

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan metode melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut yang sudah menjadi pilihan di kalangan masyarakat dalam mengurangi resiko saat bersalin dengan indikasi tertentu misalnya adanya hambatan pada jalan lahir, kelainan kontraksi rahim dan kelainan letak janin. Tindakan SC dapat menimbulkan adanya luka insisi pada abdomen sehingga diperlukan perawatan untuk memaksimalkan proses penyembuhan dari SC dalam masa nifas (Keshet dkk.,2022)

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) dapat didefinisikan sebagai suatu proses pembedahan yang bertujuan untuk melahirkan janin melalui irisan yang dibuat pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode section caesarea dilakukan karena adanya indikasi medis baik dari sisi ibu maupun janin. (Collin dkk.,2021).

Metode persalinan *Sectio caesarea* dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lain baik kepada ibu maupun bayinya (Collin dkk., 2021). Klasifikasi *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa kriteria:

- a. Jenis Insisi. Dasar klasifikasi ini dibagi menjadi 2 kategori yaitu
 - 1) Segmen bawah: Risiko ruptur rendah (0.5-1%), VBA memungkinkan pemulihan lebih cepat
 - 2) Klasik: Risiko ruptur tinggi (4-9%), VBAC dikontraindikasikan, pemulihan lebih lama.
 - b. Waktu Operasi. Dasar klasifikasi ini dibagi menjadi 2 kategori yaitu
 - 1) Terencana: Kondisi psikologis lebih siap, risiko komplikasi bedah sedikit lebih rendah.
 - 2) Emergensi: Risiko trauma psikologis & PPD tinggi, prosedur lebih darurat.
 - c. Kondisi Ibu. Dasar klasifikasi ini dibagi menjadi 2 kategori yaitu
 - 1) Dengan komorbiditas (Obesitas, Diabetes) Risiko semua komplikasi meningkat, butuh tim multidisiplin
 - 2) Tanpa komorbiditas: Ekspektasi pemulihan normal dan lancar.
2. Etiologi

Penyebab terjadinya persalinan dengan *sectio caesarea* umumnya disebabkan dari faktor ibu maupun bayi. Terdapat berbagai faktor medis yang menjadi indikasi dilakukannya persalinan secara *Sectio Caesarea* (SC) atau operasi sesar. Terdapat dua keputusan budah SC, pertama keputusan bedah yang sudah didiagnosa sebelumnya seperti: ketuban pecah dini, ada riwayat SC, panggul sempit, plasenta previa, solusio plasenta, kelainan letak bayi (sungsang), bayi besar, gawat janin, dan bayi prematur (Ode Saridewi dkk.,2021)

3. Komplikasi

Menurut Borges dkk. (2020) Klasifikasi *Sectio Caesarea* berdasarkan jenis Komplikasi dapat dilihat sebagai berikut:

- a. Komplikasi infeksi luka disebabkan oleh Kontaminasi bakteri, obesitas, diabetes, lama operasi, hematoma.
- b. Komplikasi nyeri berkepanjangan disebabkan oleh Respons inflamasi, kerusakan saraf intraoperatif, kecemasan tinggi dan ketuban pecah duluan (KPD).
- c. Komplikasi pendarahan disebabkan oleh Atonia uteri, plasenta akreta, trauma bedah, koagulopati.
- d. Komplikasi gangguan psikologis disebabkan oleh SC emergensi, ketidaksesuaian ekspektasi, nyeri tidak terkendali, riwayat gangguan mental.
- e. Komplikasi trombosis vena disebabkan oleh Hiperkoagulasi kehamilan, imobilisasi, obesitas, dehidrasi.

4. Pemulihan Pasca Bedah *Sectio Caesarea*

Menurut penelitian Chou dkk. (2016) pemulihan pasca SC Adalah proses bertahap yang dapat dibagi menjadi beberapa fase, masing-masing dengan tantangan, tujuan manajemen, dan parameter pemantauannya tersendiri. ada 4 fase pemulihan *Seksio Caesarea* (SC) yaitu:

- a. Fase Segera (*Immediate Postoperative Phase*) - 0 hingga 24 Jam
Pertama: Fase ini dimulai sejak ibu dipindahkan dari meja operasi ke ruangan pemulihan hingga 24 jam pertama. Fase ini berfokus pada

stabilisasi fisiologis, manajemen nyeri akut, dan pencegahan komplikasi awal.

- b. Fase Intermediate / Akut (*Intermediate / Acute Phase*) - 24 Jam hingga Masa Pulang (2-4 Hari): fase ini berlangsung setelah 24 jam pertama hingga ibu dinyatakan pulang dari rumah sakit. Fase ini berfokus pada pemulihan fungsi tubuh, mobilisasi, edukasi, dan persiapan pulang.
 - c. Fase Lanjutan/ Sub-Akut (*Late/Sub-Acute Phase*)- Minggu 1 hingga 6 Pekan Pasca Operasi: Fase ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah hingga kontrol postpartum pada 6 minggu. Fokus Utama dari fase ini adalah Penyembuhan luka yang berlanjut, pemulihan kekuatan, penyesuaian peran sebagai ibu, dan pemantauan komplikasi jangka pendek.
 - d. Fase Pemulihan Penuh / Kronik (*Full Recovery / Chronic Phase*) - 6 Minggu hingga 6-12 Bulan: Fase ini adalah kelanjutan dari pemulihan menuju kondisi optimal. Fase ini berfokus pada kembalinya fungsi tubuh sebelum hamil, kekuatan otot perut, dan menangani komplikasi jangka Panjang.
5. Menurut Riyal Nugraha Pratama (2025), *sectio caesarea* dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:
- a. *Sectio caesarea ekstrapéritoneal*

Pada pembedahan ini insisi pada dinding dan fisia abdomen dan musculus dipisahkan secara tumpul. Pembedahan ini dilakukan

untuk mengurangi bahaya dari infeksi. Namun, dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini tidak banyak yang melakukan karena sulit dalam melakukan pembedahan.

b. *Sectio caesarea klasik*

Merupakan prosedur bedah yang melibatkan sayatan sepanjang 10-12 cm di bagian tengah badan rahim, dengan batas bawahnya berada di atas kandung kemih. Tindakan ini hanya dilakukan jika sectio caesarea biasa tidak memungkinkan, misalnya karena rahim menempel erat pada dinding perut dari operasi sebelumnya, atau ketika plasenta previa berisiko menyebabkan perdarahan hebat jika sayatan dibuat di segmen bawah rahim. Kelemahan teknik ini adalah risiko peradangan selaput rongga perut (peritonitis) yang lebih tinggi dan risiko empat kali lipat untuk pecahnya rahim pada kehamilan berikutnya.

c. *Sectio caesarea transperitonealis*

Jenis ini merupakan pembedahan yang paling umum dijumpai dengan cara menginsisi di segman bagian bawah uterus. Jenis pembedahan ini memiliki beberapa keuntungan, seperti : perdarahan luka yang sedikit, banyak peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus kuat sehingga bahaya rupture tidak membesar dan penyembuhan lebih sempurna.

6. Manajemen dan Komplikasi Pasca Bedah *Sectio Caesarea*

Manajemen nyeri yang efektif adalah landasan utama pemulihan pasca SC yang berhasil. Regimen *analgesik multimodal*, yang menggabungkan obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID) dengan opioid dosis rendah, telah terbukti lebih unggul dalam mengontrol nyeri dan mengurangi konsumsi opioid total, sehingga meminimalkan efek samping seperti sedasi dan *ileus*. Teknik anestesi regional, seperti blok *nervus transversus abdominis plane*, juga semakin banyak digunakan sebagai adjuvan yang sangat efektif untuk mengurangi nyeri insisi dan kebutuhan akan analgesik sistemik pada 24 jam pertama pasca bedah. Selain pendekatan farmakologis, intervensi non-farmakologis seperti mobilisasi dini juga berperan signifikan dalam mengurangi ketidaknyamanan dan mencegah komplikasi imobilisasi (Wong dkk., 2019)

SC meninggalkan risiko jangka panjang bagi kesehatan ibu. Salah satu yang paling serius adalah kondisi plasenta pada kehamilan berikutnya, seperti *plasenta previa* dan *plasenta akreta*, yang risikonya meningkat secara signifikan dengan setiap operasi SC yang dilakukan. Selain itu, ibu pasca-SC memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami uterine rupture pada persalinan berikutnya, terutama jika mencoba persalinan pervaginam setelah SC (VBAC), meskipun risikonya secara absolut tetap rendah dengan pemantauan yang ketat. Komplikasi lain yang sering dilaporkan adalah pembentukan adhesi intra-abdomen, yang

dapat menyebabkan nyeri panggul kronis dan infertilitas sekunder (Alison dkk., 2018)

7. Skrining Gizi

Skrining gizi adalah proses sederhana dan cepat untuk mengidentifikasi individu yang mengalami masalah gizi atau yang berisiko mengalami masalah gizi. Prinsip skrining gizi ialah sederhana, efisien, cepat, hasilnya dapat dipercaya, murah biayanya, tidak mengakibatkan risiko pada pasien dan mempunyai nilai sensitif dan spesifisitas tinggi (Susetyowati dkk., 2019)

Skrining gizi merupakan proses yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, namun cukup sensitif untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi. Tujuan dari skrining gizi adalah untuk memprediksi probabilitas membaik atau memburuknya outcome yang berkaitan dengan factor gizi serta mengetahui pengaruh dari intervensi gizi outcome dari intervensi gizi dapat dinilai menggunakan beberapa cara, yaitu membaiknya fungsi fisik, menurunnya komplikasi penyakit, kesembuhan penyakit yang dipercepat, dan menurunnya lama perawatan (Hadi dkk., 2012)

Formulir skrining yang bisa digunakan untuk pasien dewasa dan ibu hamil yaitu *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002), *Malnutrition Screening Tool* (MST), *Subjective Global Assessment* (SGA) dan form Skrining khusus Ibu Hamil. Form Skrining yang akan digunakan dalam kasus ini

yaitu Skrining Ibu Hamil menyesuaikan form skrining yang sering digunakan di RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.

8. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah sebuah pendekatan sistematis dan terorganisir yang diterapkan oleh tenaga gizi untuk menyediakan layanan gizi yang berkualitas. Metodologi ini diwujudkan melalui rangkaian kegiatan yang terstruktur, mulai dari identifikasi kebutuhan gizi individu hingga pemberian layanan yang bertujuan memenuhi kebutuhan tersebut. PAGT dilaksanakan dengan menjalani tahapan-tahapan berurutan, yaitu Assessment (Pengkajian Gizi), Diagnosis Gizi, Intervensi Gizi, serta Monitoring dan Evaluasi, yang secara umum dikenal dengan akronim ADIME (Susetyowati dkk.,2020)

Proses Asuhan Gizi Terstandar dilakukan setelah skrining gizi, terdiri dari 4 tahapan yaitu pengkajian/assessment, diagnosis gizi, intervensi gizi serta monitoring dan evaluasi gizi. Serangkaian kegiatan yang berulang (siklus) sebagai berikut:

a. Pengkajian Gizi (Assessment Gizi)

Pengkajian gizi merupakan suatu proses komprehensif dan sistematis untuk mengumpulkan, memverifikasi, dan menginterpretasi data terkait status gizi individu, kelompok, atau populasi dengan tujuan mengidentifikasi masalah gizi, menentukan diagnosis gizi, serta mengembangkan rencana intervensi gizi yang

tepat sasaran. Berbeda dengan skrining gizi yang bersifat cepat dan bertujuan mengidentifikasi risiko malnutrisi, pengkajian gizi dilakukan lebih mendalam dan holistik oleh ahli gizi terlatih, dengan cakupan yang meliputi evaluasi aspek antropometri, biokimia, klinis, dan dietary (ABCD). Proses ini tidak hanya berfokus pada kondisi saat ini tetapi juga menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi, sehingga dapat menyusun rekomendasi yang personal dan efektif untuk perbaikan status gizi (Susetyowati dkk.,2020) . Pengkajian gizi dikelompokkan dalam 5 komponen yaitu:

1) Riwayat Gizi dan Makanan (FH)

Informasi riwayat gizi diperoleh dengan melakukan wawancara menggunakan teknik recall 24 jam untuk mencatat konsumsi harian, dikombinasikan dengan Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire (SQFFQ) untuk mendapatkan gambaran pola makan. Wawancara ini tidak hanya mencakup pertanyaan seputar asupan makanan, tetapi juga menjaring data mengenai pemahaman individu tentang gizi, yang meliputi keyakinan, pandangan, serta kebiasaan yang berdampak negatif terhadap pola konsumsi. Ruang lingkup pertanyaannya juga diperluas kepada faktor pendukung seperti kemudahan memperoleh dan ketersediaan pangan sehari-hari, tingkat keamanan produk yang dikonsumsi, serta rutinitas aktivitas

fisik. Aspek lain yang ditanyakan meliputi riwayat pemberian suplemen atau makanan khusus, konsumsi obat-obatan medis, dan penggunaan terapi atau obat tradisional. (Abadi 2023) .

Tabel 1. Klasifikasi Tingkat Kecukupan Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat

% Asupan	Kategori
<80%	Kurang
>80%	Baik

Sumber : ESPEN (2019)

2) Data Antropometri (AD)

Antropometri merupakan teknik pengukuran terstandarisasi untuk menilai dimensi, bentuk, dan komposisi tubuh manusia. Teknik ini meliputi berbagai parameter seperti berat dan tinggi badan, IMT, lingkaran lengan atas (LILA), serta lipatan kulit. Sifatnya yang kuantitatif dan objektif menjadikannya alat penting untuk mengevaluasi status gizi, memonitor perkembangan anak, mendeteksi malnutrisi atau obesitas, serta menilai perubahan komposisi tubuh. (Abadi 2023)

Keunggulan utamanya terletak pada metode yang non-invasif, hemat biaya, mudah diaplikasikan, dan distandardisasi secara global, sehingga sangat digunakan untuk survei gizi masyarakat maupun penilaian individu di berbagai fasilitas kesehatan. Antropometri memiliki beberapa indikator pemeriksaan seperti pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan, LILA, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) (Abadi

2023).

Berat badan merupakan salah satu indikator sederhana yang mudah terlihat dalam waktu singkat. Sehingga, sering kali digunakan sebagai parameter antropometri. Tinggi badan adalah parameter pengukuran yang digunakan untuk menilai pertumbuhan panjang badan atau tinggi badan, alat ukur yang digunakan harus memiliki ketelitian 0,1 cm. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah proses sederhana untuk memantau status gizi dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. IMT bisa digunakan untuk orang dewasa berusia lebih dari 18 tahun dan tidak dapat diterapkan pada bayi, anak-anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan (Abadi 2023)

a) Rumus pengukuran status gizi menggunakan percentile LILA:

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

Tabel 2 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

b) Rumus perhitungan estimasi BB menggunakan LILA pada pasien yang tidak bisa berdiri :

$$BB = \frac{\text{LILA diukur}}{\text{Nilai standar LILA}} \times (\text{TB} - 100)$$

Tabel 3. Standar Percentile LILA

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

Sumber : Buku Saku Gizi Azura

c) Rumus perhitungan IMT:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan x Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

Tabel 4. Kategori IMT

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

Sumber : Buku Saku Gizi Azura

3) Data Biokimia (BD)

Data biokimia biasanya didapat dari file atau dokumen yang telah ada, pada data laboratorium pasien. Data biokimia adalah komponen kritis dalam dunia medis dan kesehatan masyarakat yang memberikan "gambaran internal" tentang fungsi tubuh. Biokimia berhubungan dengan keadaan gizi, seperti analisis darah, urine, dan jaringan tubuh lainnya. Data biokimia berperan dalam menegakkan diagnosis dan intervensi gizi.

Data Biokimia memberikan gambaran objektif tentang proses fisiologis dan patologis yang sedang terjadi di dalam tubuh pada tingkat molekuler dan seluler. Pemeriksaan biokimia pada pasien post seksio caesarea berupa pemeriksaan Hemoglobin, Hematokrit, Eritrosit, Leukosit, Protein Urin.

Tabel 5. Pemeriksaan Biokimia

Data Biokimia	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	12,0-14,0	g/dL
Hematokrit	40-50	%
Eritrosit	4,5-5,5	Juta/ml
Leukosit	5-10	Ribu/ml
Protein Urin	-	Negatif

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

4) Data Fisik/Klinis (PD)

Pemeriksaan klinik dan fisik adalah salah satu metode yang digunakan dalam metode penilaian status gizi masyarakat. Digunakan untuk mengetahui kondisi fisik pasien yang berhubungan dengan asupan gizi dan makanan. Data klinik atau fisik yaitu berupa tekanan darah, suhu, nadi, respirasi dan keadaan umum pasien (Hadi dkk., 2014)

Pemeriksaan fisik/klinis berfungsi sebagai landasan utama dalam pemantauan pasien pasca *sectio caesarea* (SC) untuk memastikan pemulihan normal dan mendeteksi dini komplikasi. Pemeriksaan ini mencakup pemantauan tanda-tanda vital (seperti tekanan darah, nadi, dan suhu) untuk mengidentifikasi tanda-tanda perdarahan atau infeksi.

Tabel 6. Pemeriksaan Fisik/Klinis

Pemeriksaan	Nilai Rujukan
Nadi	60-100x/menit
Respirasi dewasa	14-20x/menit
Tekanan darah	120/80 mmHg
Suhu	36-37°C

Sumber: Buku Saku Gizi Azura

5) Terapi Obat/Medis

Terapi Obat atau medis adalah suatu pendekatan medis

untuk mengobati, mengendalikan, atau mencegah penyakit dengan menggunakan obat-obatan farmasi. Terapi obat pada kasus *sectio caesarea* berfungsi untuk mengatasi permasalahan nyeri luka setelah bedah sesar, mengatasi rasa mual, dan mencegah infeksi.

Contoh terapi obat yang diberikan pada pasien *sectio caesarea* adalah:

- a. Inj.Ketorolac: untuk mengatasi nyeri yang berkepanjangan
- b. Inj. Ondansetron: mengatasi mual dan muntah yang mungkin akan terjadi setelah tindakan operasi selesai
- c. Eritomisin: untuk mengatasi infeksi pada luka pasca bedah

6) Data Riwayat Personal (CH)

Data riwayat personal pasien perlu dikumpulkan untuk mengetahui keadaan masa lalu dan perubahannya sampai waktu berakhir. Riwayat personal pasien meliputi obat-obatan dan suplemen yang dikonsumsi, riwayat penyakit serta data umum pasien. Aspek-aspek terkait riwayat personal pasien yaitu:

- a. Riwayat konsumsi obat-obatan dan suplemen yang dikonsumsi.
- b. Riwayat penyakit, meliputi keluhan utama terkait dengan masalah gizi, Riwayat penyakit terdahulu dan sekarang, serta riwayat penyakit keluarga.
- c. Data umum pasien, meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan,

dan status dalam keluarga.

7) Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi merupakan sebuah proses untuk mengenali serta merumuskan jenis masalah gizi yang nyata terjadi. Langkah ini sangat krusial karena berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan tahap analisis kondisi gizi dengan tahap pemberian tindakan penanganan. Dengan demikian, pelaksanaannya harus akurat agar intervensi gizi yang diberikan dapat tepat (Susetyowati 2019)

Rumusan diagnosis gizi disusun dalam suatu pernyataan yang memuat tiga komponen utama, yaitu Problem (P), Etiology (E), dan Signs/Symptoms (S), yang sering disingkat menjadi format P-E-S. Ketiga komponen ini saling berhubungan secara logis. Hubungan antara Problem dan Etiology dinyatakan dengan frasa "berkaitan dengan", sementara hubungan antara Etiology dan Signs/Symptoms dijelaskan dengan frasa "ditandai dengan".

- a. Problem (P), Problem dalam diagnosis gizi ini adalah suatu masalah terkait gizi yang umumnya ditemui pada pasien/klien/kelompok Masyarakat. Problem ini menjadi tujuan yang harus dipecahkan akar permasalahannya oleh nutrisisionis/dietisien agar pasien/klien/kelompok Masyarakat tersebut terbebas dari dipecahkan masalah gizi.

- b. Etiology (E), Etiologi dalam diagnosis gizi ini merupakan suatu factor yang mengindikasikan keberadaan dari suatu masalah gizi. Etiologi dapat berasal dari kondisi patofisiologi, psikososial, situasional development, cultural, dan lingkungan. Etiologi adalah penyebab munculnya permasalahan gizi.
- c. Signs&Symptoms (S), Signs & Symptoms dalam diagnosis gizi ini menggunakan data subyektif dan obyektif yang digunakan dalam menentukan tingkat keakuratan problem gizi yang telah ditetapkan oleh nutrisisionis/dietesien.

Diagnosis gizi dikategorikan ke dalam tiga domain utama. Pertama, Domain Asupan (NI), yang berfokus pada masalah gizi inti (P) akibat ketidakseimbangan konsumsi, meliputi energi, makanan oral, zat gizi makro dan mikro, serta cairan enteral maupun parenteral. Domain ini juga mencakup asupan senyawa bioaktif seperti suplemen, pangan fungsional, dan alkohol. Kedua, Domain Klinis (NC), yang mendefinisikan masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi fisik-klinis, status medis, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Ketiga, Domain Perilaku (NB), yang menjabarkan masalah gizi yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan psikososial, seperti tingkat pengetahuan, perilaku, budaya, serta ketersediaan pangan di rumah tangga. Domain terakhir ini juga mencakup isu terkait keyakinan, aktivitas fisik, keamanan pangan, dan akses terhadap makanan. (Buku Saku Gizi Azura. 2016)

8) Intervensi Gizi

Intervensi gizi merupakan suatu tindakan yang direncanakan guna memperbaiki status gizi dan kesehatan, mengubah perilaku gizi, dan kondisi lingkungan serta kebiasaan yang mempengaruhi terjadinya masalah gizi pada pasien/klien. Tujuan intervensi gizi adalah untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi dalam diagnosis gizi dengan bentuk perencanaan dan penerapannya berkaitan dengan status kesehatan pasien/klien, perilaku dan kondisi lingkungan untuk memenuhi kebutuhan gizinya (Hadi dkk.,2014). Sedangkan, fungsi intervensi gizi adalah untuk standarisasi pelayanan asuhan gizi dengan masalah gizi pasien/klien per individu secara spesifik. Intervensi gizi dikelompokkan dalam empat domain, yaitu Preskripsi Diet, Edukasi Gizi, Konseling Gizi, Koordinasi pelayanan gizi, Edukasi dan konseling gizi memiliki tujuan yang berbeda, edukasi gizi dimaksudkan pada pendekatan dengan tujuan penyampaian pengetahuan untuk meningkatkan pengetahuan gizi yang terjadi pada pasien/klien Sedangkan, konseling gizi dimaksudkan pada pendekatan penekanan perubahan perilaku dan sikap pasien/klien.

9) Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring gizi adalah mengkaji ulang dan mengukur secara terjadwal indikator asuhan gizi data antropometri smpat

dengan kebutuhan yang telah ditetapkan. Evaluasi gizi adalah membandingkan data-data yang sekarang dengan data-data yang sebelumnya. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui respon pasien atau klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilan dietisien dalam penatalaksanaan proses asuhan gizi terstandar pada masalah gizi yang ada (Hadi dkk.,2014)

Tujuan pemantauan dan evaluasi adalah untuk memantau kemajuan pasien dan memastikan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi menunjukkan adanya perubahan perilaku dan atau status gizi yang lebih baik. Cara monitoring dan evaluasi dengan monitoring perkembangan yaitu memeriksa pemahaman dan kepatuhan pasien terhadap intervensi gizi, menentukan apakah intervensi dilakukan sesuai dengan preskripsi gizi yang telah ditetapkan, memberikan bukti atau fakta bahwa perilaku atau status gizi pasien telah atau belum berubah, identifikasi hasil asuhan gizi yang positif atau negatif.

9. *Manajemen Diet*

a. Tujuan Diet

Tujuan pemberian diet pada pasien pasca bedah adalah untuk membantu proses *recovery* lebih cepat dan meningkatkan sistem daya tahan tubuh pasien dengan dilakukan cara sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya komplikasi malnutrisi dengan memberikan

kebutuhan dasar seperti kebutuhan energi, protein, lemak, karbohidrat dan cairan yang cukup

- 2) Mempercepat penyembuhan luka
- 3) Mengembalikan sistem daya tahan tubuh dengan mengonsumsi protein, glutamin, dan antioksidan seperti vitamin A,C,E.

b. Preskripsi Diet

Penyediaan makanan sesuai kebutuhan melalui pendekatan individu. Pada pasien *Seccio Caesarea* dengan keadaan pra bedah dan pasca bedah guna memenuhi kebutuhan metabolik, mencegah katabolisme protein, memperbaiki status gizi, dan mendukung penyembuhan jaringan. Pemberiannya dapat dilakukan melalui makanan oral, suplemen, atau enteral, disesuaikan dengan toleransi pasien (McClave dkk.,2016).

1) Jenis Diet

a) Diet Pra Bedah *sectio caesarea*

Diet pra bedah adalah pengaturan makan yang diberikan kepada pasien yang akan menjalani pembedahan. Berdasarkan (Buku Penuntun Diet Edisi Baru) Pemberian diet pra bedah bergantung pada : keadaan umum pasien, macam-macam pembedahan, sifat operasi dan macam penyakit yang diderita pasien. Pada kasus *sectio caesarea* berdasarkan panduan dari *American Society of Anesthesiologists* (ASA) dan didukung oleh penelitian

obsterti, rekomendasi untuk persiapan *sectio caesarea* adalah Makanan ringan : diperbolehkan hingga 6 jam sebelum operasi dimulai, dan Diet cair jernih (Air putih, jus buah, dan kaldu jernih) diperbolehkan hingga 2 jam sebelum operasi dimulai.

b) Diet Pasca Bedah *sectio caesarea*

Jenis diet pada pasien pasca bedah *sectio caesarea* diberikan, diet TETP (Tinggi Energi Tinggi Protein) adalah diet yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat pada kondisi tertentu seperti pasien pasca operasi, luka bakar, infeksi, atau malnutrisi. Berikut syarat diet TETP :

- (1) Energi tinggi, yaitu 40-45 kkal/kgBB
- (2) Protein tinggi, yaitu 2,0-2,5 g/kgBB
- (3) Lemak cukup, yaitu 10-25% dari kebutuhan energi
- (4) Karohidrat cukup, yaitu sisa dari perhitungan protein dan lemak
- (5) Vitamin dan mineral cukup, sesuai dengan kebutuhan pasien
- (6) Cairan cukup

2) Bentuk Makanan, Frekuensi Makanan, dan Rute Makanan

Bentuk makanan yang umumnya diberikan pada pasienpasca bedah diberikan secara bertahap sesuai dengan

kondisi pasien. makanan biasanya diberikan dalam bentuk cair, saring, lunak, dan biasa.

Frekuensi dan jadwal pemberian makanan pada pasien pasca bedah diberikan sebanyak tiga kali makan utama dan dua kali selingan.

Rute makanan untuk pasien bedah sesar disesuaikan dengan kondisi dan daya terima pasien. Rute yang biasa diberikan melalui rute oral.

c. Edukasi Gizi, Konseling Gizi dan Koordinasi Gizi

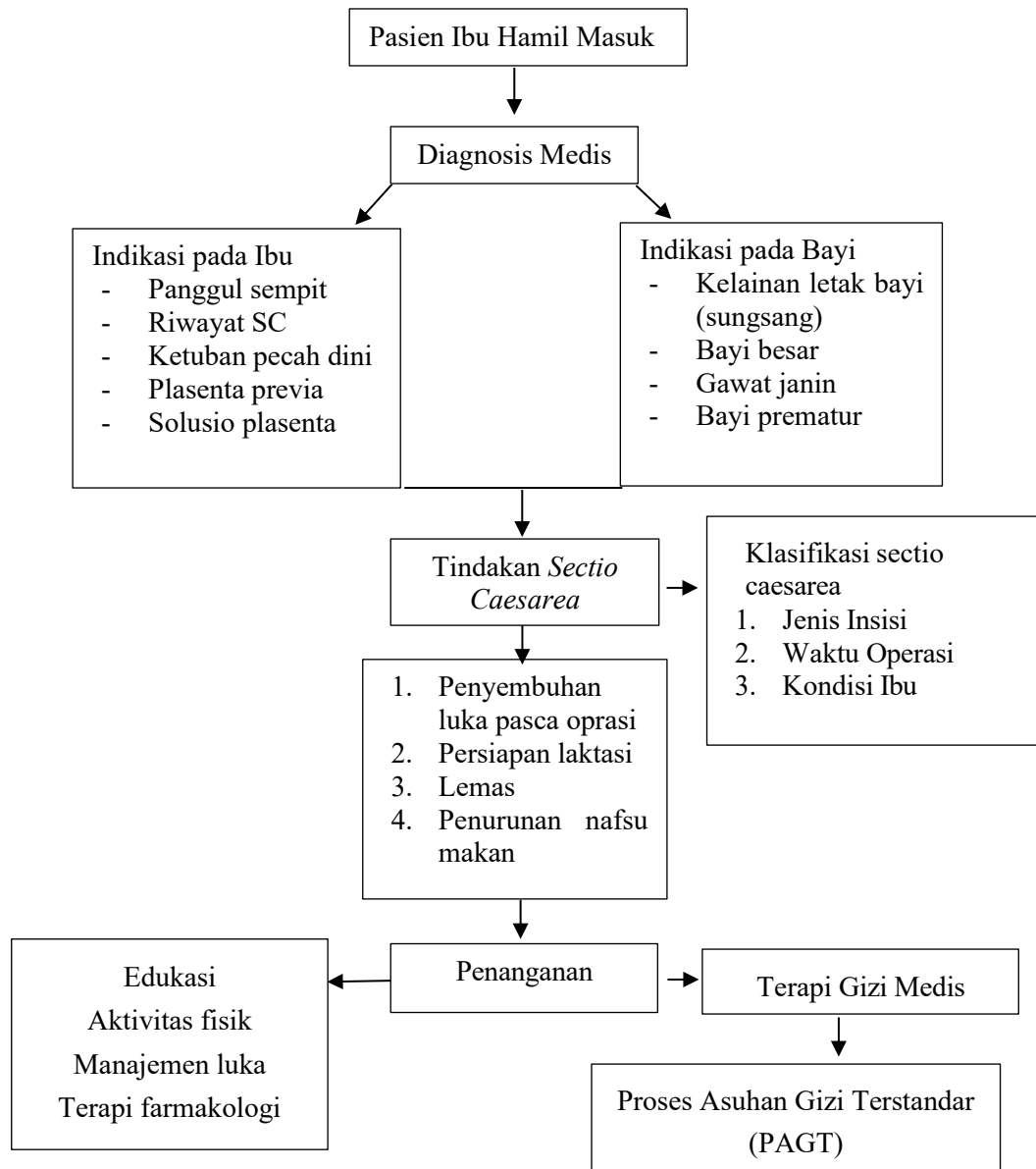
Edukasi gizi merupakan pendekatan edukatif untuk dalam peningkatan atau dalam mempertahankan gizi tetap baik, Pelaksanaan intervensi edukasi gizi awal umumnya menghasilkan perilaku individu/masyarakat yang diperlukan diberikan pada pasien rawat inap, sedangkan edukasi gizi praktek pribadi, poli gizi, maupun komunitas. menyeluruh lebih sering dilakukan pada pasien rawat jalan, praktek pribadi, poli gizi, maupun komunitas (Susetyowati dkk.,2020).

Konseling Gizi merupakan kolaborasi antara konselor dan pasien dalam menentukan prioritas, tujuan atau target, merancang rencana kegiatan, dan membimbing pasien untuk mandiri dalam merawat diri sesuai kondisi yang dihadapi pasien guna meningkatkan kesehatan.

Koordinasi Gizi Merupakan kegiatan berkonsultasi, merujuk,

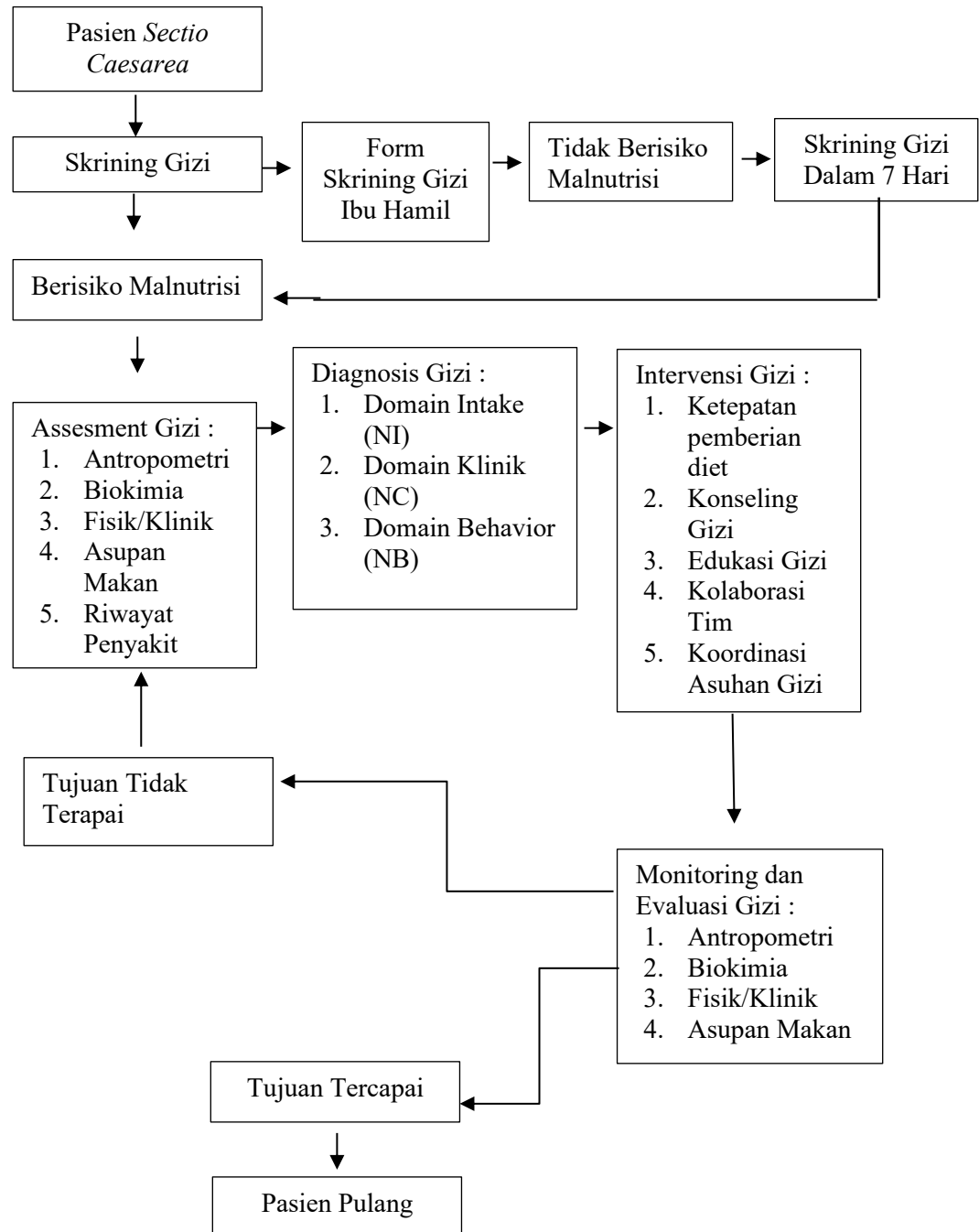
melakukan koordinasi dalam pemberian asuhan gizi dengan tenaga kesehatan atau institusi lain sehingga dapat membantu memberikan pelayanan atau mengelola masalah gizi pasien. Kegiatan ini perlu dilakukan untuk meningkatkan kerja sama dalam memberikan pelayanan terbaik bagi pasien(Susetyowati dkk.,2020)

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penatalaksanaan pasien *Seccio Caesarea*
Sumber : (Ode Saridewi dkk.,2021)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Proses Asuhan Gizi pada Pasien *Sectio Caesarea*

Sumber: Algoritma Proses Asuhan Gizi Terstandar (Susetyowati dkk., 2020)

D. Pernyataan Penelitian

1. Skrining gizi yang tepat dapat mengidentifikasi masalah gizi dan menentukan tingkat faktor risiko gizi pada pasien G1P1A0 ukuran 41+4 minggu, dengan IUD DPH-2 dan Disproporsi Kepala Panggul.
2. Pengkajian gizi yang mencakup riwayat diet, status antropometri, data fisik/klinis, dan data biokimia dapat secara signifikan meningkatkan akurasi penentuan status gizi dan kebutuhan gizi pasien G1P1A0 ukuran 41+4 minggu, dengan IUD DPH-2 dan Disproporsi Kepala Panggul
3. Diagnosis gizi yang tepat pada pasien G1P1A0 ukuran 41+4 minggu, dengan IUD DPH-2 dan Disproporsi Kepala Panggul dapat mendukung perencanaan intervensi gizi yang lebih spesifik dan efektif.
4. Intervensi gizi yang digunakan berdasarkan hasil pengkajian gizi yang akurat dapat meningkatkan status gizi pasien dan mempercepat penyembuhan pasien G1P1A0 ukuran 41+4 minggu, dengan IUD DPH-2 dan Disproporsi Kepala Panggul.
5. Monitoring dan evaluasi gizi dilakukan secara berkala terhadap status gizi pasien, meningkatkan efektivitas intervensi gizi dan menyesuaikan perawatan gizi sesuai dengan kebutuhan pasien G1P1A0 ukuran 41+4 minggu, dengan IUD DPH-2 dan Disproporsi Kepala Panggul.