
	FISIOTERAPI DADA		
	No. Dokumen DIR.03.01.01.019	No. Revisi 00	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 31 Oktober 2023	Ditetapkan Direktur  dr. R. Alief Radhianto, MPH	
Pengertian	– Fisioterapi dada adalah tindakan yang dilakukan oleh Perawat untuk memobilisasi sekresi jalan napas melalui perkusi, getaran, dan drainase postural. Efektivitas fisioterapi dada dikaitkan dengan keterampilan perawat yang melakukan fisioterapi dada. Fisioterapi dada tidak direkomendasikan sebagai intervensi rutin untuk pasien (dewasa dan anak) dengan pneumonia, dan pasien bayi dengan bronkiolitis, atau pasien yang menggunakan ventilasi mekanis.		
Tujuan	– Sebagai acuan dalam melakukan fisioterapi dada. – Mencegah dan mengurangi penumpukan produksi dahak. – Menurunkan tingkat sesak napas – Menjaga fungsi saluran napas dan paru agar tetap bekerja optimal		
Kebijakan	Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Hamori Nomor : Per-088/DIR/VII/2023 Tentang Panduan Asuhan Keperawatan		
Prosedur	1. Perawat melakukan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis) 2. Perawat menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur. 3. Perawat menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Sarung tangan bersih b. Bengkok berisi cairan desinfektan c. Tisu d. Suplai oksigen jika perlu e. Set suction jika perlu 4. Perawat melakukan kebersihan tangan 6 langkah. 5. Perawat menggunakan sarung tangan bersih. 6. Perawat memeriksa status pernapasan (meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan). 7. Perawat memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum.		

FISIOTERAPI DADA

No. Dokumen
DIR.03.01.01.019

No. Revisi
00

Halaman
2 / 2

8. Perawat menggunakan bantal untuk mengatur posisi.
9. Perawat melakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit.
10. Perawat menghindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, daerah insisi, tulang rusuk yang patah.
11. Perawat melakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut.
12. Perawat melakukan penghisapan sputum, jika perlu.
13. Perawat menganjurkan batuk segera setelah prosedur selesai.
14. Perawat merapihkan pasien dan alat-alat yang digunakan.
15. Perawat melepaskan sarung tangan.
16. Perawat melakukan kebersihan tangan 6 langkah.
17. Perawat mendokumentasikan prosedur yang telah dilakukan, karakteristik sputum dan respons pasien.

Unit Terkait

- Unit Rawat Inap
- Instalasi Gawat Darurat
- Instalasi Bedah Sentral
- Unit Rawat Jalan
- Unit Intensif