

STATUS GIZI ANAK SEKOLAH DASAR KELAS SATU SEBAGAI INDIKATOR INSIDEN PENYAKIT DI SUATU WILAYAH.

Basuki Budiman* dan Saraswati*

*Kelompok Program Penelitian Sistem Kewaspadaan Gizi, Puslitbang
Gizi, Bogor

ABSTRAK

Salah satu persyaratan yang diperlukan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan adalah perencanaan yang cepat dan tepat. Hal ini dapat dicapai jika tersedia alat pemantauan yang komprehensif dan yang secara operasional mudah dilaksanakan. Status gizi anak usia tujuh tahun termasuk salah satu alternatif pilihan untuk menggambarkan status gizi masyarakat. Di samping itu, status gizi anak usia tujuh tahun dapat pula menggambarkan status ekonomi masyarakat suatu wilayah. Hubungan sinergistik antara status gizi dan penyakit memberi peluang untuk mempelajari status gizi masyarakat dan insiden penyakit di suatu wilayah. Dalam makalah ini dilaporkan hasil penelitian yang dilaksanakan di 11 dari 16 kecamatan di Kabupaten Pekalongan, dan mencakup 5883 anak sekolah dasar kelas 1. Status gizi anak sekolah dinilai dari indeks gabungan menurut acuan WHO/NCHS; kemudian dikaitkan dengan insiden penyakit diare, infeksi saluran pencernaan dan total penyakit dengan kecamatan sebagai unit analisis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi prevalensi gizikurang yang akut di suatu kecamatan ternyata semakin tinggi pula insiden penyakit secara keseluruhan. Kaitan ini diidentifikasi untuk prevalensi gizikurang yang akut pada pengukuran bulan Agustus dan insiden penyakit (total) pada bulan Agustus sampai Desember dengan angka korelasi Tau-Kendall berturut-turut mulai bulan Agustus 0.425; 0.378; 0.511, 0.55 dan 0.40 (p paling sedikit $< 0,05$). Diidentifikasi pula kaitan antara prevalensi gizikurang yang akut dengan insiden infeksi saluran pencernaan ($r = 0.400$; 0.423 dan 0.378 masing-masing untuk bulan Juli, Agustus dan Desember) dan dengan diare ($r = 0.511$; 0.511 dan 0.423 masing-masing untuk bulan Juli, November dan Desember). Ini menunjukkan bahwa status gizi dapat dijadikan indikator insiden penyakit.

Pendahuluan

Penyakit-penyakit yang menjadi penyebab utama kematian anak usia di bawah lima tahun (anak balita) di Indonesia adalah diare, tetanus dan kurang gizi (1). Ketiga penyebab ini masing-masing secara berurutan merupakan cerminan keadaan sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan dan kualitas fisik manusia. Hal ini berarti pembangunan dalam bidang kesehatan khususnya pelayanan kesehatan perlu mendapat perhatian yang lebih besar. Oleh karena itu, upaya peningkatan pelayanan kesehatan perlu dilakukan secara terus menerus.

Salah satu upaya penting perbaikan pelayanan kesehatan adalah pencarian indikator keadaan kesehatan masyarakat yang tepat. Indikator tersebut, dipandang dari segi pelaksanaan pemantauannya, hendaknya lebih mudah dikumpulkan dan dikelola. Indikator keadaan kesehatan masyarakat dapat berupa angka kematian bayi, angka kematian anak

1-4 tahun, status gizi atau insiden suatu penyakit dalam periode waktu tertentu.

Keadaan gizi masyarakat yang merupakan salah satu bagian keadaan kesehatan masyarakat lazimnya digambarkan dari status gizi anak Balita. Akhir-akhir ini telah dikembangkan "Tinggi Badan Anak Baru Masuk Sekolah Dasar" (TBABS) sebagai indikator status gizi masyarakat yang sekaligus merupakan indikator ekonomi wilayah. Laporan ini juga mengemukakan bahwa pengukuran TBABS secara operasional mudah dilaksanakan (2). Oleh karena itu, TBABS merupakan alternatif untuk menggambarkan status gizi masyarakat.

Di lain pihak penyakit-penyakit utama yang menjadi masalah kesehatan masyarakat suatu wilayah sebagian besar bersifat endemis. Di samping itu hubungan keadaan gizi dan penyakit yang telah ditegaskan oleh beberapa penulis (3,4,5,) memberi peluang untuk dipelajari kaitan antara status gizi masyarakat atas dasar TBABS suatu daerah dan insiden penyakit tertentu di daerah yang bersangkutan. Kaitan kedua peubah ini belum banyak diketahui.

Dengan mengenali sifat hubungan kedua peubah itu, informasi yang dihasilkan dari proses pemantauan dapat digunakan untuk memperkirakan keadaan gizi masyarakat dan insiden penyakit tertentu di suatu wilayah. Ini mungkin dilakukan karena pemantauan status gizi atas dasar TBABS dapat dilaksanakan secara rutin dan data insiden penyakit telah tersedia dalam laporan terpadu pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas)

Bahan dan Cara

A. Lokasi dan emilihan sampel penelitian

Penelitian dilakukan di Kabupaten Pekalongan atas dasar pertimbangan bahwa kabupaten ini merupakan daerah pengembangan SKPG di Jawa Tengah mulai tahun 1983. Pada tahun 1986 mulai dikembangkan tinggi badan anak baru masuk sekolah dasar sebagai indikator keadaan gizi penduduk.

Dari 16 kecamatan wilayah kabupaten Pekalongan dipilih 11 kecamatan sebagai daerah penelitian. Di tiap kecamatan dipilih 50 persen jumlah desa yang memiliki sekolah dasar yang telah melakukan pengukuran antropometri murid secara periodik.

Dua sekolah dasar dipilih di tiap desa; jika sekolah dasar di suatu desa lebih dari dua, dipilih dua sekolah berdasarkan jumlah murid yang terbanyak. Di tiap sekolah terpilih diukur semua anak kelas satu. Dengan demikian jumlah anak yang tercakup dalam penelitian ini diharapkan dapat mewakili populasi anak usia sekolah dalam kecamatan.

B. Jenis data dan cara pengumpulannya

Data diperoleh dari sekolah dasar, puskesmas dan sumber-sumber lain yang berkaitan dengan data yang dibutuhkan, seperti bidan, mantri, dokter, kantor statistik dan kantor kecamatan.

Tinggi dan berat badan murid sekolah dasar kelas satu diukur oleh guru masing-masing kelas kemudian dicatat pada daftar isian yang dilengkapi dengan pita ukur dan

petunjuk pengisiannya. Timbangan kamar (*bathroom scale*) untuk menimbang berat badan disediakan untuk tiap kecamatan. Daftar isian beserta kelengkapan ini diserahkan ke sekolah-sekolah melalui Kandep Dikbud kabupaten dan kecamatan. Kompilasi data dilakukan oleh peneliti dan dibantu tenaga daerah. Umur anak yang dinyatakan dalam tanggal, bulan dan tahun lahir dicatat pada waktu pengumpulan data oleh guru kelas. Konsistensi pencatatan data diperiksa peneliti pada saat kunjungan (supervisi) ke daerah penelitian.

Data insiden penyakit yang erat kaitannya dengan status gizi disalin dari laporan Puskesmas. Data ini meliputi data penyakit secara total, diare dan infeksi saluran pencernaan. Di samping itu juga dikumpulkan jumlah orang sakit yang berobat kepada para praktikan di tiap kecamatan. Pengumpulan data insiden penyakit total dari praktikan ini dikordinasi oleh dokter kepala puskesmas. Pengumpulan data ini dilaksanakan mulai bulan Agustus 1987

C. Pengolahan dan analisis data

Pengolahan data sudah dimulai sejak data dikumpulkan di lapangan yang merupakan pemeriksaan data (*editing*) tahap pertama. Pada saat sebagian anggota tim mengumpulkan data di lokasi penelitian, sebagian anggota tim lainnya mempersiapkan pemasukan data di komputer. Data yang datang dari lapangan diperiksa kembali dan segera dimasukkan ke dalam komputer.

Pengolahan data dilakukan sebagai berikut :

1. Data antropometri

Status gizi dinilai atas dasar tinggi dan berat badan menurut golongan umur dan jenis kelamin dengan menggunakan acuan WHO/NCHS. Ketiga indeks status gizi (berat menurut umur, tinggi menurut umur dan berat menurut tinggi) kemudian diolah lagi (digabungkan) menurut metode WHO⁶ sehingga diperoleh status gizi atas dasar indeks gabungan. Status gizi ini kemudian dikelompokkan dalam empat kategori, yaitu pendek-kurus (kronis), tinggi-kurus (akut), pendek-gemuk dan tinggi-gemuk (normal).

2. Data morbiditas

Jumlah penderita dikonversikan ke dalam nilai proporsi per 1000 penduduk. Namun demikian, beberapa data yang menunjukkan jumlah penderita yang terlalu kecil dikonversi dalam satuan per 10 ribu atau 100 ribu penduduk. Dalam satuan inilah bersama-sama dengan data antropometri dicari kaitannya.

Analisis data dilakukan terutama untuk memperoleh kaitan (secara krosseksional) antara status gizi dan insiden penyakit, serta keterkaitannya waktu antara keduanya.

Hasil dan Bahasan

Keadaan gizi penduduk digambarkan dari status gizi anak kelas satu SD. Pada penelitian ini dicakup ABS 5883 anak yang berusia antara 6 dan 12 tahun. Kelompok umur terbanyak pada usia tujuh tahun diikuti kelompok usia delapan tahun. Jumlah anak yang menderita gizikurang atas dasar indeks antropometri yang digabungkan disajikan pada Tabel 1.

Masalah gizi dengan indeks gabungan ini dapat dilihat dari jumlah anak yang kurus, baik yang pendek maupun yang tinggi. Prevalensi anak yang pendek-kurus tinggi menunjukkan di daerah yang bersangkutan terdapat masalah gizi yang kronis. Di lain pihak prevalensi anak yang tinggi kurus tinggi menunjukkan bahwa daerah tersebut terdapat masalah gizi yang akut.

Pada Tabel 1 tampak bahwa prevalensi anak yang menderita gizikurang secara akut (tinggi-kurus) antara 8.2 dan 17.7 persen. Prevalensi tertinggi ditemukan di kecamatan Talun. Prevalensi tinggi berikutnya adalah Wonopringgo dan Doro. Ketiga kecamatan ini termasuk daerah yang prevalen tinggi untuk penyakit malaria.

Prevalensi anak yang menderita kurang gizi yang kronis (pendek-kurus) berkisar antara 0.4 dan 2.3 persen. Ternyata prevalensi di kecamatan-kecamatan yang berbatasan dengan kotamadya Pekalongan yaitu Tirto, Wiradesa dan Kedungwuni ada di atas 2.0 persen. Kecamatan-kecamatan ini sebenarnya mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan yang rata-rata lebih baik dari kecamatan lain. Keadaan ini menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan kaitan insiden penyakit dan status gizi penduduk. Uji korelasi (Tau Kendall) menunjukkan bahwa beberapa penyakit memang mempunyai kaitan dengan status gizi.

Pengaruh penyakit Infeksi Saluran Pencernaan (ISC), dan diare terhadap status gizi bersifat akut, maka prevalensi gizikurang yang akut tampaknya lebih tepat dikaitkan dengan penyakit-penyakit tersebut daripada dikaitkan dengan prevalensi gizikurang atas dasar indeks antropometri secara terpisah. Hasilnya tampak seperti Tabel 2.

Tabel 1. Status gizi menurut kecamatan di Kabupaten Pekalongan

Keadaan Gizi Kecamatan	ABS			
	1	2	3	4
1. Wiradesa	2.3	14.4	25.7	57.6
2. Tirto	2.9	12.5	37.4	47.2
3. Sragi	0.6	11.1	36.5	51.8
4. Kedungwuni	2.1	14.6	28.8	54.5
5. Kajen	0.4	10.9	43.9	44.8
6. Karanganyar	1.4	13.1	36.9	48.6
7. Doro	1.4	15.5	40.1	43.0
8. Talun	1.7	17.7	39.9	40.6
9. Kdg.serang	1.6	8.2	44.2	46.0
10. Paninggaran	1.0	9.3	34.6	55.1
11. Wn.pringgo	0.2	15.7	25.7	58.4

Keterangan :

1 = Pendek-kurus; 3 = Pendek-gemuk
2 = Tinggi-kurus; 4 = Tinggi-gemuk

Tabel 2. Angka korelasi antara jenis penyakit dan gizikurang akut

Bulan	Penyakit		
	Total	ISC	Diare
Juli	-	0.400	-
Agustus	0.423	0.423	0.511
September	0.378	-	-
Oktober	0.511	-	-
November	0.55	-	0.511
Desember	0.40	0.378	0.423

Kaitan prevalensi gizikurang yang akut dengan insiden keseluruhan penyakit (total morbidity) dari bulan Mei sampai Desember menunjukkan korelasi yang positif pada setiap bulan pengamatan. Angka korelasi (Tau Kendall) antara 0.378 dan 0.55 ($p < 10\%$). Keadaan ini memberi petunjuk bahwa kecamatan yang banyak dijumpai anak tinggi kurus, masalah kesehatan penduduk di kecamatan itu cenderung lebih serius dibandingkan dengan kecamatan yang sedikit dijumpai anak yang tinggi kurus.

Dalam kaitan antara status gizikurang yang akut di suatu kecamatan dengan insiden penyakit infeksi saluran pencernaan dengan diare perlu dipertimbangkan faktor musim, karena kedua penyakit tersebut sangat dipengaruhi oleh musim. Delgado (6) mengungkapkan bahwa insiden diare mencapai puncak pada musim hujan. Juga diungkapkan bahwa penderita gizi buruk mempunyai resiko tinggi terserang diare. Diungkapkan oleh pula Brown, dkk. (7) bahwa perubahan status gizi dipengaruhi oleh musim.

Puncak insidens diare dan infeksi saluran pernafasan terjadi pada bulan Juni-Juli dan Desember (Gambar 1.). Data pola curah dan jumlah hari hujan, periode 1983-1986, menunjukkan bahwa pada bulan Juni terjadi hujan dalam waktu singkat (dikenal masyarakat setempat dengan hujan kiriman) dan musim penghujan dimulai pada bulan September (8). Pada bulan Juni-Juli dan mulai bulan Oktober terjadi peningkatan insidens diare dan ISC. Oleh karena diare dan ISC sangat erat dengan keadaan gizi, maka kaitan antara status gizikurang yang akut di suatu kecamatan dan insidens diare atau ISC dapat ditunjukkan dengan besarnya angka korelasi. Tampak pada Juli, Agustus dan Desember terdapat kaitan antara ISC dan status gizikurang yang akut; serta kaitannya dengan insidens diare tampak pada bulan Agustus, November dan Desember. (Tabel 2.). Dari analisis ini, dapat dilihat adanya kecenderungan bahwa kurang-lebih satu bulan setelah terjadi peningkatan curah-hujan dan jumlah hari hujan terjadi peningkatan penyakit-penyakit saluran pencernaan termasuk diare. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa insiden diare dan infeksi saluran pencernaan berpengaruh terhadap status gizi penduduk.

Secara geografis, tampak bahwa insiden penyakit infeksi saluran pencernaan dan diare

di kecamatan-kecamatan yang berbatasan dengan kotamadya Pekalongan atau dengan kata lain lebih padat penduduknya (dikatakan padat jika kepadatan penduduk lebih dari 1000 penduduk tiap km²) lebih tinggi dibanding dengan kecamatan-kecamatan lain (Gambar 2.). Tampaknya fasilitas kesehatan yang ada belum sepenuhnya dimanfaatkan oleh penduduk, sehingga insiden kedua penyakit itu di kecamatan-kecamatan tersebut tinggi. Di lain pihak, proporsi anak yang menderita gizikurang yang akut di kecamatan-kecamatan yang berbatasan dengan kota juga lebih tinggi. Keadaan ini menunjukkan bahwa insiden diare dan infeksi saluran pencernaan di suatu wilayah dapat dijadikan indikator status gizi wilayah bersangkutan.

Pada penelitian ini dikumpulkan juga data morbiditas untuk semua penyakit dengan pertimbangan bahwa kesulitan menegakkan diagnosa oleh praktikan yang bukan dokter dapat terjadi. Jika insiden morbiditas penyakit yang dimaksud tersebut dikaitkan dengan gizikurang tampak angka korelasi yang meninggi pada bulan Oktober dan November dan kemudian menurun kembali pada bulan Desember. Keadaan ini agak sulit diinterpretasikan karena berbagai kemungkinan dapat terjadi. Namun jika dikaitkan dengan keadaan cuaca, pada bulan-bulan tersebut terjadi peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan karena kelancaran transportasi.

SIMPULAN

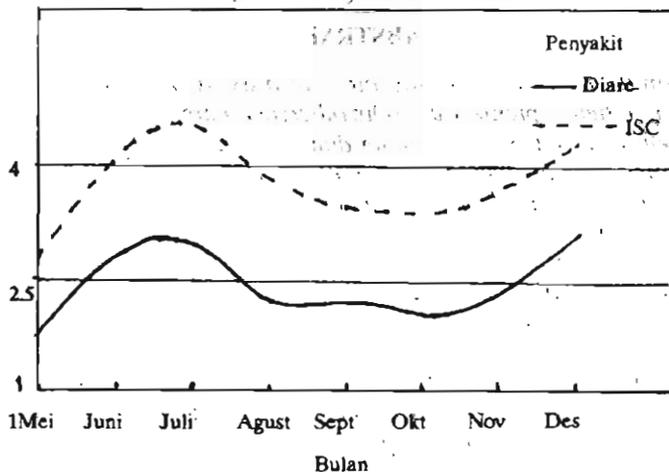
Status gizi atas dasar tinggi badan anak kelas I SD dapat digunakan sebagai indikator keseluruhan penyakit (total morbidity) tanpa melihat waktu pengukuran. Namun, dalam penggunaan status gizi sebagai indikator penyakit diare dan penyakit infeksi saluran pencernaan tampaknya perlu dipertimbangkan faktor musim.

Rujukan

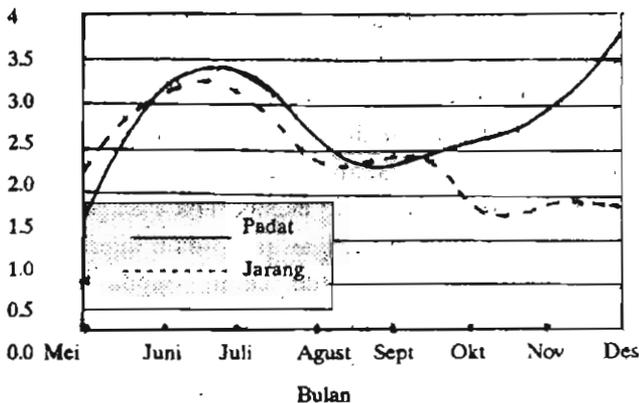
1. Loedin, A. A. Pengarahan tentang penelitian yang menunjang penurunan angka kematian bayi di Indonesia. MKI 1984, 39(9):541-545
2. Abunain, Djumadias, dkk. Laporan penelitian status gizi anak baru masuk sekolah sebagai indikator keadaan sosial-ekonomi masyarakat. Bogor: Puslitbang Gizi bekerjasama dengan Kantor Menteri Negara KLH, Jakarta, 1987.
3. Puffer and Serano. 1973. Pattern of mortality in childhood. Washington, DC: Scientific Publication, 1973.
4. Scrimshaw, N. S.; D. Wilson and R. Bressani. Infection and kwashiorkor. J Trop Pediat 1960, :37-41
5. Latham, M. C. Nutrition and infection in national development. Science 1975, 188:561-565
6. Delgado, H. L.; V. Valverde; J. M. Belizan and R. E. Klein. Diarrheal disease, nutritional status and health care: analysis of their relationships. Ecol Food and Nutr 1983, 12(40):229-234
7. Brown, K. H.; R. E. Black and Stan Becker. 1982. Seasonal changes in nutritional status and prevalence of malnutrition in a longitudinal study of young children in rural Bangladesh. Am J Clin Nutr 1982, 36:303-313
8. Pekalongan, Pemerintah Daerah Tingkat II dan Kantor Statistik Kabupaten

Pekalongan. Kabupaten Pekalongan dalam Angka 1986. Pekalongan : Pemerintah Daerah Tingkat II dan Kantor Statistik Kabupaten Pekalongan, 1987

Lampiran:



Gambar 1. Fluktuasi insiden diare dan infeksi saluran pencernaan makanan antara bulan Mei - Desember 1988



PERILAKU MAKAN PENDERITA SCHIZOPHRENIA HEBEPRENIC DAN PARANOID DI RUMAH SAKIT JIWA BOGOR

Oleh: Dian Anggari *

*Kelompok Program Penelitian Sistem Kewaspadaan Pangan dan
Gizi, Puslitbang Gizi, Bogor

ABSTRAK

Telah diamati perilaku makan masing-masing 20 orang penderita schizoprenia hebe- prenik dan schizoherenia paranoid yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa, Bogor. Pengamatan dilakukan selama dua hari untuk tiap responden pada setiap kali mereka makan. Perhitungan kandungan gizi makanan yang mereka konsumsi dilakukan dengan menimbang makanan sebelum dan sesudah makanan, kemudian dikonversikan ke dalam zat gizi dengan menggunakan daftar komposisi makanan (DKBM). Pada umumnya para responden makan secara tenang, hanya tiga di antara 20 orang penderita schizoprenia heberpenik yang tampak gelisah dan beringisan ketika makan. Kandungan gizi makanan yang dikonsumsi penderit schizoprenia heberpenic, bai anergi maupun protein, rata-rata lebih tinggi pada kelompok hebeprenik ketimbang kelompok para noid., masing-masing berturut-turut 2293 dan 2037 Kalori, serta 74.6 dan 66.3 g untuk protein.

Pendahuluan

Pembangunan yang semakin maju dan kehidupan masyarakat yang semakin kompleks sangat memungkinkan timbulnya berbagai permasalahan atau konflik. Permasalahan tersebut merupakan penyebab utama timbulnya perilaku yang abnormal, ketegangan emosi dan gangguan batin. Jika gangguan, kecemasan dan gangguan batin ini menahun dan terus menerus maka akan menimbulkan bermacam-macam penyakit jiwa. Schizohrenia merupakan jenis penyakit jiwa yang banyak diderita oleh penghuni rumah sakit jiwa. Gejala umum penyakit ini menurut Sarason (1) adalah emosi yang tidak stabil, gangguan dalam proses berpikir dan selalu berkhayal. Roan (2) memberi batasan penyakit schizoprenia sebagai satu penyakit jiwa yang ditandai dengan perubahan kepribadian yang menuju kehancuran sehingga orang tersebut menjadi cacat. Gejala fisik dari penderita schizoprenia menurut Kartono (3) adalah gangguan motorik berupa retardasi (keterlambatan) jasmani dan lamban gerak-gerik. Dalam buku "Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa di Indonesia" Edisi II, 1983 (4) dicantumkan bahwa schizoprenia hebeprenik dan Paranoid merupakan 2 dari 9 jenis schizoprenia dalam mana kedua jenis schizoprenia tersebut merupakan jenis yang sering diderita oleh penderita sakit jiwa. Ciri-ciri schiophrenia hebeprenik menurut Kartono (5) adalah sikap dan tingkah laku yang tidak wajar, suka tertawa untuk kemudian menangis tersedu-sedu, mudah tersinggung, sering dihinggapi sarkasme (sindiran tajam) dan jadi meledak-ledak marah atau jadi eksplosif tanpa suatu sebab. Pikiran selalu melantur, banyak tersenyum-senyum dan muka selalu meringis tanpa ada perangsang (stimulus). Halusinasi atau delusi (khayalan) aneh,

terjadi regresi (kemunduran) total sehingga seperti anak-anak. Schizophrenia paranoid memiliki tanda-tanda seperti penderita diliputi bermacam delusi (halusinasi) yang terus berganti-ganti coraknya dan tidak teratur. Sering merasa iri hati, cemburu dan curiga. Umumnya emosinya beku dan mereka sangat apatis. Penderita paranoid tampak lebih waras dibandingkan dengan penderita schizophrenia yang lainnya. Umumnya penderita bersikap sangat bermusuhan dengan siapa pun, merasa dirinya penting, sering sangat fanatik (6). Orang yang sakit jiwa memiliki perilaku makan yang berbeda-beda. Mereka, baik laki-laki maupun perempuan, mempunyai nafsu makan yang tidak teratur (7). Pada suatu saat mereka mampu menghabiskan makanan yang disediakan tetapi pada saat yang lain mereka tidak menyentuh makanan dan bahkan penderita sakit jiwa yang berat tidak jarang membuang dan mempermainkan makanan mereka. Perilaku makan ini dipengaruhi oleh faktor psikologis dalam kaitannya dengan kesehatan jiwa. Dalam makalah ini dikemukakan hasil penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perilaku makan penderita schizophrenia hebephrenic dan paranoid.

Bahan dan Cara

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa, Bogor, provinsi Jawa Barat. Dari jumlah penderita schizophrenia di rumah sakit tersebut (590 jiwa), jumlah penderita schizophrenia paranoid dan hebephrenic berturut-turut sebanyak 125 jiwa dan 104 jiwa. Sebagai sampel diambil sebanyak 20 orang untuk tiap-tiap jenis schizophrenia, terdiri dari 10 orang laki-laki dan 10 orang perempuan.

Pengamatan perilaku makan penderita dilakukan selama 2 hari untuk masing-masing penderita, yaitu pada setiap jam makan (makan pagi, siang dan sore). Jumlah kalori yang dikonsumsi penderita diketahui dengan menimbang makanan penderita sebelum dan sesudah dimakan. Kandungan gizi makanan tersebut dihitung dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (7).

Hasil dan Bahasan

Keadaan umum contoh

Sebagian besar (45 persen) penderita hebephrenic berada pada selang umur 20 - 39 tahun sementara penderita paranoid sebagian besar berada pada selang umur 20 - 39 tahun dan 40 - 49 tahun (masing-masing 35 persen). Pendidikan penderita paranoid relatif lebih tinggi daripada pendidikan penderita hebephrenic.

Penderita hebephrenic sebagian besar telah menderita penyakit tersebut selama 15 - 19 tahun, sedangkan penderita paranoid relatif lebih sebentar menderita penyakitnya (sekitar 10 - 14 tahun).

Rata-rata penderita hebephrenic telah dirawat di RSJ Bogor selama 11.3 tahun, dan penderita paranoid selama 6.5 tahun.

Perilaku makan

Seseorang dikatakan sehat apabila orang tersebut tidak mendapat gangguan pada

jasmani, rohani dan kehidupan sosialnya. Batasan tersebut mencerminkan pengaruh timbal balik antara badan dengan jiwa. Pada orang sakit, jiwanya pun turut pula sakit, dan sebaliknya pada penderitaan yang menimpa jiwa dapat pula mengakibatkan sakit pada badan. Pengaruh timbal balik yang demikian dijumpai pula pada hubungan jiwa dengan makan (8). Orang yang makan makanan sesuai dengan selernya akan memperoleh kepuasan pada jiwanya.

Penderita di RSJ Bogor makan tiga kali sehari dengan menu yang sudah disusun oleh ahli gizi. Di dalam menu tersebut terlihat bahwa setiap hari makanan yang disediakan sudah memenuhi menu sehat yang terdiri dari makanan-makanan sumber tenaga, zat pembangun dan zat pengatur. Bahan makanan sumber tenaga terdiri atas beras, roti, minyak dan kelapa. Bahan makanan sumber zat pembangun yang digunakan adalah telur, daging (sapi dan ayam), kacang-kacangan dan hasil olahannya (tempe, tahu, kecap), ikan basah, ikan kering dan susu. Makanan sumber zat pengatur terdiri dari sayur-sayuran dan buah-buahan. Menu tersebut diatur untuk 10 hari dengan ketersediaan energi 2700 kalori dan protein 95.0 g untuk penderita kelas I dan II serta 2650 kalori dan 90.0 g protein untuk penderita kelas III dan IV. Di antara waktu makanan yang terdiri dari makan pagi (pukul 7.30), makan siang (pukul 12.30) dan makan sore (pukul 15.00) diberikan pula makan selingan, seperti pisang goreng, hunkwe, roti tawar, pisang rebus dan juga susu.

Mutu protein makanan yang dikonsumsi dinyatakan dengan Protein Score (PS). Menu di RSJ ini memiliki PS rata-rata 72. Secara umum konsumsi energi dan protein penderita hebephrenic lebih tinggi dari konsumsi penderita paranoid sebagaimana disajikan pada Tabel 1. Konsumsi energi rata-rata penderita hebephrenic per orang per hari adalah 2.293 Kalori, sementara konsumsi penderita paranoid adalah 2.331 Kalori. Begitu pula konsumsi protein rata-rata per orang per hari, pasien hebephrenic mengonsumsi lebih tinggi daripada penderita paranoid (74.6 vs 66.3 gram).

Tabel 1. Rata-rata konsumsi energi dan protein per orang per hari penderita schizoprenia hebephrenic dan paranoid.

JenisKelamin	Konsumsi			
	Energi (Kalori)		Protein (Gram)	
	Heb	Par	Heb	Par
Laki-laki	2 550	2 331	84.3	73.1
Perempuan	2 037	1 744	64.8	59.5
Rata-rata	2 293	2 037	74.6	66.3

Keterangan : Heb = Hebephrenic
Par = Paranoid

Roan (2) menyebutkan bahwa penderita hebephrenic makan lebih banyak daripada penderita paranoid karena penderita paranoid memiliki sifat curiga sehingga lebih berhati-hati dalam memilih makanannya

Dari hasil pengamatan dapat dikatakan bahwa penderita umumnya makan dengan tenang. Ada tiga penderita, masing-masing dua laki-laki dan seorang perempuan. makan dengan tidak tenang (bringasan), seperti merampas makanan kawannya dan mengganggu keadaan bangsal. Bahkan satu di antara mereka makan tanpa menggunakan pakaian sama sekali. Ketiga-tiganya adalah penderita hebephrenic. Di samping itu ada dua penderita yang makan sambil bicara sendiri, menangis, tertawa dan seperti curiga terhadap sesuatu. Bahkan ada satu penderita yang tidak mau makan bersama dengan temannya; penderita tersebut baru mau makan apabila teman-temannya sudah selesai makan. Sebagian besar penderita makan dengan posisi duduk

Sebenarnya tidak ada perbedaan perilaku makan yang mencolok antara penderita hebephrenic dan paranoid. Penderita hebephrenic cenderung bersikap seperti anak-anak dan lebih pengotor dibandingkan dengan penderita paranoid yang lebih kelihatan rapi dan bersih. Tetapi ada pula penderita yang makannya disuap oleh perawat karena penderita tersebut mengganggu temannya, misalnya memukul, melemparkan piring dan sendok.

Pada dasarnya peralatan makan disediakan seluruhnya oleh pihak rumah sakit. Akan tetapi ada beberapa penderita paranoid yang tidak mau menggunakan alat makan tersebut. Penderita ini memiliki sendok dan gelas sendiri. Biasanya, setelah digunakan peralatan tersebut dicuci dan disimpan kembali oleh penderita tersebut. Mereka tidak mau menggunakan peralatan dari rumah sakit karena merasa jijik menggunakan alat makan bergantian dengan teman dan juga mereka merasa curiga. Hal tersebut memperkuat asumsi bahwa penderita paranoid memang memiliki sifat curiga. Banyak juga penderita yang makan tanpa menggunakan sendok.

Cara penderita mengambil makanan dapat digambarkan sebagai berikut : perawat bangsal membagikan makanan untuk penderita kelas III dan IV ke dalam plato-plato mereka masing-masing. Akan tetapi penderita kelas I dan II mengambil makanan sendiri ke dalam piring mereka setelah disiapkan dan diatur di atas meja oleh perawat.

Perilaku makan juga dipengaruhi oleh lamanya penderita tersebut dirawat, kecuali apabila penderita tiba-tiba saja kambuh sehingga akan pula mempengaruhi perilaku makannya. Di samping itu, pengajaran diberikan perawat tentang cara yang baik hidup bermasyarakat; pemeliharaan kebersihan juga diadakan sekali seminggu secara bergantian.

Simpulan

Konsumsi energi dan protein penderita schizophrenia hebephrenic lebih banyak daripada penderita paranoid. Umumnya penderita makan dengan tenang, hanya ada beberapa penderita yang makannya tidak tenang, seperti: makan tanpa baju, mengganggu lingkungan, dan sebagainya.

Rujukan

1. Sarason, I.G. *The problem of maladaptive behavior*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, 1976.
2. Roan, W.M. 1979. *Ilmu kedokteran jiwa/psikiatri*. Ed- 1. Jakarta: 1979.
3. Kartono, Kartini. 1981. *Psikologi abnormal dan pathologi seks*. Bandung: Alumni, 1981.
4. Indonesia, Departemen Kesehatan, Direktorat Kesehatan Jiwa. *Pedoman penggolongan diagnosa gangguan jiwa di Indonesia*. Edisi ke-2. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI, 1983.
5. Kartono, Kartini. 1981. *Pathologi sosial*. Jilid 1. Jakarta: Rajawali, 1981.
6. Astuti, I.G.A.P. *Segi kejiwaan dalam dietetika*. Bogor: Akademi Pendidikan Nutrisi. 1961.
7. Indonesia, Departemen Kesehatan, Direktorat Gizi. 1979. *Daftar Komposisi Bahan Makanan*. Jakarta: Bhratara Karya Aksara, 1979.
8. Sediaoetama, A.D. *Ilmu gizi dan ilmu diit di daerah tropik*. Jakarta: Balai Pustaka, 1976.