

CASE REPORT KEPERAWATAN

A`	IDENTITAS
	Nama: Rekam Medis: Usia/Tanggal lahir: Jenis kelamin: Agama: Tanggal masuk IGD: Tanggal masuk Rawat inap: Diagnosa Medis:
B.	RIWAYAT PENYAKIT
	Keluhan utama:
	Riwayat penyakit sekarang:
	Riwayat penyalit dahulu:
	Riwayat penyakit keluarga:t
C.	PENGKAJIAN FISILOGIS
1	Tanda tanda vital TD N: RR:t S: SpO2:
2	Oksigenasi : Spontan
3	Sirkulasi : Normal
4	Nutrisi Assement gizi:
5	Eliminasi BAB:

	BAK:
6	Aktivitas/ istirahat
7	Status neurologi: Tingkat kesadaran:
8	Sensasi Assesment nyeri Integumen :
9	Proteksi Status mental: Satus psikologis: Penggunaan restrain: Skala risiko jatuh : Barthel index:
10	PEMERIKSAAN FISIK

11	PEMERIKSAAN PENUNJAN
----	-----------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI PRIORITAS:

RENCANA KEPERAWATAN :

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN :

EVALUASI KEPERAWATAN :