: 159 cm. Kuku klien tampak kotor, badan klien bau, kancing baju tidak terpasang, kulit kepala berketombe, mulut klien bau, tampak adanya caries pada gigi klien. Nafsu makan klien menurun dan berat badan klien turun, fungsi mengunyah kurang baik. Sendi ekstermitas bawah klien terlihat bengkak, kekuatan otot klien menurun sehingga klien berjalan dengan lambat, klien menggunakan tongkat, klien tampak berjalan dengan hati-hati dan kekuatan otot klien 4/4/4/4, sedangkan pemeriksaan fisik lainnya tidak ada masalah (normal). Hasil pemeriksaan khusus lansia skor pemeriksaan MMSE 11 dan SPMSQ 6, TUG: 13 detik, index barthel: 28, GDS: 12, IADL: 3, Indeks Katz: E. Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan asam urat: 8 mg/dl. Selain itu, keluarga juga mengatakan mood Ny. N sering berubah-ubah, kadang marah, tiba-tiba ssedih dan kadang tertawa. Saat dipanti Ny.N jarang berkumpul dengan teman-teman dalam 1 wisma nya. Perawat melakukan analisis data untuk menentukan diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi berupa terapi modalitas yang sesuai kepada klien.

TUGAS:

1. Susunlah asuhan keperawatan gerontik mulai dari proses pengkajian sampai dengan evaluasi dalam dokumentasi format asuhan keperawatan yang ada.