**Kasus 1 (Kel 1-2)**

Pasien bernama Tn.P berusia 70 tahun bertempat tinggal di Pandanwangi Kota Malang memiliki 1 keluarga dalam 1 rumah. Pendidikan terakhir Tn.P adalah tamat SMP. Tn.P tinggal bersama anak pertama dan satu cucunya, istrinya sudah meninggal sejak 5 tahun yang lalu. Tn.P memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sejak 5 tahun tidak pernah kontrol ke Puskesmas dan obat antihipertensi pasien sudah tidak diminum selama 5 tahun yang lalu. Sejak 5 tahun pasien tidak memeriksakan tekanan darahnya dan juga sering makan ikan asin untuk bekal ke Sawah, saat dikonfirmasi kepada keluarga yaitu Ny.F anak pasien,keluarga bersedia mengantar pasien untuk berobat ke Puskesmas tetapi pasien menolak karena merasa dirinya tidak sakit parah, dan jika ada keluhan pusing atau nyeri ditengkuk pasien mengatakan dibuat istirahat sudah hilang sendiri.

Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri pada bagian tengkuk leher belakang, nyeri dirasa ada benda berat dileher belakang. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan berkurang saat dibuat istirahat. Pasien mengatakan nyeri skala 3. Wajah pasien tampak meringis saat menahan sakit.

Untuk riwayat kesehatan keluarga, pasien mengatakan bahwa ada anggota keluarga pasien yang mempunyai sakit hipertensi atau darah tinggi yaitu alm.ibu pasien. Pola pemenuhan sehari-hari pasien normal selain pola makan yang suka mengkonsumsi ikan asin. Saat dilakukan pemeriksaan pada Tn.P didapatkan hasil BB Tn. P adalah 50 kg. tekanan darah Tn.P adalah 170/90 mmHg, Nadi 87x/menit, Respirasi Rate 19x/menit. Pengkajian head to toe menunjukkan hasil normal tidak ada keluahan. Pengkajian tingkat keseimbangan dan resiko jatuh/injuri terdapat nilai Time Up and Go Test yaitu 9 detik artinya tidak ada risiko jatuh/kemandirian penuh (normal), pengkajian lingkungan rumah yaitu lantai tidak licin, tidak ada jalan yang bergelombang, tidak terdapat anak tangga, penerangan cukup disetiap ruangan, lantai kamar mandi tidak licin. Pengkajian psikosial hubungan dengan orang lain yaitu mampu bekerjaa sama, kebiasaan lansia berinteraksi ke tetangga yaitu selalu, dan stabilitas emosi pasien stabil. Pengkajian status kognitif/afektif SPMSQ pasien berjumlah benar 10 yaitu menunjukan bahwa pasien memiliki intelektual utuh, pengkajian MMSE berjumlah 30 menunjukan bahwa pasien tidak memiliki gangguan kognitif, pengkajian skala depresi geriatrik yang bercetak tebal berjumlah 10 menunjukan bahwa pasien tidak ada depresi. Pengkajian status fungsional Index Barthel skor berjumlah 100 menunjukan bahwa pasien mandiri, pengkajian Activity Daily Living dengan skore menunjukan aktivitas sehari-hari mandiri, pengkajian Index Katz menunjukan bahwa pasien mandiri untuk melakukan 6 fungsi.

TUGAS:

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