

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 4

1.AMAÇ: Hastaların cerrahi uygulama sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, en aza indirgenmesi, erken belirlenmesi ve oluşması durumunda tedavi edilmesi aynı zamanda ameliyat odası, uyandırma odası ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kuralları belirlemektir.

2. KAPSAM: Bu prosedür, cerrahi uygulama sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.

3.KISALTMALAR:

4.TANIMLAR:

5.SORUMLULAR: Ameliyathane ve Yoğun Bakım Sorumlu Doktoru, Anestezi uzmanları, anestezi teknisyenleri, Yoğun Bakım hemşireleri ve Servis Hemşireleri

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1.AMELİYAT ODASI

Hastaların ameliyathaneye alındıktan sonraki tüm süreç Ameliyathane İşleyiş Prosedürü doğrultusunda gerçekleştirilir Hastanın cerrahi uygulaması bitirilip, güvenli cerrahi kontrol listesinin AMELİYATHANEYE ait aşamaları doldurulup kontrol edildikten sonra, hasta uyandırma odasına alınır. Anestezi sırasında izleme, anestezi sonrası uyanma periyodu için temel oluşturulur. Uyanma sırasında hastanın durumu hakkındaki verilerin sürekli ve sistematik olarak toplanması ve değerlendirilmesi, hastanın diğer servislere geçirilmesi kararlarını destekler. Hasta yandırma bölümünde izlenir. Hastanın uyanma odasından diğer bir bakım servisine çıkartılmasına anestezi uzmanı karar verir. Post-operatif Hasta Takip Formu ile takip edilir.

6.2.UYANDIRMA ODASI TEMEL İLKELER

• Uyanma odasında kalış süresi, verilen anestezi miktarına bağlı olmakla birlikte, yaklaşık yarım saat ile 1- 2 saattir.

• Hastanın öğürme ve yutma refleksinin geri gelmesi anestezinin sonlandığını gösterir.

• Hastanın anestezi tekniğine göre uygun pozisyon verilmelidir.

6.2.1.İŞLEM BASAMAKLARI

• Yatak etrafına paravan çekilir.

• Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve eldiven giyilir.

• Hasta, güvenli biçimde ve gizliliği korunarak uyanma ünitesine anestezi teknikeri/anestezi hekimi/ameliyathane teknisyeni eşliğinde alınır.

• Hasta ile birlikte ameliyata ilişkin bilgiler ve hasta dosyası da teslim alınır.

• Hasta odaya alındıktan sonra kusmuğun solunum yolunu tıkamaması için lateral ya da sim's pozisyonu verilir.

• Damar yolu açıklığı, cilt rengi kontrol edilir. Gerekirse oksijen verilir, oksijen tedavisinden önce sekresyon varsa hasta aspire edilir.

• Yaşam bulguları ilk iki saatte 15 dakikada bir, sonraki altı saatte ise saatte bir alınarak hemşire gözlem formuna kayıt edilir.

• Hastanın şuur durumu değerlendirilir. Hastaya adıyla seslenerek uyanma ünitesinde olduğu söylenir.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 4

- Hasta bulantı, kusma, kanama, bradikardi ve hipotansiyon belirtileri açısından her 15 dakikada bir takip edilir .
- İdrar miktarı ve özellikleri kontrol edilir.
- Hastaya dönme ve öksürme konusunda yardım edilir.
- Titremeyi azaltmak için battaniye ya da sıcak su torbaları ile vücudun ısınması sağlanır.
- Dudaklara vazelin sürerek çatlaması önlenir.
- Ağrının yeri, şiddeti değerlendirilir, yaşam bulguları stabil ise önerilen analjezik tedavisi düzenli olarak yapılır.
- Hastanın güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara karşı Acil Müdahale Arabası hazır bulundurulur. İzlemler Anestezi Post Operatif Hasta Takip Formu' na eş zamanlı kayıt edilir.

Hasta aşağıdaki durumlar gerçekleştiğinde uyanma ünitesinden kliniğe alınabilir.

- a. Bilinç açık ve oryantasyonu tam olduğunda,
- b. Hava yolu açıklığı sürekli ve serbestçe derin solunum/ öksürmeyi yapabildiğinde,
- c. Yaşam bulguları stabil olduğunda,
- d. Yutma ve öğürme refleksleri yerine geldiğinde,
- e. Dört ekstremitayı hareket ettirebildiğinde,
- f. Aldığı- çıkardığı sıvı miktarı dengeli olduğunda (idrar saatte en az 30 ml olmalı),
- g. Pansumanları kuru ve sağlam, açıkta drenajı olmadığında hasta kliniğe alınabilir.
- h. Hasta transfer formu doldurulur ve gideceği servise haber verilir. Transfer için hasta dosyası ve Anestezi Post Operatif Hasta Takip Formu' hazırlanır.
- ı. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
- i. Tüm bulgular ve uygulamalar kayıt edilir.
- j. Hasta Transfer Prosedürü doğrultusunda transferi gerçekleştirilir.

6.3.YOĞUN BAKIM HASTA ÇIKIŞ KRİTERLERİ

Hasta cerrahi uygulama sonrasında Yoğun Bakım Ünitesine nakledilebilir. Bu durumda hasta aşağıda belirtilen kriterlerin sağlanması durumunda hasta ,”Hastanın Güvenli Transferi Prosedürüne” uygun olarak çıkarılabilir.

6.3.1 CERRAHİ BRANŞLAR İÇİN BAŞLICA ÇIKIŞ KRİTERLERİ;

Genel durumun düzelmesi, Vital fonksiyonlarının stabilize olması, Şoktan çıkması, Post op hastalarda, ileri yaşam desteği gerektiren durumların ortadan kalması, Oral alınınının olması, Kendi başına hayatına idame ettirmesi, Mekanik ventilasyon gereksiniminin ortadan kalması.

6.4. CERRAHİ KLİNİĞİNDE BAKIM VE TAKİP

6.4.1. Dikkat Edilecek Noktalar

- Hasta odasındaki ziyaretçiler dışarı çıkarılmalı, hasta için sessiz, sakin ve güvenli bir ortam hazırlanmalıdır.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 4

- Oda ısı 24-28°C de tutulmalıdır.
- Hasta yatağının fonksiyonları kontrol edilmeli, yatak düz yatış pozisyonunda tutulmalıdır.
- Çarşafın gergin, aletlerin yerinde ve takılı olması sağlanmalıdır.
- Hasta alt bezi, ameliyat bölgesine göre yatak üzerine yerleştirilmelidir.
- Ameliyathane ya da uyanma ünitesi çalışanlarından ameliyatla ilgili bilgiler (hastanın ne zaman ağızdan sıvı alacağı, izin verilen sıvı/ gıdalar, IV solüsyonlar ve IV ilaçlar, yataktaki pozisyonu, istem yapılan ilaçlar, laboratuvar testleri, aldığı-çıkardığı takibi, izin verilen) öğrenilmelidir.
- Ameliyathane raporundan ya da hasta dosyasından yapılan ameliyat, dreni olup olmadığı, kullanılan anestezi maddesi, tahmini kan kaybı, anestezi sonrası uyandırma ünitesinde yapılan ilaçlar öğrenilmelidir.
 - Hastanın yaşam bulgularının takibi, ameliyat sonrası ilk 1 saat 15 dk da bir, daha sonraki saatlerde hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre belirlenecek sıklıkta yapılmalıdır.
 - Ağrı düzeyi, kanama belirtileri, bulantı kusma varlığı, şuur durumu, laboratuvar bulguları izlenmelidir.
 - Kısa sürede büyük miktarda internal ve eksternal olarak görülen kanama kontrol edilemezse şok gelişebilir. Kanlı drenaj 100- 200 ml/ saat ise mutlaka müdahale edilmelidir.
 - Hasta/ ailesine operasyonla ilgili bilgi verilmelidir.

6.4.2.İşlem Basamakları

- Gerekli tüm malzemeler hastaya yakın olacak şekilde yerleştirilir.
- Hazırlanan yatağa, hasta transferi prosedürüne uygun olarak hasta alınır ve üzeri örtülür.
 - Hastaya operasyonuna ve anestezi tekniğine uygun pozisyon verilerek solunum yolu açıklığı sürdürülür.
 - Hastanın bilinç düzeyi kontrol edilir. Bilinçsiz ya da yarı bilinçli hastada aspirasyon riskine karşı hasta hafif yan döndürülerek yatırılır.
 - Olası kusma probleminde aspirasyonu önlemek amacıyla hastanın başını yan tutması sağlanır ve böbrek kuvvet başın yan tarafına yerleştirilir. Bulantı ve kusma varsa hekim istemine göre tedavi yapılır.
 - IV kateter, mesane kateteri, nazogastrik sonda ve drenlerin varlığı kontrol edilir. Tüm kateterlerin açık oldukları ve çalışıp çalışmadıkları kontrol edilir. Hastada var olan kateterlerin içerikleri renk ve miktar yönünden değerlendirilir.
 - Hastaya parenteral sıvı takılı ise klemp açılarak tedavinin devamı sağlanır.
 - Miktarları kayıt edilir ve boşaltılır. Kateterlerin torbalarının uç kısımları yatak seviyesinin altına yerleştirilir ya da askıya asılır. Nazogastrik sondanın uç kısmı açık ise bir şişe içine ya da torba içine yerleştirilir.
 - Hastanın pansumanı renk ve koku bakımından kontrol edilir, ameliyatın türüne bağlı olarak hastanın ameliyat yerinden gelen kan olup olmadığını gözlemek için hasta yan çevrilerek sırt kısmı kontrol edilir.
 - Vücut ısını korumak amacıyla hasta örtülür.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.PR.04	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 4

- Hastanın düşmesini önlemek için yatak korkulukları kaldırılır.
- Hastanın vital bulguları alınır ve değerlendirilir. Anesteziye bağlı solunum ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Solunumun özelliği; sıklık, derinlik ve sayısı değerlendirilir.
 - Oksijen saturasyon düzeyi kontrol edilir. Gerekirse oksijen verilir. Dolaşım; tansiyon, apikal nabız, periferik nabız, cilt, renk, ısı, nem, turgor, tonüs açısından değerlendirilir.
 - Ağız içinde biriken sekresyon varsa aspire edilir, derin solunum ve öksürme egzersizi yapmasına yardım edilir ve hasta cesaretlendirilir.
 - Kanama kontrolü yapılır. Hasta göğüs ağrısı, hipotansiyon, taşikardi, ritm bozukluğu, hipotermi, soğuk terleme, hızlı ve yüzeysel solunum, cilt renginde solukluk, siyanoz, hemogram/ hemotokrit değerinde düşme, susama hissi, insizyon yerinde sızıntı, hematoma, idrar miktarında azalma, drenaj renk ve miktarı açısından değerlendirilir.
 - Hastanın nörolojik değerlendirmesi yapılır. Bilinç, motor ve his değerlendirmesi, zaman, mekan ve kişi oryantasyon değerlendirilmesi yapılır.
 - Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. Ameliyatın ve hastanın tıbbi durumuna göre 8 saatlik ya da 24 saatlik olarak yapılabilir.
 - İdrar retansiyonu açısından hasta takip edilir.
 - Ağrı değerlendirmesi yapılır.
 - Hasta vasküler ya da ortopedik bir ameliyat geçirmişse ilgili ekstremiteler değerlendirilir. Ekstremiteler rengi, ısı, hassasiyeti, hareketi, nabızların niteliği ve varlığı değerlendirilerek kaydedilir ve anormal bir bulgu olduğunda hekime haber verilir. • Antiembolik veya varis çorabı uygulaması varsa dolaşım kontrolü yapılır.
 - Gerçekleştirilen izlemler eş zamanlı olarak Hemşire Gözlem, Hemşirelik Bakım Planı ve ilgili Takip formlarında izlenerek kayıt edilir, ekip üyeleriyle paylaşılır.

7.0. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
2. Hastaların Güvenli Transferine Yönelik Prosedür
3. Hasta Transfer Formu
4. Anestezi Post Operatif Hasta Takip Formu
5. Hemşire Gözlem Formu
6. Hemşire Bakım Planı
7. Nöbet Süreci Ve Hastaların Güvenli Şekilde Devredilmesine İlişkin Kurallar Talimatı

HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
---	---	-----------------------