

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Sectio Caesarea

a. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015). Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan saraf rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Mitayani, 2009).

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina : atau sectio caesarea adalah suatu histerectomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.(Mochtar, 2012)

b. Etiologi

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab sectio caesarea yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu

terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (Cephalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), faktor hambatan jalan lahir.

Etiologi yang berasal dari janin yaitu gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

c. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan / hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal / spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea (SC).

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

d. Klasifikasi

Menurut Mochtar (2011), klasifikasi sectio caesar berdasarkan sayatan yaitu:

1. Sectio caesarea klasik (corporal)

Jenis operasi sectio caesarea klasik dilakukan dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

2. Sectio caesarea iskemika (profunda)

Jenis operasi sectio caesarea iskemika atau profunda dilakukan dengan sayatan melintang pada segmen bawah rahim.

3. Sectio caesarea ekstrapéritonealis

Jenis operasi sectio caesarea tanpa membuka peritonium perietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominis.

2. Preeklampsia

a. Definisi

Preeklampsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema, dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu (Obgynacea, 2009).

b. Etiologi

Menurut Pribadi, A, dkk (2015) terdapat beberapa teori yang diduga sebagai etiologi dari preeklampsia, meliputi (1) abnormalitas

invasi tropoblas, invasi tropoblas yang tidak terjadi atau kurang sempurna, maka akan terjadi kegagalan *remodeling* a. spiralis, (2) maladaptasi kardiovaskular atau perubahan proses inflamasi dari proses kehamilan normal, (3) faktor genetik, termasuk faktor yang diturunkan secara mekanisme epigenetik, (4) faktor nutrisi, kurangnya intake antioksidan.

c. Faktor risiko

Faktor risiko dan berpengaruh terhadap progresifitas preeklampsia yaitu faktor usia ibu, paritas, usia kehamilan, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) diatas 30 dengan kategori obesitas risiko preeklampsia meningkat menjadi 4 kali lipat (Pribadi, A. dkk, 2015).

d. Gejala Klinis

Gejala klinis preeklampsia sangat bervariasi dari yang ringan sampai yang mengancam kematian pada ibu. Efek yang sama terjadi pula pada janin, mulai dari yang ringan, pertumbuhan janin terlambat (PJT) dengan komplikasi pascasalin sampai kematian intrauterine (Pribadi, A dkk., 2015) .

Gejala dan tanda preeklampsia meliputi: (1) Hipertensi: Peningkatan sistolik sebesar 30 mmHg atau diastolic sebesar 15 mmHg, (2) Hiperrefleksi nyata, terutama disertai klonus pergelangan kaki yang sementara atau terus-menerus, (3) Edema wajah, (4) Gangguan pengelihan, (5) Mengantuk atau sakit kepala berat (pertanda konvulsi), (6) Peningkatan tajam jumlah proteinuria (≥ 5 g pada specimen 24 jam,

atau bila menggunakan uji dipstick 3+ sampai 4+), (7) Oliguria : keluaran urine kurang dari 30 ml/jam atau kurang dari 500 ml/24 jam. (Morgan & Hamilton, 2009)

3. Penapisan Gizi

Penapisan gizi atau Skrining gizi digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko malnutrisi, tidak berisiko malnutrisi atau yang memiliki kondisi khusus yaitu pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatric dan pasien kanker dengan kemoterapi/ radiasi, luka bakar pasien dengan imunitas yang menurun atau mengalami sakit kritis (Kemenkes RI, 2013).

Skrining gizi mempunyai empat komponen utama yaitu: (1) Kondisi sekarang, yang digambarkan dengan indeks massa tubuh atau lingkaran lengan atas, (2) kondisi yang stabil, digambarkan dengan kehilangan berat badan, (3) kondisi yang memburuk, digambarkan dengan penurunan asupan makan, (4) pengaruh penyakit terhadap perburukan status gizi (Susetyowati, 2015).

Metode skrining gizi yang digunakan disesuaikan dengan kondisi dan keadaan pasien. Skrining gizi yang digunakan pada ibu hamil yaitu skrining gizi Obstetrik. Skrining Obstetrik menggunakan penilaian ya atau tidak, jika ya memiliki skor nilai 1.

4. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) pada Pasien Sectio Caesarea dengan Preeklampsia

Menurut Kemenkes RI 2013 PAGT meliputi:

1. Pengkajian Gizi

Menurut Kemenkes RI (2014) Pengkajian Gizi meliputi:

Tujuan Pengkajian Gizi

Mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data secara sistematis.

Menurut Kemenkes RI 2013 pengkajian gizi dikelompokkan dalam 5 kategori sebagai berikut:

a. Riwayat Terkait Gizi dan Makanan – *Food History (FH)*

Gambaran asupan makanan dapat digali melalui anamnesis kualitatif dan kuantitatif. Anamnesis riwayat gizi secara kualitatif dilakukan untuk memperoleh gambaran kebiasaan makan/pola makan sehari berdasarkan frekuensi penggunaan bahan makanan. Anamnesis secara kuantitatif dilakukan untuk mendapatkan gambaran asupan zat gizi sehari (Kemenkes RI, 2013). Metode recall 24 jam merupakan metode merupakan survai konsumsi pangan dengan cara wawancara untuk mengetahui konsumsi makan pasien sehari atau 24 jam yang lalu (Sirajuddin dkk., 2018). Metode SQFFQ dapat menggambarkan kebiasaan makan pasien pada masa yang laluyang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan dan gizi pasien di masa sekarang. Menggali diet yang pernah dilakukan dan modifikasi diet, serta pemberian makan enteral atau parenteral sehingga mengetahui diet yang akan diberikan saat ini.

b. Antropometri – *Antropometri Data (AD)*

Menurut Kemenkes RI 2013, antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Penilaian indeks massa tubuh dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB}^2 \text{ (m)}}$$

Tabel 1. Klasifikasi Berat Badan berdasarkan IMT

Nilai IMT	Kriteria
< 18,5	Kurus/Kurang
18,5 – 24,9	Normal
25,0 – 27,0	Overweight
> 27	Obesitas

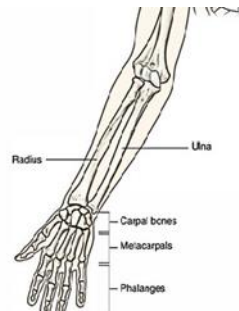
Sumber: Kemenkes RI 2013

Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang ulna yang diukur menggunakan metlin. Pengukuran panjang ulna digunakan untuk mengestimasi tinggi badan pasien. Estimasi TB dengan ULNA dari rumus Ilayperuma:

$$\text{Perempuan} = 68,777 + (3,536 \times \text{ULNA})$$



Gambar 1. Anatomi Panjang Tulang Ulna



Gambar 2. Anatomi Tulang Ulna

Pengukuran lain seperti Lingkar Lengan Atas (LiLA) dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Pengukuran LiLA dapat digunakan untuk mengestimasi berat badan pasien. Estimasi BB dengan LiLA dari Cerra: $BB = \frac{\text{LiLA yang diukur}}{\text{LiLA standar cerra}} \times (TB - 100)$

Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB. Status gizi juga bisa berdasarkan dari pengukuran LiLA. Estimasi status gizi berdasarkan pengukuran LiLA: $\% \text{persentil LILA} = \frac{\text{LILA yang diukur}}{\text{Nilai standar LILA}} \times 100\%$

Tabel 2. Kategori status gizi menurut percentile LiLA

Status Gizi	Persentil
Obesitas	>120 %
Overweight	110-120 %
Gizi baik	85-110 %
Gizi kurang	70,1- 84,9 %
Gizi buruk	<70 %

Sumber: Fajar, SA (2019)

Pemeriksaan fisik yang paling sederhana untuk melihat status gizi pada pasien rawat inap adalah BB. Pasien sebaiknya ditimbang dengan menggunakan timbangan yang akurat/terkalibrasi dengan

baik. Berat badan akurat sebaiknya dibandingkan dengan BB ideal pasien atau BB pasien sebelum sakit. Pengukuran BB sebaiknya mempertimbangkan hal – hal diantaranya kondisi kegemukan dan edema (Kemenkes RI 2013).

c. Biokimia/ *Biochemical Data (BD)*

Data biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan data assessment gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya. Disamping itu proses penyakit, tindakan, pengobatan, prosedur dan status hidrasi (cairan) dapat mempengaruhi perubahan kimiawi darah dan urin, sehingga hal ini perlu menjadi pertimbangan (Kemenkes RI, 2013).

Pemeriksaan darah pada pasien sectio caesarea, seperti terlihat pada tabel 3.

Tabel 3. Pemeriksaan Laboratorium

Data Laboratorium	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12-14 g/dl
Hematokrit	40-48%
Eritrosit	4,5-5,5 juta/ml
Leukosit	5-10 ribu/ml
Urin Protein	Negatif

Sumber: Almatsier (2010)

d. Pemeriksaan Fisik Terkait Gizi/ *Physical Data (PD)*

Menurut Kemenkes RI, 2013 pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari, tanda – tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara. Beberapa data pemeriksaan fisik terkait gizi antara lain edema, asites, kondisi gigi geligi, massa otot yang hilang, lemak tubuh yang menumpuk, dll. Nilai normal pemeriksaan klinis disajikan pada tabel 4.

Tabel 4. Nilai Normal Pemeriksaan Klinis

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal
Tekanan Darah	<120/80 mmHg
Suhu	36,0 – 37,2°C
Nadi	60 – 100 x/menit
Respirasi Rate (RR)	12 – 20 x/menit

Sumber: Handayani dkk (2015)

e. Riwayat Klien/ *Client History (CH)*

Berdasarkan Kemenkes RI (2013) data riwayat personal meliputi 4 area yaitu riwayat obat – obatan atau suplemen yang sering dikonsumsi, sosial budaya, riwayat penyakit, data umum pasien.

Riwayat personal mencakup:

- a) Riwayat obat – obatan yang digunakan dan suplemen yang dikonsumsi.
- b) Sosial Budaya

Status sosial ekonomi, budaya, kepercayaan/agama, situasi rumah, dukungan pelayanan kesehatan dan sosial serta hubungan sosial.

c) Riwayat Penyakit

Keluhan utama yang terkait dengan masalah gizi, riwayat penyakit dulu dan sekarang, riwayat pembedahan, penyakit kronik atau risiko komplikasi, riwayat penyakit keluarga, status kesehatan mental/emosi serta kemampuan kognitif seperti pada pasien stroke.

d) Data umum pasien antara lain umur, pekerjaan, dan tingkat pendidikan.

2. Diagnosis Gizi

Menurut Handayani dkk (2015) definisi diagnosis gizi Problem (P), Etiologi (E) dan Symtom (S) sebagai berikut:

a. Problem (P)

Suatu statement yang menunjukkan permasalahan gizi atau disebut nutrition diagnosis label. Problem adalah yang ditemui pada pasien yang memungkinkan seorang ahli gizi untuk mengidentifikasi outcome yang realistis dan terukur.

b. Etiologi (E)

Etiologi merupakan akar penyebab munculnya problem gizi. Etiologi ini harus terkait langsung dengan problem yang sudah diidentifikasi dengan menuliskan statement “terkait dengan” setelah diberikkan problem gizi. Etiologi ini menjadi target sasaran intervensi gizi untuk menyelesaikan problem gizi.

c. Sign/Symptom (S)

Sign atau tanda merupakan data objektif pasien yang didapat dari hasil pengukuran dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Sedangkan symptom atau gejala adalah data yang didapatkan dari laporan atau keluhan pasien, yang dirasakan oleh pasien dan disampaikan ketenaga kesehatan yang melakukan assessment.

Berdasarkan hal tersebut penulisan pernyataan diagnosis gizi disertai dengan format Problem (P) berkaitan dengan Etiologi (E) ditandai dengan Symptom (S).

Domain diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

- 1) Domain Asupan (NI) merupakan masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral. Pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia, diagnosis gizi dapat berupa NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan preeklampsia ditandai dengan hasil recall 24 jam, dapat juga berupa NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan adanya luka akibat pembedahan ditandai dengan bekas luka operasi serta NI-5.4 Penurunan kebutuhan natrium berkaitan dengan preeklampsia ditandai dengan hasil pemeriksaan tekanan darah.
- 2) Domain Klinis (NC) merupakan masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ. Pada pasien sectio

caesarea dengan preeklampsia, diagnosis gizi dapat berupa NC-2.2 Perubahan nilai LAB terkait zat gizi berkaitan dengan adanya luka akibat pembedahan ditandai dengan hasil pemeriksaan laboratorium Hemoglobin rendah.

- 3) Domain Perilaku/lingkungan (NB) adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan. Pada pasien sectio caesarea dengan preekampsia, diagnosis gizi berupa NB-1.2 Kebiasaan makan yang salah berkaitan dengan sering mengkonsumsi makanan tinggi natrium ditandai dengan hasil pemeriksaan tekanan darah.

3. Intervensi Gizi/ *Nutrition Diagnosis and Intervention (ND)*

a. Terapi Diet

Salah satu bentuk pelayanan gizi diruang rawat inap ialah memberikan terapi diet bagi pasien rawat inap. Terapi diet yang diberikan pada pasien bedah ialah diet Pra bedah dan pasca bedah dengan tahapan pemberian bentuk makanan disesuaikan dengan kondisi pasien dan jenis penyakit. pada pasien pasca bedah, biasanya tahapan pemberian diet dimulai dengan tahapan pemberian makanan dalam bentuk cair dan dilanjutkan dengan makanan lunak.

Pemberian diet pasien harus dievaluasi dan diperbaiki sesuai dengan perubahan keadaan klinis dan hasil pemeriksaan laboratorium,

baik pasien rawat inap maupun rawat jalan. Upaya peningkatan status gizi dan kesehatan masyarakat baik di dalam maupun di luar rumah sakit, merupakan tugas dan tanggung jawab tenaga kesehatan, terutama tenaga gizi (Kemenkes RI, 2013)

Terapi gizi yang diberikan pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia berat (PEB) yaitu diet Tinggi Energi Tinggi Protein (TETP) dan Rendah Garam.

1) Tujuan Diet

Menurut Almatsier (2010) Tujuan diet pra Bedah adalah untuk mengupayakan agar status gizi pasien dalam keadaan optimal, sehingga tersedia cadangan untuk mengatasi stress dan penyembuhan luka, sedangkan tujuan diet pasca bedah yaitu untuk mengupayakan agar status gizi pasien segera kembali normal untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien, dengan cara sebagai berikut :

- a) Memberikan kebutuhan dasar (cairan, energy, protein).
- b) Mengganti kehilangan protein, glikogen, zat besi, dan zat gizi lain.

Tujuan diet bedah pasien sectio caesarea dengan preeklampsia yaitu menyediakan kalori, protein, vitamin, mineral, yang adekuat untuk mengkoreksi kehilangan komposisi tubuh dan untuk mempertahankan keadaan normal dari zat-zat gizi tersebut

2) Syarat Diet

Syarat Diet pra bedah pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia sebagai berikut:

- a. Energi diberikan kepada pasien sebanyak 30 kkal/kg BB.
- b. Protein yang diberikan 1,5 – 2,0 g/kg BB.
- c. Lemak yang diberikan 15-25% dari kebutuhan energi total.
- d. Karbohidrat diberikan sesuai kebutuhan pasien.
- e. Rendah garam atau natrium diberikan 1000-1200 mg Na/hari atau maksimal 4 sdt
- f. Rendah sisa agar mudah dilakukan pembersihan saluran cerna, sehingga tidak mengganggu proses pembedahan (tidak membuang air kecil atau besar di meja operasi) (Almatsier 2010)

Syarat diet pada Pasca-Bedah adalah memberikan makanan secara bertahap mulai dari bentuk cair, saring, lunak, dan biasa. Pemberian makanan dari tahap ke tahap tergantung pada macam pembedahan dan keadaan pasien pascabedah besar makanan diberikan secara berhati-hati disesuaikan dengan kemampuan pasien untuk menerimanya. (Almatsier, 2010) Diet yang disarankan adalah:

- a) Mengandung cukup energi, protein, lemak, dan zat-zat gizi
- b) Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan pasien sectio caesarea dengan preeklampsia

- c) Menghindari makanan yang merangsang (pedas, asam)
- d) Suhu makanan lebih baik bersuhu dingin
- e) Pembagian porsi makanan sehari diberikan sesuai dengan kemampuan pasien.

3) Preskripsi Diet

Preskripsi diet secara singkat berisi:

- a) Perhitungan kebutuhan energi dan zat gizi pasien

Penentuan kebutuhan zat gizi yang diberikan kepada pasien berdasarkan diagnosis gizi, kondisi pasien

- b) Jenis diet

Terapi gizi yang diberikan pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia berat (PEB) yaitu diet Tinggi Energi Tinggi Protein (TETP) dan Rendah Garam.

Menurut Almatsier (2010) Diet pra bedah diberikan diet sisa rendah selama 2-3 hari, pemberian makanan terakhir pada pra bedah besar dilakukan 12-18 jam sebelum pembedahan dengan pemberian bertahap dari makanan lunak, saring hingga formula enteral sisa rendah.

Menurut Almatsier dalam Kusumayanti (2014), diet pasca operasi adalah makanan yang diberikan kepada pasien setelah menjalani pembedahan. Pengaturan makanan sesudah pembedahan tergantung pada macam pembedahan sectio caesarea dan jenis penyakit penyerta.

1) Diet Pasca Bedah I (DPB I)

Setelah pasien sadar dan rasa mual hilang serta ada tanda – tanda usus sudah mulai bekerja. Cara memberikan makanan selama 6 jam sesudah pembedahan, makanan yang diberikan berupa air putih, teh manis, atau cairan lain seperti pada Makanan Cair Jernih. Makanan ini diberikan dalam waktu sesingkat mungkin, karena kurang dalam semua zat gizi. Selain itu diberikan makanan parenteral sesuai kebutuhan.

2) Diet Pasca Bedah II (DPB II)

Diet pasca bedah II diberikan kepada pasien pascabedah besar sectio caesarea dengan preeclampsia atau sebagai perpindahan dari Diet Pasca-Bedah I. Makanan yang diberikan dalam bentuk cair kental, berupa kaldu jernih, sirup, sari buah, sup, susu, dan pudding rata-rata 8-10 kali sehari selama pasien tidak tidur. Jumlah cairan yang diberikan tergantung keadaan dan kondisi pasien. Selain itu dapat diberikan Makanan Parenteral bila diperlukan. DPB II diberikan untuk waktu sesingkat mungkin karena zat gizinya kurang.

3) Diet Pasca Bedah III (DPB III)

Diet Pasca Bedah III diberikan kepada pasien pascabedah besar saluran cerna atau sebagai perpindahan dari Diet Pasca-Bedah II. Makanan yang diberikan berupa makanan saring

ditambah susu dan biskuit. Cairan hendaknya tidak melebihi 2000 ml sehari. Selain itu dapat diberikan Makanan Parenteral bila diperlukan.

4) Diet Pasca Bedah IV (DPB IV)

Diet ini diberikan kepada Pasien pascabedah besar, setelah Diet Pasca-Bedah III. Makanan diberikan berupa makanan lunak yang dibagi dalam 3 kali makanan lengkap dan 1 kali makanan selingan.

Jenis diet yang diberikan rumah sakit untuk pasien pasca bedah ialah diet TETP (Tinggi Energi Tinggi Protein).

5) Diet Rendah Garam

Peningkatan tekanan darah yang terjadi pada pasien preeklampsia berat, juga membutuhkan terapi gizi. Terapi gizi yang dapat diberikan pada pasien preeklampsia berat yaitu diet Rendah Garam. Menurut Mahan (2012), diet yang saat ini dikembangkan dan di rekomendasikan untuk pasien hipertensi adalah diet DASH (Dietary Approach to Stop Hipertension) yaitu diet yang kaya akan buah-buahan, sayur-sayuran, dan produk makanan rendah lemak.

c) Modifikasi diet (*ND 1.3*)

Modifikasi diet merupakan pengubahan konsistensi makanan dari makanan biasa (normal) menjadi makanan lunak, saring dan cair. Pengubahan dapat berupa perubahan dalam konsistensi,

meningkatkan/menurunkan nilai energi menambah/mengurangi jenis bahan makanan atau zat gizi yang dikonsumsi, membatasi jenis atau kandungan makanan tertentu, menyesuaikan komposisi zat gizi (protein, lemak, karbohidrat, cairan dan zat gizi lain), mengubah jumlah, frekuensi makan dan rute makanan.

d) Jadwal pemberian diet

Jadwal pemberian diet/makanan dituliskan dengan pola makan.

e) Rute Pemberian Makanan

Kesesuaian bentuk makanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien berdasarkan kondisi fisik pasien per oral.

4) Perhitungan kebutuhan dan zat gizi

Perhitungan kebutuhan energi pada pasien sectio caesarea dengan preeklamsia menggunakan rumus perhitungan yang digunakan untuk menghitung kebutuhan sehari dapat ditentukan dengan rumus Harris-Benedict (Almatsier, 2009) dengan rumus :

$$\text{AMB perempuan} : 655 + (9,6 \times \text{BB}) + (1,8 \times \text{TB}) - (4,7 \times \text{U})$$

Keterangan :

BB = Berat Badan satuan kilogram (Kg)

TB = Tinggi Badan satuan centimeter (cm)

U = Usia dalam satuan tahun

a. Terapi Konseling Gizi/ *Domain Konseling (C)*

1) Tujuan

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien yang ditandai dengan hubungan kerja

sama antara konselor dengan pasien dalam menentukan prioritas, tujuan atau target, merancang rencana kegiatan yang dipahami, dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan. Tujuan dari konseling gizi adalah untuk meningkatkan motivasi pelaksanaan dan penerimaan diet yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien. (Kemenkes RI, 2013).

2) Sasaran

Pasien dan keluarga pasien

3) Waktu

15 menit

4) Tempat

Ruang rawat inap pasien

5) Metode

Konseling

6) Media

Leaflet diet bedah.

4. Monitoring dan Evaluasi

Menurut Kementerian Kesehatan RI 2013, Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi, yaitu :

- 1) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien maupun tim. Kegiatan yang berkaitan dengan monitor perkembangna antara lain :
 - a. Mengecek pemahaman dan ketaatan diet pasien/klien.
 - b. Mengecek aupan makan pasien/klien.
 - c. Menentukan apakah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana/preskripsi diet.
 - d. Menentukan apakah status gizi pasien/klien tetap atau berubah.
 - e. Mengidentifikasi hasil lain baik yang positif maupun negatif.
 - f. Mengumpulkan informasi yang menunjukkan alasan tidak adanya perkembangan dari kondisi pasien/klien.
- 2) Mengukur hasil. Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan/perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosis gizi.
- 3) Evaluasi hasil

Berdasarkan ketiga tahapan kegiatan di atas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu :

 - a. Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemhaman, perilaku, akses, dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.

- b. Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat gizi dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen, dan melalui rute enteral maupun parenteral.
- c. Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia, dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.
- d. Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

4) Pencatatan Pelaporan

Pencatatan dan laporan kegiatan asuhan gizi merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan komunikasi. Terdapat berbagai cara dalam dokumentasi antara lain Subjektif Objektif Assesment Planning (SOAP) dan Assesment Diagnosis Intervensi Monitoring dan evaluasi (ADIME). Format ADIME merupakan model yang sesuai dengan langkah PAGT.

B. Landasan Teori

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015). Klasifikasi sectio caesarea berdasarkan sayatan yaitu sectio caesarea klasik (corporal), sectio caesarea iskemika (profunda), sectio caesarea ekstrapéritonealis (Mochtar, 2011).

Skrining gizi digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko malnutrisi, tidak berisiko malnutrisi atau yang memiliki kondisi khusus (Kemenkes RI, 2013). Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) terdiri dari 5 tahap yaitu dimulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi (*ND*) hingga monitoring dan evaluasi gizi sebelum melakukan proses asuhan gizi terstandar dilakukan dulu penapisan gizi atau skrining gizi untuk mengetahui apakah pasien berisiko malnutrisi atau tidak. Pengkajian gizi terdiri dari 5 kategori meliputi pengkajian gizi, antropometri (*AD*), biokimia (*BD*), fisik-klinis (*PD*), riwayat gizi (*FH*), dan riwayat personal lain (*CH*). Pada diagnosis gizi yaitu kegiatan mengidentifikasi masalah gizi atau menyebabkan masalah gizi meliputi domain asupan (*NI*), klinis (*NC*), dan domain perilaku (*NB*). Intervensi gizi yang akan dilaksanakan didasarkan pada *etiology* (penyebab masalah gizi), namun apabila *etiology* tidak dapat dilakukan, maka jenis intervensi didasarkan pada *sign & symptoms*. Monitoring dan evaluasi gizi dilaksanakan untuk mengetahui keberhasilan asuhan gizi yang telah dilaksanakan.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana hasil penaspisan gizi pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia di RS PKU Muhammadiyah Bantul?
2. Bagaimana hasil pengkajian gizi pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia di RS PKU Muhammadiyah Bantul?

3. Bagaimana hasil diagnosis gizi pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia di RS PKU Muhammadiyah Bantul?
4. Bagaimana hasil Intervensi gizi pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia di RS PKU Muhmmadiyah Bantul?
5. Bagaimana hasil monitoring dan evaluasi pada pasien sectio caesarea dengan preeklampsia di RS PKU Muhammadiyah bantul?