

Mengenal Lebih Lanjut Metode *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS)

¹Cut Rika Maharani, ²Nurul Ulya, ³Dara Meutia Ayu

Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh
Email: cutrika50@gmail.com, cutrikamaharani@unsyiah.ac.id

Abstract. Health problems that generally arise after cesarean delivery is that the mother takes longer to recover. It can be caused by post-cesarean pain, prolonged nausea and a stress response after delivery. Currently, there are multimodal-based clinical guidelines on cesarean delivery known as the Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS). The ERACS protocol aims to speed up the mother's healing by minimizing complications that occur after delivery resulting in better outcomes for both the mother and the baby.

Keywords: *ERACS, preoperative, intraoperative, postoperative*

Abstrak. Masalah kesehatan yang umumnya timbul pasca operasi seksio sesarea adalah ibu membutuhkan waktu yang lebih lama untuk pemulihan. Hal tersebut dapat disebabkan oleh nyeri pasca operasi, mual muntah yang berkepanjangan dan respon stres setelah operasi. Saat ini, terdapat pedoman klinis yang berbasis multimodal pada operasi seksio sesarea yang dikenal dengan *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS). Protokol ERACS bertujuan mempercepat penyembuhan sang ibu dengan meminimalkan komplikasi yang terjadi setelah operasi sehingga menghasilkan luaran yang lebih baik bagi sang ibu dan bayi.

Kata kunci: ERACS, preoperasi, intraoperasi, pasca-operasi.

Pendahuluan

Seksio sesarea merupakan persalinan janin melalui insisi pada abdomen dan uterus. Insidensi seksio sesarea di Amerika Serikat mengalami peningkatan sejak tahun 1970 (5%) hingga mencapai 31.9% pada tahun 2016.¹ Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi pada operasi seksio sesarea mencapai 17.8%.² Di RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, insidensi seksio sesarea meningkat 13.29% pada tahun 2016 mencapai 54.3% dibandingkan pada tahun 2011-2013 (41.06%).³

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) merupakan penatalaksanaan perioperasi berbasis multimodal yang dipelopori oleh Henrik Kehlet, dokter bedah asal Denmark tahun 1997 yang berfokus pada pemulihan pasca pembedahan kolorektal. Pada tahun 2010 dikenal sebagai ERAS Society yang bekerja sama mengembangkan ERAS dan mempublikasikan berbagai protokol pembedahan lainnya, diantaranya pada bidang obstetri yaitu operasi seksio sesarea yang dikenal dengan *Enhanced Recovery After Cesarean Section* (ERACS).^{4,5}

Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS) dikonsepkan sebagai suatu rangkaian perawatan dimulai dari prakonsepsi, optimalisasi selama kehamilan dan perawatan setelah operasi. Protokol ERACS bertujuan meminimalkan terjadinya komplikasi dan respon stres pasca operasi, mobilisasi dini, mempercepat kembalinya fungsi normal sehingga menghasilkan luaran yang lebih baik dan memperpendek masa rawatan di rumah sakit.^{6,7} ERACS melibatkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter bedah, dokter anestesi, dokter anak, ahli gizi, perawat dan manajemen rumah sakit.⁸

Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS) dikelompokkan kedalam tiga tahapan yaitu preoperasi, intraoperasi dan pasca-operasi.⁶

Preoperasi

1. Pemberian edukasi dan konseling

Tujuan dari pemberian informasi dan konseling preoperasi adalah untuk menjelaskan prosedur bedah dan anestesi yang dilakukan serta rencana perawatan setelah operasi. Selain itu, memberikan informasi dan edukasi juga dapat mempersiapkan psikologis pasien yang akan mengurangi kecemasan saat operasi. Informasi yang diberikan dapat dalam bentuk tulisan dan verbal. Keluarga pasien juga disarankan bertemu dengan seluruh tim yang akan melakukan operasi, yaitu dokter bedah dan dokter anestesi.⁶

2. Premedikasi

Premedikasi bertujuan untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumonia. Medikasi yang diberikan yaitu antasida dan histamin H2 reseptor antagonis yang bekerja dengan menghambat sekresi asam lambung dengan cara menurunkan volume dan tingkat keasamannya.^{6,11}

Tabel 1. Komponen *Enhanced Recovery After Cesarean Section (ERACS)*^{4,6,9,10}

Komponen	Kualitas Bukti	Rekomendasi
Preoperasi		
Pemberian edukasi dan konseling	Rendah	Kuat
Premedikasi	Rendah	Kuat
Interval puasa dan loading karbohidrat	Tinggi	Kuat
Optimalisasi penyakit ibu	Tinggi	Kuat
Merokok dan alkohol	Tinggi	Kuat
Manajemen hipertensi kehamilan	Tinggi	Kuat
Manajemen diabetes gestasional	Tinggi	Kuat
Evaluasi dan identifikasi penyebab anemia	Sedang	Kuat
Intra-operasi		
Antibiotik profilaksis	Tinggi	Kuat
Desinfeksi kulit	Sedang	Kuat
Manajemen anestesi	Rendah	Kuat
Pencegahan hipotermia	Tinggi	Kuat
Profilaksis mual dan muntah	Sedang	Kuat
Teknik pembedahan operasi seksio sesarea	Sedang	Kuat
Pemberian uterotonika optimal	Tinggi	Sedang
Manajemen cairan	Sedang	Kuat
Manajemen pada bayi	Sedang	Kuat
Paska-operasi		
Mengunyah permen karet	Rendah	Kuat
Analgesia paska operasi	Sedang	Kuat
Pemberian nutrisi	Tinggi	Kuat
Dukungan menyusui	Tinggi	Kuat
Kontrol kadar gula darah	Rendah	Kuat
Profilaksis tromboemboli	Rendah	Kuat
Pelepasan kateter urin	Rendah	Kuat
Mobilisasi dini	Sedang	Kuat

3. Premedikasi

Premedikasi bertujuan untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumonia. Aspirasi pneumonia masih menjadi penyebab kematian ibu pada operasi seksio sesarea. Medikasi yang diberikan yaitu antasida dan histamin H2 reseptor antagonis yang bekerja dengan menghambat sekresi asam lambung dengan cara menurunkan volume dan tingkat keasamannya.^{6,11}

4. Interval puasa dan loading karbohidrat

Pasien diperbolehkan mengkonsumsi makanan padat 6 jam sebelum operasi dan meminum air putih 2 jam sebelum operasi. Puasa yang berkepanjangan akan meningkatkan terjadinya resistensi insulin dan pasien tidak nyaman. Selain dapat mengkonsumsi air putih, 2 jam sebelum operasi pasien juga diberikan suplementasi karbohidrat. Salah satu suplementasi karbohidrat yang dapat diberikan yaitu maltodextrin. Hal ini bertujuan mencegah terjadinya hipoglikemia dan menurunkan respon stres pembedahan.^{6,8}

5. Optimalisasi penyakit ibu

Optimalisasi preoperasi dilakukan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas selama operasi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan selama kehamilan, diantara lain:

Merokok dan konsumsi alkohol

Merokok dan mengkonsumsi alkohol harus segera dihentikan sebelum kehamilan atau pada awal kehamilan. Merokok dan mengkonsumsi alkohol dikaitkan dengan terjadinya resiko tinggi komplikasi paska operasi. Alkohol menyebabkan efek kronis pada hati, pankreas, fungsi jantung, pembekuan darah, sistem imun tubuh serta respon stres terhadap operasi yang akan meningkatkan morbiditas.⁶

Hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi kehamilan didefinisikan apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg ataupun keduanya pada pemeriksaan dengan interval waktu 4 jam. Tatalaksana farmakologis yang aman diberikan pada wanita hamil yaitu labetalol, hydralazine atau nifedipine.¹² Hipertensi pada wanita hamil perlu ditatalaksana karena terbukti dapat mempengaruhi perubahan hemodinamik saat intra-operasi. Perubahan tersebut dapat meningkatkan morbiditas berupa peningkatan resiko pendarahan, takikardi, iskemik miokard dan disritmia jantung.^{6,13}

Diabetes dalam kehamilan

Diabetes gestasional secara signifikan meningkatkan resiko morbiditas ibu dan janin.⁶ *Preventive Services Task Force* merekomendasikan skrining diabetes gestasional pada seluruh wanita hamil pada ≥ 24 minggu kehamilan. Rekomendasi *American College of Obstetricians and Gynecologists* target gula darah untuk puasa atau gula darah preprandial <95 mg/dL dan kadar gula darah postprandial <140 mg/dL pada 1 jam dan <120 mg/dL pada 2 jam. Hal ini bertujuan untuk menurunkan resiko terjadinya makrosomia. *American Diabetes Association* (ADA) merekomendasikan insulin sebagai terapi farmakologis pada wanita hamil. Diabetes gestasional yang tidak di manajemen secara optimal selama kehamilan akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi pada saat dilakukan insisi kulit intra-operasi.^{14,15}

Evaluasi dan menentukan penyebab anemia

Semua wanita hamil perlu dilakukan skrining anemia pada trimester pertama dan pada 24-28 minggu kehamilan. Pasien yang memiliki kriteria anemia perlu dievaluasi dan menentukan penyebabnya. Klasifikasi anemia pada ibu hamil berdasarkan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) yaitu hemoglobin <11 g/dL dan hematokrit $<33\%$ pada trimester pertama, hemoglobin <10.5 g/dL dan hematokrit $<32\%$ pada trimester kedua, hemoglobin <11 g/dL dan hematokrit $<33\%$ pada trimester ketiga. Wanita hamil dengan kadar ferritin <30 mcg/L dikonfirmasi sebagai anemia defisiensi besi. Pemberian zat besi secara parenteral dipertimbangkan apabila tidak toleransi atau tidak respon dengan zat besi oral.¹⁶ Anemia pada kehamilan menyebabkan terjadinya morbiditas intra-operasi berupa penurunan pasokan oksigen ke organ seperti otak, jantung, ginjal dan uterus. Selain itu, anemia pada wanita hamil dapat meningkatkan resiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).^{6,17}

Intra-operasi

1. Antibiotik profilaksis

Antibiotik Intravena diberikan dalam kurun waktu 30-60 menit sebelum insisi kulit pada operasi seksio sesarea. Antibiotik profilaksis yang direkomendasikan yaitu sefalosporin generasi pertama. Pada wanita hamil dengan ruptur membran diberikan penambahan azitromisin untuk mengurangi resiko infeksi paska operasi.⁹

2. Desinfeksi kulit

Desinfeksi kulit bertujuan untuk mengurangi resiko infeksi sebelum dilakukannya insisi kulit. Persiapan ini dapat dimulai sebelum operasi, pasien dianjurkan mandi dengan sabun anti bakteri. *Centers for Disease Control (CDC)* merekomendasikan desinfeksi kulit menggunakan alkohol klorheksidin setelah providone iodine. Penelitian menunjukkan penggunaan klorheksidin alkohol 40% dapat mengurangi resiko infeksi pada saat pembedahan. Providone iodine juga digunakan pada desinfeksi vagina untuk mengurangi resiko infeksi paska operasi.⁹

3. Manajemen Anestesi

Tujuan anestesi dalam pemberian obatnya adalah untuk memberikan efek, analgesia dan kondisi bedah yang optimal. Anestesi regional memiliki hasil yang lebih baik untuk pemulihan nyeri, fungsi organ, mobilisasi, mual dan muntah sehingga mengurangi masa rawat inap di rumah sakit. Teknik anestesi regional lebih aman dilakukan sehingga menurunkan angka kematian ibu.⁹

4. Pencegahan hipotermia

Penting memonitoring temperatur pasien dan dibutuhkan alat penghangat untuk menghindari hipotermia. Studi menunjukkan bahwa 50-80% pasien yang menjalani anestesi regional mengalami hipotermia. Hipotermia selama intraoperatif dapat menyebabkan komplikasi berupa iskemik miokard, penurunan metabolisme obat, koagulasi, dan masa rawat inap yang berkepanjangan paska operasi. Penggunaan *forced air warming*, cairan penghangat intravena dan meningkatkan temperature ruangan operasi direkomendasikan untuk mencegah hipotermia. Berdasarkan *Joint Commission Guidance* suhu 36°C merupakan suhu yang direkomendasikan saat pembedahan.⁹

5. Profilaksis mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum yang terjadi selama operasi seksio sesarea. Insidensi mual dan muntah pada pasien seksio sesarea yang menjalani anestesi regional bervariasi yaitu berkisar 21-79%.¹⁰

Berdasarkan studi yang telah dikembangkan, 5-HT₃ antagonis (ondansetron, granisetron), dopamin antagonis (metoklopramide, droperidol) dan sedatif (midazolam, propofol) efektif mengurangi mual dan muntah selama operasi. Kortikosteroid seperti deksametason hanya bekerja mengurangi mual muntah selama operasi. Antikolinergik efektif mengurangi mual muntah paska operasi. Penelitian menunjukkan penggunaan 5-HT₃ antagonis yang dikombinasikan dengan deksametason secara signifikan memiliki dampak yang lebih optimal.^{10,18}

6. Teknik pembedahan operasi seksio sesarea

Pada operasi seksio sesarea, teknik sayatan yang direkomendasikan yaitu sayatan Joel-Cohen. Teknik ini dianggap memiliki nyeri paska operasi yang lebih minimal dan mengurangi resiko trauma operasi serta resiko pendarahan. Pada insisi uterus, ditutup dengan 1-2 lapisan dengan jahitan kontinyu untuk menurunkan resiko terjadinya ruptur uterin. Pada penutupan kulit, digunakan teknik penjahitan subkutikular karena dapat mengurangi pelebaran luka ≤4 hari postoperasi.^{9,19}

7. Pemberian Uterotonika Optimal

Menggunakan dosis efektif untuk tercapai uterin yang cukup dan efek samping minimal. Pemberian Bolus Oxytocin 1 IU; mulai infus Oxytocin 2,5-7,5 IU/jam (0,04-0,125 IU/menit). Pemberian berlebihan dapat menimbulkan takikardi, hipotensi serta mual dan muntah.

8. Manajemen cairan

Selama intraoperasi, mempertahankan euvolemia atau keadaan volume cairan tubuh normal penting dilakukan untuk mencapai hasil optimal paska operasi. Kelebihan cairan pada saat operasi akan meningkatkan resiko peningkatan kerja jantung dan edema paru.⁹ Manajemen cairan yang ideal bagi operasi seksio sesarea belum ditetapkan, namun pada operasi rutin lainnya membatasi cairan intravena <3 liter.⁴

9. Manajemen pada bayi

Intervensi pada bayi baru lahir diruang operasi dapat segera dilakukan, diantaranya waktu yang optimal pada penjemputan tali pusat, pencegahan hipotermia dan *skin-to-skin contact* atau kontak kulit bayi ke kulit ibu.⁴

Pada bayi yang lahir prematur, penjemputan tali pusat ditunda selama 30 detik. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi pada saat transisi, mengurangi kebutuhan transfusi dan memiliki resiko yang lebih rendah terjadinya *necrotizing enterocolitis* dan pendarahan intraventrikular. Pada bayi dengan usia cukup bulan, penjemputan tali pusat sebaiknya ditunda selama 1 menit yang bertujuan meningkatkan zat besi dan memiliki perkembangan bayi yang optimal. Namun, pada kondisi tertentu yaitu bayi yang membutuhkan resusitasi segera tidak dianjurkan untuk menunda penjemputan tali pusat.⁹

Temperatur bayi dipertahankan pada suhu 36,5-37,5°C untuk mencegah terjadinya hipotermia. Suction secara rutin hanya dilakukan apabila memiliki indikasi yang kuat, seperti adanya obstruksi saluran nafas.⁹

Paska-operasi

1. Mengunyah permen karet

Setelah dievaluasi dalam beberapa uji klinis, mengunyah permen setelah operasi efektif dan memiliki resiko yang rendah dan dapat mempercepat pemulihan fungsi gastrointestinal pasien. Penelitian menunjukkan tidak ada perubahan masa rawat inap pada pasien yang mengunyah permen karet segera setelah operasi.¹⁰

2. Analgesia paska-operasi

Pengendalian nyeri yang adekuat sangat penting dalam protokol ERACS. Pengendalian nyeri yang buruk akan menambah masa rawatan inap pasien. Pemberian analgesia dimulai saat operasi yang bertujuan untuk meminimalkan nyeri setelah obat anestesi berakhir. Analgesia yang direkomendasikan yaitu kombinasi NSAID dan parasetamol. Kombinasi tersebut murah, efektif, mudah diberikan dan hemat opioid yang menyebabkan efek samping lebih sedikit.¹⁰

3. Nutrisi paska-operasi

Pasien dianjurkan memulai makanan biasa 30 menit hingga 2 jam setelah operasi. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian makan setelah operasi akan mempercepat kembalinya fungsi usus, mengurangi respon stres paska operasi dan masa rawat inap pasien dirumah sakit. Pasien direkomendasikan mengkonsumsi buah, sayuran dan makanan yang mengandung serat.¹⁰

4. Dukungan menyusui

Pemberian edukasi laktasi atau menyusui merupakan hal yang penting dilakukan setelah operasi.⁴ WHO mengeluarkan 10 langkah untuk dapat sukses menyusui, yaitu;²⁰

- a. Memiliki kebijakan pentingnya menyusui secara tertulis
- b. Melatih petugas kesehatan
- c. Memberitahu semua wanita hamil tentang manfaat menyusui
- d. Membantu ibu memulai menyusui dalam waktu 1 jam setelah kelahiran
- e. Menunjukkan kepada ibu cara menyusui yang benar
- f. Memberikan bayi yang baru lahir ASI tanpa makanan atau minuman yang lain kecuali dengan indikasi medis
- g. Ibu dan bayi bersama selama 24 jam
- h. Mendorong pemberian ASI sesuai permintaan bayi
- i. Tidak memberikan dot untuk menyusui bayi
- j. Membina pembentukan kelompok dukungan menyusui.

5. Kontrol kadar gula darah

Hiperglikemia perioperasi didefinisikan apabila kadar glukosa darah yang lebih dari 180 hingga 200 mg/dL. Hiperglikemia dapat menyebabkan peningkatan mortalitas, lama rawat inap dan lamanya penyembuhan luka. Apabila pasien diberikan insulin, maka pemantauan kadar gula darah juga harus dilakukan secara rutin. Hipoglikemia dapat menyebabkan morbiditas seperti kejang, kerusakan otak dan aritmia jantung.^{4,10}

6. Profilaksis tromboemboli

Tromboemboli dapat terjadi setelah operasi seksio sesarea. Berbagai modalitas digunakan untuk mengurangi resiko tromboemboli setelah operasi, diantaranya yaitu stoking kompresi pneumatik. Pencegahan yang dilakukan dengan farmakologis seperti herparin tidak dianjurkan diberikan secara rutin. Hasil penelitian Clark menunjukkan adanya penurunan angka kematian yang signifikan dengan menggunakan stoking kompresi setelah operasi seksio sesarea.⁷

7. Penggunaan kateter urin

Penggunaan kateter dilepas 6 jam paska operasi untuk menurunkan resiko komplikasi. Penggunaan kateter urin yang lama dapat meningkatkan kejadian infeksi saluran kemih, nyeri dan menyebabkan pasien sulit berkemih. Komplikasi tersebut menyebabkan perpanjangan masa rawatan pasien di rumah sakit.^{10,21}

8. Mobilisasi dini

Mobilisasi dini dapat dilakukan pada 0-8 jam paska operasi, yaitu duduk ditempat tidur dan dapat duduk di kursi, keluar dari tempat tidur, berjalan santai hingga beraktivitas seperti biasa. Pasien diharapkan dapat pulang dari rumah sakit dalam waktu 24 jam.⁴

Mobilisasi dini setelah operasi memiliki berbagai manfaat, diantaranya mengurangi resistensi insulin, atrofi otot, hipoksia, tromboemboli dan mengurangi masa rawat inap pasien dirumah sakit.²² Hal-hal yang dapat menghambat mobilisasi dini yaitu manajemen nyeri yang tidak optimal, kateter urin, pusing dan mual muntah.⁴

Kesimpulan

Enhanced Recovery After Cesarean Surgery (ERACS) merupakan penatalaksanaan perioperasi yang berbasis multimodal pada operasi seksio sesarea untuk meningkatkan luaran ibu dan bayi. Implementasi ERACS dimulai pada saat preoperasi, intra-operasi dan paska operasi. Komponen ERACS yang dilaksanakan secara optimal akan meminimalkan nyeri dan komplikasi paska operasi sehingga mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan ibu. ERACS dapat menjadi pilihan baru bagi ibu yang akan menjalankan operasi seksio sesarea, terutama operasi yang telah terencana.

Daftar Pustaka

1. Sung S and Mahdy H. Cesarean Section. StatPearls Publishing; 2021.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: 2018.
3. Andalas M, Maharani CR, Harisah S, et al. Profile of Cesarean Sections Since the BPJS Era. *Indones J Obstet Gynecol*. 2020;8(1):5–9.
4. Bollag L, Ruth L, Brendan C, et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology: Consensus Statement and Recommendations for Enhanced Recovery after Cesarean. *Anesth Analg*. 2021;1362–1377.
5. Taurchini M, Carlo DN, Antonio T. Enhanced Recovery After Surgery: a patient centered process. *Journal of Visualized Surgery*. 2018;4(40).
6. Wilson RD, Aaron BC, Stephen LW, et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(6):523.
7. Ogunkua O and Elaine LD. Enhanced recovery after cesarean section. *Contemp ObGyn*. 2021;66(5):16–19.
8. Patel K and Mark Z. Enhanced Recovery After Cesarean: Current and Emerging Trends. *Curr Anesthesiol Rep*. 2021;11:136–144.
9. Caughey AB, Karin P, George AM. et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(6):533–544.

10. Macones GA, Aaron BC, Mikael N, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(3).
11. Adshead D, Wrench I, Woolnough M. Enhanced recovery for elective Caesarean section. *BJA Education*. 2020;20(10):354–357.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestasional Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):168–186.
13. Davids G, Roos J, Flint M, et al. The relationship between pre-operative hypertension and intra-operative haemodynamic changes known to be associated with postoperative morbidity. *Anaesthesia*. 2018;73(7):812–818.
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestasional Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018;131(2):49–64.
15. Fang Y, Chen Y, Wang J, et al. Prognostic factors for cesarean section outcome of pregnant women with gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2019;12:913–929.
16. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2021;138(2):168–186.
17. Ahmed A, Rayis D, Sharif M, et al. Anaemia is associated with an increased risk for caesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;147(2):202–5.
18. Rasheed MA, Arindam S, Vishal A. Evaluation of Efficacy of Metoclopramide, Dexamethasone and their Combination for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) in Patients Undergoing Cesarean Section. *Anesth Crit Care*. 2019;1(1):1–9.
19. Roofthoof E, Joshi GP, Rawal N, et al. PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*. 2021;76:665–680.
20. World Health Organization. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. 2017:111-136.
21. Ituk U, Ashraf SH. Enhanced Recovery After Cesarean Delivery. *F1000Research*. 2018;7:1–11.
22. Suharwardy S and Brendan C. Enhanced recovery after surgery for cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2020;32:113–120.