



**1.AMAÇ:** Özel Versa Hastanesinde hastaların cerrahi uygulama sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, en aza indirgenmesi, erken belirlenmesi ve oluşması durumunda tedavi edilmesi aynı zamanda ameliyat odası, derleme ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kuralların belirlenmesini sağlamaktır.

**2.KAPSAM:** Bu talimat cerrahi uygulama sonrasında hasta izleminin yapıldığı bütün alanları kapsar.

**3.KISALTMALAR:**

**4.TANIMLAR:**

**5.SORUMLULAR:**

**6.1.FAALİYET AKIŞI:**

**6.1.1.Ameliyat Odası:**

6.1.1.1. Hastaların ameliyathaneye alındıktan sonraki tüm süreç “Ameliyathane İşleyiş Prosedürü” doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.1.1.2. Hastanın cerrahi uygulaması bitirilip, “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin” Ameliyathaneye ait aşamaları doldurulup kontrol edildikten sonra, hasta derleme ünitesine alınır.

6.1.1.3. 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 kliniklere geçirilmesi kararlarını destekler.

6.1.1.4. Hasta derleme ünitesinde izlenir. Hastanın derleme ünitesinden diğer bir bakım kliniğine çıkartılmasına anestezi uzmanı karar verir.

**6.2. Derleme Ünitesi:**

6.2.1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve eldiven giyilir.

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

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

6.2.4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.

6.2.5. Hastaya anestezi tekniğine göre uygun pozisyon verilir. Gerekirse kusmuğun solunum yolunu tıkamaması için lateral ya da sim's pozisyonu verilir.

6.2.6. Titremeyi azaltmak için battaniye ya da ısıtılmış örtü ile vücudun ısınması sağlanır.

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

6.2.8. Hastanın şuur durumu değerlendirilir. Hastaya adıyla seslenerek derleme ünitesinde olduğu söylenir.

6.2.9. Hasta bulantı, kusma, kanama, bradikardi ve hipotansiyon belirtileri açısından her 15 dakikada bir takip edilir.

6.2.10. İdrar miktarı ve özellikleri kontrol edilir.

6.2.11. Hastaya dönme ve öksürme konusunda yardım edilir.

6.2.12. Ağrının yeri, şiddeti değerlendirilir, yaşam bulguları stabil ise önerilen analjezik tedavisi düzenli olarak yapılır.

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

6.2.14. Yaşam bulguları ilk iki saatte 15 dakikada bir sonraki 6 saatte ise saatte bir alınarak “Hemşire Gözlem Formu” kayıt edilir.



6.2.15. Hasta aşağıdaki durumlar gerçekleştiğinde derleme ünitesinden kliniğe alınabilir.

- Bilinç açık ve oryantasyonu tam olduğunda,
- Hava yolu açıklığı sürekli ve serbestçe derin solunum / öksürmeyi yapabildiğinde,
- Yaşam bulguları stabil olduğunda,
- Yutma ve öğürme refleksleri yerine geldiğinde,
- Dört ekstremitayı hareket ettirebildiğinde,
- Aldığı - çıkardığı sıvı miktarı dengeli olduğunda,
- Pansumanları kuru ve sağlam, açıkta drenajı olmadığında hasta kliniğe alınabilir.

6.2.16. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

6.2.17. Tüm bulgular ve uygulamalar kayıt edilir.

### 6.3. Yoğun Bakım Hasta Çıkış Kriterleri:

6.3.1. Hasta cerrahi uygulama sonrasında Yoğun Bakım Ünitesine nakledilebilir.

6.3.2. Cerrahi Branşlar İçin Başlıca Çıkış Kriterleri;

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

### 6.4. Cerrahi Kliniğinde Bakım ve Takip:

#### 6.4.1. Dikkat Edilecek Noktalar;

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

6.4.1.2. Oda ısısı 24 - 28°C de tutulmalıdır.

6.4.1.3. Hasta yatağının fonksiyonları kontrol edilmeli, yatak düz yatış pozisyonunda tutulmalıdır.

6.4.1.4. Çarşafın gergin, aletlerin yerinde ve takılı olması sağlanmalıdır.

6.4.1.5. Hasta alt bezi, ameliyat bölgesine göre yatak üzerine yerleştirilmelidir.

6.4.1.6. Klinik hekimi tarafından 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.

6.4.1.7. Ameliyathane raporundan ya da hasta dosyasından yapılan ameliyat, dreni olup olmadığı, kullanılan anestezi maddesi, tahmini kan kaybı, anestezi sonrası derleme ünitesinde yapılan ilaçlar öğrenilmelidir.

6.4.1.8. 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.

6.4.1.9. Ağrı düzeyi, kanama belirtileri, bulantı kusma varlığı, şuur durumu, laboratuvar bulguları izlenmelidir.

6.4.1.10. Kısa sürede büyük miktarda internal ve eksternal olarak görülen kanama kontrol edilemezse şok gelişebilir.

6.4.1.11. Kanlı drenaj 100 - 200 ml / saat ise mutlaka müdahale edilmelidir.

6.4.1.12. Hasta / ailesine operasyonla ilgili bilgi verilmelidir.



#### 6.4.2. Klinikte Yapılan İşlemler:

6.4.2.1. Gerekli tüm malzemeler hastaya yakın olacak şekilde yerleştirilir.

6.4.2.2. Hastaya operasyonuna ve anestezi tekniğine uygun pozisyon verilerek solunum yolu açıklığı sürdürülür.

6.4.2.3. Hastanın bilinç düzeyi kontrol edilir. Bilinçsiz ya da yarı bilinçli hastada aspirasyon riskine karşı hasta hafif yan döndürülerek yatırılır.

6.4.2.4. Olası kusma probleminde aspirasyonu önlemek amacıyla hastanın başını yan tutması sağlanır ve böbrek küvet başın yan tarafına yerleştirilir. Bulantı ve kusma varsa hekim istemine göre tedavi yapılır. 6.4.2.5. 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.

6.4.2.6. Hastaya parenteral sıvı takılı ise klemp açılarak tedavinin devamı sağlanır.

6.4.2.7. 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.

6.4.2.8. 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. 6.4.2.9. Vücut ısısını korumak amacıyla hasta örtülür.

6.4.2.10. Hastanın düşmesini önlemek için yatak korkulukları kaldırılır.

6.4.2.11. Hastanın vital bulguları alınır ve değerlendirilir. Anesteziye bağlı solunum ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Solunumun özelliği; sıklık, derinlik ve sayısı değerlendirilir.

6.4.2.12. Oksijen saturasyon düzeyi kontrol edilir. Gerekirse oksijen verilir. Dolaşım; tansiyon, apikal nabız, periferal nabız, cilt, renk, ısı, nem, turgor, tonüs açısından değerlendirilir.

6.4.2.13. Ağız içinde biriken sekresyon varsa aspire edilir, derin solunum ve öksürme egzersizi yapmasına yardım edilir ve hasta cesaretlendirilir.

6.4.2.14. 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.

6.4.2.15. Hastanın nörolojik değerlendirmesi yapılır. Bilinç, motor ve his değerlendirmesi, zaman, mekan ve kişi oryantasyon değerlendirmesi yapılır.

6.4.2.16. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. Ameliyatın ve hastanın tıbbi durumuna göre 8 saatlik ya da 24 saatlik olarak yapılabilir.

6.4.2.17. İdrar retansiyonu açısından hasta takip edilir.

6.4.2.18. Ağrı değerlendirmesi yapılır.

6.4.2.19. Hasta vasküler ya da ortopedik bir ameliyat geçirmişse ilgili ekstremiteler değerlendirilir. Ekstremitte rengi, ısısı, hassasiyeti, hareketi, nabızların niteliği ve varlığı değerlendirilerek kaydedilir ve anormal bir bulgu olduğunda hekime haber verilir.

6.4.2.20. Antiembolik veya varis çorabı uygulaması varsa dolaşım kontrolü yapılır.

6.4.2.21. Gerçekleştirilen izlemler eş zamanlı olarak "Hemşire Gözlem" kaydedilerek hemşireler ile paylaşılır. Nöbet teslim sürecinde göre hasta bilgileri nöbetçi hemşireye aktarılır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BAŞHEMŞİRE	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM