

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan jaman, *sectio caesarea* ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. *Sectio caesarea* ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (*emergency*) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni dkk., 2018).

2. Jenis *sectio caesarea*

Sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

a. Sectio caesarea transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang tidak besar, jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawirohardjo, 2017).

*b. Sectio caesarea klasik atau *sectio caesarea corporal**

Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea*

transperitonealis profunda. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawirohardjo, 2017).

c. *Sectio caesarea ekstrapertoneal*

Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawirohardjo, 2017).

3. Indikasi *sectio caesarea*

Tindakan *sectio caesarea* ini dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari tubuh sang ibu. Biasanya tindakan ini dilakukan apabila ditemukan komplikasi pada sang bayi atau ibu jika tetap dilakukan persalinan melalui pervaginam. Ada beberapa indikasi yang mengharuskan dilakukannya *sectio caesarea* yaitu indikasi absolut dan indikasi relative. Untuk indikasi absolut yaitu:

a. Absolut disproportion

Ukuran panggul ibu yang terlalu kecil dapat menjadi faktor penyulit untuk dilakukannya persalinan pervaginam sehingga *Sectio Caesarea* perlu dilakukan untuk mengeluarkan bayi.

b. Chorioamnionitis

Air ketuban yang terkena infeksi nantinya bisa menularkan infeksi pada bayi dalam rahim sehingga perlu dilakukan tindakan secepatnya untuk mengeluarkan bayi agar tidak terkena infeksi.

c. Deformitas panggul ibu

Malformitas panggul ibu juga termasuk penyulit dalam persalinan pervaginam.

d. Eklamsia

Eklamsia ini merupakan kondisi ibu hamil dengan hipertensi yang dimana eklamsia termasuk ibu hamil dengan risiko tinggi sehingga *sectio caesarea* perlu dilakukan.

e. Fetal asidosis dan fetal asfiksia

Asidosis dan asfiksia yang dialami oleh bayi merupakan indikasi absolut untuk dilakukan *sectio caesarea* agar tidak terjadi kematian dalam kehamilan.

f. Plasenta previa

Plasenta yang menempel menutupi jalan lahir juga merupakan indikasi dilakukannya *sectio caesarea*.

g. Prolaps tali pusat

Prolapse tali pusat ini berisiko terkena bayi sampai bayi tercekik hingga dapat meningkatkan risiko bayi asfiksia apabila dipaksa dilahirkan pervaginam.

h. Presentasi yang abnormal

Posisi bayi yang tidak seharusnya saat cukup bulan menjadikannya sebagai indikasi *sectio caesarea*.

i. Ruptur uteri

Merupakan salah satu gawat darurat obstetrik sehingga perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan sang bayi dan ibu (Mylonas dan Friese, 2015).

Sedangkan untuk indikasi relatif yaitu :

a. *Cardiotocography* yang abnormal

Gambaran *Cardiotocography* abnormal dapat diinterpretasikan adanya asfiksia ataupun asidosis pada bayi.

b. Kegagalan dalam persalinan pervaginam

Pembukaan yang lama saat persalinan ini juga merupakan salah satu tanda kegagalan dalam persalinan pervaginam. Hal ini bisa dijadikan indikasi untuk tindakan *sectio caesarea*.

c. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

Adanya riwayat *sectio caesarea* tidak menutup kemungkinan persalinan selanjutnya perlu dilakukan *sectio caesarea* (Mylonas dan Friese, 2015).

4. Kontraindikasi *sectio caesarea*

Ada beberapa kondisi dimana *sectio caesarea* tidak boleh dilakukan, contohnya:

a. *Intrauterine fetal death*, kondisi dimana sang bayi meninggal didalam kandungan.

b. Anemia berat, pada saat sang ibu mengalami anemia berat, otomatis kadar hemoglobin juga menurun sehingga meningkatkan risiko perdarahan.

c. Kelainan kongenital berat, bayi yang diketahui memiliki abnormalitas kelainan kongenital berat dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir seperti anencephaly

d. Infeksi piogenik pada dinding abdomen, merupakan infeksi peradangan lokal pada perut

e. Fasilitas yang minim untuk melakukan tindakan *sectio caesarea*, apabila fasilitas tidak memungkinkan untuk dilakukan *sectio caesarea*, pasien bisa dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas cukup untuk tindakan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2017).

5. Faktor risiko *sectio caesarea*

Faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pada operasi bedah sesar adalah sebagai berikut :

a. Waktu pemberian antibiotik profilaksis

Waktu pemberian antibiotik profilaksis yang efektif adalah 30–60 menit sebelum tindakan *sectio caesarea* dilakukan. Hal ini dilakukan untuk menghindari penekanan flora normal pada janin dan diharapkan ketika pembedahan kadar antibiotik telah mencapai kadar maksimal sehingga mampu memberikan efek terapi yang baik (Zaenal dkk., 2022).

b. Tipe insisi

Tipe insisi vertical pada bagian *line alba* akan menyebabkan nekrosis pada saat penyembuhan karena jaringan pembuluh darahnya yang sedikit.

c. Hemoglobin prabedah

Rendahnya hemoglobin sebelum prosedur *sectio caesarea* dapat meningkatkan risiko infeksi.

d. Jenis anestesi

Anestesi umum lebih berisiko daripada anestesi spinal karena anestesi umum lebih berisiko menyebabkan organ damage dimana nantinya dapat meningkatkan infeksi luka operasi.

e. Lama pembedahan

Normalnya, kurang lebih 30 menit adalah waktu yang ideal dalam melakukan prosedur *sectio caesarea*. Apabila lebih dari 30 menit, dapat menyebabkan risiko terjadinya infeksi luka operasi (Adane dkk., 2019).

6. Komplikasi *sectio caesarea*

Banyak komplikasi yang dapat terjadi jika dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Ada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Komplikasi jangka pendek ini terjadi sesaat setelah dilakukannya tindakan, seperti:

a. Kematian ibu

Tindakan *sectio caesarea* dapat menyebabkan kematian sang ibu yang biasanya disebabkan sepsis. Kematian ibu juga dapat terjadi akibat dari komplikasi anestesi. Dibandingkan dengan kelahiran pervaginam, kematian ibu setelah operasi caesar adalah tiga kali lebih tinggi (Cintika, 2020).

b. Thromboembolism

Kejadian thromboembolis dapat terjadi akibat ada indikasi dari *sectio caesarea* itu sendiri yaitu obesitas maternal yang menyebabkan thrombo embolism (Kawaguchi dkk., 2017).

c. Perdarahan

Perdarahan rentan terjadi saat tindakan *sectio caesarea* dibanding persalinan pervaginam. Biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus (Butwick dkk., 2017).

d. Infeksi

Infeksi ini merupakan salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan *sectio caesarea*. Penggunaan antibiotik profilaksis yang kurang tepat merupakan faktor pemicunya (Kawakita dan Landy, 2017).

e. Cedera bedah insidental

Trauma pada kantong kemih sering terjadi setelah tindakan *sectio caesarea* dikarenakan posisinya terletak dekat dengan uterus (Bodean dkk., 2018).

f. Masa rawat inap lebih lama

Wanita yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea* akan lebih lama dirawat dibanding dengan wanita yang melakukan persalinan pervaginam karena ada hal-hal yang perlu dievaluasi pasca *sectio caesarea* (Pereira dkk., 2019).

g. Histerektomi

Tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan uterus terus menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberi oksitosin. Agar mengurangi risiko perdarahan yang lebih jauh, histerektomi perlu dilakukan agar tidak terjadi syok pada sang ibu (Huque dkk., 2018).

h. Nyeri akut

Setelah efek anestesi habis, wanita biasanya merasakan nyeri yang luar biasa pasca tindakan *sectio caesarea*. Biasanya ditangani dengan anti nyeri golongan narkotik tetapi perlu 12 diperhatikan disini untuk pemberian narkotik dapat berefek pada psikologi sang ibu (Borges dkk., 2017)

B. Konsep Lama Hari Rawat

1. Pengertian lama hari rawat

Length of Stay (LOS) atau lama hari rawat merupakan jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit, mulai hari masuk sampai dengan hari keluar atau pulang dan LOS di gunakan rumah sakit sebagai indikator pelayanan (Hosizah dan Maryati, 2018). *Total Length of Stay* (TLOS) atau total lama rawat merupakan jumlah keseluruhan lama rawat dari sekelompok lama rawat pasien pulang pada waktu tertentu.

TLOS dapat digunakan untuk menghitung rata-rata lama hari perawatan atau *Average length of stay* (AvLOS). AvLOS merupakan salah satu indikator yang sering digunakan sebagai bahan evaluasi dan perencanaan sumber daya rumah sakit yang dapat di tentukan dalam perhitungan bulanan ataupun tahunan serta dapat dinyatakan dengan perawatan setiap kelas. AvLOS atau rata-rata lama rawat merupakan rata-rata lama rawat dari pasien keluar (H+M) pada periode tertentu (Hosizah dan Maryati, 2018).

2. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap lama hari rawat

Beberapa faktor baik yang berhubungan dengan keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien di ruangan maupun masalah administrasi rumah sakit bisa mempengaruhi terjadinya penundaan pulang pasien. Ini akan mempengaruhi LOS. Menurut Wartawan (2012), Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap lama hari rawat tersebut antara lain :

a. Jenis kasus atau penyakit

Kasus yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama dari pada kasus-kasus yang bersifat akut. Demikian juga penyakit yang tunggal pada satu penderita akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada penyakit ganda pada satu penderita.

b. Jenis operasi

Pasien dengan jenis operasi elektif dipersiapkan secara optimal, sedangkan pada operasi yang berjenis cito persiapannya tidak sebaik seperti pada operasi yang bersifat elektif, oleh karena dengan ditundanya tindakan operasi akan membahayakan jiwa pasien. Sehingga dengan persiapan yang kurang optimal terutama pada operasi yang bersifat cito, resiko untuk terjadinya infeksi luka operasi menjadi lebih besar.

c. Komplikasi atau infeksi luka operasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi luka operasi dan komplikasi pada umumnya, yaitu waktu atau lama operasi, semakin lama waktu yang dibutuhkan untuk operasi maka akan mempengaruhi terhadap penyembuhan luka operasi dan juga akan meningkatkan terjadinya infeksi luka operasi, sehingga lama hari rawat akan lebih panjang. Selain itu juga operasi yang menyebabkan kerusakan jaringan lebih luas akan mempunyai resiko terjadinya infeksi luka operasi yang lebih besar.

d. Teknik operasi

Lamanya perawatan pasca operasi ternyata tidak saja berhubungan dengan single atau multiplena kasus bedah yang ditangani, namun dipengaruhi juga dari proses yang terjadi selama berlangsungnya tindakan operasi tersebut. Jenis pembiusan, lamanya operasi dan manipulasi pembedahan akan memberi dampak juga terhadap waktu rawat pasca operasi. operasi besar dengan menggunakan pembiusan umum berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi pada pernafasan yang akhirnya memperpanjang waktu rawat seorang pasien. Begitu pula kehilangan darah yang terjadi selama proses operasi berpengaruh juga terhadap lamanya pasien harus dirawat di rumah sakit.

e. Tenaga dokter yang menangani

Faktor tenaga dokter yang menangani pasien cukup berperan dalam menentukan memanjangnya lama hari rawat, dimana perbedaan ketrampilan antar dokter akan mempengaruhi kinerja dalam penanganan kasus, juga waktu memutuskan untuk melakukan tindakan

f. Hari masuk rumah sakit

Pasien yang masuk rumah sakit menjelang hari sabtu dan minggu akan memperpanjang lama hari rawat, hal ini disebabkan kesibukan menjelang hari libur dimana pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang diundur sampai hari kerja biasa. Perpanjangan lama hari rawat juga terjadi apabila pasien masuk diluar jam kerja rumah sakit atau saat terjadi pergantian jaga.

g. Pulang dari rumah sakit

Pernyataan beberapa praktisi rumah sakit mengemukakan bahwa pasien yang pulang dari rumah sakit yang jatuh hari senin mempunyai lama hari rawat lebih panjang dari pada pasien yang pulang pada hari lain. Lantaran banyak dari pasien tersebut

sebenarnya sudah bisa pulang di akhir pekan sebelumnya yang terhambat oleh urusan administrasi karena tidak pada hari kerja.

h. Umur penderita

Umur dalam kamus bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau sejak dilahirkan. Kategori usia menurut Departemen Kesehatan (2009) :

- 1) Umur balita, umur 0 sampai 5 tahun,
- 2) Umur anak-anak, umur antara 5 sampai 11 tahun,
- 3) Umur remaja awal, umur antara 12 sampai 16 tahun,
- 4) Umur remaja akhir, umur Antara 17 Sampai 25 tahun,
- 5) Umur dewasa awal, umur Antara 26 Sampai 35 tahun,
- 6) Umur dewasa akhir, umur Antara 36 Sampai 45 tahun,
- 7) Umur lansia awal, umur Antara 46 Sampai 55 tahun,
- 8) Umur lansia akhir, umur antara 56 sampai 65 tahun,
- 9) Umur manula, umur 65 sampai ke atas.

Usia mempunyai hubungan dengan tingkat keterpaparan, besarnya resiko, serta sifat resistensi tertentu. Di samping itu, usia juga mempunyai hubungan yang erat dengan beragam sifat yang dimiliki oleh seseorang. Perbedaan penyakit menurut umur mempunyai pengaruh yang akan berhubungan dengan:

- 1) Perbedaan tingkat keterpaparan dan kerentanan menurut umur.
- 2) Perbedaan dalam proses pathogenesis.
- 3) Perbedaan dalam hal pengalaman terhadap penyakit tertentu

Makin besar umur penderita maka akan memerlukan lama hari rawat lebih lama. Pasien yang sudah lanjut usia (diatas 45 tahun) cenderung lebih panjang lama hari rawatnya dibandingkan dengan pasien usia muda. Dengan bertambahnya usia maka kemampuan sistem kekebalan tubuh seseorang untuk menghancurkan bakteri dan jamur berkurang. Disfungsi sistem imun dapat diperkirakan menjadi faktor di dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskuler serta infeksi.

i. Status gizi

Dampak kurang gizi dan kelebihan gizi juga bisa menyebabkan daya tahan tubuh melemah, sehingga bisa lebih rentan terkena infeksi dan dalam proses penyembuhan membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan status gizi yang normal.

j. Pekerjaan

Pekerjaan tidak secara langsung mempengaruhi lama hari rawat pasien, namun mempengaruhi cara pasien dalam membayar biaya perawatan. Pekerjaan menentukan penghasilan serta ada atau tidaknya jaminan kesehatan untuk menanggung biaya selama perawatan di rumah sakit.

k. Jenis penanggung biaya

Penderita yang biaya perawatannya dibayar oleh perusahaan atau asuransi kesehatan akan mempunyai lama hari rawat lebih lama dari pada penderita yang biaya perawatannya dibayar sendiri. Hal ini dikarenakan proses penyelesaian administrasi pembayaran dengan pihak penjamin akan memakan waktu terutama jika pasien belum melengkapi syarat-syarat administrasinya. Kondisi sosioekonomi yang rendah akan berdampak terhadap lama hari rawat.

l. Alasan keluar dari rumah sakit

Pasien akan pulang/keluar dari rumah sakit apabila telah mendapat persetujuan dari dokter yang merawatnya. Tetapi ada beberapa penderita walaupun telah dinyatakan sembuh dan boleh pulang, oleh karena masih harus menunggu pengurusan pembayaran oleh pihak penanggung biaya (perusahaan/asuransi kesehatan) atau surat keterangan tidak mampu, Jamkesmas dari pihak yang berwenang. Khususnya untuk pasien-pasien yang tidak mampu membayar, sehingga kepulangan pasien juga tertunda yang mengakibatkan lama hari rawat menjadi lebih lama. Sebaliknya ada beberapa pasien yang pulang atas permintaan sendiri/keluarga (pulang paksa) hal ini akan memperpendek lama hari rawat.

m. Pemeriksaan penunjang medis

Banyak pemeriksaan penunjang diagnostik yang sebenarnya tidak dibutuhkan dalam menegakkan diagnosa bagi penderita, pemeriksaan yang berlebihan inilah yang menyebabkan penderita berada di rumah sakit lebih lama sehingga berakibat juga pada perpanjangan lama hari rawat. Demikian juga ketidaklengkapan tenaga dan fasilitas di unit penunjang (laboratorium, radiologi dan lain-lain) juga berpengaruh terhadap lama hari rawat yang disebut *hospital bottle neck*.

3. Cara menilai lama hari rawat

Perhitungan statistik pelayanan rawat inap di rumah sakit dikenal dua istilah yang masih sering rancu dalam cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaannya. Dua istilah tersebut adalah Lama Dirawat (LD) dan Hari Perawatan (HP). Masing- masing istilah ini memiliki karakteristik cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang berbeda yaitu sebagai berikut:

a. Lama Dirawat (LD)

LD menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah “hari”. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari RS, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk RS. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama – LDnya dihitung sebagai 1 hari.

b. Hari Perawatan (HP)

Jika LD menunjukkan lamanya pasien dirawat (dengan satuan “hari”) maka HP menunjukkan banyaknya beban merawat pasien dalam suatu periode. Jadi satuan untuk HP adalah “hari-pasien”. Cara menghitung HP berbeda dengan cara menghitung LD (seperti telah dijelaskan terdahulu) maupun menghitung Sensus Harian Rawat Inap (SHRI). Dalam SHRI, maka angka utama yang dilaporkan adalah jumlah pasien sisa yang masih dirawat pada saat

dilakukan penghitungan / sensus, sedangkan HP menghitung juga jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama meskipun saat dilakukan sensus pasien tersebut sudah tidak ada lagi.

c. *Average Length of Stay (AvLOS)*

AvLOS merupakan total lamanya dirawat (termasuk pasien yang meninggal, tidak termasuk Bayi Baru Lahir (BBL) dibagi jumlah pasien keluar termasuk pasien meninggal, tidak termasuk BBL. Berikut merupakan rumus dalam menghitung AvLOS yaitu:

$$\text{Rumus AvLOS} = \frac{\text{Total Lamanya Dirawat Pasien RI yang keluar}}{\sum \text{Pasien RI yang Keluar Hidup \& Meninggal}}$$

C. Konsep *Sectio Caesarea* Konvensional

1. Pengertian *sectio caesarea* konvensional

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2017, pelayanan kesehatan konvensional adalah suatu sistem pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya berupa mengobati gejala dan penyakit dengan menggunakan obat, pembedahan, dan/atau radiasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). *Sectio caesarea* konvensional adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina (Mochtar, 2012).

2. Indikasi *sectio caesarea* konvensional

Manuaba (2012) mengatakan indikasi *sectio caesarea* konvensional meliputi partus lama, disproporsi sepalo pelvic, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi, rupture uteri mengancam, dan indikasi lainnya. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio caesarea* konvensional adalah prolong labour, ruptur uteri mengancam, fetal distress, berat janin melebihi 4000 gram, perdarahan ante partum. Indikasi yang menambah tingginya angka *sectio caesarea* konvensional

adalah *sectio caesarea* berulang, kehamilan prematur, kehamilan resiko tinggi, kehamilan kembar, *sectio caesarea* dengan kelainan letak.

3. Kontraindikasi *sectio caesarea* konvensional

Dalam praktik kebidanan, tidak ada kontraindikasi tegas terhadap *sectio caesarea* konvensional, namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), terlalu premature bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan konginetal, kurangnya fasilitas (Fitri, 2017).

4. Komplikasi *sectio caesarea* konvensional

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam *sectio caesarea* konvensional adalah akibat tindakan anestesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, *endometriosis* (radang endometrium), *tromboplebitis* (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), *embolisme* (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (*broad ligamen*), infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan (Prawirohardjo, 2012).

5. Risiko *sectio caesarea* konvensional

Persalinan melalui *sectio caesarea* konvensional akan meningkatkan resiko terjadinya *plasenta previa* dan *abruptio plasenta* pada kehamilan berikutnya. Peningkatan resiko terjadinya *plasenta previa* 47% dan *abruptio plasenta* 40%. Respon yang berbeda terhadap luka operasi *sectio caesarea* konvensional terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif berdampak pada pertumbuhan dan rekonstruksi desidua basalis serta kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi infiltrasi trofoblast. Remodelisasi kondisi uterus pasca *sectio caesarea* konvensional juga dapat menyebabkan kelainan pada letak plasenta, yaitu *plasenta previa*.

Plasenta previa ini dapat menyebabkan perdarahan anate partum dan menjadi indikasi untuk kembali dilakukan *sectio caesarea* konvensional pada kehamilan selanjutnya (Suryawinata, 2019)

D. Konsep *Enhanced Recovery After Caesarean Surgery* (ERACS)

1. Pengertian ERACS

ERACS adalah program cepat pemulihan setelah operasi *sectio caesarea* yang berupa serangkaian perawatan mulai dari persiapan preoperatif, intraoperatif, dan perawatan postoperative sampai pemulangan pasien. Konsep ERACS merupakan pengembangan dari konsep *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), dimana konsep ERAS ini awalnya digunakan pada operasi bedah digestif. Konsep ERAS ini terbukti mengurangi lama rawat pasien dirumah sakit, mengurangi komplikasi pasca operatif, dan meningkatkan kepuasan pasien. Oleh karena itu konsep ERAS ini kemudian dikembangkan untuk tindakan operasi dibidang lain salah satunya dibagian obstetric.

2. Manfaat ERACS

- a. Rasa mual lebih minim, manajemen nyeri lebih baik karena memotong penggunaan opioid hingga 30-50 persen. Opioid merupakan pereda nyeri yang membikin efek samping mual, muntah, kembung, konstipasi, dan ngantuk.
- b. Pemulihan keaktivitas duduk hanya butuh 2 jam pasca-operasi. Kemudian pelepasan kateter dilakukan 6 jam pasca operasi. Sepuluh jam pasca-operasi pasien dapat berjalan ke kamar mandi sendiri.
- c. Dapat mulai pola makan normal 12 jam setelah operasi.
- d. Karena pemulihan lebih cepat maka pasien dapat segera berinteraksi dengan bayi, bahkan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) bisa dilakukan di ruang operasi.
- e. Dengan meminimalisir rasa nyeri dan mempercepat mobilisasi pasien, maka metode ini secara tidak langsung juga mengurangi kecemasan persalinan.

3. Perbedaan metode ERACS dengan *sectio caesarea* konvensional

Ada beberapa perbedaan metode persalinan ERACS dengan *sectio caesarea* konvensional menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022), yaitu:

a. Waktu puasa

Pada *sectio caesarea* konvensional, ibu hamil umumnya diwajibkan berpuasa atau dilarang untuk makan dan minum apa pun selama 8 jam sebelum operasi.

Sedangkan dengan metode persalinan ERACS, ibu hamil masih boleh mengonsumsi makanan ringan 6 jam sebelum operasi. Tidak hanya itu, ibu hamil juga masih bisa minum air putih, jus, atau minuman yang mengandung gula 2 jam sebelum operasi.

b. Rasa sakit pascaoperasi

Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat memengaruhi berkurangnya rasa sakit setelah operasi:

- 1) Pemberian obat antiinflamasi nonsteroid dan obat pereda nyeri nonopioid terjadwal, baik yang diminum maupun melalui cairan infus
- 2) Pemberian obat nyeri long-acting dosis kecil pada tulang belakang saat operasi
- 3) Penyuntikan anestesi saat operasi dilakukan dengan jarum spinal berukuran kecil

Penggabungan poin-poin di atas bisa mengurangi pemberian obat opioid setelah operasi hingga sebesar 30–50%. Hal ini berguna untuk mempercepat hilangnya rasa sakit pascaoperasi, sekaligus menurunkan risiko ibu hamil mengalami kelelahan, mual, dan sembelit pascaoperasi.

c. Masa pemulihan

Hal lain yang membedakan metode persalinan ERACS dengan *sectio caesarea* konvensional adalah masa pemulihannya yang lebih cepat. Hal ini dapat terjadi karena:

- 1) Penghentian pemberian cairan infus lebih awal
- 2) Pelepasan kateter urine lebih awal
- 3) Ibu boleh segera mengonsumsi makanan dan minuman

Dengan begitu, ibu hamil bisa bergerak dan bangun dari tempat tidur dengan lebih cepat, sehingga proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan skin-to-skin dengan bayi juga bisa dilakukan lebih awal.

d. Luka bekas operasi

Metode pembedahan pada persalinan ERACS dilakukan dengan pisau bedah yang kecil dan sangat tajam, sehingga memungkinkan sayatan pertama langsung mencapai fascia atau selaput otot.

Dengan begitu, kerusakan jaringan bisa dikurangi, sehingga luka bisa pulih dengan lebih cepat dan trauma pada kulit juga bisa diminimalkan.

4. Kontraindikasi metode ERACS

Pada dasarnya, ibu yang memiliki kehamilan sehat bisa melahirkan dengan metode ERACS. Namun, ada kontraindikasi atau kondisi di mana ibu tidak bisa melahirkan dengan metode ini. Kontraindikasi ERACS mengacu pada kondisi medis berat yang dialami ibu, seperti plasenta akreta. Proses persalinan pada kondisi ini membutuhkan waktu lama dan transfusi yang banyak. ERACS tidak bisa dilakukan pada keadaan yang membutuhkan transfusi darah dalam jumlah banyak. Siapa yang tidak diperbolehkan menjalani metode ERACS, yaitu;

1. Preeklamsi/eklamsi
2. Tekanan darah tidak terkontrol
3. Anemia Berat
4. Diabetes tidak terkontrol
5. Pasien dengan gangguan kecemasan tinggi

5. Prosedur ERACS

Terdapat 3 elemen dalam penerapan ERACS, yaitu persiapan preoperatif, perawatan intraoperatif, dan perawatan post operatif.

a. Persiapan perioperatif

1) *Antenatal care*

- a) Pasien akan dipilih dan ditawarkan proses *Enhanced Recovery* oleh ahli anestesi pada anestesi pra-operasi klinik (PAC) atau oleh dokter kandungan saat pengambilan keputusan.
- b) Riwayat medis dan pembedahan yang lengkap setiap pasien.
- c) Pemeriksaan medis dengan penilaian jalan nafas dan punggung dan permintaan pemeriksaan tambahan atau konsultasi jika dibutuhkan.
- d) Penilaian hasil darah (hitung darah lengkap dan profil koagulasi) Jaminan bahwa pasien memiliki persediaan darah, dilakukan sebelum LSCS (termasuk kehadiran antibodi) atau permintaan jika tidak ada.
- e) Jika transfusi darah diperlukan, harus ada persetujuan pasien diambil.
- f) Optimalisasi hemoglobin menurut pedoman departemen kesehatan

2) Ruang rawat inap

- a) Natrium Sitrat (30 ml) atau jika tidak tersedia. Bikarbonat soda harus diberikan sebelum membawa pasien ke ruang operasi Prexscribe dan suplai Ranitidin oral 150 mg dan anjurkan pasien minum 1 tablet pada jam 10 malam sebelum operasi, 1 tablet 3 jam sebelum operasi dengan gabapentin (300mg dosis tunggal)
- b) Profilaksis antibiotik (15-60 menit sebelum operasi) atau sesuai pedoman Kementerian Kesehatan (Departemen Kesehatan).
- c) Hingga 2 jam sebelum operasi bersih dari minuman bersoda (air, jus apel bening atau apapun jus buah bening tanpa bit atau ampas), normal teh tanpa susu atau teh herbal. jika pasien meminta kopi, dapat merekomendasikan kopi tapi pastikan itu hanya instan sederhana pastikan kopi tanpa partikel.

- d) Hingga enam jam sebelumnya makanan bebas lemak dan ringan (buah, sayuran, roti panggang tanpa mentega, selai dapat diterima. merekomendasikan susu rendah lemak)
 - e) Sampai delapan jam sebelum operasi makan normal (disarankan untuk tidak makan yang berat makan sebelum operasi)
 - f) Pasien mandi dengan sabun antiseptic (terutama daerah operasi yang akan diinsisi)
- b. Perawatan intraoperatif
- 1) Diatur suhu kamar operasi di 22-23°C selama bayi masih di kamar operasi. Lakukan *active warming system* dengan penggunaan penghangat infus/cairan hangat untuk mencegah hipotermia pasien. Pada wanita dengan persalinan caesar sering terjadi hipotensi akibat vasodilatasi perifer. Oleh karena itu digunakan fenilefrin sebagai *vasopressor* pilihan untuk pengelolaan hipotensi ibu akibat anestesi neuraksial. Infus fenilefrin digunakan dengan dosis awal 50 mcg/menit dengan kristaloid 2L. Sebagai alternative dapat digunakan infus norepinefrin dosis rendah.
 - 2) Pasien diberikan anestesi spinal dengan Bupivacaine spinal 0,5 % dosis rendah, Fentanyl dan morfin (menggunakan jarum 27G dengan introduser). Yakinkan ujung jarum berada di ruang subarachnoid, lakukan barbotage 1-2 kali saat memasukan obat LA.
 - 3) Pasien diberikan analgesic *non-opioid analgesia*, paracetamol bolus IV dan NSAID segera setelah bayi lahir. Pertimbangkan infiltrasi luka anestesi lokal (kontinu) atau blok regional (blok bidang *transversus abdominis* (TAP), blok *quadratus lumborum* (QLB).
 - 4) Pasien diberikan uterotonika optimal dengan dosis rendah secara efektif untuk mencapai kontraksi uterus yang adekuat dan

meminimalkan efek samping. Infus oksitosin dosis rendah 15-18 IU/jam diberikan sebagai profilaksis perdarahan post partum. Dosis rendah mengurangi terjadinya efek samping seperti hipotensi dan iskemia miokard.

- 5) Sebelum tindakan operasi dimulai, DPJP obgyn menginfokan *delayed cord clamping* ke DPJP anak, rencana 30 sampai 60 detik dan perawat bayi menyiapkan handuk besar hangat.
 - 6) Dilakukan *delayed cord clamping* setelah bayi lahir pada bayi bugar dan *aterm* dengan cara perawat anak menghitung dan mengumumkan waktu DCC per 15 detik selama 60 detik.
 - 7) DPJP obgyn dan anak dapat memutuskan klem tali pusat bila setelah 20 detik bayi tidak responsif dan memerlukan VTP.
 - 8) Setelah klem tali pusat, bayi ditransfer ke DPJP anak dan resusitasi dilanjutkan dan lamanya *delayed clamping* dicatat di status anak.
 - 9) Dilakukan insiasi menyusui dini pada ibu pada kondisi stabil dan bayi bugar selama 30–60 menit. *Skin to skin* dini dapat bermanfaat meningkatkan kecepatan dan durasi menyusui, serta dapat menurunkan kecemasan ibu dan depresi *post partum*.
- c. Perawatan post operatif
- 1) Berikan cairan jernih dalam 0-30 menit post operatif bila kondisi baik dan tidak ada mual muntah.
 - 2) Berikan multimodal analgesia (Opiod Sparing: Paracetamol dan NSAID). Morfin merupakan *gold standard* pengendalian nyeri selama dan pasca operasi caesar. Direkomendasikan menggunakan analgetik kombinasi dengan mekanisme kerja yang berbeda.
 - 3) Dilakukan mobilisasi dini mulai di ruang perawatan. Mobilisasi dini dapat meningkatkan fungsi dan oksigenasi jaringan pulmoner, meningkatkan resistensi insulin, dan mengurangi risiko terjadinya tromboemboli, serta memperpendek durasi rawat inap.

Analgesia parasetamol reguler, ibuprofen 400mg TDS, PRN oramorph 10-20 mg setiap 2 jam atau berikan dalteparin laktat profilaksis saat itu diresepkan selama empat jam setelah akhir operasi dan mulai mengajar pasien cara mengurus diri sendiri

- 4) Pelepasan kateter urin dini. Lepas kateter paling lambat 6 jam pasca tindakan untuk mengurangi risiko terjadinya infeksi saluran kemih.
- 5) Bila terjadi *breakthrough pain* diberikan tambahan terapi berupa opioid intravena, misalnya petidin.
- 6) Pasien diberikan asupan oral dini. Asupan oral secara dini dapat mendorong kembalinya fungsi usus dan ambulansi dini, menurunkan risiko sepsis, mengurangi waktu menyusui, dan memperpendek lama rawat inap. Jadi, berikan makanan bebas 4 jam pasca tindakan.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Nisak dkk., (2023) dengan judul “Perbedaan Metode Konvensional Dan ERACS Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post *Sectio Cesarea*”. Penelitian ini berjenis Komparatif dengan metode *cross sectional* ,sampel yang digunakan sebanyak 60 responden dibagi menjadi kelompok ERACS dan kelompok konvensional dengan teknik pengambilan sampel *accidental sampling*. Hasil Penelitian menunjukkan ada perbedaan metode konvensional dan ERACS dengan tingkat nyeri pada Pasien Post SC di RS Aisyiyah Kudus dengan nilai p-value 0.005. Ada perbedaan metode konvensional dan ERACS dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Post SC di RS Aisyiyah Kudus.
2. Purnaningrum & Chrisawardani (2023) dalam jurnal “*ERACS Method as a Solution to Allow Hospital and Patient Financing*”. Metode penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan literature review yang memuat uraian tentang teori, temuan dan bahan penelitian

lainnya yang diperoleh dari bahan referensi untuk dijadikan landasan dalam kegiatan penelitian. Metode ini dapat mengurangi beban keuangan pasien dan fasilitas kesehatan. Ini akan membantu seorang ibu untuk merawat bayinya jauh lebih awal tanpa mengurangi keamanan dan kepuasannya. Rumah sakit akan memiliki keuntungan dalam hal penurunan tempat tidur dan dengan demikian jumlah pasien yang dirawat akan meningkat dan sumber daya kesehatan akan meningkat digunakan secara efisien.

3. Penelitian terkait ERAC yaitu penelitian yang dilakukan oleh Gupta et al., (2022) tentang “*Enhanced Recovery After Cesarean Protocol Versus Traditional Protocol in Elective Cesarean Section: A Prospective Observational Study*”. Berdasarkan 200 responden, Grup A 100 responden dengan protokol ERAC dan Grup B 100 responden protokol tradisional didapatkan adanya perbedaan bermakna dalam hal lama hari rawat pasien (2.85 ± 0.5 vs 5.25 ± 0.61).
4. Felicitas Nia Aryani, Atik Nurwahyuni (2022) dengan judul “Kajian Literatur: Persalinan *Seccio Caesarea* Metode *Enhanced Recovery After Surgery* Menurunkan Lama Hari Rawat”. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah kajian literatur dengan cara mengumpulkan data melalui informasi kepustakaan berupa jurnal yang didapat dari penelusuran elektronik. Didapatkan 4 artikel yang akan dikaji. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa penerapan ERAS dalam perjalanan selama layanan kesehatan di rumah sakit memberikan intervensi yang efektif yang terjadi sebelum, selama dan setelah tindakan operasi. Penerapan ERAS dapat menurunkan lama hari rawat tanpa mengurangi kualitas layanan.
5. Aliem & Elham Abozied Ramadan, (2022) dalam penelitiannya tentang “*Effect of Intervention Guidelines on Enhanced Postpartum Recovery After Cesarean Section*”. Berdasarkan 100 responden, 50 responden kelompok intervensi dan 50 responden kelompok kontrol, didapatkan hasil perbedaan bermakna penyembuhan pasien *seccio caesarea* dengan

ERAS pulih 96% dan 4% belum pulih dibandingkan non ERAS 88% pulih dan 12% belum pulih.

6. Tika, dkk., (2022) dengan judul “Metode ERACS Sebagai Program Perioperatif Pasien Operasi Caesar”. Didapatkan hasil bahwa Metode ERACS sebagai program perioperatif pasien operasi caesar memiliki banyak manfaat dan keuntungan antara lain memperpendek durasi rawat inap, menurunkan kecemasan dan risiko depresi, menurunkan risiko terjadinya infeksi pasca operasi, dan mempercepat pemulihan tubuh.
7. Penelitian terkait ERACS yang dilakukan oleh Madumey & Ratna (2022) dengan judul “Pengaruh Persalinan *Sectio Caesarea* Metode ERACS (*Enhanced Recovery After Cesarean Surgery*) dengan *Length of Stay*”. Didapatkan hasil dari studi kasus terbaru telah membuktikan bahwa ERACS berkontribusi untuk meningkatkan hasil pasien yang optimal, mengurangi komplikasi pasca operasi, mempercepat pemulihan pasca operasi, dan mendukung pemulangan pasien yang lebih cepat dari bangsal, yang secara langsung akan menghasilkan biaya yang lebih rendah.
8. Penelitian yang dilakukan oleh Pahlavan dkk., (2022) dengan judul “*Implementation Of An Enhanced Recovery After Cesarean Protocol Improves Patient Satisfaction: The ERAC Questionnaire*” merupakan studi kohort prospektif terhadap pasien berusia di atas 18 tahun yang menjalani sesar tanpa komplikasi (CD) sebelum (Oktober 2019-Februari 2020) dan setelah (Mei 2020-September 2020) penerapan protokol ERAC. Dari 308 pasien yang menjalani CD selama periode ini, 196 berada di kelompok pra-ERAC dan 112 di kelompok pasca-ERAC. Pasien pada kelompok pasca-ERAC memiliki kepuasan keseluruhan yang lebih tinggi pada hari pasca operasi 1 [1.6(0.7, 2.8) vs 2.7(1.6, 4.3), $p < 0.001$] dan hari keluar [0.8(0.3, 1.5) vs. 1.4(0.7, 2.2), $p < 0,001$].

9. Damayanti dkk., (2022) dalam jurnal “Perbedaan Kejadian *Postoperative Nausea & Vomiting* (PONV) pada Pasien *Section Caesarea* dengan Metode *Enhanced Recovery After Cesarean Surgery* (ERACS) dan *Section Caesarea Elektif* di RSIA Adina Wonosobo”. Didapatkan hasil dari 35 pasien *section Caesaria*. Data diambil dengan melakukan pengukuran PONV sesudah operasi dan dianalisis dengan *Chi Square*. Hasil penelitian 73,3% pasien SC dengan metode ERACS tidak mengalami PONV dan 93,3% pasien SC elektif mengalami PONV. Ada perbedaan kejadian PONV antara responden Post SC yang mendapatkan metode ERACS dengan metode Elektif di Bangsal rawat inap RSIA Adina kabupaten Wonosobo dengan signifikansi atau P value 0,001 dan Skor *Chi Square* (X²) hasil analisis=13,889 sehingga H₀ ditolak dan H_a diterima.
10. Penelitian yang dilakukan oleh Humaira dkk., (2022) dalam jurnal “ERACS Sebagai Metode Mobilisasi Dini Pada Pasien *Section Caesarea*” didapatkan hasil pasien dengan metode ERACS dinilai dapat lebih cepat melakukan mobilisasi. Hal ini dibantu dengan pelepasan kateter urin yang lebih cepat, serta pemberian asupan oral dini. Mobilisasi dini dapat mengurangi waktu rawat inap pasien dan menurunkan rasa tidak nyaman pasien pasca operasi *section caesarea*.
11. Penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati & Mardiaty dkk., (2022) dengan jurnal “*Analysis Of Length Of Stay Decrease Of SC Patients With ERACS Protocol*”. Didapatkan sepanjang Januari 2022, total kelahiran melalui SC sebanyak 140 persalinan. 131 pasien membutuhkan operasi CS elektif, sementara 9 pasien lainnya membutuhkan operasi caesar cito. Pasien yang menerima operasi caesar kemudian dievaluasi dari pra operasi, intra operasi, dan pasca operasi sesuai dengan protokol ERACS. Dari hasil penelitian diketahui bahwa data responden memiliki rentang usia persalinan tertinggi pada usia 25-30 tahun dengan persentase 36% diikuti kelompok usia 31-35 tahun dengan persentase 27,8%. Dapat diasumsikan kelompok umur tertinggi

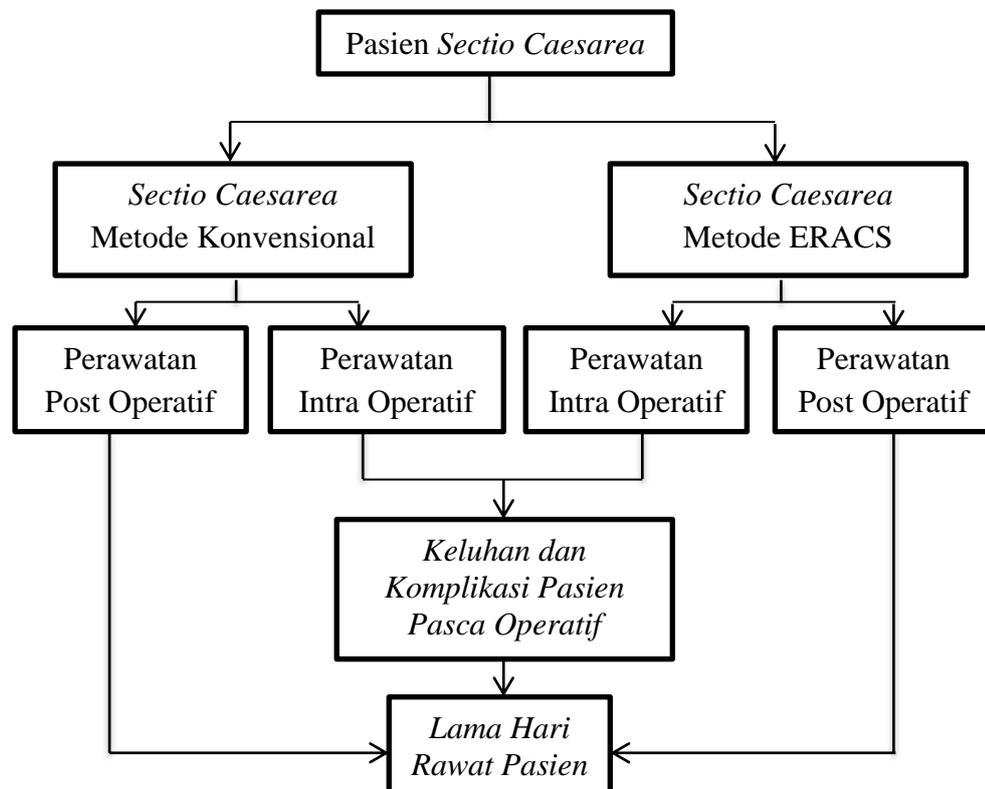
adalah 25-30 tahun yang memiliki pengetahuan cukup untuk dapat mengambil keputusan menyetujui metode persalinan ERACS

12. Mohammed et al., (2020) dalam penelitiannya tentang “*Enhanced Recovery Program After Cesarean Section in Sulaimani Maternity Teaching Hospital*”. Didapatkan hasil rata-rata dari 200 responden adanya perbedaan bermakna kecepatan mobilisasi pasien yang tidak menggunakan metode ERP yaitu 100 (50%) mengalami ambulasi dalam waktu 6 jam dan 100 (50%) mengalami ambulasi dalam waktu 4-5 jam serta perbedaan rata-rata lama hari rawat pasien yang tidak menggunakan metode ERP 95 (47.5%), 5 (2.5%) dengan lama hari rawat >24 jam dan 100 (50%) dengan lama hari rawat <24 jam.
13. Penelitian yang dilakukan oleh Mulman dkk., (2020) tentang “*Improved Outcomes With an Enhanced Recovery Approach to Cesarean Delivery*” Sebanyak 3.679 persalinan sesar (terjadwal dan darurat) dimasukkan dari 1 Januari 2018 hingga 31 Agustus 2019, dimana 2.171 terjadi sebelum implementasi ERAS pada 17 Desember 2018, dan 1.508 terjadi pasca implementasi. Dibandingkan dengan periode pra-implementasi, periode pasca-implementasi memiliki masa rawat inap pasca-sesar yang lebih pendek (3,2 vs 2,7 hari, rata-rata perubahan relatif 0,82, 95% CI 0,80-0,83, median 3 hari pada kedua periode), biaya langsung rata-rata lebih rendah sebesar \$349 (rata-rata perubahan relatif 0,93, 95% CI 0,91–0,95), dan tidak ada perubahan dalam tingkat penerimaan kembali 30 hari (1,4% vs 1,7%, OR 0,83, 95% CI 0,49–1,41).
14. Penelitian berjudul “*Enhanced Recovery After Cesarean Delivery: A Challenge For Anesthesiologists*”, yang dilakukan oleh Liu dkk., (2020) didapatkan hasil ERAC dapat menguntungkan sistem perawatan kesehatan dengan mengurangi pemborosan sumber daya medis yang langka dan mengurangi biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan. ERAC hanyalah awal untuk mengembangkan jalur optimal selama kehamilan. ERAC dapat dipertimbangkan untuk semua wanita yang

melahirkan untuk membantu mereka kembali ke status fungsi fisik dan mental dengan cepat.

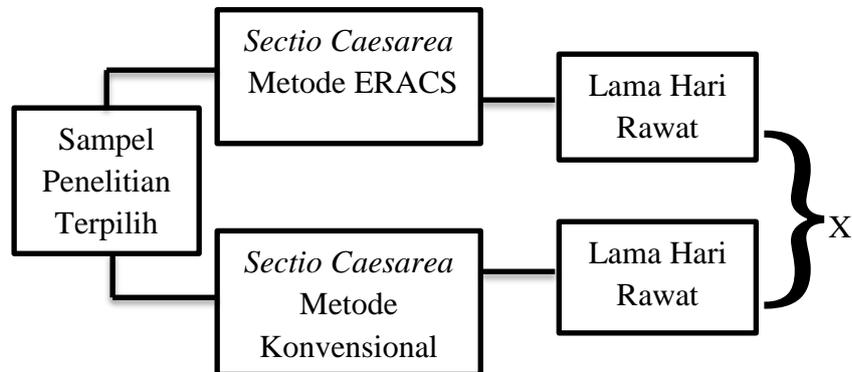
15. Bowden dkk., (2019) dengan penelitian “*Fast-Track Pathway For Elective Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative To Promote Day 1 Discharge*”. Didapatkan hasil 27,3% wanita (n=131/479) yang melahirkan melalui ELCS memasuki FTP. 76,2% wanita di FTP dipulangkan pada hari pertama. Rata-rata LoS turun menjadi 1,31 hari. 94,2% wanita yang mulai menyusui pada hari pertama masih menyusui pada hari ke-7. Kepuasan keseluruhan pada hari ke 7 adalah 4,71 pada skala likert 5 poin. 73,1% wanita melaporkan kontrol nyeri yang baik. Penghematan finansial tambahan diperkirakan sebesar £99.886 per tahun.

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori
Sumber: Wartawan, (2012)

G. Kerangka Konsep



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah penjelasan sementara tentang tingkah laku, gejala-gejala atau kejadian tertentu yang telah terjadi atau yang akan terjadi. Suatu hipotesis adalah pernyataan masalah yang spesifik (Aprina & Anita, 2022). Adapun hipotesis dari penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

- a. Hipotesis Alternatif (H_a): ada perbedaan lama hari rawat pasien *sectio caesarea* menggunakan metode ERACS dengan *sectio caesarea* konvensional di Rumah Sakit Provinsi Lampung Tahun 2023.