

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kanker Ovarium

Kanker ovarium adalah neoplasma ganas yang berasal dari jaringan epitel permukaan ovarium, sel germinal, atau jaringan stroma. Menurut Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) tahun 2020, kanker ovarium menempati peringkat ke-8 dari semua jenis kanker pada wanita secara global, dan merupakan penyebab utama kematian ke-5 akibat kanker ginekologi. Di Indonesia, kasus kanker ovarium cenderung meningkat dan mayoritas pasien datang dalam stadium lanjut, yaitu stadium III atau IV, yang menyebabkan prognosis menjadi buruk (Fatimah et al., 2023).

Klasifikasi kanker ovarium dibedakan berdasarkan histopatologi dan penyebaran kanker. Secara umum, klasifikasi FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) digunakan untuk menentukan stadium, di mana stadium III-IV disebut sebagai stadium lanjut. Stadium ini ditandai dengan penyebaran kanker ke rongga peritoneum dan organ di luar pelvis, termasuk usus besar (Yudistiarta et al., 2024).

Kanker ovarium pada stadium lanjut seringkali menimbulkan gejala nonspesifik seperti distensi abdomen, nyeri perut, gangguan buang air besar, serta anoreksia. Salah satu komplikasi yang cukup sering terjadi adalah obstruksi usus, terutama usus besar, sebagai akibat dari penyebaran metastasis atau infiltrasi langsung ke jaringan usus. Obstruksi ini

menimbulkan gangguan gizi serius dan memerlukan intervensi medis seperti laparotomi (Kusuma et al., 2021).

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya kanker ovarium antara lain:

- a. Usia dan status reproduksi
 - 1) Usia di atas 50 tahun meningkatkan risiko.
 - 2) Wanita dengan menarche dini dan menopause terlambat berisiko lebih tinggi karena paparan estrogen yang lebih lama.
 - 3) Nulliparitas (tidak pernah melahirkan) juga berhubungan dengan peningkatan risiko.
- b. Faktor genetik dan hereditas
 - 1) Mutasi gen BRCA1 dan BRCA2 merupakan faktor predisposisi penting. Wanita dengan mutasi gen ini memiliki risiko 30–60% lebih tinggi dibanding populasi umum.
 - 2) Sindrom Lynch (hereditary non-polyposis colorectal cancer) juga meningkatkan risiko kanker ovarium.
- c. Riwayat keluarga
 - 1) Adanya riwayat kanker ovarium atau kanker payudara pada keluarga tingkat pertama (ibu, saudara perempuan, atau anak perempuan) meningkatkan risiko signifikan.
- d. Faktor hormonal
 - 1) Terapi pengganti hormon (hormone replacement therapy, HRT) jangka panjang meningkatkan risiko kanker ovarium epitelial.

- 2) Sebaliknya, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka panjang justru menurunkan risiko.

e. Faktor lingkungan dan gaya hidup

- 1) Obesitas, diet tinggi lemak hewani, serta paparan bahan karsinogen tertentu berhubungan dengan peningkatan risiko kanker ovarium.
- 2) Kurangnya aktivitas fisik juga berkontribusi terhadap peningkatan risiko.

Kanker ovarium terutama berkembang dari perubahan genetik yang menyebabkan proliferasi sel abnormal tanpa terkendali. Mutasi pada gen supresor tumor (seperti p53, BRCA1, BRCA2) atau aktivasi oncogenes menyebabkan gangguan regulasi siklus sel, apoptosis, serta perbaikan DNA.

Pada kanker ovarium epitelial, proses tumorigenesis dapat berawal dari sel epitel tuba falopi distal yang bermigrasi ke ovarium. Sel-sel yang mengalami transformasi ganas akan membentuk massa primer pada ovarium, kemudian menyebar secara lokal maupun melalui peritoneum.

Mekanisme metastasis kanker ovarium terutama terjadi melalui peritoneal seeding, yaitu penyebaran langsung ke permukaan peritoneum akibat pelepasan sel tumor dari ovarium ke rongga peritoneum. Selain itu, metastasis dapat terjadi melalui sistem limfatik maupun hematogen. Peritoneal metastasis ini menyebabkan akumulasi cairan (asites) yang menjadi salah satu gejala klinis khas kanker ovarium stadium lanjut.

2. Obstruksi Usus Besar

Obstruksi usus besar adalah kondisi terhambatnya aliran isi usus di kolon, yang dapat disebabkan oleh tumor, striktur, atau adhesi. Pada pasien kanker ovarium stadium lanjut, penyebab utama obstruksi adalah infiltrasi tumor atau peritoneal carcinomatosis. Obstruksi menyebabkan stagnasi isi usus, distensi, dehidrasi, gangguan elektrolit, dan ketidakseimbangan asam-basa (Gonzalez-Ochoa et al., 2022).

Gejala obstruksi usus besar mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, tidak bisa buang angin atau BAB, dan distensi. Keadaan ini dapat memperburuk status gizi pasien akibat penurunan asupan oral dan kehilangan nutrisi secara signifikan (Rosdiana R, Agussalim Bukhari, Nurpudji Astuti, 2018).

Pendekatan penanganan terdiri dari konservatif (nasogastric tube, cairan intravena, puasa) dan bedah (laparotomi). Pada kasus kanker ovarium stadium lanjut, sering dilakukan laparotomi debulking, yakni tindakan pengangkatan sebagian besar massa tumor guna mengurangi beban tumor dan mengatasi obstruksi (Muhammad & Fajrman, 2023).

Obstruksi kolon menyebabkan akumulasi gas dan cairan di proksimal area sumbatan. Distensi usus yang progresif menimbulkan peningkatan tekanan intraluminal, yang akhirnya mengganggu perfusi dinding usus. Kekurangan suplai darah ini dapat menyebabkan iskemia mukosa, nekrosis, dan pada kasus berat mengakibatkan perforasi.

Selain itu, penumpukan cairan dan elektrolit di lumen usus dapat memicu dehidrasi, hipovolemia, serta ketidakseimbangan elektrolit. Kondisi ini memperburuk keadaan umum pasien dan meningkatkan risiko syok hipovolemik maupun sepsis.

3. Laparotomi Debulking Suboptimal

Debulking adalah prosedur pembedahan yang bertujuan mengurangi massa tumor sebanyak mungkin. Hasil debulking diklasifikasikan menjadi optimal (<1 cm tumor residu) dan suboptimal (>1 cm tumor residu). Debulking suboptimal sering terjadi karena keterbatasan teknis atau penyebaran tumor yang luas (Winarto et al., 2022).

Pasien yang menjalani laparotomi debulking, khususnya dengan hasil suboptimal, memiliki risiko tinggi untuk malnutrisi, gangguan penyembuhan luka, dan komplikasi infeksi. Intervensi gizi menjadi krusial dalam mendukung pemulihan pasca-operasi dan toleransi terhadap terapi lanjutan seperti kemoterapi (Selomo, 2023).

Debulking dilakukan pada pasien dengan kanker ovarium epitelial stadium lanjut (biasanya FIGO III–IV) untuk mengurangi massa tumor sebelum atau setelah kemoterapi. Indikasi operasi mencakup pasien yang secara klinis dan radiologis diperkirakan dapat diturunkan morbiditas dan beban tumor secara berarti melalui reseksi. Perencanaan operasi memerlukan evaluasi praoperasi yang cermat: studi pencitraan (CT/MRI), tanda tumor, fungsi organ, kondisi nutrisi, dan adanya komorbiditas. Tim

multidisiplin (ginekologi onkologi, bedah onkologi, anestesi, ahli gizi) penting untuk memaksimalkan kemungkinan debulking optimal.

Beberapa faktor yang meningkatkan risiko debulking suboptimal adalah distribusi tumor yang luas di lokasi yang sulit dijangkau (mis. diafragma, pankreas, parenkim hati) atau invasi ke struktur vital, adhesi luas pascaoperasi sebelumnya yang membatasi akses, kondisi pasien yang tidak memungkinkan operasi ekstensif (kardiopulmonal buruk, malnutrisi berat, koagulopati), penilaian praoperasi yang kurang akurat sehingga ekspektasi reseksi terlalu optimis, dan kurangnya pengalaman atau fasilitas bedah (mis. tidak tersedianya tim bedah multifokal atau teknik reseksi kompleks).

4. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Menurut Suharyati, 2025 proses asuhan gizi terstandar adalah metode pemecahan masalah gizi yang sistematis, profesi gizi menggunakan cara berpikir kritis dan membuat keputusan tentang masalah terkait gizi dan memberikan pelayanan asuhan gizi yang aman, efektif, dan berkualitas. PAGT disusun berdasarkan kerangka kerja *Nutrition Care Process* (NCP) oleh *Academy of Nutrition and Dietetics*, dan telah diadopsi secara luas dalam praktik klinik di Indonesia melalui Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Tujuan penatalaksanaan asuhan gizi dan terapi diet pada pasien kanker yaitu:

- a. Mempertahankan atau memperbaiki status gizi pasien.
- b. Mengurangi gejala kanker kakesia.
- c. Meningkatkan kualitas hidup pasien.

- d. Membantu upaya medis dalam mencegah komplikasi, seperti: sepsis dan infeksi.

Komponen PAGT pada Pasien Pasca Laparotomi yaitu:

- a. Pengkajian Gizi: Meliputi status antropometri (jika memungkinkan), intake makanan, status laboratorium (albumin, elektrolit, hemoglobin), dan kondisi klinis pasien.
- b. Diagnosa Gizi: Misalnya "intake makanan tidak adekuat terkait dengan anoreksia dan nyeri abdomen".
- c. Intervensi Gizi: Pemberian nutrisi enteral/parenteral, suplementasi, dan edukasi.
- d. Monitoring dan Evaluasi: Tindak lanjut asupan harian, perbaikan parameter laboratorium, dan evaluasi respons pasien terhadap intervensi.

5. Malnutrisi pada Pasien Kanker Ovarium

Menurut ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), lebih dari 70% pasien kanker stadium lanjut mengalami malnutrisi. Faktor risiko malnutrisi meliputi:

- a. Anoreksia karena efek tumor dan kemoterapi.
- b. Obstruksi usus.
- c. Asites.
- d. Pembedahan besar seperti laparotomi.
- e. Cachexia kanker (sindrom kehilangan massa otot dan berat badan).

Malnutrisi pada pasien kanker dapat berdampak pada peningkatan lama rawat , biaya rawat, dan memperparah keadaan klinis misalnya terdapat komplikasi (infeksi, imunitas menurun), respons terhadap terapi kurang signifikan, menghambat kelancaran terapi, masuk rawat inap tanpa direncanakan, memperpanjang lama rawat dan kualitas hidup pasien (Suharyati, 2025).

Deteksi awal dapat dilakukan melalui skrining gizi menggunakan alat seperti PG-SGA (*Patient Generated-Subjective Global Assessment*) atau MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*).

Faktor penyebab malnutrisi pada pasien kanker ovarium bersifat multifaktorial, meliputi:

a. Efek tumor

- 1) Kanker ovarium stadium lanjut sering disertai asites dan metastasis peritoneal yang menekan saluran cerna sehingga menyebabkan mual, kembung, atau obstruksi usus. Kondisi ini menghambat asupan oral.
- 2) Tumor menghasilkan sitokin proinflamasi (TNF- α , IL-1, IL-6) yang meningkatkan katabolisme dan mempercepat degradasi protein otot.

b. Efek pengobatan

- 1) Kemoterapi dapat menimbulkan mual, muntah, stomatitis, diare, perubahan rasa, dan anoreksia.
- 2) Operasi debulking besar dapat memperburuk status gizi akibat peningkatan kebutuhan energi dan protein selama fase penyembuhan.

c. Faktor host (pasien)

- 1) Kondisi psikologis seperti depresi atau kecemasan menurunkan nafsu makan.
- 2) Usia lanjut dan komorbiditas turut memperburuk status nutrisi.

6. Penatalaksanaan Gizi

a. Tujuan Diet

Tujuan penatalaksanaan asuhan gizi dan terapi diet pada pasien kanker yaitu:

- 1) Mempertahankan atau memperbaiki status gizi.
- 2) Mengurangi gejala kanker kakeksia.
- 3) Meningkatkan kualitas hidup pasien
- 4) Membantu upaya medis dalam mencegah komplikasi, seperti sepsis dan infeksi (Suharyati, 2025).

Salah satu intervensi utama dalam manajemen gizi pasien kanker adalah diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP). Tujuan utama dari diet TKTP adalah untuk mencegah dan mengatasi malnutrisi, mempertahankan atau meningkatkan status gizi, mendukung perbaikan jaringan, serta meningkatkan toleransi terhadap terapi seperti kemoterapi, radioterapi, atau pembedahan. Kalori yang tinggi dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan energi yang meningkat, sedangkan protein yang cukup sangat penting untuk mempertahankan massa otot dan mempercepat penyembuhan jaringan (Suharyati, 2025).

Dengan demikian, diet TKTP memegang peran kunci dalam penatalaksanaan pasien kanker secara menyeluruh. Perencanaan diet harus disesuaikan dengan stadium kanker, status gizi awal, dan terapi medis yang dijalani pasien.

b. Syarat Diet

Menurut Suharyati, (2025). Syarat-syarat diet penyakit kanker adalah sebagai berikut:

- 1) Energi minimal sesuai dengan kebutuhan individu sehat (25-30 kkal/ kg BB/ hari). Energi ekspenditur pasien kanker bergantung kepada tingkat aktivitas dan stress metabolic pasien, serta status gizi pasien.
- 2) Protein 1,2 -1,5 g/kg BB/ hari.
- 3) Lemak sedang yaitu 15-20% dari kebutuhan energi total.
- 4) Karbohidrat cukup yaitu sisa dari kebutuhan energi total.
- 5) Vitamin dan mineral cukup, terutama vitamin B kompleks, vitamin C, natrium, kalium, magnesium dan fosfat . Bila perlu dapat ditambah dengan suplemen.
- 6) Kebutuhan air 20-40 ml/ kg, sesuaikan dengan balans cairan. Jika balan cairan negatif dianjurkan untuk meningkatkan asupan air, atau dapat sesuai dengan kebutuhan energi sehari, yaitu: 1 ml setiap 1 kkal kebutuhan individu.
- 7) Serat 30 g/ hari = 400 gr atau 5 porsi sayur dan buah/ hari.
- 8) Rendah Iodium bila sedang menjalani medikasi radioaktif internal.

- 9) Bila imunitas menurun (leukosit $< 10 \text{ ul}$) atau pasien akan menjalani kemoterapi agresif, pasien harus mendapat makanan yang steril.
- 10) Porsi makan yang diberikan yaitu porsi kecil dan sering.
- 11) Immunonutrition dapat diberikan yaitu: *parenteral nutrition* yang disuplemen glutamin dengan dosis standar $0,35 \text{ g/kg}$ berat badan pada pasien bedah, suplementasi enteral arginin sebelum operasi/pasca operasi dalam berbagai dosis ($6,25\text{-}18,7 \text{ g/l}$), pemberian arginin, asam lemak omega-3, dan ribonukleotida sebelum, selama, dan pascaoperasi dapat bermanfaat pada penurunan morbiditas dan LOS pascaoperasi setelah operasi kanker perut (Weimann et al., 2021).

c. Anjuran dan Prinsip Diet

Menurut Suharyati, (2025). Anjuran dan prinsip diet pada kondisi tertentu yaitu:

- 1) Jika asupan kurang dari 60% seminggu atau sangat minimal dalam 5 hari dianjurkan pemberian nutrisi enteral (EN), yaitu : diet atau makanan cair berkalori tinggi via NGT atau jika masih memungkinkan via oral (biasa disebut *oral nutrition support* (ONS). Namun, jika terdapat enteritis akibat radiasi sehingga besar kemungkinan malabsorpsi maka dianjurkan pemberian parenteral nutrisi (PN).

- 2) Jika terdapat resiko *refeeding syndrome* dengan asupan sangat kurang selama minimal 5 hari dianjurkan pemberian diet pada 2 hari pertama rawat tidak lebih dari 50% kebutuhan energi, atau inisiasi dengan pemberian 5-10 kkal/ kg BB/ hari dan dapat ditingkatkan bertahap pada hari ke 4-7 rawat hingga kebutuhan terpenuhi.
- 3) Gigi yang tanggal. Pasien menjadi lebih sensitif terhadap temperatur yang ekstrem (terlalu panas atau dingin), dan rasa manis. Makanan sebaiknya dihidangkan dalam kondisi hangat.
- 4) Xerostomia diartikan suatu kondisi mulut kering karena atrofi membran mukus, menyebabkan kesulitan dalam menelan dan mengunyah dapat menggunakan pengganti kelenjar ludah, *lip balm*, permen rendah kalori, saus / *gravie*. Meningkatkan *intake* cairan, makanan yang halus dan berkuah (sup, semur, dan lain-lain). Makanan dihidangkan semenarik mungkin, dengan potongan yang lebih kecil, dapat dibantu dengan diberi sedikit minum dalam setiap suapan.
- 5) Untuk pasien yang mengalami masalah gigi (karies dan lain-lain) hindari gula, makanan yang manis, diberi natrium fluoride 3x/ hari. Diperlukan perawatan di sekitar mulut setiap hari.
- 6) Saliva yang kental dapat memperburuk keadaan karies. Sebaiknya tidak terlalu sering diberi roti dan makanan berminyak. Makanan diberikan dalam bentuk halus.

- 7) Pada pasien kanker dengan gangguan pada mulut dan tenggorokan (*stomatitis, mucositis, esofagitis*) yang disebabkan oleh *local bleeding*, akan sering mengalami rasa sakit pada saluran pencernaan bagian atas. Makanan yang diberikan sebaiknya dalam bentuk tekstur dan konsistensi yang sesuai dengan kondisi pasien, yaitu dapat diberikan makanan saring dengan bumbu tidak merangsang dan tajam. Sebelum makan mulut pasien harus dalam keadaan bersih (bilas dengan air dan NaHCO_3). Hindari makanan yang asam dan asin. Cairan atau minuman diberikan secara teratur dengan bantuan sedotan, baik makanan dingin maupun hangat. Makanan diberikan dalam porsi kecil.
- 8) *Dysgeusia (mouth blindness)*, yaitu penolakan terhadap makanan. Makanan sebaiknya dihidangkan dengan penampilan, warna dan aroma semenarik mungkin. Makanan dengan rasa agak asam/segar (contoh lemonade/ sari buah lemon) dapat membantu pasien menstimulasi indra perasa. Hidangkan makanan dengan rasa yang enak, makanan yang disukai umumnya adalah sayuran segar, makanan ringan, buah zaitun, acar dan daging yang dihidangkan bersama saos.
- 9) Anoreksia nervosa, umumnya terjadi karena adanya depresi, defisiensi zink dan sebagai salah satu manifestasi dari proses inflamasi pada pasien kanker, berefek pada perubahan fungsi indra pengecap. Dianjurkan mengonsumsi sumber *eicosapentaenoic acid*

(EPA) atau omega-3 (minyak ikan), atau suplementasi minyak ikan 4-6 gr/ hari (setara dengan 1-2 mg EPA/ hari) dapat meningkatkan selera makan dan mencegah inflamasi lebih lanjut, modifikasi pemberian makanan dalam porsi kecil dan sering, diupayakan menghadirkan makanan yang baru, makanan kesukaan, dan menciptakan suasana makan menyenangkan mungkin bagi pasien.

- 10) Pada pasien yang disertai diare, intake serat kasar dibatasi. Diare pada pasien kanker dapat disebabkan oleh enteritis akibat terapi radiasi dan konsumsi obat (termasuk obat kemoterapi) sehingga menyebabkan intoleransi laktosa. Kurangi makanan yang berlemak, tingkatkan asupan cairan dan kalium; makanan dihidangkan dalam suhu ruang atau dingin. Anjuran pemberian probiotik belum dapat dibuktikan secara ilmiah, tetapi dapat dikonsumsi dalam jumlah cukup bagi pasien dengan kolitis radiasi.
- 11) Pada pasien yang mengalami konstipasi diberikan makanan tinggi serat dan cairan. Meningkatkan konsumsi sayuran, buah-buahan, susu, dan biji-bijian. Kondisi konstipasi ditandai oleh kesulitan buang air besar selama 2-3 hari dan konsistensi feses keras. Namun, jika kondisi berlanjut hingga lebih dari 3 hari, disarankan konsultasi dengan dokter.

- 12) Makanan dengan temperatur dingin dapat lebih diterima dibandingkan dengan makanan yang panas. Dapat diberikan minuman dingin, makanan berkuah bening, es krim, gelatin, buah semangka, melon, anggur dan ketimun.
- 13) Rasa kesepian atau kesendirian, dapat mempengaruhi nafsu makan pasien. Waktu makan sebaiknya selalu bersama-sama atau ditemani. Pengunjung pasien dapat menemani pasien makan ataupun membawa bingkisan makanan yang disukai.
- 14) Pada pasien dengan kondisi anemia, sebaiknya diberi diet seimbang dengan protein bernilai biologi tinggi, penuhi kebutuhan vitamin B kompleks, besi dan vitamin C.

7. Peran Tim Ahli Gizi Klinik dalam Penanganan Pasien Kanker

Penanganan pasien kanker, khususnya dengan komplikasi seperti obstruksi usus, melibatkan tim multidisiplin: dokter bedah, onkolog, perawat, apoteker, dan ahli gizi klinik. Ahli gizi berperan dalam memastikan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi secara aman dan efektif.

Keberhasilan terapi gizi sangat bergantung pada komunikasi antarprofesi. Ahli gizi perlu melakukan asesmen secara rutin, menyampaikan rekomendasi kepada tim medis, dan melibatkan pasien/keluarga dalam proses pengambilan keputusan.

Tim ahli gizi klinik memiliki peran krusial dalam penanganan pasien kanker melalui skrining, asesmen, intervensi, edukasi, serta monitoring status gizi. Dukungan nutrisi yang adekuat terbukti meningkatkan toleransi

terapi, menurunkan komplikasi, dan memperbaiki prognosis. Dengan demikian, integrasi ahli gizi klinik dalam tim multidisiplin sangat penting untuk memberikan penatalaksanaan komprehensif dan meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.

8. Pedoman Nasional dan Internasional

a. Pedoman Nasional

- 1) Permenkes RI No. 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Gizi Rumah Sakit.
- 2) Pedoman Pelayanan Gizi Klinik (PPGK) dari Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI).
- 3) Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi terbaru juga menekankan pentingnya intervensi gizi dalam pelayanan pasien.

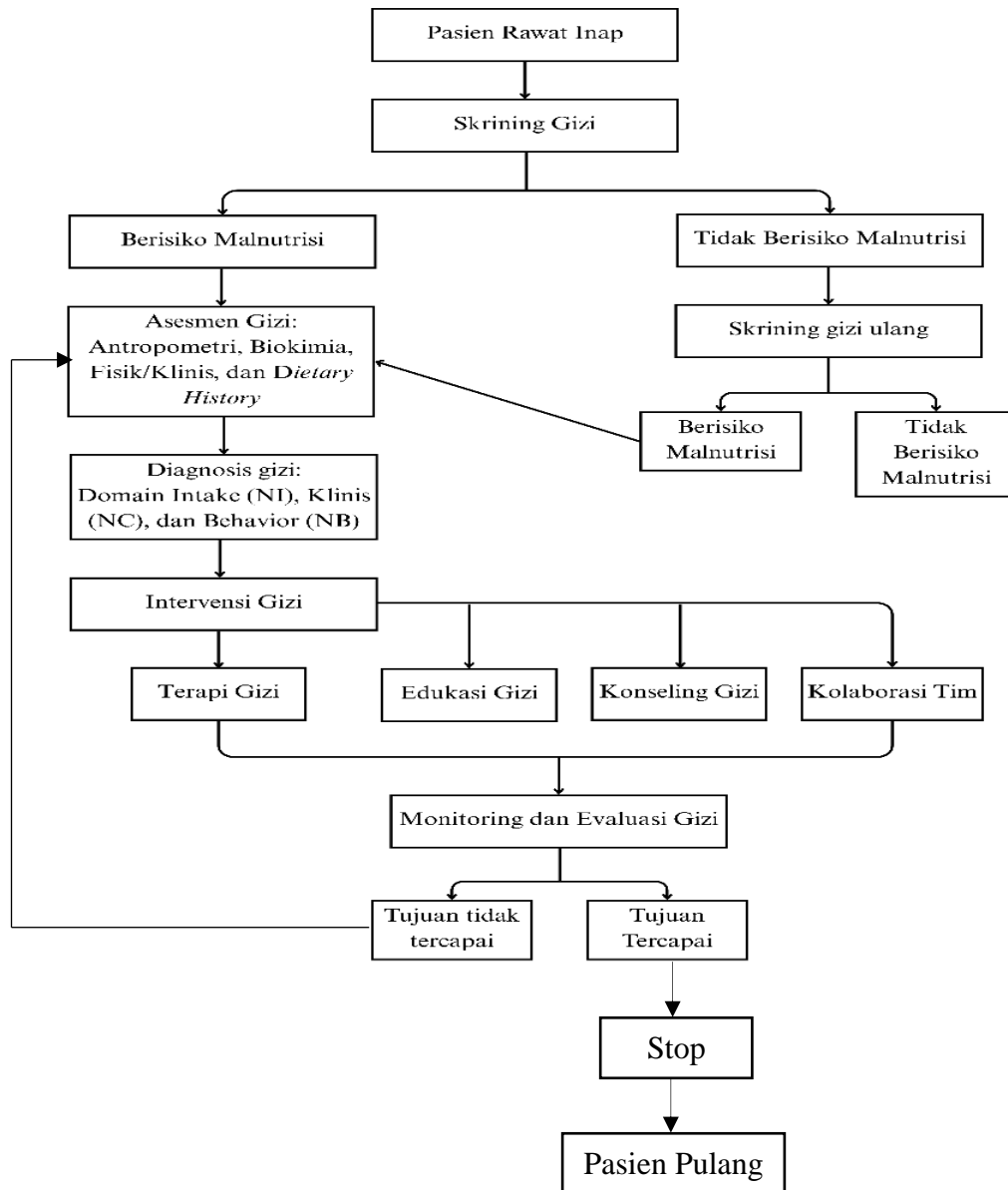
b. Pedoman Internasional

- 1) *ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients* (2021).
- 2) *ASPEN Clinical Guidelines*
- 3) *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM) kriteria sebagai standar terbaru dalam diagnosis malnutrisi klinis.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa intervensi gizi yang dimulai sejak awal diagnosis dan dilanjutkan secara konsisten dapat meningkatkan *survival rate*, mempercepat penyembuhan luka, dan menurunkan angka komplikasi pasca operasi. Studi di rumah sakit pendidikan menunjukkan bahwa pendekatan PAGT mempercepat mobilisasi pasien dan mengurangi lama rawat inap hingga 20–30%.

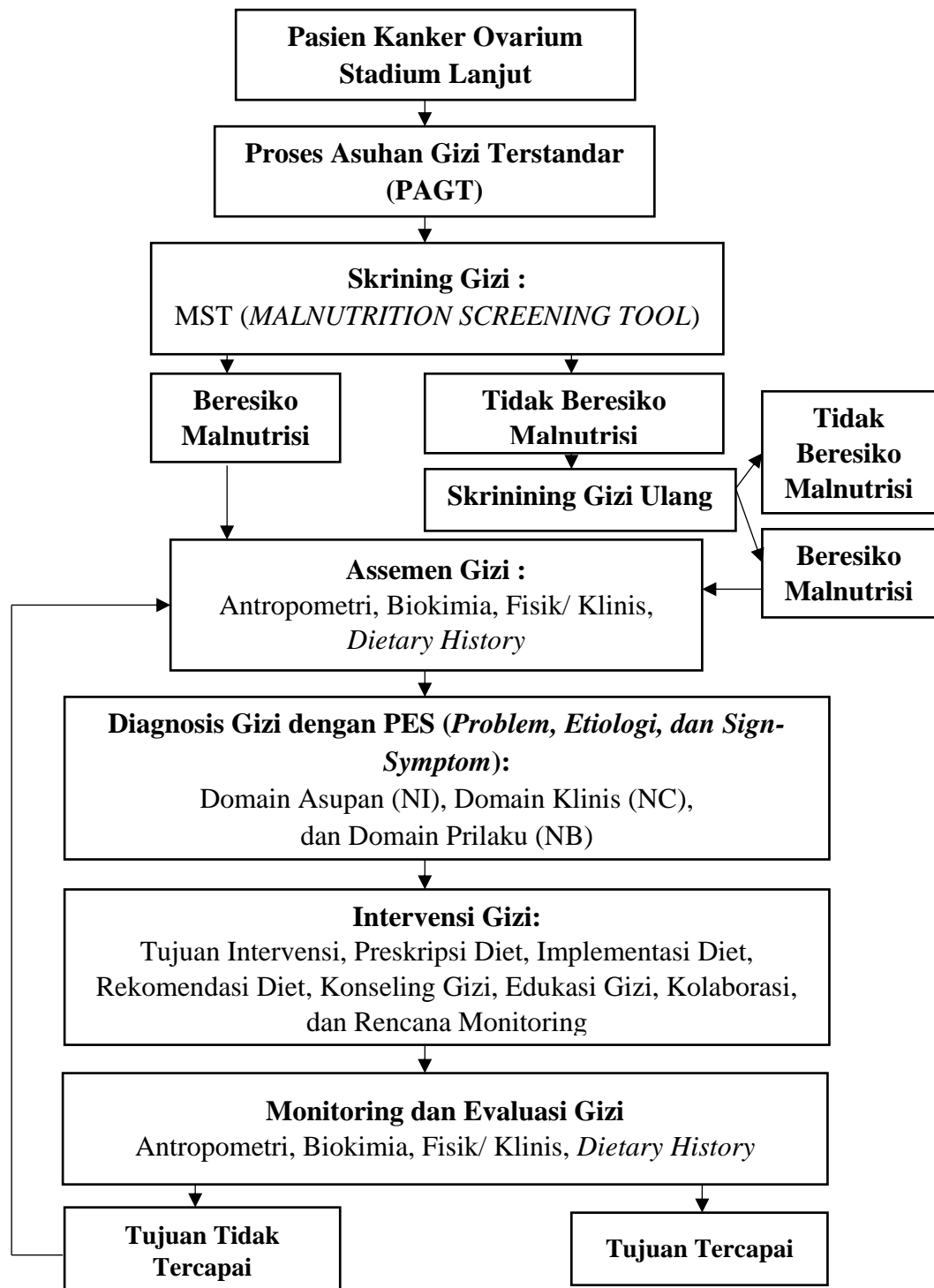
Tinjauan pustaka ini menunjukkan bahwa Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) sangat penting dalam perawatan pasien kanker ovarium stadium lanjut, terutama yang mengalami komplikasi obstruksi usus besar dan menjalani laparotomi debulking suboptimal. PAGT bukan hanya upaya untuk memperbaiki status gizi, tetapi juga bagian integral dari manajemen multidisiplin untuk meningkatkan hasil klinis dan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, implementasi PAGT yang tepat dan berbasis bukti merupakan langkah strategis yang tidak dapat diabaikan dalam sistem pelayanan gizi rumah sakit.

B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori Mekanisme Pelayanan Gizi Rawat Inap di Rumah Sakit (Suharyati, 2025)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep Proses Asuhan Gizi Pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di Rumah Sakit

D. Pernyataan Penelitian

1. Pasien memiliki risiko malnutrisi berdasarkan hasil skrining gizi pada pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di RSUD Pasar Minggu.
2. Kondisi pasien berdasarkan hasil assessment gizi yang ditinjau dari antropometri, biokimia, fisik/klinis, dan riwayat makan pada pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di RSUD Pasar Minggu.
3. Hasil diagnosis gizi berdasarkan *problem*, *etiologi*, dan *sign symptom* pada pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di RSUD Pasar Minggu.
4. Hasil penerapan intervensi gizi berdasarkan penyediaan makanan dan zat gizi, edukasi gizi, konseling gizi, serta koordinasi asuhan gizi pada pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di RSUD Pasar Minggu.
5. Hasil penerapan monitoring dan evaluasi gizi berdasarkan hasil antropometri, asupan makan, dan fisik/ klinis pada pasien Kanker Ovarium Stadium Lanjut di RSUD Pasar Minggu.