

PENGARUH METODE *ENHANCED RECOVERY AFTER CESAREAN SECTIO* (ERACS) TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN PASCA *SECTIO CESAREA*

Evarista Theofika^{1*}, Pujiyanto²

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia^{1,2}

Corresponding Author : theofikaeva@gmail.com

ABSTRAK

Persalinan dengan *sectio cesarea* meningkat dari tahun ke tahun. Penerapan metode *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) pada *sectio cesarea* atau ERACS diklaim dapat mempercepat proses pemulihan pasca operasi. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh perbedaan metode operasi, umur dan riwayat persalinan terhadap tingkat kemandirian pasien pasca operasi *sectio cesarea* di RS Pondok Indah Puri Indah tahun 2022. Metode penelitian menggunakan studi *cross sectional* dengan pengambilan data secara retrospektif dari rekam medis pasien yang melahirkan secara *Sectio cesarea* pada tahun 2022. Hasil penelitian disimpulkan terdapat perbedaan bermakna tingkat kemandirian pasca operasi antara pasien yang menggunakan metode operasi ERACS (n=157,43) dan non ERACS (n=240,46; p value <0,05), namun tidak terdapat perbedaan bermakna tingkat kemandirian pasca operasi berdasarkan riwayat persalinan (p value = 0,89) dan kelompok umur (p value = 0,31). Metode ERACS berpengaruh terhadap tingkat kemandirian pasca operasi *Sectio Cesarea*.

Kata kunci : ERACS, *sectio cesarea*, tingkat kemandirian

ABSTRACT

Cesarean Section rate has increased from year to year. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Cesarean Section or ERACS is claimed to speed up the post operative recovery process. This study aims to determine the effect of different operating methods, age and parity to the level of patient's independence post Sectio Cesarean at Pondok Indah Puri Indah Hospital in 2022. A case control study method is used with retrospective data collection from patients' medical records who gave birth by Sectio Cesarean in 2022. There was a significant difference in the level of postoperative independence between patients using the ERACS (n=157.43) and non ERACS (n= 240.46; p value <0.05), but there was no significant difference in the level of postoperative independence based on parity (p value = 0.89) and age group (p value = 0.31). In conclusion, ERACS method has an effect on the level of independence after Sectio Cesarean.

Keywords : ERACS, *cesarean Section*, *level of independence*

PENDAHULUAN

Angka operasi *Sectio cesarea* secara global mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Sejak tahun 1985, komunitas tenaga kesehatan internasional mengemukakan bahwa jumlah ideal persalinan melalui *section caesarea* sebanyak 10-15% dari jumlah persalinan. (World Health Organization, 2015) Namun pada kenyataannya, jumlah ini mengalami tren semakin meningkat dari tahun ke tahun. Jumlah persalinan dengan *sectio cesaerea* di tingkat dunia meningkat dari 7% pada tahun 1990 hingga saat ini mencapai 21%. WHO memprediksi pada tahun 2030, sepertiga dari jumlah persalinan akan menggunakan *section cesarea* (World Health Organization, 2021).

Di Indonesia, berdasarkan data RISKERDAS 2018, persalinan dengan metode operasi mencapai 17,6% dari total persalinan. DKI Jakarta menempati urutan pertama sebagai provinsi dengan proporsi persalinan menggunakan metode operasi yakni sebesar 31,1%, diikuti dengan provinsi Bali 30,2% dan Sumatera Utara 23,9% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Melihat semakin banyaknya pasien yang menggunakan metode operasi untuk

persalinannya, mendorong agar kebutuhan pelayanan perioperatif perlu ditingkatkan, terutama kebutuhan percepatan pemulihan.

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) adalah rangkaian pelayanan perioperative multidisiplin yang diterapkan pada pasien yang menjalani prosedur bedah, bertujuan untuk mencegah stress akibat proses pembedahan dan berusaha memodifikasi respon stress agar memberikan hasil yang lebih baik. ERAS menekankan pada gabungan intervensi yang menjaga keseimbangan fungsi fisiologis tubuh dan mempercepat proses pemulihan agar kembali ke kondisi semula (Sardimon et al., 2022). Awalnya, di tahun 2001, protokol ERAS dirintis oleh sekelompok dokter bedah di Eropa dengan tujuan meningkatkan hasil klinis akhir sesudah operasi. Pertama kali metode ERAS diterapkan pada kasus pembedahan kolorektal, namun seiring berjalannya waktu metode ERAS mulai diterapkan pada berbagai macam operasi pembedahan yang lainnya (Sardimon et al., 2022).

Pada tahun 2017, ERAS *society* memilih ahli-ahli untuk membuat panduan penerapan ERAS pada operasi caesar, sehingga berdasarkan hasil rekomendasi para ahli dan berbasis bukti dihasilkan protocol penerapan ERAS pada operasi caesar yang dikenal dengan *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS) (Caughey et al., 2018). Metode ERACS bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan keamanan persalinan baik bagi ibu maupun bayi. Oleh karena itu, pemilihan metode operasi dapat memberikan manfaat positif untuk percepatan proses pemulihan pasca operasi sehingga membantu ibu agar dapat menjalankan perannya sebagai ibu baru untuk merawat bayinya.

Selain pemilihan metode operasi, karakteristik pasien juga dapat mempengaruhi percepatan proses pemulihan pasca operasi. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah riwayat persalinan sebelumnya. Pengalaman nyeri pasca persalinan sebelumnya dikatakan membuat para ibu lebih dapat mentoleransi dan mengatasi nyeri yang timbul pada persalinan berikutnya (Indanah et al., 2021; Marfuah et al., 2019). Karakteristik pasien lainnya yang juga dapat mempengaruhi adalah faktor usia, dimana dikatakan bahwa tingkat kematangan umur juga berkontribusi terhadap kematangan emosi seseorang dalam merespon nyeri. Kecepatan mobilisasi dan tingkat nyeri pasca operasi pada akhirnya mempengaruhi tingkat kemandirian ibu dalam menghadapi situasi penyembuhan pasca operasi dan menjadi seorang ibu yang harus merawat bayi baru lahir.

RS Pondok Indah Puri Indah merupakan rumah sakit umum tipe B yang berlokasi di Jakarta Barat. Sesuai dengan Standar Akreditasi Nasional bahwa setiap rumah sakit wajib menetapkan area prioritas rumah sakit (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2022), maka pada tahun 2022, Rumah Sakit Pondok Indah Puri Indah menetapkan pelayanan bedah sebagai area prioritas rumah sakit. Berdasarkan data *medical record*, *Sectio cesarea* merupakan salah satu dari 10 tindakan bedah terbanyak yang dilakukan di Rumah Sakit Pondok Indah Puri Indah. Berdasarkan data yang ada dan melihat potensi pengembangan layanan, rumah sakit ini pun menetapkan layanan persalinan (*maternity*) sebagai salah satu layanan unggulan. Oleh karena itu, sebagai salah satu rumah sakit yang memiliki konsentrasi pada bidang persalinan, dalam penelitian ini penulis ingin meneliti pengaruh pemilihan metode ERACS terhadap tingkat kemandirian pasca operasi *Sectio Cesarea*. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh perbedaan metode operasi, umur dan riwayat persalinan terhadap tingkat kemandirian pasien pasca operasi *sectio cesarea* di RS Pondok Indah Puri Indah tahun 2022.

METODE

Desain penelitian ini adalah studi retrospektif yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh perbedaan metode operasi sebagai faktor eksternal pasien serta umur dan riwayat persalinan sebagai faktor internal pasien terhadap tingkat kemandirian pasien pasca operasi *Sectio Cesarea*. Data diperoleh melalui telusur rekam medis seluruh pasien melahirkan secara operasi

Sectio cesarea selama tahun 2022. Penelitian ini menggunakan data populasi sebanyak 378 data pasien. Variabel independen adalah metode operasi (ERACS dan konvensional) dan riwayat persalinan (primipara dan multipara) dan umur sedangkan variabel dependennya adalah tingkat kemandirian pasien yang merupakan hasil perkalian dari durasi mobilisasi dan skala nyeri post operasi.

Pengukuran durasi mobilisasi pasca operasi (dalam jam) yang diukur sejak pasien dipindahkan dari kamar operasi ke kamar perawatan dalam kondisi terpasang kateter urin hingga kateter urin dilepas. Pengukuran nyeri dilakukan dengan mengukur nyeri 24 jam pasca operasi menggunakan *Visual Analogue Scale* (VAS) dengan rentang skor 0-10, dimana skor 0 menunjukkan tidak nyeri dan skor 10 menunjukkan sangat nyeri. Kemudian ditentukan tingkat kemandirian pasien dengan melihat skala nyeri dan durasi mobilisasi pasca operasi karena kedua faktor ini yang mempengaruhi pasien pasca *Sectio cesarea* untuk dapat melakukan aktivitas. Skor tingkat kemandirian dihitung dengan cara mengalikan nilai durasi mobilisasi pasca operasi dan skala nyeri.

Berdasarkan hasil Uji Normalitas *Kolmogorov Smirnov* didapatkan data berdistribusi tidak normal sehingga dilakukan uji non parametric Uji *Mann Whitney* untuk melihat apakah ada perbedaan bermakna rata-rata tingkat kemandirian pasien pasca operasi jika dihubungkan dengan perbedaan metode operasi, riwayat persalinan (paritas) dan kelompok umur.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Sampel Penelitian

Variabel	Frekuensi	%
Metode operasi		
ERACS	232	61,37
Non ERACS	146	38,62
Riwayat persalinan		
Primipara	219	57,93
Multipara	159	42,06
Umur		
≤ 31 tahun	215	56,87
>31 tahun	163	43,12

Tabel 1 menggambarkan karakteristik sebaran populasi penelitian berdasarkan variable yang akan diteliti. Dari total 378 data pasien yang diteliti, 232 pasien (61,37%) menggunakan metode operasi ERACS dan 146 pasien (38,62%) menggunakan metode operasi konvensional. Dilihat dari riwayat persalinannya, 219 pasien (57,93%) baru pertama kali melahirkan, sedangkan 159 pasien (42,06%) sudah pernah melahirkan sebelumnya. Sebagian besar umur pasien yang melahirkan secara *Sectio Caesarea* berada di rentang umur 25-37 tahun dengan nilai median berada di umur 31 tahun, sehingga pada uji statistik dibagi menjadi kelompok umur di bawah 31 tahun dan di atas 31 tahun.

Tabel 2. Tabel Data Statistik Durasi Mobilisasi, Skala Nyeri dan Tingkat Kemandirian

	Min	Max	Mean	SD
Durasi mobilisasi (jam)	4,5	61	16,41	7,29
- ERACS	4,5	24	13,83	4,22
- Non ERACS	7,5	61	20,49	9,07
Skala nyeri	0	3	2,53	0,56
- ERACS	0	3	2,54	0,53
- Non ERACS	0	3	2,51	0,61
Skor tingkat kemandirian	0	183	40,95	19,14
- ERACS	0	71,25	35,30	13,68
- Non ERACS	0	183	49,92	22,85

Pada tabel 2 disajikan data statistic variabel dependen penelitian yaitu durasi mobilisasi, skala nyeri dan skor tingkat kemandirian. Berdasarkan hasil penelitian, rata-rata durasi mobilisasi pasca *Sectio cesarea* adalah 16,41 jam dengan nilai minimum 4,5 jam, maksimum 61 jam dan standar deviasi 7,29 jam. Jika dibedakan berdasarkan metode operasi yang digunakan, kelompok pasien yang menggunakan metode ERACS memiliki nilai rata-rata durasi mobilisasi pasca *Sectio cesarea* lebih cepat (13,83 jam) dibandingkan dengan kelompok pasien non ERACS (20,49 jam). Pada variabel skala nyeri, didapatkan rata-rata skala nyeri pasca *Sectio cesarea* adalah 2,53 dari 10 menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS) dengan nilai maksimum 3, nilai minimum 0 dan standar deviasi 0,56. Skala nyeri dapat dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu, nyeri ringan (0-3), nyeri sedang (4-6) dan nyeri berat (7-10). Berdasarkan data rata-rata skala nyeri, pada kedua kelompok penelitian sama-sama mengalami nyeri ringan (skala nyeri <3). Variabel skor tingkat kemandirian merupakan hasil perkalian dari durasi mobilisasi dan skala nyeri masing-masing responden penelitian dan didapatkan nilai rata-rata 40,95 dengan nilai maksimum 183, nilai minimum 0 dan standar deviasi 19,14. Pada kelompok penelitian yang menggunakan metode ERACS, didapatkan nilai rata-rata lebih rendah (35,30) dibanding dengan kelompok penelitian yang menggunakan metode non ERACS (49,92).

Tabel 3. Hasil Uji Normalitas Durasi Mobilisasi

Durasi Mobilisasi	ERACS	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
		Statistik	df	Sig
	Non-ERACS	.158	146	.000
	ERACS	.125	232	.000

Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Skala Nyeri

Skala Nyeri	ERACS	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
		Statistik	df	Sig
	Non-ERACS	.348	146	.000
	ERACS	.358	232	.000

Tabel 5. Hasil Uji Normalitas Tingkat Kemandirian

Tingkat Kemandirian	ERACS	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
		Statistik	df	Sig
	Non-ERACS	.092	146	.004
	ERACS	.100	232	.000

Data penelitian kemudian diolah menggunakan program IBM SPSS Statistic 22. Berdasarkan Tabel 3, 4 dan 5 telah dilakukan uji normalitas *Kolmogorov Smirnov* pada variabel mobilisasi, skala nyeri dan tingkat kemandirian. Didapatkan hasil untuk durasi mobilisasi, skala nyeri, dan tingkat kemandirian baik pada metode operasi ERACS maupun non ERACS didapatkan nilai signifikansi <0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa data penelitian terdistribusi tidak normal. Oleh karena itu perlu dilakukan uji lanjutan non parametric dengan uji *Mann-Whitney*.

Dari hasil uji statistik ketiga variabel ini (Table 6) terlihat bahwa metode operasi memberikan perbedaan yang paling bermakna terhadap tingkat kemandirian pasien pasca *Sectio cesarea* dibandingkan karakteristik pasien yaitu riwayat persalinan sebelumnya dan umur. Jika dilihat dari rerata skor tingkat kemandirian pasien pasca *Secatio Cesarea* yang menggunakan metode ERACS (157,43) memiliki perbedaan sekitar 34,5% dengan pasien non ERACS (240,46). Perbedaan bermakna ini terjadi pada perbedaan durasi mobilisasi. Pada tabel 7, durasi mobilisasi memiliki p value <0,05, sedangkan skala nyeri memiliki p-value > 0,05.

Tabel 6. Hubungan Metode Operasi, Paritas dan Umur dengan Tingkat Kemandirian Post Operasi *Sectio Cesarea*

	Rerata Kemandirian	Skor	Tingkat	<i>p value</i>
Metode operasi				
- ERACS	157,43			0,00
- non ERACS	240,46			
Paritas				
- Primipara	188,34			0,89
- Multipara	191,10			
Umur				
- ≤ 31 tahun	184,52			0,31
- > 31 tahun	196,14			

Tabel 7. Perbandingan Durasi Mobilisasi dan Skala Nyeri Pasien ERACS dan Non ERACS

	<i>Mean</i>	Minimum	Maksimum	<i>P value</i>
Durasi mobilisasi				
ERACS	13,83 jam	4,5 jam	24 jam	0,00
Non ERACS	20,49 jam	7,5 jam	61 jam	
Skala nyeri				
ERACS	2,51	0	3	0,97
Non ERACS	2,54	0	3	

PEMBAHASAN

Pasien dengan operasi *Sectio cesarea* non ERACS pada umumnya tidak diperbolehkan bergerak selama 12 jam pasca operasi. Selain itu pasien juga menjadi takut untuk bergerak karena takut merasa nyeri, sehingga rata-rata pasien dengan metode konvensional baru dapat mobilisasi setelah 24 jam pasca operasi. Dampak tidak dilakukannya mobilisasi dini dapat mempengaruhi sisi fisiologis maupun psikologis ibu yang pada akhirnya mempengaruhi tingkat kemandirian ibu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan menjalankan perannya sebagai ibu baru.

Operasi *Sectio cesarea* dengan metode ERACS secara prinsip memanfaatkan sifat fisiologis tubuh untuk mempercepat pemulihan dan mengutamakan kolaborasi antar bidang ilmu untuk memberikan tatalaksana yang komprehensif. Penerapan metode ERACS menggunakan panduan protocol yang mencakup persiapan preoperatif, intraoperatif dan post operatif. Pada tahap preoperatif pasien diberikan edukasi dan konseling serta informasi terkait prosedur yang akan dijalani (Tika et al., 2022). Menurut Maharani, (2022), keikutsertaan pasien dalam pengambilan keputusan bersama berperan penting dalam keberhasilan prosedur. Pemberian premedikasi, memperpendek interval puasa, optimalisasi kondisi penyakit penyerta ibu juga termasuk dalam protocol preoperatif metode ERACS. Pada tahap intraoperatif meliputi manajemen anestesi, teknik pembedahan, pencegahan hipotermia membantu mempercepat proses pemulihan. Pasca operasi pada metode ERACS menganjurkan pelepasan kateter urin dan mobilisasi dini untuk mengurangi risiko infeksi, tromboemboli vena, penyembuhan luka dan mengembalikan metabolisme tubuh (Maharani et al., 2022). Oleh karena itu, dengan metode ERACS memungkinkan ibu lebih cepat beraktivitas mandiri pasca operasi.

Jika dilihat dari riwayat persalinan tidak terdapat perbedaan bermakna antara pasien yang baru pertama kali melahirkan (primipara) dan sudah pernah melahirkan sebelumnya (multipara) (p value = 0,89). Berdasarkan studi sebelumnya, menurut Indanah (2021), ibu yang sudah pernah melahirkan sebelumnya cenderung memiliki tingkat kemandirian lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang baru pertama kali melahirkan. Perasaan cemas dan takut lebih banyak dialami oleh ibu yang baru pertama kali melahirkan karena belum memiliki

pengalaman kondisi seperti apa yang akan dihadapi (Indanah et al., 2021). Penelitian lain oleh Dewi Marfuah, et al (2019) menemukan riwayat persalinan sebelumnya mempengaruhi pengalaman nyeri yang dirasakan pasca persalinan baik melalui persalinan per vaginam maupun *Sectio Cesarea*. Mayoritas responden (51,2%) multipara mengalami nyeri yang lebih rendah dibandingkan dengan responden nullipara karena responden tersebut telah memiliki pengalaman nyeri persalinan sebelumnya. Pengalaman menghadapi nyeri persalinan ini membuat para ibu menjadi lebih dapat mempersiapkan mental dan dirinya dalam menghadapi persalinan berikutnya. Hal ini sejalan dengan opini Nursalam (2015), bahwa nyeri dipengaruhi faktor persepsi masing-masing individu dalam mentoleransi nyeri, yang dipengaruhi oleh faktor usia, pengalaman, lingkungan dan sebagainya (Indanah et al., 2021). Namun menurut Demelash, et al (2022) ibu dengan riwayat persalinan sebelumnya terutama dengan riwayat *Sectio cesarea* sebelumnya justru dapat meningkatkan risiko mengalami nyeri pasca operasi dua kali lebih tinggi. Adanya peningkatan risiko dehisensi rahim, perdarahan, infeksi dan adhesi pada persalinan multipara berisiko menimbulkan nyeri pasca operasi yang lebih tinggi yang dapat berpengaruh pada tingkat kemandirian (Demelash et al., 2022). Pada penelitian ini, tidak terdapat perbedaan bermakna secara statistik antara pasien yang baru pertama kali melahirkan dengan yang sudah pernah melahirkan sebelumnya. Hal ini dapat disebabkan adanya faktor lain yang mempengaruhi seperti faktor pendidikan, status gizi, edukasi persiapan persalinan yang masih perlu diteliti lebih lanjut.

Dari segi umur didapatkan nilai p value = 0,31, maka dapat disimpulkan juga bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antara kelompok umur pasien di atas 31 tahun dan di bawah 31 tahun. Menurut penelitian Marfuah, et al (2019), ibu yang melahirkan pada usia reproduktif di rentang umur 26-35 tahun pada umumnya tidak memiliki risiko persalinan. Kebanyakan responden yang melahirkan pada umur tersebut juga mengalami nyeri ringan (skala 1-3) (Marfuah et al., 2019). Hal ini disebabkan karena pada rentang usia tersebut kebanyakan wanita berada dalam kondisi reproduktif yang optimal dan secara psikologis sudah dewasa untuk mengontrol emosi termasuk mengatasi nyeri. Semakin dewasa usia seseorang, semakin tinggi kemampuan wanita mentoleransi nyeri. Menurut Subandi (2017), wanita yang melahirkan pada usia di luar usia reproduktif optimal, yaitu kurang dari 23 tahun terlebih kurang dari 20 tahun, kondisi rahim dan panggul wanita masih dalam tahap perkembangan. Demikian pula dengan usia diatas 35 tahun, dimana kondisi rahim sudah lebih lemah sehingga kurang baik untuk melahirkan (Subandi, 2017). Pada penelitian ini sebagian besar berada di rentang usia produktif sehingga secara statistic didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok umur di atas.

Pada rerata skor tingkat kemandirian pasien pasca *Sectio Cesarea* yang menggunakan metode ERACS terjadi perbedaan bermakna disebabkan oleh komponen durasi mobilisasi (p value < 0,05). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Warmiyati (2022) bahwa metode ERACS berpengaruh dalam mempercepat mobilisasi pasca *Sectio cesarea* (Warmiyati & Ratnasari, 2022). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, pelaksanaan mobilisasi pasien *Sectio cesarea* dengan metode non ERACS rata-rata dilakukan 20,41 jam pasca operasi. Pada 6-8 jam pasca operasi non ERACS, pasien baru dapat menggerakkan badan miring kanan dan kiri. Pada 10-12 jam pasca operasi masih banyak responden yang takut untuk duduk. Hanya 1 dari 17 responden dengan metode non ERACS pada 15 jam pasca operasi yang dapat dilepas kateter urin dan mobilisasi. Pada protocol ERACS, pasien dapat dilakukan mobilisasi dini 0-8 jam pasca operasi dengan duduk di tempat tidur atau kursi, kemudian bertahap ditingkatkan sampai pasien dapat berjalan dalam 24 jam pasca operasi. Kateter urin dilepas dalam waktu 6 jam pasca operasi agar memudahkan dan memotivasi pasien untuk mobilisasi dan melakukan aktivitas sehari-hari sendiri seperti buang air kecil sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sebagai ibu baru.

KESIMPULAN

Metode *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS) merupakan rangkaian pelayanan pembedahan yang melibatkan multidisiplin ilmu, mulai dari tahap preoperatif, intraoperatif sampai pasca operatif. Berdasarkan penelitian ini, metode ERACS terbukti menghasilkan tingkat kemandirian pasien pasca *Sectio cesarea* lebih baik dibandingkan dengan *Sectio cesarea* dengan metode non ERACS. Perbedaan bermakna ini terutama disebabkan adanya percepatan durasi mobilisasi pasca operasi. Penerapan mobilisasi dini pasca *Sectio cesarea* pada akhirnya meningkatkan kualitas luaran ibu dan bayi serta tingkat kemandirian ibu pasca operasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Pihak Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia serta Rumah Sakit Pondok Indah Puri Indah yang telah membantu dan berkontribusi dalam penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 533–544. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>
- Demelash, G., Berhe, Y. W., Gebregzi, A. H., & Chekol, W. B. (2022). Prevalence and Factors Associated with Postoperative Pain After Cesarean Section at a Comprehensive Specialized Hospital in Northwest Ethiopia: Prospective Observational Study. *Open Access Surgery*, Volume 15, 1–8. <https://doi.org/10.2147/oas.s347920>
- Indanah, Karyati, S., Aulia, Q. A., & Wardana, F. (2021). Hubungan Status Paritas Dan Mobilisasi Dini Dengan Kemandirian Ibu Post Sectio Caesaria. *The 13th University Research Colloquium 2021*, 660–665.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2022). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/1128/2022 TENTANG STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Nasional Risesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Maharani, C. R., Ulya, N., & Ayu, D. M. (2022). Mengenal Lebih Lanjut Metode Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS). *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(4), 369–375. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i4.24917>
- Marfuah, D., Nurhayati, N., Mutiar, A., Sumiati, M., & Mardiani, R. (2019). Pain Intensity among Women with Post-Caesarean Section: A Descriptive Study. *KnE Life Sciences*, 657–663. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5322>
- Sardimon, S., Yusmalinda, Y., Jasa, Z. K., Rahmi, R., & Amin, F. B. (2022). Implementation of Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS) in Elective Procedure : A Case Report. *Solo Journal of Anesthesia, Pain and Critical Care (SOJA)*, 2(2), 47. <https://doi.org/10.20961/soja.v2i2.58950>
- Subandi, E. (2017). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Melati RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(5), 58–74.

- Tika, T. T., Sidharti, L., Himayani, R., & Rahmayani, F. (2022). Metode ERACS Sebagai Program Perioperatif Pasien Operasi Caesar. *JMH Jurnal Medika Hutama*, 03(02), 2386–2391. <http://jurnalmedikahutama.com>
- Warmiyati, & Ratnasari, F. (2022). Pengaruh Sectio Caesarea Metode Eracs Terhadap Percepatan Mobilisasi pada Ibu Bersalin di RS Hermina Daan Mogot Tahun 2022. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(9), 821–829. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v2i9.431>
- World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*.
- World Health Organization. (2021, June 16). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*.