

TINJAUAN PUSTAKA

ERAS PADA LOWER ABDOMINAL SURGERY

Bhirowo Y. Pratomo¹, Sudadi¹, Metia Gledis G. Gentong²

¹ Rumah Sakit Umum Pusat Sardjito Yogyakarta

² Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif

Fakultas Kedokteran, Keperawatan, dan Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRAK

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) dikenal juga sebagai fast track surgery atau Enhanced Recovery Protokol (ERP) adalah penatalaksanaan perioperasi yang berbasis multimodal yang didesain untuk menurunkan morbiditas, lama rawat inap, meningkatkan waktu pemulihan paska operasi dan meminimalkan komplikasi paska operasi. Elemen kunci dari protokol ERAS termasuk konseling pra operasi, optimalisasi nutrisi, standar analgesik dan regimen anestesi dan mobilisasi awal.

Operasi perut bawah dan reseksi kolorektal secara tradisional dikaitkan dengan morbiditas yang tinggi dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit. ERAS telah terbukti memperbaiki pemulihan pasca operasi, mengurangi lama masa tinggal dan meningkatkan kembali lebih awal ke fungsi normal bila dibandingkan dengan protokol bedah kolorektal tradisional.

Rekomendasi untuk perawatan anestesi pada pasien yang menjalani operasi gastrointestinal dalam program ERAS di jabarkan dalam protokol terpadu, yang dapat memfasilitasi keterlibatan ahli anestesi dalam implementasi program ERAS.

Kata kunci: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Lower Abdominal Surgery, reseksi kolorektal

ABSTRACT

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) also known as fast track surgery or Enhanced Recovery Protocol (ERP) is a multimodal-based perioperative management designed to reduce morbidity, length of hospitalization, improve postoperative recovery time and minimize postoperative complications. Key elements of the ERAS protocol include pre-operative counseling, nutrition optimization, analgesic standards and anaesthesia regimens and early mobilization.

Lower abdominal surgery and colorectal resection have traditionally been associated with high morbidity and length of hospital stay. ERAS has been shown to improve postoperative recovery, reduce length of stay and increase early return to normal function when compared to traditional colorectal surgical protocols.

Recommendations for anaesthesia treatment in patients undergoing gastrointestinal surgery in the ERAS program are issued in an integrated protocol, which can facilitate the involvement of anesthesiologists in the implementation of the ERAS program.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Lower Abdominal Surgery, Colorectal Resection

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) dikenal juga sebagai *fast track surgery* atau *Enhanced Recovery Protokol* (ERP) adalah penatalaksanaan perioperasi yang berbasis multimodal yang didesain untuk menurunkan morbiditas, lama rawat inap, meningkatkan waktu pemulihan pasca operasi dan meminimalkan komplikasi pasca operasi. ERAS menggabungkan beberapa teknik perioperasi yang bertujuan untuk mobilisasi dini pasca operasi dan menurunkan respon stress selama operasi.¹

Secara umum ERAS bertujuan untuk mengoptimalkan persiapan operasi, mencegah/menghindari cedera iatrogenik intraoperative, meminimalkan respon stress setelah pembedahan, mengurangi atau mengatasi perubahan metabolik yang terjadi, mempercepat penyembuhan dan kembalinya fungsi normal, mendeteksi sedini mungkin adanya proses penyembuhan yang tidak normal dan melakukan intervensi sedini mungkin jika diperlukan.^{1,2}

Prinsip-prinsip pendekatan ERAS dapat digunakan untuk operasi di mana saja di dunia. Pendekatan ini telah diterapkan di banyak pusat kesehatan di Inggris pada berbagai macam prosedur operasi, terutama bedah kolorektal dan bedah ortopedi. Ditemukan bukti bahwa ERAS memiliki manfaat pemulihan yang lebih cepat dan meningkat dibandingkan prosedur umum, sehingga banyak negara lain memasukkannya ke dalam bagian perawatan mereka.^{1,2}

Strategi yang diterapkan adalah saat pasien berada dalam kesehatan terbaik untuk operasi, memiliki perawatan berbasis bukti selama tinggal di rumah sakit dan memiliki catatan rehabilitasi yang baik. Pasien juga memiliki tim multidisiplin yang bertanggung jawab dalam perawatan mereka.^{3,4}

Reseksi kolorektal secara tradisional dikaitkan dengan morbiditas yang tinggi dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit. Pendekatan dijelaskan oleh Kehlet pada tahun 1999 terdapat penelitian yang menilai hasil dari 111 prosedur operasi reseksi kolorektal dengan menerapkan protokol ERAS di Rumah Sakit NWS regional. ERAS telah terbukti memperbaiki pemulihan pasca operasi, mengurangi lama masa tinggal dan meningkatkan kembali lebih awal ke fungsi normal bila dibandingkan dengan protokol bedah kolorektal tradisional.⁵

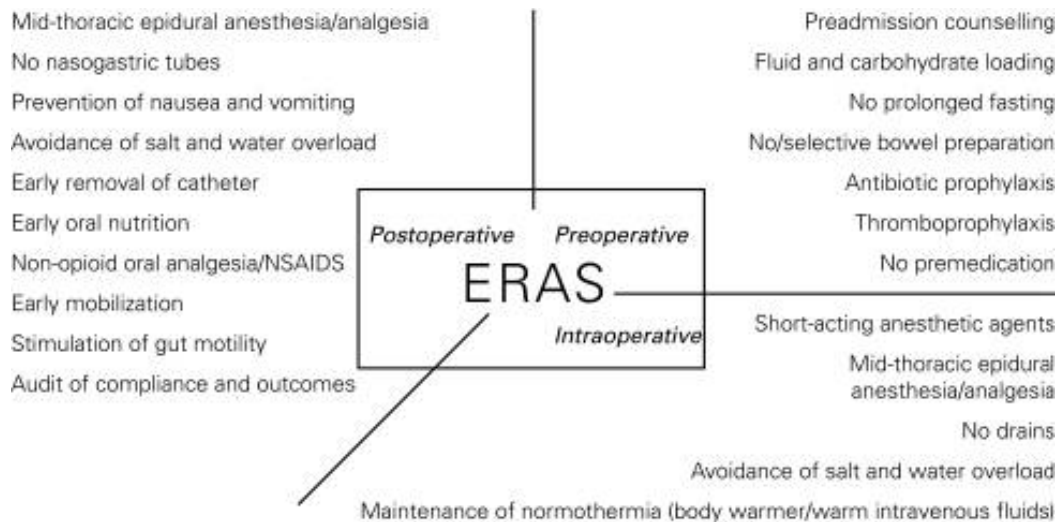
TINJAUAN PUSTAKA

A. *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS)

1. Definisi

Diprakarsai oleh Profesor Henrik Kehlet pada tahun 1990-an, ERAS, program pemulihan yang disempurnakan (ERP) atau program "operasi jalur cepat" telah menjadi fokus penting dari manajemen perioperatif setelah bedah kolorektal, operasi vaskular, bedah toraks dan kistektomi radikal baru-baru ini. Program-program ini mencoba untuk memodifikasi respon fisiologis dan psikologis untuk operasi besar, dan telah terbukti mengarah pada pengurangan komplikasi dan waktu tinggal di rumah sakit, peningkatan fungsi kardiopulmonal, kembalinya fungsi usus lebih cepat.¹

Program pemulihan yang ditingkatkan melibatkan perubahan dalam setiap langkah dari proses perawatan pasien, dari rujukan dari perawatan primer hingga fase pasca operasi dan tindak lanjut. Mayoritas dari bukti untuk ERP berasal dari bedah kolorektal, meskipun komponen ini berlaku sama untuk yang lain aplikasi seperti bedah ginekologi, urologi atau ortopedi. Elemen kunci dari protokol ERAS termasuk konseling pra operasi, optimalisasi nutrisi, standar analgesik dan regimen anestesi dan mobilisasi awal.¹



Gambar 1. Key aspects of ERAS protocols.²

2. Elemen ERAS Untuk Peri Operasi

a. Pra operasi

Konseling Praadmisi

Konseling mengenai informasi terkait seluruh prosedur pembedahan dan anestesi yang rinci diberikan kepada pasien sebelum dilakukan prosedur pembedahan dapat mengurangi rasa takut dan kecemasan sehingga meningkatkan pemulihan pasca operasi dan mempercepat waktu pulih. Dapat diberikan dukungan psikologis pra operasi, yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan pasien, mungkin juga memperbaiki penyembuhan luka dan pemulihan setelah operasi. Konseling pribadi, selebaran atau informasi multimedia yang berisi penjelasan tentang prosedur bersama dengan tugas-tugas yang pasien lakukan diberikan untuk memenuhi pemberian makan perioperatif, mobilisasi dini pasca operasi, kontrol nyeri, dan fisioterapi pernapasan; sehingga mengurangi prevalensi komplikasi. Idealnya, pasien harus bertemu ahli bedah, anestesi dan perawat.⁶

Optimalisasi medis pra operasi diperlukan sebelum operasi. Pecandu alkohol punya peningkatan dua hingga tiga kali lipat dalam morbiditas pasca operasi, komplikasi yang paling sering terjadi adalah perdarahan, luka

dan komplikasi kardiopulmonal sehingga perlu di hentikan selama satu bulan. Merokok adalah faktor lain pada pasien yang memiliki pengaruh negatif terhadap pemulihan. Perokok aktif memiliki peningkatan risiko komplikasi pasca operasi pada paru dan penyembuhan luka. Satu bulan pantang merokok diperlukan untuk mengurangi insiden komplikasi.⁶

Menghentikan rokok dan asupan alkohol setidaknya 4 minggu sebelum operasi dianjurkan. Droongan bagi pasien saja tidak cukup; dukungan farmakologis dan konseling individu harus ditawarkan kepada setiap pasien yang merokok dan penyalahguna alkohol yang akan menjalani operasi elektif. Optimalisasi kondisi medis, seperti penyakit kardiovaskular, anemia, PPOK, status gizi dan diabetes harus mengikuti rekomendasi internasional. Dilakukan penilaian preoperatif dan tes kapasitas fungsional paru dapat dilakukan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko komplikasi pasca operasi dan untuk mengelompokkan risiko perioperatif.⁷

Pemberian cairan mengandung karbohidrat dan tidak puasa lama.

Cairan bening boleh diberikan hingga 2 jam dan makanan padat hingga 6 jam sebelum induksi

anestesi. Pada pasien dengan pengosongan lambung yang mungkin tertunda (sumbatan duodenum dll.) langkah-langkah keamanan tertentu menjadi perhatian saat induksi anestesi. Pemberian karbohidrat oral pra operasi harus diberikan secara rutin berupa cairan bening yang mengandung konsentrasi karbohidrat kompleks 2–3 jam sebelum induksi anestesi, empat ratus mililiter minuman yang mengandung 12,5% maltodekstrin dapat diberikan. Pada penderita diabetes, cairan karbohidrat bisa diberikan bersama dengan obat diabetes.^{6,7}

Tidak melakukan *mechanical bowel preparation* (MBP) preoperasi.

Persiapan mekanis usus (MBP) memiliki efek fisiologis yang merugikan terkait dengan dehidrasi, dan berhubungan dengan ileus yang berkepanjangan setelah operasi kolon. MBP tidak rutin dilakukan pada persiapan operasi dengan ERAS.⁶

Antibiotik profilaksis

Profilaksis rutin dengan antibiotik intravena harus diberikan 30–60 menit sebelum memulai operasi kolorektal. Dosis tambahan harus diberikan selama prosedur yang panjang sesuai dengan waktu paruh obat yang digunakan.⁶

Profilaksis tromboemboli

Pasien dengan penyakit keganasan, riwayat operasi pelvis sebelumnya, menggunakan kortikosteroid sebelum operasi, memiliki komorbid luas dan hiperkoagulasi memiliki risiko tinggi terjadi tromboemboli. Semua pasien kolorektal harus menerima profilaksis tromboemboli secara mekanik dengan menggunakan stoking kompresi karena ini telah terbukti secara signifikan mengurangi prevalensi DVT pada pasien rawat inap. Pasien harus memakai stoking kompresi yang pas, menggunakan kompresi pneumatik intermiten, dan menerima profilaksis farmakologis dengan *low molecular weight heparin* (LMWH). Pemberian profilaksis selama 28 hari harus diberikan pasien dengan kanker kolorektal.⁶

Tidak memberikan premedikasi

Pasien tidak secara rutin menerima premedikasi sebelum operasi karena dapat menunda pemulihan pasca operasi segera. Jika diperlukan, obat intravena *short-acting* dapat dititrasi hati-hati oleh ahli anestesi untuk memfasilitasi pada pemberian analgesia epidural atau spinal karena ini tidak mempengaruhi pemulihan secara signifikan.⁶

b. Intra operasi

Protokol standar anestesi, pemantauan kedalaman anestesi dan epidural thorakal.

Protokol standar anestesi yang memungkinkan pulih sadar cepat harus diberikan. Ahli anestesi harus mengontrol terapi cairan, analgesia dan perubahan hemodinamik untuk mengurangi respons stres metabolik. Blok epidural mid-thorakal menggunakan anestesi lokal dan opioid dosis rendah harus digunakan untuk operasi. Jika opioid intravena harus digunakan dosis seharusnya dititrasi untuk meminimalkan risiko efek yang tidak diinginkan.⁶

Kedalaman anestesi harus dipertahankan sampai akhir dengan konsentrasi 0,7–1,3,3 MAC atau indeks BIS antara 40 dan 60 dengan tujuan tidak hanya untuk mencegah kesadaran tetapi juga untuk meminimalkan efek samping anestesi dan memfasilitasi kecepatan pulih sadar. Hindari terlalu banyak anestesi (BIS <45), terutama pada pasien usia lanjut.⁷

Penggunaan dan pemantauan pelumpuh otot *Neuromuscular blockade agent* (NMBA)

Fungsi neuromuskular seharusnya selalu dipantau saat menggunakan NMBA untuk menghindari efek sisa kelumpuhan. NMBA dengan durasi kerja panjang seharusnya dihindari, dan ketika NMBA diberikan fungsi neuromuskular harus dipantau menggunakan stimulator saraf perifer untuk memastikan relaksasi otot yang adekuat selama operasi dan restorasi optimal fungsi neuromuskular pada akhir operasi. Rasio TOF 0,9 harus dicapai untuk memastikan kembalinya

fungsi otot yang memadai dengan demikian mencegah komplikasi. Penggunaan reversal direkomendasikan apabila NMBA di gunakan.⁷

Penggunaan oksigen inspirasi

Konsentrasi oksigen fraksional yang diinspirasi harus dititrasi untuk menghasilkan tingkat oksigen dan saturasi arteri normal. Konsentrasi oksigen inspirasi tinggi berkepanjangan yang mengakibatkan hiperoksia seharusnya dihindari. Konsentrasi oksigen inspirasi 100% bisa digunakan untuk pra-oksigenasi sebelum anestesi atau pada waktu yang singkat untuk mengatasi hipoksia.⁷

Tidak menggunakan drain

Drainase rutin tidak disarankan karena merupakan suatu intervensi yang tidak mendukung untuk mobilisasi segera.⁶

Manajemen hemodinamik perioperasi

Periode pra operasi: defisit cairan pra operasi dapat bervariasi menurut keadaan komorbid pasien, puasa pra operasi dan penggunaan persiapan usus mekanik (MBP) pra operasi. Hindari puasa pra operasi yang berkepanjangan, penggantian defisit intravaskular pra operasi harus didasarkan pada strategi pemberian cairan intraoperatif pasien.^{6,7}

Periode intraoperatif: terapi cairan intraoperatif bertujuan untuk mengatur cairan kristaloid seimbang agar menutupi kebutuhan yang berasal dari homeostasis air dan natrium. Terapi cairan intraoperatif harus bertujuan menjaga keseimbangan cairan hampir nol dan substansial penambahan berat badan lebih dari 2,5 kg seharusnya dihindari. Persyaratan cairan intraoperasi dapat dipakai dengan infus cairan 2 ml / kg / jam dengan metode restriksi cairan. Kelebihan kristaloid meningkatkan risiko komplikasi paru, ileus dan pemulihan yang tertunda. Cairan yang disarankan adalah isotonik kristaloid seimbang dan saline 0,9% dihindari.^{6,7}

Terapi cairan intraoperatif harus dilakukan dengan pemberian bolus cairan intravena berdasarkan ukuran yang objektif. Terapi

cairan yang diarahkan pada tujuan *goal directed fluid therapy* (GDFT) bertujuan untuk mempertahankan normovolemia sentral dengan memanfaatkan perubahan dalam stroke volume yang diukur oleh monitor invasif *output* jantung untuk mengoptimalkan pasien sesuai individu mereka berdasarkan kurva Frank-Starling.^{6,7}

Periode pasca operasi: asupan cairan oral dimulai secara dini dan zat padat setelah operasi abdominal segera dimulai apabila asupan oral ditoleransi oleh tubuh, pemberian cairan intravena rutin harus dihentikan setelah pasien keluar dari ruang pemulihan anestesi dan di berikan kembali hanya jika ada indikasi klinis. Supaya fungsi fisiologis terpenuhi, pasien harus didorong untuk minum 25–35 ml / kg air per hari (1,75–2,75 l untuk satu rata-rata orang). Setelah memastikan pasien normovolemik, apabila terjadi hipotensi karena menggunakan analgesia epidural dapat diberikan vasopressor.^{6,7}

Kontrol kadar gula darah intra operasi

Konsentrasi glukosa harus dijaga sedekat mungkin dengan nilai normal tanpa mengorbankan keselamatan pasien. Perawatan perioperatif yang mengurangi insulin resistensi tanpa menyebabkan hipoglikemia direkomendasikan. Penting untuk ditegaskan bahwa ada berbagai elemen di protokol ERAS yang akan mengurangi resistensi insulin sehingga mengurangi risiko hiperglikemia dan yang harus digunakan, seperti penggunaan karbohidrat pra operasi, penggunaan epidural mid torakal, makan dini dan kontrol nyeri yang baik.^{6,7}

Pencegahan hipotermia intraoperasi

Hipotermia intraoperasi harus dihindari dengan menggunakan alat pemanasan yang aktif.^{6,7}

c. Pasca operasi

Manajemen nyeri, analgesia/ anestesi epidural mid thorakal

Multimodal, berbasis bukti dan spesifik prosedur regimen analgesik harus standar

perawatan, dengan tujuan untuk mencapai analgesia yang optimal dengan efek samping minimal dan memfasilitasi pencapaian tonggak ERAS yang penting seperti itu sebagai mobilisasi dini dan pemberian makan oral.^{6,7}

Analgesia epidural mid-toraks sebagai analgesi dibandingkan dengan analgesia opioid intravena sangat efektif mencegah ileus pasca operasi. Epidural thorakal analgesi (T6 - T11) merupakan baku emas untuk kontrol nyeri pasca operasi pada pasien yang menjalani operasi laparotomi. Epidural thorakal juga berguna untuk memfasilitasi pemulihan fungsi usus bahkan setelah operasi laparotomi.^{6,7}

Pemasangan selang nasogastrik

Penggunaan selang nasogastrik sebagai profilaksis tidak dianjurkan untuk pasien yang menjalani operasi kolorektal elektif, sementara penggunaannya pada pasien yang menjalani gastrektomi dan oesophagectomi masih bisa dipertimbangkan. Pasien dengan pengosongan lambung yang tertunda setelah operasi yang harus diperbaiki dengan memasukkan selang nasogastrik.^{6,7}

Mencegah dan mengobati *Postoperative Nausea and Vomiting* (PONV)

Ada banyak faktor risiko yang menjadi predisposisi pasien mengalami PONV. Apfel et al mengembangkan skor sederhana untuk menilai faktor risiko terjadinya PONV, menggunakan hanya empat faktor risiko yaitu (1) jenis kelamin perempuan; (2) riwayat mengalami PONV; (3) Merokok dan (4) penggunaan opioid pasca operasi. Semua pasien dengan faktor risiko 1-2 harus menerima kombinasi dua antiemetik sebagai profilaksis PONV. Pasien dengan faktor risiko 3-4 harus menerima antiemetik dan total anestesi intravena (TIVA) dengan strategi propofol dan *opioid-sparing*.^{6,7}

Kelas antiemetik (serotonergik, dopaminergik, kolinergik dan histaminergik) berdasarkan dari sifat antagonisme obat yang bekerja pada pusat reseptor yang semuanya terlibat dalam patofisiologi PONV dan

semuanya terbukti unggul dalam pencegahan PONV. Kombinasi antiemetik direkomendasikan untuk pasien yang berisiko tinggi PONV. Terapi kombinasi lebih efektif dari monoterapi, dan untuk pasien berisiko tinggi, kombinasi dengan antiemetik selain penggunaan propofol sebagai agen total anestesi intravena total (TIVA) memiliki pengurangan resiko terbesar terjadinya PONV.^{6,7}

Contoh obat antiemetik adalah serotonin antagonis seperti ondansetron 4 mg i.v. atau dopamin antagonis seperti droperidol 0,625-1,25 mg i.v. diberikan pada akhir operasi atau transdermal skopolamin ditempatkan pada tubuh pasien pada malam hari atau 2 jam sebelum operasi. Dexamethasone 4-5 mg i.v. setelah induksi anestesi juga terbukti efektif, tetapi efek immunosupresifnya jangka panjang tidak diketahui. Dosis yang lebih tinggi dari deksametason tidak ada efek tambahan dan berhubungan dengan gangguan tidur, seharusnya tidak digunakan pada dengan diabetes pasien yang membutuhkan insulin.^{6,7}

Melepas kateter lebih cepat dan segera memulai nutrisi via oral

Pasien harus diskriminasi untuk status gizi jika dianggap berisiko kekurangan gizi, dan diberikan dukungan nutrisi aktif. Untuk pasien ERAS, puasa pra operasi harus diminimalkan dan pasca operasi pasien harus didorong untuk makanan secepat mungkin setelah operasi. Suplemen nutrisi oral bisa digunakan untuk menambah asupan total.

Multimodal analgesia dengan non opioid

Regimen analgesik yang optimal untuk operasi harus memberikan efek menghilangkan rasa sakit yang baik; memungkinkan mobilisasi dini, kembalinya fungsi usus dan makan dini; dan tidak menyebabkan komplikasi. Landasan dari analgesia tetap analgesia multimodal yang menggabungkan regional analgesia atau teknik anestesi lokal dan mencoba hindari opioid parenteral dan efek sampingnya. *Non steroid antiinflammation drugs* (NSAIDs) juga

merupakan bagian penting dari analgesia multimodal. Regimen pilihan obat yang dapat rutin di gunakan berupa NSAID, inhibisi COX - 2 dan acetaminophen (parasetamol) (PO atau intravena bila tersedia) apabila tidak ada kontraindikasi pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan.⁷

Mobilisasi segera dan stimulasi motilitas usus

Mobilisasi dini termasuk melakukan gerakan di tempat tidur, duduk dari tempat tidur, berdiri, berjalan di ruangan, berjalan di lorong atau berolahraga dimulai sejak dini, pada hari operasi, dan meningkat setiap hari untuk mencapai target yang telah ditentukan. Pencapaian tujuan mobilisasi membutuhkan pendekatan multidisipliner. Pasien harus diberikan informasi tertulis yang menetapkan target harian untuk mobilisasi di rumah sakit. Pasien harus didorong untuk meningkatkan aktivitas fisik mereka pada periode pra operasi. Pasien harus menggunakan buku harian atau alat pengukur langkah untuk merekam aktivitas fisik harian mereka.^{6,7}

Audit

Audit sistematis sangat penting untuk menentukan hasil klinis dan mengukur kepatuhan pasien untuk membangun suksesnya implementasi protokol perawatan. Sistem ini juga harus melaporkan pengalaman pasien dan pemulihan fungsional, tetapi alat ukur yang divalidasi diperlukan untuk aspek ini.⁷

KESIMPULAN

Rekomendasi untuk perawatan anestesi pada pasien yang menjalani operasi gastrointestinal dalam program ERAS di jabarkan dalam protokol terpadu ini, yang dapat memfasilitasi keterlibatan ahli anestesi dalam implementasi program ERAS.

Prinsip-prinsip pendekatan ERAS dapat digunakan untuk operasi di mana saja di dunia. Ditemukan bukti bahwa ERAS memiliki manfaat pemulihan yang lebih cepat dan meningkat dibandingkan prosedur umum.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mattheous C. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Anaesthesia tutorial of the week 204 8th November 2010.
2. Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Gastrointestinal Surgery Part 1: Pathophysiological Consideration. *Acta Anaesthesiolo Scand*. 2105; 313: 911.
3. Carmichael JC, Deborah SK, Gabriele B, et al. Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery from The American Society of Colon and Rectal Surgeon and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeon. *Dis Colon Rectum* 2017; 60: 761-784.
4. Nygnen J, J Thacker, I Carli, et al. Gudilines for Perioperative Care in Elective Rectal/Pelvic Surgery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. *World Journal of Surgery* (2013) 37: 285-305.
5. Abraham N and Sinan A. Enhanced Recovery After Surgery Program Hasten Recovery After Colorectal Resection. *World Journal Of Gastrointestinal Surgery*. 2011 Jan 27; 3(1): 1-6.
6. Fieldheiser A, Aziz O, Baldini G, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Gastrointestinal Surgery, Part 2 : Consensus Statement for Anaesthesia Practice. *Acta Anaesthesiol Scand* 2016; 60: 289.
7. Gustafsson UO, Scott MJ, Schament W, et al. Gudilines For Perioperative Care in Elective Colonic Surgery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World Jurnal of Surgery* (2013); 37 : 259 – 284.