

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diare

1. Pengertian Diare

Penyakit diare menjadi masalah global di berbagai negara, terutama di negara berkembang. Diare merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia. Menurut *World Health Organization* (WHO) diare adalah penyakit kedua yang menyebabkan kematian pada anak-anak. Sekitar 1,7 juta kasus diare ditemukan setiap tahunnya di dunia.

World gastroenterologi organisation global guidelines 2005, mendefinisikan diare akut adalah sebagai pasase tinja yang cair atau lembek dengan jumlah lebih banyak dari normal, dan berlangsungnya kurang dari 14 hari sedangkan diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari 15 hari.

Survei morbiditas yang dilakukan Departemen Kesehatan di Indonesia dari tahun 2000–2010 menunjukkan insidensi diare cenderung naik. Pada tahun 2000, penduduk yang terkena penyakit diare adalah 301 per 1000 penduduk dan tahun 2010 naik menjadi 411 per 1000.

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan feses berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 3 kali sehari. Diare dibagi dalam diare akut dan diare kronis (Setiawan, 2006; Talley, 1998; Daldiyono, 1990; Simanjuntak 1983). Diare infeksi adalah bila penyebabnya infeksi, sedangkan diare noninfeksi bila tidak ditemukan infeksi sebagai penyebab pada kasus tersebut (Setiawan, 2006).

Diare organik adalah bila ditemukan penyebab anatomik, bakteriologik, hormonal, atau toksikologik. Diare fungsional apabila tidak ditemukan penyebab organik (Setiawan, 2006).

Berdasarkan jenisnya, diare dibagi menjadi dua yaitu diare akut (berlangsung kurang dari 14 hari) dan diare kronis (berlangsung lebih dari 14 hari). Berdasarkan derajatnya, diare dibagi menjadi tiga, yaitu diare tanpa dehidrasi, diare dengan dehidrasi ringan/ sedang serta diare dengan dehidrasi berat.^{1,2} Penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia. Studi mortalitas dan riset kesehatan dasar dari tahun ke tahun diketahui bahwa diare masih menjadi penyebab utama kematian balita di Indonesia. Penyebab utama kematian akibat diare adalah tata laksana yang tidak tepat baik di rumah maupun di sarana kesehatan Untuk menurunkan kematian karena diare perlu tata laksana yang cepat dan tepat (Setiawan, 2006).

2. Penyebab Diare

Diare akut karena infeksi disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau toksin melalui mulut. Kuman tersebut dapat melalui air, makanan atau minuman yang terkontaminasi kotoran manusia atau hewan, kontaminasi tersebut dapat melalui jari/tangan penderita yang telah terkontaminasi (Suzanna, 1993).

Penyebab diare juga dapat bermacam macam tidak selalu karena infeksi dapat dikarenakan faktor malabsorpsi seperti malabsorpsi karbohidrat, disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa) monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa), Karena faktor makanan basi, beracun, alergi karena makanan, dan diare karena faktor psikologis, rasa takut dan cemas (Vila J *et al.*, 2000).

Etiologi diare akut pada 25 tahun yang lalu sebagian besar belum diketahui, akan tetapi sekarang lebih dari 80% penyebabnya telah diketahui. Terdapat 25 jenis mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare. Penyebab utama oleh virus adalah rotavirus (40-60%) sedangkan virus lainnya ialah virus *norwalk*, *astrovirus*, *calcivirus*, *coronavirs*, *minirovirus*, dan virus bulat kecil (Depkes RI, 2005).

Diare karena virus ini biasanya tak berlangsung lama, hanya beberapa hari (3-4 hari) dapat sembuh tanpa pengobatan (*self limiting*

disease). Penderita akan sembuh kembali setelah enterosit usus yang rusak diganti oleh enterosit yang baru dan normal serta sudah matang, sehingga dapat menyerap dan mencerna cairan serta makanan dengan baik (Manson's, 1996).

Bakteri penyebab diare dapat dibagi dalam dua golongan besar, ialah bakteri non invasif dan bakteri invasif. Termasuk dalam golongan bakteri noninvasif adalah: *Vibrio cholerae*, *E.colli* patogen (EPEC, ETEC, EIEC), sedangkan golongan bakteri invasif adalah *Salmonella sp* (Vila J *et al.*, 2000). Diare karena bakteri invasif dan noninvasif terjadi melalui salah satu mekanisme yang berhubungan dengan pengaturan transport ion dalam sel-sel usus berikut ini: cAMP (cyclic Adenosin Monophosphate), CGMP (cyclic Guanosin Monophosphate), Ca-dependet dan pengaturan ulang sitoskeleton (Mandal *et al.*, 2004).

3. Gambaran Klinis

Diare terjadi dalam kurun waktu kurang atau sama dengan 15 hari disertai dengan demam, nyeri abdomen dan muntah. Jika diare berat dapat disertai dehidrasi. Muntah-muntah hampir selalu disertai diare akut, baik yang disebabkan bakteri atau virus *V. Cholerae*. *E. Coli* patogen dan virus biasanya menyebabkan *watery diarrhea* sedangkan *campylobacter* dan amoeba menyebabkan *bloody diarrhea* (Manson's,1996).

Gambaran klinis diare akut yang disebabkan infeksi dapat disertai dengan muntah, demam, hematosekia, berak-berak, nyeri perut sampai kram (Triadmodjo,1993).

Karena kehilangan cairan maka penderita merasa haus, berat badan berkurang, mata cekung, lidah/ mulut kering, tulang pipi menonjol, turgor berkurang, suara serak. Akibat asidosis metabolik akan menyebabkan frekuensi pernafasan cepat, gangguan kardiovaskuler berupa nadi yang cepat tekanan darah menurun, pucat, akral dingin kadang-kadang sianosis, aritmia jantung karena gangguan elektrolit, anura sampai gagal ginjal akut(Sudigbya, 1992; Triadmodjo, 1993).

Gejala diare akut dapat dibagi dalam 3 fase, yaitu :

- Fase prodromal (sindroma pra-diare) : pasien mengeluh penuh di

abdomen, mual, muntah, berkeringat dan sakit kepala (Kolopaking, 2002; Joan *et al.*, 1998).

- Fase diare : pasien mengeluh diare dengan komplikasi (dehidrasi, asidosis, syok, dan lain-lain), kolik abdomen, kejang dengan atau tanpa demam, sakit kepala (Kolopaking, 2002; Joan *et al.*, 1998).
- Fase pemulihan : gejala diare dan kolik abdomen berkurang, disertai fatigue. (Kolopaking, 2002; Joan *et al.*, 1998).

Dalam praktek klinis sangat penting dalam membedakan gejala antara diare yang bersifat inflamasi dan diare yang bersifat noninflamasi. Berikut ini yang perbedaan diare inflamasi dan diare non inflamasi.

Diare adalah pengeluaran feses yang konsistensinya lembek sampai cair dengan frekuensi pengeluaran feses sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari. Diare dapat mengakibatkan demam, sakit perut, penurunan nafsu makan, rasa lelah dan penurunan berat badan. Diare dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, sehingga dapat terjadi berbagai macam komplikasi yaitu dehidrasi, renjatan hipovolemik, kerusakan organ bahkan sampai koma.

Faktor risiko diare dibagi menjadi 3 yaitu faktor karakteristik individu, faktor perilaku pencegahan, dan faktor lingkungan. Faktor karakteristik individu yaitu umur balita <24 bulan, status gizi balita, dan tingkat pendidikan pengasuh balita. Faktor perilaku pencegahan diantaranya, yaitu perilaku mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan sebelum digunakan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar, dan merebus air minum, serta kebiasaan memberi makan anak di luar rumah. Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, ketersediaan sarana air bersih (SAB), pemanfaatan SAB, dan kualitas air bersih.

Diare adalah keadaan tidak normalnya pengeluaran feses yang ditandai dengan peningkatan volume dan keenceran feses serta frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari (pada neonatus lebih dari 4

kali sehari) dengan atau tanpa lendir darah.⁹ Jenis diare ada dua, yaitu diare akut dan diare kronik. Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari, sementara diare kronik yaitu diare yang berlangsung lebih dari 15 hari.¹⁰ Mikroorganisme seperti bakteri, virus dan protozoa dapat menyebabkan diare. *Escherichia coli* enterotoksigenic, *Shigella* sp, *Campylobacter jejuni*, dan *Cryptosporidium* merupakan mikroorganisme tersering penyebab diare pada anak. Virus atau bakteri dapat masuk ke dalam tubuh bersama makanan dan minuman. Virus atau bakteri tersebut akan sampai ke sel-sel epitel usus halus dan akan menyebabkan infeksi, sehingga dapat merusak sel-sel epitel tersebut. Sel-sel epitel yang rusak akan digantikan oleh sel-sel epitel yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum optimal. Selanjutnya, vili-vili usus halus mengalami atrofi yang mengakibatkan tidak terserapnya cairan dan makanan dengan baik. Cairan dan makanan yang tidak terserap akan terkumpul di usus halus dan tekanan osmotik usus akan meningkat. Hal ini menyebabkan banyak cairan ditarik ke dalam lumen usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan terdorong keluar melalui anus dan terjadilah diare.

Manifestasi klinis dari diare yaitu mula-mula anak balita menjadi cengeng, gelisah, demam, dan tidak nafsu makan. Tinja akan menjadi cair dan dapat disertai dengan lendir ataupun darah. Warna tinja dapat berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Frekuensi defekasi yang meningkat menyebabkan anus dan daerah sekitarnya menjadi lecet. Tinja semakin lama semakin asam sebagai akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat ditemukan sebelum atau sesudah diare. Muntah dapat disebabkan oleh lambung yang meradang atau gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Anak-anak adalah kelompok usia rentan terhadap diare. Insiden tertinggi pada kelompok usia dibawah dua tahun dan menurun dengan bertambahnya usia anak.

B. Dehidrasi

1. Pengertian Dehidrasi

Data lain menyebutkan bahwa penyebab utama dehidrasi adalah diare yang merupakan faktor penyebab tingkat kematian anak di dunia sejumlah 1,5 juta anak meninggal. Di negara maju, dehidrasi mempunyai kemungkinan lebih kecil menyebabkan kematian, tetapi dehidrasi menyebabkan morbiditas / kesakitan yang signifikan. Di Amerika Serikat setiap tahunnya terdapat 200.000 pasien dirawat di rumah sakit, dan 300 pasien meninggal yang merupakan anak-anak dibawah 5 tahun (Freedman & Paik, 2008).

Berdasarkan data tersebut dapat dikatakan masalah dehidrasi semacam ini tidak boleh dibiarkan begitu saja. Penyebab mengapa kejadian dehidrasi mencapai angka yang cukup tinggi adalah karena sulitnya mengetahui gejala dehidrasi bagi orang awam. Melihat pentingnya masalah dehidrasi, organisasi kesehatan dunia yakni WHO telah membuat penilaian derajat dehidrasi berdasarkan empat parameter penilaian gejala klinik yaitu keadaan umum, mata, rasa haus dan penilaian turgor (tekanan elastisitas kulit), sehingga memudahkan orang awam dalam memahami gejala dehidrasi. Selanjutnya menurut Eri Laksana terdapat empat tanda klinis dehidrasi yakni jumlah defisit cairan, status hemodinamik, kondisi jaringan tubuh, dan kondisi urin. Jumlah dan kualitas urin serta tingkat kesadaran merupakan tolok ukur dalam penilaian dehidrasi.

Namun dalam melakukan penilaian terhadap parameter-parameter tersebut masih subjektif, sehingga hasil penilaian derajat dehidrasi antara tiap orang dapat berbeda. Kondisi urin dalam tubuh dapat diketahui dari warna, kejernihan dan bau. Urin memiliki tingkatan warna yang berbeda dipengaruhi oleh tingkat konsumsi cairan yang di minum. Konsumsi cairan yang banyak akan menghasilkan warna urin yang bening dan cerah, sebaliknya kekurangan cairan akan menyebabkan warna urin menjadi pekat. Adapun bau urin dipengaruhi oleh kandungan amonia, dimana

kadar amonia dalam urin sebanding dengan jumlah konsumsi cairan.

Dehidrasi adalah kehilangan cairan dari keseluruhan kompartemen tubuh. Dehidrasi disebabkan karena kebutuhan cairan lebih banyak dari asupan yang mengakibatkan volume cairan dalam darah berkurang. (Guyton, 2012). Seseorang dikatakan dehidrasi ringan (cairan tubuh berkurang 5%). Seseorang dikatakan dehidrasi Sedang (cairan tubuh berkurang 5-10 %) dan Seseorang dikatakan dehidrasi berat (cairan tubuh lebih dari 10%) bila mengalami gejala- gejala seperti keringnya mukosa, turgor kulit menurun, lesu, gelisah, mata cekung urin keruh, menurunnya tekanan darah, hingga gejala gangguan fisik, psikologis, suasana hati (mood), dan gangguan fungsi kognitif (David Benton, 2011, Kemenkes, 2011).

Data lain menyebutkan bahwa penyebab utama dehidrasi adalah diare yang merupakan faktor penyebab tingkat kematian anak di dunia sejumlah 1,5 juta anak meninggal. Di negara maju, dehidrasi mempunyai kemungkinan lebih kecil menyebabkan kematian, tetapi dehidrasi menyebabkan morbiditas / kesakitan yang signifikan. Di Amerika Serikat setiap tahunnya terdapat 200.000 pasien dirawat di rumah sakit, dan 300 pasien meninggal yang merupakan anak-anak dibawah 5 tahun (Freedman & Paik, 2008).

Istilah dehidrasi sebenarnya sudah tak asing lagi, namun kondisi ini sering disepelekan. Padahal dalam kenyataannya dehidrasi merupakan kondisi yang cukup berbahaya, dimana pada tingkatan dehidrasi berat dapat menyebabkan kematian. Besarnya tingkat keparahan akibat dari dehidrasi tentunya dipengaruhi seberapa besar tingkat dehidrasi yang dialami. Terlihat dari studi terkini 46,1 persen orang Indonesia mengalami dehidrasi ringan terutama remaja (Kompas, 2009).

2. Penyebab Dehidrasi

Menurut Warman (2008) diare disebabkan oleh:

1) Faktor infeksi

Jenis-jenis bakteri dan virus yang umumnya menyerang dan mengakibatkan infeksi adalah bakteri *E.coli*, *Salmonella*, *Vibrio cholerae*

(kolera) *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, virus *Enterovirus echovirus*, human *Retrovirua* seperti *Agent*, *Rotavirus*, dan parasit oleh cacing (*Askaris*), *Giardia calmbia*, *Crytosporidium*, jamur (*Candidiasis*).

2) Faktor makanan

Makanan yang menyebabkan diare adalah makanan yang tercemar, basi, beracun, terlalu banyak lemak, mentah (sayuran), dan kurang matang. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Astuti, dkk (2011) perilaku ibu masih banyak yang merugikan kesehatan salah satunya kurang memperhatikan kebersihan makanan seperti pengelolaan makanan terhadap fasilitas pencucian, penyimpanan makanan, penyimpanan bahan mentah dan perlindungan bahan makanan terhadap debu.

3) Faktor lingkungan

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Agus, dkk (2009) diare dapat disebabkan dari faktor lingkungan diantaranya adalah kurang air bersih dengan sanitasi yang jelek penyakit mudah menular, penggunaan sarana air yang sudah tercemar, pembuangan tinja dan tidak mencuci tangan dengan bersih setelah buang air besar, kondisi lingkungan sekitar yang kotor dan tidak terjaga kebersihannya.

3. Gejala Dehidrasi

Menurut Sodikin (2011) tanda dan gejala dehidrasi adalah berat badan menurun, ubun-ubun dan mata cekung pada bayi atau anak . tonus otot berkurang, turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun), membran mukosa kering. Gejala klinis menyesuaikan dengan derajat atau banyaknya kehilangan cairan yang hilang.

4. Penanganan Faktor Resiko Dehidrasi

- **Penanganan Diare di Rumah yang Tepat**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) penanganan diare di rumah yang tepat adalah dengan memberikan cairan yang lebih banyak dari biasanya:

- 1) Jika masih menyusui maka teruskan dalam pemberian ASI.
- 2) Berikan oralit sampai diare berhenti, jika terjadi muntah

tunggu 10 menit lalu lanjutkan sedikit demi sedikit. Usia <1 tahun berikan 50-100 ml setiap kali berak, > 1 tahun berikan 100-200ml setiap kaliberak.

3) Berikan cairan rumah tangga seperti kuah sayur atau air matang sebagai tambahan.

- **Muntah yang berlebih**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) penanganan dehidrasi dengan muntah yang berlebih yaitu dengan cara pemberian cairan tambahan seperti oralit dan zinc. Rincian pemberian oralit dan zinc adalah sebagai berikut :

1) Dehidrasi ringan dan sedang

Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75ml x berat badan anak, jika berat badan tidak diketahui dapat menggunakan usia. Usia

<1 tahun 300ml, 1-4 tahun 600ml, >5 tahun 1200ml, untuk bayi <6 bulan yang tidak mendapat asi berikan juga 100-200ml air masak selama masa ini, untuk usia >6 bulan tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali asi dan oralit. Beri obat zinc selama 10 hari berturut-turut, usia <6 bulan ½ tablet per hari, >6 bulan 1 tablet per hari.

2) Dehidrasi Berat

Beri cairan intravena segera ringer laktat atau NaCl 0,9%. Usia <1 tahun 30ml/BB 1 jam pertama kemudian 50ml/BB per 5 jam, >1 tahun 30ml/BB 30 menit pertama, kemudian 50ml/BB 2 ½ jam. nilai kembalitiap 15-30 menit serta diberikan oralit 5ml/kg/jam jika bisa minum biasanya 3-4 jam untuk bayi dan 1-2 jam untuk anak serta berikan obat zinc selama 10 hari berturut-turut.

- **Demam**

Dalam penelitian yang dilakukan oleh lubis dan lubis (2011) mengatakan bahwa penanganan demam pada balit adalah dengan memberikan antipiretik paracetamol dan

ibuprofen. Ibuprofen memiliki risiko yang terkecil terhadap efek samping gastrointestinal. Untuk parasetamol oral, dosis standar 10–15 mg/kg per dosis (maksimum, 1 gr per dosis) diberikan 4–6 kali per hari.

Dosis terapeutik maksimum 60 mg/kg per hari pada anak usia <3 bulan dan 80 mg/kg per hari pada anak usia >3 bulan (maksimum, 3gr/hari), dan dosis toksik ialah >150 mg/kg pada pemberian tunggal. Untuk ibuprofen oral, dosis standar 10 mg/kg per dosis (maksimum, 800 mg per dosis) diberikan 3 atau 4 kali sehari. Dosis terapeutik maksimum 30 mg/kg per hari (maksimum, 1,2 gr/hari), dan dosis toksik >100 mg/kg per hari. Pada jam ke-4 dan ke-6 setelah pemberian.

C. Vomiting / Mual dan Muntah

1. Pengertian Mual dan Muntah

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejeksi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro *et al.*, 2015).

2. Penyebab Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah. (Porter *etal*, 2010).

Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare

(Porter *et al*, 2010).

3. Terapi Farmakologis Mual dan Muntah

Obat anti-emetik bebas dan dengan resep paling umum direkomendasikan untuk mengobati mual muntah. Untuk pasien yang bisa mematuhi pemberian dosis oral, obat yang sesuai dan efektif dapat dipilih tetapi karena beberapa pasien tidak dapat menggunakan obat oral atau obat oral tidak sesuai. Pada pasien tersebut disarankan penggunaan obat secara rektal atau parenteral. Untuk sebagian besar kondisi dianjurkan antiemetik tunggal, tetapi bila pasien tidak memberikan respon dan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi emetonik kuat, biasanya dibutuhkan regimen multi obat (Sukandar, 2008).

4. Gejala Mual dan Muntah

Muntah bukanlah penyakit, melainkan reaksi tubuh atau gejala yang bisa menandakan gangguan kesehatan tertentu. Muntah yang berhubungan dengan gangguan kesehatan biasanya tidak terjadi begitu saja, melainkan muncul bersama gejala-gejala seperti (Fajarina ,2017) :

- Mual
- Sakit perut
- BAB mencret (diare)
- Demam
- Perut kembung
- Berkunang-kunang
- Pusing

5. Dampak Mual dan Muntah

Keluarnya isi lambung bisa jadi menandakan masalah kesehatan yang lain, terutama bila keluhan ini berlangsung dalam waktu lama. Anda sebaiknya menghubungi dokter jika mengalami kumpulan gejala seperti (Fajarina ,2017) :

- Nyeri dada

- Nyeri perut hebat atau kram
- Penglihatan kabur
- Menggigil dan tampak pucat
- Demam lebih dari 38 derajat celsius
- Muntah berbau feces
- Muntah yang menyembur
- Memuntahkan darah, atau
- Muntahan tampak berwarna kehitaman.

D. Penatalaksanaan Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2014).

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis, dimana dietisien profesional menggunakan cara berpikir kritisnya dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Proses asuhan gizi terstandar disusun sebagai upaya peningkatan kualitas pemberian asuhan gizi. Menurut *National Academy Of Science's-Institute Of Medicine* (IOM), kualitas pelayanan adalah tingkatan pelayanan kesehatan untuk individu dan populasi yang mengarah kepada tercapainya hasil kesehatan yang diinginkan, sesuai pengetahuan profesional terakhir. Kualitas pelayanan dinilai melalui hasil kerja dan kepatuhan proses terstandar yang telah di sepakati (Wahyuningsih, 2013). Beberapa kata kunci yang perlu dipahami dalam pengertian PAGT adalah

- a. Proses: serangkaian langkah atau tindakan yang berkaitan untuk mencapai suatu hasil, atau kumpulan aktivitas yang merubah *input* menjadi suatu *output*.
- b. Pendekatan proses: yaitu identifikasi dan pengaturan berbagai

kegiatan secara sistematis dan interaktif dari berbagai aktivitas. Pendekatan proses menekankan pada pentingnya: pemahaman atas kebutuhan dan pemenuhannya, penentuan apakah proses ini dapat memberikan nilai tambah,

penentuan unjuk kerja proses dan efektifitasnya, penggunaan ukuran yang objektif untuk perbaikan berkelanjutan dari proses tersebut.

- c. Berpikir kritis: yaitu kemampuan menganalisa masalah, merumuskan dan mengevaluasi solusi dengan mengintergrasikan fakta, opini, menjadi pendengar aktif dan melakukan pengamatan. Karakteristik berpikir kritis meliputi: berpikir konseptual, rasional, kreatif, mandiri, dan memiliki keinginan untuk tahu lebih mendalam.
- d. Membuat keputusan: proses kritis dalam memilih tindakan terbaik untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- e. Memecahkan masalah: proses yang terdiri dari identifikasi masalah, formulas pemecahan masalah, implementasi dan evaluasi hasil.
- f. Kolaborasi: yaitu proses dimana beberapa individu/kelompok dengan kepentingan yang sama bergabung untuk menangani masalah yang teridentifikasi (Wahyuningsih, 2013).

Dalam pengembangan NCP, ADA menyusun suatu model asuhan gizi yang mencerminkan konsep — konsep kunci dari setiap langkah proses asuhan gizi. Hubungan antara dietisien dengan pasien/klien menjadi fokus dari model tersebut. Model ini juga mengidentifikasi berbagai faktor dari model tersebut. Model ini juga mengidentifikasi berbagai faktor lain yang mempengaruhi proses dan kualitas pemberian asuhan gizi (Sumaprdja, 2011).