



## SPO PEMANTAUAN TANDA-TANDA VITAL (TTV)

<b>Pengertian</b>	Mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskuler, pernapasan dan suhu tubuh
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bersihan jalan napas meningkat</li><li>2. Pertukaran gas meningkat</li><li>3. Pola napas membaik</li><li>4. Curah jantung normal</li><li>5. Perfusi perifer efektif</li><li>6. Status cairan membaik</li><li>7. Keseimbangan cairan membaik</li><li>8. Tingkat perdarahan menurun</li><li>9. Tingkat syok menurun</li><li>10. Termoregulasi membaik</li><li>11. Status neurologis membaik</li></ol>
<b>Persiapan Alat/Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sarung tangan bersih</li><li>2. Spigmomanometer dan manset</li><li>3. Stetoskop</li><li>4. Oksimetri nadi</li><li>5. Termometer</li><li>6. Jam atau pengukur waktu</li><li>7. Pulpen dan lembar pemantauan tanda vital</li></ol>
<b>Prosedur Tindakan</b>	<p><b>Tahap Persiapan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Justifikasi Identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li><li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li><li>3. Lakukan cuci tangan</li></ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri</li><li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li><li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li><li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li></ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan sarung tangan bersih</li><li>2. Periksa tekanan darah dengan spigmomanometer, dengan cara:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Letakkan tensimeter sejajar dengan jantung klien</li><li>b. Buka lengan baju klien atau digulung</li><li>c. Raba arteri brachialis</li><li>d. Pasang manset tensimeter pada lengan atas 2-3 cm diatas denyut arteri dengan posisi pipa karet nya berada searah dengan arteri tersebut. Manset</li></ol></li></ol>

dipasang tidak terlalu longgar atau terlalu kencang.

- e. Tempatkan bagian telinga stetoskop di telinga, memastikan bahwa suara terdengar jelas dan tidak teredam
  - f. Tempatkan diafragma stetoskop langsung diatas denyut arteri tanpa terhalangpakaian atau manset sfigmomanometer
  - g. Tutup katup pompa sfigmomanometer hingga manset mengembang sampai 30 mmHg di atas tekanan sistolik
  - h. Lepaskan katup pompa sfigmomanometer secara perlahan-lahan, catat nilai pada manometer saat pertama kali dan terakhir kali terdengar
  - i. Lepaskan manset
3. Periksa frekuensi, kekuatan dan irama nadi, dengan cara:
- a. Letakkan ujung dua jari tangan ke cekungan yang teraba di area radialis yaitu di sisi dalam lengan di bawah posisi ibu jari
  - b. Tekan secara ringan arteri radialis untuk memastikan adanya denyut nadi, kemudian kurangi penekannya untuk merasakan denutan nadi
  - c. Hitung kuantitas nadi dan catat kualitas denyut nadi (misalnya kuat, lemah, sangat kuat, regular, irregular)
4. Periksa frekuensi dan kedalaman napas, dengan cara:
- a. Pastikan dada klien terlihat, jika perlu melepas pakaian atau selimut
  - b. Tempatkan lengan klien di perut atau dada bagian bawah atau tempatkan tangannya di atas perut
  - c. Amati dan hitung siklus pernafasan (inspirasi dan ekspirasi)
    - Jika respirasi teratur, pernafasan dihitung selama 30 detik kemudian dikalikan 2.
    - Jika ritme teratur < 12 atau > 20 nafas per menit, pernafasan dihitung selama 60 detik.
    - Jika respirasi tidak teratur, menghitung selama 60 detik serta mengkaji frekwensi dan pola penyimpangan
  - d. Kaji kedalaman, keteraturan dan kualitas pernafasan serta ekspansi dinding dada
5. Periksa suhu tubuh dengan termometer, dengan cara:
- Mengukur suhu aksial**
- a. Buka lengan baju klien (bila perlu) dan ketiakny harus dikeringkan lebih dahulu
  - b. Letakkan termometer pada ketiak klien dengan reservoir tepat ditengah ketiak dan lengan klien dilipatkan ke dada (awasi dan dampingi khusus pada penderita tidak sadar dan anak-anak)
  - c. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan mencatat
- Mengukur suhu oral**
- a. Instruksikan klien untuk membuka mulut dan mengangkat lidah ke atas
  - b. Letakkan dengan hati-hati thermometer dibawah lidah bagian tengah
  - c. Instruksikan klien untuk menutup mulut dan menjepit thermometer dengan

	<p>bibirnya dan tidak berbicara selama thermometer berada di mulutnya</p> <p>d. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan catat hasil</p> <p><b>Mengukur suhu rektal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur posisi klien dengan tidur miring pada orang dewasa dan terlentang pada bayi</li> <li>b. Turunkan celana dalam klien sampai di bawah pantat dan tutup tubuh dengan selimut</li> <li>c. Dorong pantat bagian atas ke atas sehingga anus terlihat</li> <li>d. Bersihkan anus dengan potongan tissue</li> <li>e. Masukkan termometer ke dalam anus secara perlahan dan anjurkan klien untuk bernafas panjang dan masukkan sepanjang 3 inchi untuk dewasa dan ½ inchi untuk bayi sambil mengangkat kaki bayi ke atas dengan ujung termometer dipegang</li> <li>f. Angkat termometer setelah 5 sampai 10 menit kemudian membaca hasil dan mencatat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Periksa saturasi oksigen dengan oksimetri nadi</li> <li>7. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>8. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan</li> <li>9. Lepaskan sarung tangan</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> <li>4. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi klien</li> </ol>
<b>Referensi</b>	PPNI (2021). <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta: DPD PPNI.