BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amru Sofian, 2012). Pada umumnya operasi *sectio caesarea* menggunakan pembiusan spinal anestesi dimana metode ini bersifat analgesik karena menghilangkan nyeri dengan kondisi pasien tetap dalam keadaan sadar (Mangku dan Senapati, 2010).

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim ibu (Penny dkk, 2008). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depat perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009).

Istilah *caesar* berasal dari bahasa latin *caedere* yang artinya memotong atau menyayat. Tindakan yang dilakukan tersebut bertujuan untuk melahirkan bayi melalui tindakan pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding rahim. Menurut sejarah operasi SC, bayi terpaksa dilahirkan melalui cara ini apabila persalinan alami dianggap sudah tidak efektif (Bratamantyo, 2016).

2. Etiologi

Penyebab persalinan dengan bedah *sectio caesarea* dapat dikarenakan faktor ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan bedah SC, pertama keputusan bedah yang sudah didiagnosa sebelumnya seperti: posisi bayi sungsang (letak lintang), sebagain kasus mulut tertutupnya plasenta bayi, bayi kembar, kehamilan pada usia lanjut, riwayat persalinan sesar, dan sebagainya. Sedangkan keputusan yang kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat seperti: persalinan berkepanjangan, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi terlalu lemah, dan sebagainya (Akhmad, 2008).

3. Indikasi *Sectio Caesar*

Tindakan SC terlebih dahulu harus berdasarkan indikasi, bila memungkinkan untuk lahir pervaginam, tidak seharusnya persalinan dengan SC dapat dengan mudah dilaksanakan. Indikasi tersebut dapat dilaksanakan dengan alasan medis antara lain adalah faktor dari ibu dan janin yang beresiko tinggi, bukan karena alasan pribadi dari ibu sendiri. Menurut Solehati dan Kosasih (2017), indikasi faktor ibu dan faktor janin adalah sebagai berikut:

a. Distosia

Distosia adalah suatu keadaan persalinan yang lama karena adanya kesulitan dalam persalinan yang disebabkan oleh beberapa faktor dalam persalinan seperti kelainan his, kelelahan mengedan,

kelainan jalan lahir, kelainan letak dan bentuk janin, serta psikologis ibu.

b. *Chepalo Pelvic Disporprotion*

CPD adalah ketidakselarasan atau ketidakseimbangan antara kepala janin dan pelvis ibu, dimana ukuran luas panggul tidak sesuai dengan ukuran kepala janin. Sehingga kepala janin tidak bisa melewati panggung terutama bidang sempit panggul.

c. Pre Eklamsia Berat dan Eklamsia

PEB adalah hipertensi yang terjadi pada ibu hamil yang biasanya terjadi pada trimester akhir dan diikuti dengan adanya protein dalam urin. Apabila dibiarkan maka gejala PEB ini akan berakhir dengan kejang-kejang atau yang disebut juga dengan eklamsia, maka pada kondisi ini sangat rawan untuk dilakukan persalinan pervaginam karena ibu dan bayinya beresiko tinggi terjadinya kerusakan jaringan yang disebabkan oleh kekurangan oksigen untuk beberapa sarat atau disebut juga dengan injuri.

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).

d. Gagal Induksi

Induksi merupakan salah satu solusi bagi ibu hamil yang tetap ingin melahirkan secara normal meski mengalami kelambatan pembukaan jalan lahir sementara janin harus segera dikeluarkan. Namun begitu ada kalanya tindakan induksi ini mengalami kegagalan.

e. Riwayat *Sectio Caesarea*

Sectio berulang merupakan indikasi dilakukannya SC. Hal ini disebabkan rahim ibu mengalami luka perut akibat insisi pada saat SC sebelumnya sehingga mengakibatkan ibu mengalami robekan rahim saat persalinan pervaginam. Jika seorang ibu mempunyai riwayat SC maka kemungkinan akan terjadinya rupture uteri disebabkan terpisahnya jaringan perut bekas SC sebelumnya.

f. *Placenta Previa*

Placenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu berada pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Ada tiga jenis plasenta previa menurut seberapa penuh keberadaannya menutupi jalan lahir, placenta previa marginalis yaitu pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan. Placenta previa partialis yaitu sebagian permukaan tertutup oleh jaringan, tetapi persalinan masih dapat dilakukan dengan cara pervaginam oleh bidan yang sudah terlatih. Kehamilan dengan placenta previa totalis, seluruh pembukaan

tertutup oleh placenta, pada kondisi seperti ini, persalinan tidak dapat dilakukan dengan pervaginam.

g. Usia >35 tahun

Usia reproduksi yang ideal bagi seorang ibu adalah antara 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Dari segi psikologis, pada wanita usia kurang dari 20 tahun perkembangan kejiwaan masih belum matang untuk menjadi seorang ibu, dari segi fisik, pada usia muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna sehingga dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetric. Kehamilan diatas usia 35 tahun memiliki resiko tiga kali lebih besar untuk terjadinya persalinan denga SC dibandingkan dengan usia rentan 20-35 tahun. Pada usia ini, berbagai masalah sering kali menyertai kehamilannya, seperti placenta previa totalis, preeklamsi berat, kelelahan dalam mengedan, dan sebagainya.

h. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah robeknya kantung ketuban sebelum waktunya dapat menyebabkan bayi harus segera dilahirkan. Kondisi ini menyebabkan air ketuban merembes keluar sehingga tinggal sedikir atau habis. Apabila air ketuban sudah pecah akan membuka rahim sehingga memudahkan masuknya bakteri dari vagina, bila ketuban habis padahal bayi belum waktunya lahir,

biasanya dokter akan berusaha mengeluarkan bayi dari dalam kandungan, baik melalui kelahiran biasa maupun SC.

i. Letak Lintang

Letak lintang merupakan sumbu janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus mendekati 90^0. Jika sudut yang dibuat kedua sumbu ini tajam disebut *oblique lie* dan terdiri dari letak kepala menolak dan letak bokong mengolak karena yang biasanya paling rendah adalah bahu, maka hal ini disebut juga dengan shoulder presentasion. Letak lintang biasanya hanya terjadi sementara karena kemudian akan berubah menjadi posisi longitudinal atau letak lintang saat persalinan (Manuba, 2010).

j. *Intrauterine Fetal Death* (IUFD)

Intrauterine Fetal Death merupakan kematian perinatal. Menurut WHO dan *The American College of Obstetricians and Gynecologist* kematian janin (*Intrauterine Fetal Death*) adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 350 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

Intrauterine Fetal Death (IUFD) dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal dan kelainan patologis plasenta. Salah satu faktor maternal yang menyebabkan terjadinya IUFD adalah umur ibu tua. Selain itu, salah satu faktor risiko yang meningkatkan

kemungkinan terjadinya kematian janin dalam rahim adalah usia ibu > 40 tahun saat kehamilan.

4. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan *sectio caesarea* adalah komplikasi pembiusan, pendarahan pasca operasi, syok pendarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, dan pembuluh darah. Pada *sectio caesarea* juga bisa terjadi infeksi samapi dengan spsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

5. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Wiknjosastro (2007), *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menajdi tiga jenis, yaitu:

a. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak , bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture 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.

b. Sectio caesarea klasik (sectio caesarea corporal)

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

c. Sectio caesarea ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukan pembedahannya.

6. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) merupakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani masalah gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif, dan berkualitas tinggi. Terstandar yang dimaksud yaitu menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien yang memiliki masalah gizi akan mendapatkan empat langkah proses asuhan gizi, yaitu pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi, monitoring dan evaluasi (Kemenkes RI, 2014).

Adapun Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) meliputi tahap-tahap berikut :

a. Pengkajian Gizi

Pengkajian gizi atau assesment merupakan pendekatan yag sistematik dalam mengumpulkan, memverivikasi dan menginterpretasikan data yang relevan untuk mengidentifikasi masalah gizi, penyebab, serta gejala. Tujuan dilakukannya pengkajian gizi adalah untuk mendapatkan informasi yang cukup dalam mengidentifikasi dan menentukan gambaran masalah. Pengkajian gizi berperan sebagai dasar dalam asuhan gizi dengan mengarahkan penetapan diagnosis gizi dan tujuan intervensi gizi serta menentukan keberhasilan *outcome* pasien.

Menurut *International Dietetic Nutrition Terminology*, data-data yang dikumpulkan dalam pengkajian gizi dikelompokkan menjadi 5 domain berikut :

1) Riwayat terkait gizi dan makanan

Pengumpulan data riwayat makan pasien dilakukan dengan metode wawancara mendalam menggunakan instrumen formulir *recall* 24 jam, kuesioner SQFFQ dan instumen lainnya dengan menggali aspek-aspek sebagai berikut :

a) Asupan makanan dan zat gizi
b) Pemberian makanan dan zat gizi
c) Pengobatan dan penggunaan obat komplemen/alternatif
d) Pengetahuan
e) Perilaku
f) Ketersediaan suplai bahan makanan
g) Aktivitas dan fungsi
h) Nilai-nilai terkait gizi

Informasi dari riwayat gizi dan makanan bertujuan untuk mengetahui tingkat asupan dan pola kebiasaan makan pasien sehari-hari.

Tabel 2. Klasifikasi Tingkat Kecukupan Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat

Kategori	Tingkat Asupan
Kurang	<80%
Baik	80 – 110%
Lebih	> 110%

Sumber: WNGP, 2004

2) Antropometri

Antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, 2002). Antropometri meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan, Indeks Masa Tubuh (IMT), indikator percentil pola pertumbuhan, dan riwayat berat badan.

a) Berat badan

Berat badan (BB) merupakan salah satu indikator yang mudah terlihat dalam waktu singkat sehingga digunakan sebagai parameter antropometri. Berat badan dapat menggambarkan status gizi saat ini (Par'I, 2017). Pada pasien dengan eodema dan asites, pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan pengukuran berat badan kering melalui rumus berikut : BB kering = BB Aktual – koreksi Penumpukan Cairan.

Tabel 3. Koreksi Berat Badan Kering

Tingkat	Oedema	Ascites
Ringan (bengkak pada tangan atau kaki)	-10% BBA	-2,2 kg
Sedang (bengkak pada wajah dan tangan atau kaki)	-20% BBA	-6 kg
Berat (bengkak seluruh tubuh)	-30% BBA	-10 kg

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

b) Tinggi badan

Tinggi badan (TB) merupakan parameter antropometri untuk pertumbuhan linier dan digunakan untuk menilai pertumbuhan panjang atau tinggi badan. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tinggi badan harus mempunyai ketelitian 0,1 cm. Anak berumur 0-2 tahun diukur dengan ukuran panjang badan, sedangkan anak berumur lebih dari 2 tahun dengan menggunakan *microtoise* (Par'I, 2017).

c) Indeks Massa Tubuh (IMT)

Untuk mengetahui status gizi terutama dalam menilai massa jaringan tubuh orang dewasa dapat dilakukan dengan mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT) (Par'I, 2017). Pengukuran Indeks Massa Tubuh dilakukan menggunakan rumus berikut : IMT = BB/[TB (m)]^2.

Tabel 4. Kategori IMT Menurut DEPKES RI

IMT	Kategori	Kategori
<17,0	Kurus	Kurang berat badan berat
17,0 – 18,5	Kurus	Kurang berat badan ringan
18,5 – 25,0	Normal	Normal
25,0 – 27,0	Gemuk	Overweight
>27,0	Gemuk	Obesitas

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

d) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas menggambarkan cadangan lemak dalam tubuh, ukuran lingkar lengan atas dapat digunakan sebagai deteksi kekurangan energi kronis (KEK). Berikut rumus pengukuran status gizi menggunakan ukuran percentile LILA:

% percentile LILA = $\frac{LILA\ diukur}{Nilai\ standar\ LILA}$ x 100%

Tabel 5. Status Gizi Menurut Percentile LILA

Kategori	% Percentile LILA
Obesitas	>120%
Overweight	110 – 120%
Gizi Baik	85 – 110%
Gizi Kurang	70,1 – 84,9%
Gizi Buruk	<70%

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

Pengukuran LILA juga dapat dilakukan untuk mendapatkan estimasi berat badan pada kasus pasien yang tidak dapat berdiri. Berikut rumus pengukuran estimasi berat badan menggunakan ukuran LILA:

BB = $\frac{LILA\ diukur}{Nilai\ standar\ Cerra}$ x (TB − 100)

Tabel 6. LILA Standar Cerra 1984

Kategori	% Percentile LILA
LILA Pria	29
LILA Wanita	28,5

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

e) Panjang ULNA

Panjang ULNA merupakan pengukuran yang dapat dilakukan baik dalam keadaan berbaring, duduk, maupun berdiri. Tinggi badan dapat diperkirakan dengan menggunakan ukuran estimasi berdasarkan ULNA:

1) Laki-laki : 97,252 + (2,645 x ULNA)
2) Perempuan : 68,777 + (3,536 x ULNA)

3) Biokimia

Pemeriksaan biokimia meliputi pemeriksaan nilai laboratorium terkait gizi, status metabolik, dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi (Kemenkes RI, 2013). Pemeriksaan biokimia pada pasien *post sectio caesarea* diantaranya:

Tabel 7. Nilai Laboratorium Normal

Biokimia	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	g/dL	12-14 g/dL
Hematokrit	%	40-48%
Eritrosit	juta/ml	4,5-5,5 juta/ml
Leukosit	ribu/ml	5-10 ribu/ml
Urin protein	-	Negatif

Sumber: Almatsier (2010)

4) Fisik dan Klinis

Pemeriksaan fisik klinis dilakukan dengan mengamati secara langsung kondisi pasien, mencatat keluhan yang dirasakan oleh pasien, dan melihat pada data rekam medis pasien. Pada penelitian ini data fisik klinis yang didapatkan

adalah keadaan umum pasien, bahasa tubuh, sistem pencernaan seperti adanya mual muntah, rasa nyeri, sistem imunitas, dan tanda-tanda vital yang meliputi kecepatan denyut nadi, respirasi, suhu tubuh, dan tekanan darah pasien.

Tabel 8. Nilai Normal Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Macam Pemeriksaan	Nilai normal
Tekanan Darah	Sistole: ≤ 120 mmHg
	Diastole: ≤ 80 mmHg
Nadi	60-100 kali/menit
Respirasi Rate	20-30 kali/menit
Suhu	36-37^{0}C

Sumber: Anggraeni, 2012

b. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi dilakukan untuk mengidentifikasi malah gizi yang terjadi pada pasien dengan menerapkan masalah (*problem*), etiologi (*etiology*), dan tanda-tanda (*sign/symptom*). Berdasarkan terminologi dalam *International Dietic and Nutrition Terminology* (IDNT), diagnosis gizi dibagi menjadi 3 domain:

1) Domain *Intake*

Domain *intake* adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substensi bioaktif dari makanan, baik melalui oral maupun parental dan enteral. Contoh domain *intake* yang sering muncul pada pasien *post sectio caesarea* yaitu:

a) NI-1.2 Asupan energi inadekuat

b) NI-5.1 Peningkatan kebutuhan zat gizi energi dan protein

2) Domain klinis

Domain klinis adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ. Contoh domain klinis yang sering muncul pada pasien *post sectio caesarea* yaitu:

a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium

3) Domain perilaku/lingkungan

Domain perilaku adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku, lingkungan fisik, akses dan keamanan makanan. Contoh domain perilaku yang sering muncul pada pasien post caesarea yaitu:

a) NB-1.1 Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan gizi

b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang salah

c. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dapat dilakukan setelah didapatkan data skining, pengkajian gizi, dan diagnosis gizi. Intervensi gizi dilakukan dengan memberikan menu sesuai dengan kebutuhan gizi pasien yang diawali dengan menentukan syarat diet, preskripsi, menghitung kebutuhan zat gizi, dan membuat menu sesuai dengan kebutuhan gizi pasien. Intervensi gizi memiliki dua fungsi:

1) Perencanaan

Dalam perencanaan terdapat dua hal yang harus ditetapkan, yakni tujuan intervensi yang harus diuraikan secara jelas dan terukur serta terapi diet dalam bentuk preskripsi diet. Pada penelitian ini intervensi gizi bertujuan untuk membantu memperbaiki keadaan gizi pasien *post sectio caesarea* dengan memenuhi asupan zat gizi pasien sesuai dengan kebutuhan gizi dan kondisi pasien.

2) Implementasi

Implementasi adalah bagian kegiatan intervensi gizi yang dilakukan nutrisionis-dietisien dalam melaksanakan dan mengomunikasikan rencana asuhan gizi kepada pasien dan tenaga lain yang terkait.

d. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan setelah pasien mendapatkan intervensi gizi yang bertujuan untuk mengetahui tingkat keberhasilan intervensi dan perkembangan kondisi pasien berdasarkan parameter antropometri, fisik klinis, biokimia, dan riwayat makan pasien yang dibandingkan dengan nilai target. Apabila intervensi yang dilakukan tidak sesuai dengan target atau tidak ada perubahan dari kondisi pasien, maka akan dilakuaan perencanaan kembali untuk mencapai target yang ditetapkan.

7. Manajemen Diet

Menurut Persatuan Ahli Gizi Indonesia dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2019), pengaruh bedah terhadap metabolisme pasca-bedah bergantung pada berat ringannya pembedahan, keadaan gizi pasien pra-bedah, dan pengaruh pembedahan terhadap kemampuan pasien untuk mencerna dan mengabsorbsi zat gizi. Pasien yang mengalami malnutrisi akan meningkatkan resiko komplikas pembedahannya, morbiditas, dan bahkan kematian. Dukungan asupan makanan yang memadai merupakan prioritas utama untuk mengurangi kehilangan zat gizi dan memperbaiki jaringan dalam proses penyembuhan selama pembedahan. Diet pasca-bedah merupakan makanan yang diberikan kepada pasien setelah menjalani pembedahan dengan pengaturan makanan bergantung pada macam pembedahan dan jenis penyakit penyerta.

a. Tujuan Diet

Tujuan diet pasca-bedah adalah mengupayakan agar status gizi pasien segera kembali normal untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien dengan cara sebagai berikut:

1) Memberikan kebutuhan dasar (cairan, energi, dan protein)
2) Mengganti kehilangan protein, glikogen, dan zat gizi lain
3) Memperbaiki keseimbangan elektrolit dan cairan.

b. Syarat Diet

Syarat diet pasca-bedah adalah dengan emberikan makanan secara bertahap mulai dari bentuk cair, saring, lunak, dan biasa. Pemberian makanan dari tahap ke tahap bergantung pada macam pembedahan dan keadaan pasien.

1) Energi diberikan sebanyak 30-40 kkal/kg BB/hari. Bagi pasien dengan penyakit tertentu atau keadaan kritis diberikan sesuai penyakitnya.
2) Protein diberikan 1-1,8 g/kg BB/hari dengan rasio *non protein calori* (NPC) dengan gram nitrogen adalah 1:150. Bagi pasien dengan penyakit tertentu diberikan sesuai penyakitnya.
3) Lemak cukup, yaitu 20-25% dari total kebutuhan energi. Bagi pasien dengan penyakit tertentu lemak diberikan sesuai penyakitnya.
4) Karbohidrat cukup, sebagai sisa dari kebutuhan energi total dari proein dan lemak untuk menghindari hipermetabolisme.

c. Jenis Diet

1) Diet Pasca-Bedah I

Diet ini diberikan pada semua pasca-bedah setelah pasien dalam keadaan sadar betul atau rasa mual hilang serta ada tanda-tanda usus sudah mulai bekerja. Makanan diberikan selama 6 jam sesudah pembedahan berupa air putih, teh manis, atau cairan lain seperti makanan cair jernih. Makananan ini

diberikan dalam waktu sesingkat mungkin karena kurang dalam semua zat gizi. Makanan diberikan sesuai dengan kemampuan dan kondisi pasien, mulai dari 30 ml/jam/hari.

2) Diet Pasca-Bedah II

Diet pasca-bedah II diberikan kepada pasien pasca-bedah besar saluran cerna atau sebagai perpindahan dari diet pasca-bedah I. Makanan diberikan dalam bentuk cair kental berupa sup, susu, dan kaldu sebanyak 8-10 kali sehari selama pasien tidak tidur. Jumlah cairan yang diberikan bergantung pada keadaan dan kondisi pasien. Diet pasca-bedah II diberikan untuk waktu sesingkat mungkin karena zat gizinya kurang. Makanan diberikan mulai 50 ml/jam/hari dengan bahan makanan yang tidak diperbolehkan adalah air jeruk dan minuman yang mengandung karbon dioksida.

3) Diet Pasca-Bedah III

Diet pasca-bedah III diberikan pada pasien bedah saluran cerna atau perpindahan dari diet pasca-bedah II. Makanan yang diberikan merupakan makanan saring ditambah dengan susu dan biskuit. Cairan hendaknya tidak melebihi 2000 ml/hari. Selain itu dapat diberikan makanan parenteral jika diperlukan. Makanan yang tidak dianjurkan untuk diet pasca-bedah III adalah makanan yang mengandung karbon dioksida.

4) Diet Pasca-Bedah IV

Diet pasca-bedah IV diberikan kepada pasien bedah minor setelah diet pasca-bedah I atau pada pasien bedah mayor setelah diet pasca-bedah III. Makanan yang diberikan berupa makanan lunak yang dibagi dalam 3 kali makanan utama dan 2-3 kali makanan selingan. Bahan makanan yang tidak dianjurkan untuk dikonsumsi pada diet pasca-bedah IV adalah makanan dengan bumbu yang tajam dan minuman yang mengandung karbon dioksida.

d. Terapi Diet pada Penyakit Komplikasi

Diet rendah garam (DASH) merupakan diet yang dapat diberikan pada pasien *post sectio caesarea* dengan komplikasi preeklamsia. Tujuan diberikannya diet rendah garam adalah menurunkan tekanan darah dan dapat digunakan sebagai langkah preventif terhadap penyakit hipertensi.

Syarat dan prinsip diet rendah garam sebagai berikut:

1) Energi cukup, jika pasien dengan berat badan 115% dari berat badan ideal disarankan untuk diet rendah kalori dan olahraga.
2) Protein cukup, menyesuaikan dengan kebutuhan pasien.
3) Membatasi konsumsi lemak jenuh dan kolesterol.
4) Asupan natrium dibatasi <2300 mg/hari, jika penurunan tekanan darah belum mencapai target dibatasi hingga mencapai 1500 mg/hari.

e. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Tabel 9. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Sumber	Makanan Dianjurkan	Makanan Tidak Dianjurkan
Karbohidrat	Gandm utuh, oat, beras, kentang, singkong	Biskuit yang diawetkan dengan natrium, nasi uduk
Protein hewani	Ikan, daging unggas tanpa kulit, telur maksimal 1 butir/hari	Daging merah bagian lemak, ikan kaleng, kornet, sosis, ikan asap, ati, ampela, olahan daging dengan natrium
Protein nabati	Kacang-kacangan segar	Olahan kacang yang diawetkan dan mendapat campuran natrium
Sayuran	Semua sayuran segar	Sayur kaleng yang diawetkan dan mendapat campuran natrium, asinan sayur
Buah-buahan	Semua buah segar	Buah-buahan kaleng, asinan dan manisan buah
Lemak	Minyak kelapa sawit, margarin dan mentega tanpa garam	Margarin, mentega, mayonaise
Minuman	Teh dan jus buah dengan pembatasan gula, air putih, susu rendah lemak	Minuman kemasan dengan pemanis tambahan dan pengawet
Bumbu	Rempah-rempah, bumbu segar, garam dapur dengan penggunaan terbatas	Vetsin, kecap, saus, bumbu instant

Sumber: Penuntun Diet dan Terapi Gizi, 2019.

B. Landasan Teori

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amru Sofian, 2012). Operasi *sectio caesarea* biasanya dilakukan karena adanya

indikasi yang dapat mempersulit kelahiran serta untuk menyelamatkan ibu dan janin (Nugraheny, 2010). Salah satu indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea* adalah preeklamsi. Preeklampsia adalah salah satu bentuk dari hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan merupakan suatu sindrom spesifik pada kehamilan dan persalinan (Cunningham dkk., 2012).

Dampak yang terjadi pada ibu nifas dengan *post sectio caesarea* adalah kondisi demam yang meningkatkan kebutuhan energi dan luka pendarahan yang dapat meningkatkan kebutuhan protein, zat besi, dan vitamin C. Selain itu, sering terjadi peningkatan ekskresi nitrogen dan natrium yang dapat berlangsung selama 5-7 hari atau lebih dan peningkatan ekskresi kalsium setelah dilakukannya operasi besar, trauma kerangka tubuh, atau setelah lama bergerak (imobilisasi) (Almatsier, 2010). Keadaan ini mengharuskan perlunya perhatian terhadap pemberian diet pada pasien *post sectio caesarea* (Agustyani, 2020).

Pemberian diet melalui asuhan gizi merupakan salah satu Pelayanan Gizi Rumah Sakit yang dibuat merujuk pada diagnosis gizi yang ditegakkan berdasarkan masalah gizi dan penyebab masalahnya (Kemenkes RI, 2013). Tujuan pemberian diet pasca operasi adalah untuk mengupayakan agar status gizi pasien segera kembali normal untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien, dengan cara memberikan kebutuhan dasar (cairan, energi, protein), mengganti kehilangan protein, glikogen, zat besi, dan zat gizi lain, memperbaiki ketidakseimbangan

elektrolit dan cairan, mencegah dan menghentikan perdarahan (Dictara dkk, 2018).

Proses Asuhan Gizi Terstandar pada pasien *post sectio caesarea* dilakukan melalui empat tahap. Tahapan pertama adalah pengkajian gizi yang terdiri atas penilaian gizi melalui pengukuran antropometri, biokimia, fisik klinis, dan riwayat makan. Tahapan kedua adalah menegakkan diagnosis gizi berdasarkan masalah (*problem*), etiologi (*etiology*), dan tanda-tanda (*sign/symptom*) yang terdiri atas domain *intake*, klinis, dan perilaku/lingkungan. Tahapan ketiga adalah intervensi gizi yang dilakukan dengan pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan zat gizi dan kondisi pasien. Tahapan terakhir adalah monitoring dan evaluasi untuk mengetahui kondisi perkembangan pada pasien *post sectio caesarea*.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada resiko malnutrisi pada pasien *post sectio caesarea* berdasarkan skrining gizi di RSUD Panembahan Senopati?
2. Apakah ada kondisi tidak normal pada pasien *post sectio caesarea* berdasarkan pengkajian gizi menurut antropometri, biokimia, fisik klinis, dan *dietary history* di RSUD Panembahan Senopati?
3. Bagaimana diagnosis gizi yang ditetapkan berdasarkan masalah (*problem*), etiologi (*etiology*), dan tanda-tanda (*sign/symptom*) pada pasien *post sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati?
4. Bagaimana preskripsi diet dalam intervensi gizi yang diberikan pada pasien *post sectio caesarea* di RSUD Panembahan Senopati?

5. Bagaimana pemahaman pesan gizi pada pasien dan keluarga pasien *post sectio caesarea* melalui pelaksanaan edukasi dan konseling gizi di RSUD Panembahan Senopati?
6. Bagaimana perkembangan kondisi pasien *post sectio caesarea* berdasarkan evaluasi dan monitoring di RSUD Panembahan Senopati?