|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Documents and Settings\Owner\Local Settings\Temp\Logo Kemkes 2016a.png | **KEMENTERIAN KESEHATAN**  **REPUBLIK INDONESIA** | No. SOP | | : | OT.02.02/XLV.2/1211/ 2017 |
| Tgl Pembuatan | | : | 22 November 2010 |
| Tgl Revisi | | : | 18 Mei 2020 |
| Tgl Efektif | | : | 18 Mei 2020 |
| Disahkan oleh :  Kepala BBKPM Bandung  Drg. Maya Marinda Montain, M.Kes  NIP. 196908041994032009 | | | |
| **DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  **BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT**  **BANDUNG** | |
| Nama SOP :  **TINDAKAN FISIOTERAPI DENGAN MENGGUNAKAN**  **MODALITAS ULTRASOUND (US)** | | | |
|  | | | | | |
| Dasar Hukum : | | | Kualifikasi Pelaksana : | | |
| 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2015 Tentang Standart Pelayanan Fisioterapi 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 tahun 2013 tentangPenyelenggaraan Pekerjaan dan Praktek Fisioterapis 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 376/MENKES/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Fisioterapi | | 1. Memiliki Surat Tanda Regristrasi Fisioterapis 2. Memiliki SIKF/SIPF | | | |
|  | | | | | |
| Keterkaitan : | | Peralatan/Perlengkapan : | | | |
| 1. SPO Pelayanan Pasien di Rehabilitasi medik 2. SPO Pelayanan Pasien di Poli Umum 3. SPO Pelayanan Pasien di Poli DOTS 4. SPO Pelayanan Pasien diPoli Anak 5. SPO Pelayanan Pasien di Poli Non TB 6. SPO Pelayanan Pasien di Poli Spesialis 7. SPO Pelayanan Pasien di Poli Aspo 8. SPO Pelayanan Pasien di Rekam medik | | 1. Unit alat USD 2. GEL Ultrasonic 3. Tissue | | | |
|  | | | | | |
| Peringatan : | | Pencatatan dan Pendataan : | | | |
| 1. Daerah yang akan diterapi harus bebas dari pakaian dan bahan-bahan metal seperti kalung, gelang, cincin, risleting, endoprothese 2. US tidak boleh diberikan pada pasien yang mempunyai kontra indikasi terhadap penggunaan US ( yaitu: Jaringan lembut : mata, ovarium, testis, Jaringan yang baru sembuh, jaringan / granulasi baru, Kehamilan, khusus pada daerah uterus, Pada daerah yang sirkulasi darahnya tidak adekuat, Tanda – tanda keganasan dan infeksi ) 3. Apabila SOP Tindakan Fisioterapi Dengan Menggunakan modalitas Ultrasound (US) tidak dilaksanakan dengan benar maka akan terjadi komplikasi lain akibat kesalahan prosedur | | 1. Data pasien dicatat pada buku kunjungan harian dan dimasukkan ke dalam aplikasi SIMRS 2. Setelah selesai dilakukan tindakan ini, jenis tindakan dicatat pada lembar status pasien pada rekam medic | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kegiatan** | **Pelaksana** | **Mutu Baku** | | | **Ket** |
| **Fisioterapis** | **Kelengkapan** | **Waktu** | **Output** |  |
|  | Memastikan letak area yang akan di terapi |  |  | 1 menit | Area terapi telah sesuai |  |
|  | Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai dengan area yang di terapi ( duduk, tidur terlentang, tengkurap atau miring ). |  | Kursi dan / bed terapi | 2 menit | Posisi pasien nyaman dan area yang diterapi bebas dari pakaian |  |
|  | Menentukan posisi yang diperlukan dengan:   * 1. Menyiapkan kursi menghadap bed terapi, jika tindakan dilakukan pada posisi duduk untuk area leher dan punggung atas atau posisi tidur tengkurap.   2. Meminta pasien tidur terlentang untuk area hidung, dada, anggota gerak atas dan anggota gerak bawah bagian depan   3. Meminta pasien tidur tengkurap untuk area punggung atas dan bawah, anggota gerak bawah bagian belakang dan Posisi tidur miring untuk area sesuai sisi yang akan di terapi |  | Kursi dan / bed terapi | 2 menit | Posisi pasien sesuai area yang terkena |  |
|  | Oleskan contact gel secukupnya pada area yang akan diterapi |  | Gel Ultrasound | 1 menit | Area terapi telah tertutup oleh gel ultrasound |  |
|  | Menggunakan alat sesuai dengan Instruksi Kerja Penggunaan USD ( Lihat IK Penggunaan USD ) |  | Unit alat USD dan tranducer  Gel Ultrasound | 10 menit | Alat dan pasien aman selama proses terapi |  |
|  | Memantau keadaan pasien selama proses terapi:   * Penderita tidak boleh bergerak, intensitas dipertahankan sesuai dengan toleransi penderita * Selama terapi bila pusing atau timbul gejala lain terapi dihentikan, bila banyak keringat dipersilahkan segera minum * Jika tanpa keluhan, terapi dilanjutkan smapai selesai |  |  | (selama kgiatan  poin 4 berlang  sung) | Tidak ada komplikasi atau efek samping selama tindakan terapi |  |
|  | Meminta pasien untuk memakai pakaiannya kembali setelah tindakan terapi selesai |  |  | 1 menit | Tindakan Terapi dengan menggunakan USD selesai dilakukan |  |