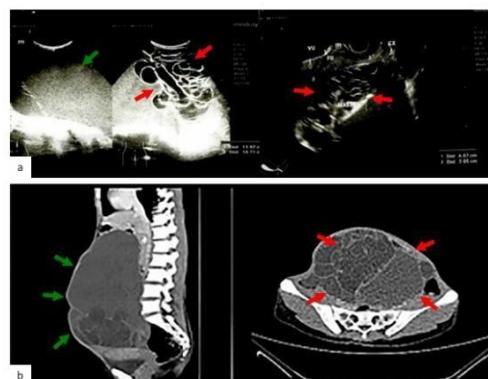


BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor Ovarium Borderline Musinosa (MBOT) diklasifikasikan sebagai subtipe tumor epitelial ovarium yang secara biologis berada di antara tumor jinak dan ganas invasive, hal ini karena tumor ovarium borderline ditandai oleh proliferasi sel tanpa invasi ke srtoma, tumor ovarium borderline umum di Amerika Utara dan Eropa, tumor ovarium borderline juga subtipe yang paling umum di Asia, mencapai sekitar 70% dari total kasus (Utami et al., 2025). Tumor ini memiliki presentasi histopatologis yang beragam, seperti adanya karsinoma intraepitel (non invasif) atau mikroinvasi. MBOT umumnya memiliki prognosis yang baik, keberadaan karsinoma intraepitel atau mikroinvasif berpotensi meningkatkan risiko kekambuhan (Utami et al., 2025). Terdapat enam subtipe histologis tumor ovarium borderline yang dibedakan berdasarkan jenis sel epitel, di mana subtipe serosa 50% dan musinosa 45% adalah yang paling umum (Xie et al., 2025).



Gambar 1. 1 Borderline Ovarian Tumor

Sumber (Utami et al., 2025)

Ovarium, sebagai organ reproduksi wanita utama, menjalankan dua fungsi penting yaitu fungsi eksokrin melalui produksi sel telur (*ovum*), dan fungsi endokrin melalui sintesis hormon seks wanita seperti

estrogen dan progesteron. Secara struktural, organ ini memiliki korteks yang kaya akan folikel pada berbagai tahap perkembangan, dan medula yang terdiri dari jaringan penyambung, pembuluh darah, dan saraf. Ovarium dilindungi di bagian luarnya oleh epitel germinal dan lapisan padat *tunica albuginea*. Fungsi ovarium sangat krusial, tidak hanya menghasilkan *oosit* yang matang dan siap dibuahi, tetapi juga mengendalikan

kesuburan, siklus menstruasi, dan proses *steroidogenesis* yang mengatur kesiapan reproduksi (Pangalila et al., 2022).

Tumor ovarium borderline (BOT) cenderung di diagnosis pada usia yang lebih muda dibandingkan kanker ovarium, rata-rata sekitar 10 tahun lebih awal. Usia rata-rata diagnosis tumor ovarium borderline adalah 46 tahun, dan lebih dari sepertiga kasus terjadi pada wanita usia reproduksi, tumor ovarium borderline memiliki prognosis dan tingkat kelangsungan hidup jangka panjang yang jauh lebih baik daripada kanker ovarium yang bersifat ganas. Tingkat kelangsungan hidup 5 tahun pasien dengan tumor ovarium borderline masih sangat tinggi, mencapai 95,3% (Fiaccadori et al., 2021).

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang

Untuk mengkaji tahapan proses pelaksanaan asuhan gizi terstandar pada pasien dengan post re-laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.

1.2.2 Tujuan Khusus Magang

- a.** Mengetahui ada tidaknya malnutrisi berdasarkan hasil skrining pada pasien dengan post re-laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.
- b.** Mengetahui pengkajian gizi (assesment) pada pasien dengan post re-laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.
- c.** Mengetahui problem, etiology, dan sign/symptom berdasarkan diagnosis gizi pada pasien dengan post re-

laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.

- d.** Mengetahui preskripsi diet berdasarkan intervensi gizi pasien pasien dengan post re- laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.
- e.** Mengetahui hasil monitoring dan evaluasi pada pasien dengan post re-laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.

1.2.3 Manfaat Magang

a. Bagi mahasiswa

Melatih diri dalam melakukan skrining gizi pasien, melakukan perencanaan dan mengimplementasikan rencana asuhan gizi, menentukan assessment, diagnose, intervensi, monitoring dan evaluasi, serta memperluas wawasan tentang ilmu gizi klinik

b. RSUP Dr. sardjito Yogyakarta

Sebagai bahan masukan dalam kegiatan pelayanan gizi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

c. Bagi pasien dan keluarga

Sebagai sarana untuk membantu pasien dan keluarga untuk menetapkan diet yang telah diberikan sesuai dengan yang telah disepakati sebelumnya antara ahli gizi dan keluarga.

1.3 Lokasi dan Waktu

Dilaksanakan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan berlokasi pada ruang rawat inap Bugenvil 1

1.4 Metode Pelaksanaan

Metode pelaksanaan kegiatan Manajamen Asuhan Gizi Klinik (MAGK) ini dilakukan melalui beberapa tahapan. Pelaksanaan kegiatan ini dilakukan secara langsung di ruang bungenvil 1 RSUP. Dr. sardjito Yogyakarta pada tanggal 20 – 25 oktober dengan Langkah – Langkah sebagai berikut :

1. Asesment gizi

Tahapan awal dilakukan dengan assessment gizi di bangsal bugenvil 1 untuk mengentahui system pelayanan gizi yang berlaku. Mahasiswa kemudian melaksanakan prosedur indetifikasi pasien yang menjadi subjek studi

kasus, yaitu paises dengan diagnosis post re-laparotomi debulking urs, nefrostomi dextra, adheisiolisis ai borderline ovarian tumor residif, adhei usus, hidronefrosis, P1A0, hipertensi, diabetes melitus tipe II.

2. Skrining gizi (MUST)

Skrining menggunakan MUST (*malnutrition Universal Screening Tool*) untuk menilai resiko malnutrisi berdasarkan berat badan, perubahan berat badan, dan

kondisi penyakit yang dialami pasien. Hasil skrining akan menentukan apakah pasien beresiko malnutrisi atau tidak untuk nantinya dilanjutkan pengkajian asuhan gizi lebih lanjut.

3. Pengkajian Gizi

Tahap pengumpulan data yang terdiri dari, data antropometri mencakup (BB, TB, IMT, LILA), biokimia yaitu hasil laboratorium yang berkaitan dengan penyakit yang dialami pasien serta nilai lab yang bermasalah seperti (hemoglobin, hematokrit, leukosit, elektrolit), fisik-klinis mencakup (tekanan darah, suhu tubuh, nadi, Spo2, serta keluhan gangguan gastrointestinal), riwayat makan dan kebiasaan makan (recall 24 jam dan SQ-FFQ)

4. Penetapan diagnosis gizi (Nutrition Diagnosis)

Berdasarkan hasil pengkajian, dilakukan penetapan diagnosis gizi menggunakan format *problem-etiology-sign.symptom* (PES). Penetapan diagnosis dilakukan berdasarkan masalah yang paling prioritas terlebih dahulu.

5. Intervensi gizi (Nutrition Intervention)

Intervensi dilakukan dengan cara pemberian diet yang disesuaikan dengan kondisi pasien, pada kasus ini diberikan diet DM 1500 (sebelum pembedahan), setelah pembedahan diberikan diet secara bertahap dimulai dari diet cair yaitu pemberian susu kedelai tinggi protein, lalu dilanjutkan dengan pemberian bubur saring sebagai fase awal pemulihan.

6. Monitoring dan Evaluasi (Nutrition Monitoring and evaluation)

Pemantauan dilakukan setiap hari sampai pasien pulang pada kondisi fisik pasien, Tingkat asupan pasien serta respon terhadap diet yang diberikan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan asupan aktual terhadap kebutuhan gizi, mengidentifikasi apakah defisit atau tidak, serta menyesuaikan rencana intervensi sesuai hasil pengamatan.

7. Pelaporan dan Dokumentasi Asuhan Gizi

Seluruh proses asuhan gizi didokumentasikan menggunakan format Nutrition Care Process (NCP) rumah sakit yang meliputi tahap

pengkajian, diagnosis, intervensi serta monitoring-evaluasi. Laporan kemudian disusun dalam bentuk narasi ilmiah sebagai bagian dari laporan praktik lapangan mahasiswa program studi D-1V Gizi Klinik Politeknik Negeri Jember.