

**HUBUNGAN INDEKS MASSA TUBUH (IMT), LINGKAR  
PINGGANG , KADAR PROFIL LIPID (HDL & LDL)  
SERUM DENGAN DERAJAT PREMENSTRUAL  
SYNDROME PADA WANITA USIA SUBUR  
DI MAKASSAR**

**SYAMSIDAR**

**P 150 22 10004**



**PROGRAM STUDI BIOMEDIK  
KONSENTRASI FISILOGI  
PASCA SARJANA  
UNHAS  
2012**



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Syamsidar

Nomor Pokok mahasiswa : P 1502210004

Program Studi : Biomedik

Menyatakan dengan sebenarnay bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 27 Juli 2012

Yang Menyatakan,

**Syamsidar**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi ALLAH subhanahuwa'ala atas segala rahmat dan hidayahNYA sehingga sampai saat ini masih diberi kekuatan dan kesabaran sehingga dapat menyelesaikan tesis dengan judul "Hubungan IMT, Lingkar Pinggang, Kadar HDL dan LDL serum dengan derajat *Premenstrual Syndrome* pada wanita usia subur. Ucapan terima kasih yang tulus saya sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Dr. Idrus A. Paturusi selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah mengemban amanah besar dalam pengembangan sumber daya intelektual.
2. Prof. Dr. Ir. Mursalim selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin yang turut andil dalam memberikan sumbangsih bagi dunia pengetahuan.
3. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran yang telah mengemban amanah dilingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
4. Prof. dr. Rosdiana Natzir, Ph.D selaku ketua Program Studi Biomedik, yang telah meluangkan waktu untuk memberi sumbangan pemikiran dan pengembangan khasanah ilmu pengetahuan khususnya dalam lingkup Biomedik.
5. Dr.dr. Ilhamjaya Patellongi, M.Kes selaku ketua konsentrasi Fisiologi sekaligus penguji yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya untuk memberikan masukan-masukan yang berarti dalam penyusunan tesis ini.

6. Prof. Dr. dr. Suryani A. Armyn. M.Sc.,Sp.GK selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dalam penyelesaian tesis ini.
7. Dr. dr. Irfan Idris., M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya selama penyusunan tesis ini.
8. Dr. dr. Wardihan Sinrang., MS.,Sp.And selaku penguji yang telah bersedia menguji tesis ini.
9. Dr. dr.Maisuri T Chalid.,Sp.OG(K) selaku penguji yang telah bersedia menguji tesis ini.
10. Seluruh keluarga tercinta yang telah memberi dukungan moril, doa dan segala pengorbanan selama penyusunan tesis ini.
11. Teman-teman seperjuangan pasca sarjana UNHAS yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Saran dan kritik sangat diharapkan demi perbaikan tesis ini mengingat bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Semoga amal ibadah kita sekalian mendapat berkah dan ridha dari ALLAAH AZZA WA JALLA.

Penulis

## ABSTRAK

**SYAMSIDAR.** *Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT), Lingkar Pinggang, Kadar Profil Lipid (HDL & LDL) Serum dengan Derajat Premenstrual Syndrome pada Wanita Usia Subur.* (dibimbing oleh Suryani A. As'ad dan Irfan Idris).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan IMT, Lingkar Pinggang, kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome*.

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Sampel sebanyak 30 orang wanita usia subur dengan tehnik *purposive sampling*. Untuk mengukur tingkat obesitas dilakukan pengukuran antropometrik dengan metode pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan pengukuran lingkar pinggang. Adapun pengukuran kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum dilakukan dengan metode homogenus enzimatis. Sedangkan penentuan derajat *premenstrual syndrome* menggunakan format *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita usia subur dengan IMT obesitas beresiko 21,00 kali ( 2,155 -204,614) mengalami *premenstrual syndrome*, Wanita usia subur dengan lingkar pinggang obesitas memiliki resiko 5,444 kali (1,039 – 28,553) mengalami *premenstrual syndrome* dan wanita usia subur yang memiliki kadar HDL serum tinggi beresiko 9,333 kali ( 1,511 – 57,645) mengalami *premenstrual syndrome* sedangkan kadar LDL serum wanita usia subur tidak berkorelasi dengan *premenstrual syndrome*. Kadar HDL serum merupakan faktor yang paling berperan dalam *premenstrual syndrome*.

Kata Kunci : *IMT, Lingkar Pinggang, HDL, LDL, premenstrual syndrom.*

## ABSTRACT

**SYAMSIDAR.** Relationship Body Mass Indeks, Waist Circumference, Lipid Profile Levels (HDL and LDL) Serum with Premenstrual Syndrome degree in women of childbearing age.(guided by Suryani As'ad and Irfan Idris).

The study was conducted to determine the relationship obesity, levels of lipid profile (HDL and LDL) serum dengan degrees premenstrual syndrome.

The study design was cross sectional study using the approach. Sample of 30 women of childbearing age with a purposive sampling technique. To measure the degree of obesity was measured by the method of measurement antropometrik Body Mass Index (BMI) and waist circumference measurements. The measurement of lipid profile (HDL and LDL) serum was conducted by enzymatic homogeneous. While the determination of the degree of premenstrual syndrome using the format of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision(DSM-IV-TR).

Results showed that women of childbearing age are at risk of obesity with a BMI of 21.00 times (2.155 -204.614) experienced premenstrual syndrome, women of childbearing age with waist circumference 5.444 times the risk of obesity (1.039 to 28.553) experienced premenstrual syndrome and women of childbearing age had levels serum HDL 9.333 times higher risk (1.511 to 57.645) experienced premenstrual syndrome, whereas serum levels of LDL women of childbearing age are not correlated with premenstrual syndrome. Serum levels of HDL are the most instrumental factor in premenstrual syndrome.

Key words: *BMI, waist circumference, HDL, LDL, premenstrual syndrome.*

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
 BAB I. PENDAHULUAN .....	 1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Hipotesis .....	7
E. Manfaat Penelitian .....	7
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	 8
A. Konsep Profil Lipid .....	8
B. Konsep Indeks Massa Tubuh.....	19



C. Konsep Premenstrual Syndrome .....	20
D. Hubungan Profil Lipid (HDL & LDL) serum dengan Premenstrual Syndrom... ..	34
E. Hubungan IMT dengan Derajat Premenstrual Syndrom.....	37
F. Hubungan Lingkar Pinggang dengan Premenstrual Syndrom...	38
G. Kerangka Konseptual .....	42
H. Hipotesis Penelitian .....	43
I. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	43
<b>BAB III. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
A. Desain Penelitian .....	46
B. Waktu dan Tempat Penelitian .....	46
C. Populasi .....	46
D. Sampel dan Cara Pengambilan Sampel .....	46
E. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi .....	47
F. Izin Penelitian dan Kelaikan Etik .....	47
G. Cara Kerja .....	48
H. Rencana Pengolahan dan Analisis .....	49
I. Alur Penelitian .....	50
J. Kerangka Teori .....	51
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>52</b>
A. Hasil Penelitian .....	46
B. Pembahasan .....	57
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>68</b>

A. Kesimpulan	.....	68
B. Saran	.....	68

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Struktur Kimia Estradiol .....	17
Gambar 2. Siklus Menstruasi .....	25
Gambar 3. Kerangka Konseptual .....	42
Gambar 4. Alur Penelitian .....	50
Gambar 5. Kerangka Teori .....	51

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 4.1 Deskripsi Variabel Penelitian .....	53
Tabel 4.2 Hubungan Umur IMT, LP, Kadar HDL, LDL dengan <i>Premenstrual Syndrome</i> .....	54
Tabel 4.3 Peran Umur, IMT, LP, kadar HDL, LDL terhadap Derajat <i>Premenstrual Syndrome</i> .....	56

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1. Surat Izin Penelitian Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Pemkot Makassar .....	xiv
Lampiran 2. Informed Consent .....	xv
Lampiran 3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR) .....	xvi
Lampiran 4. Instruksi Kerja Pemeriksaan HDL & LDL .....	xvii
Lampiran 5. Master Tabel .....	xviii

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR DEWAN PENGUJI .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Penelitian Terdahulu .....	7
B. Pengertian Manajemen Strategi .....	10
C. Azas Penyelenggaraan Pemerintah .....	13
D. Otonomi Daerah .....	21
E. Keuangan Daerah .....	32
F. Intensifikasi dan Ekstensifikasi PAD .....	39
G. Kerangka Pikir Penelitian .....	45
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Lokasi Penelitian .....	47
B. Metode Penelitian .....	48
C. Fokus Penelitian .....	49
D. Tehnik Pengambilan Sampling.....	49
E. Tehnik Pengumpulan Data .....	51
F. Analisa Data .....	51
G. Keabsahan Data .....	53
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN</b>	
A. Hasil penelitian.....	56
1. Kondisi Obyek Penelitian .....	56
2. Kondisi Demografi .....	70
B. Analisis Hasil Penelitian.....	71
1. Analisis Pendapatan Per Kapita Kabupaten Mamuju .....	71
2. Analisis Deskriptif Pendapatan Dalam Kabupaten Mamuju ..	72
3. Analisis SWOT .....	92

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

1. Kesimpulan .....	104
2. Saran .....	105

**DAFTAR LAMPIRAN**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Kondisi Karyawan Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju. ....	70
Tabel 2	Pendapatan Per Kapita Kabupaten Mamuju .....	72
Tabel 3	Target dan Realisasi Pendapatan Pos Pajak .....	73
Tabel 4	Frekuensi realisasi pendapatan Pos Pajak Daerah .....	74
Tabel 5	Realisasi Pajak Hotel dan Restoran .....	75
Tabel 6	Realisasi Pajak Hiburan .....	76
Tabel 7	Realisasi Pajak Reklame .....	76
Tabel 8	Realisasi Pajak Penerangan .....	77
Tabel 9	Realisasi Pajak Galian Golongan C .....	78
Tabel 10	Realisasi Pajak Pemanfaatan Air Bawah Tanah .....	88
Tabel 11	Target dan Realisasi Pendapatan Pos Retribusi Daerah .....	79
Tabel 12	Frekuensi Pendapatan Pos Pajak Retribusi Daerah .....	80
Tabel 13	Realisasi Pos Retribusi Pelayanan Kesehatan .....	81
Tabel 14	Realisasi Retribusi Pelayanan Kebersihan .....	82
Tabel 15	Realisasi Penggantian Cetak KTP .....	83
Tabel 16	Realisasi Retribusi Parkir di Tepi Jalan Umum .....	83
Tabel 17	Realisasi Retribusi Pasar .....	84
Tabel 18	Target dan Realisasi Lain – Lain Pendapatan .....	85
Tabel 19	Frekuensi Realisasi Lain – Lain Pendapatan .....	86



Tabel 20	Target dan Realisasi Pendapatan Pos Bagi Hasil Pajak .....	87
Tabel 21	Frekuensi Realisasi Pos Bagi Hasil Pajak .....	88
Tabel 22	Target dan Realisasi Bagi Hasil Bukan Pajak .....	89
Tabel 23	Frekuensi dan Realisasi Bagi Hasil Bukan Pajak .....	90
Tabel 24	EFAS (Faktor Strategi Eksternal) .....	96
Tabel 25	IFAS ( Faktor Strategi Internal ) .....	97
Tabel 26	Matrik SWOT .....	100
Tabel 27	Pilihan Strategi yang Paling Dominan .....	101

## ABSTRAK

**SYAMSIDAR.** *Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT), Lingkar Pinggang, Kadar Profil Lipid (HDL & LDL) Serum dengan Derajat Premenstrual Syndrome pada Wanita Usia Subur.* (dibimbing oleh **Suryani A. As'ad** dan **Irfan Idris**).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan IMT, Lingkar Pinggang, kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome*.

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Sampel sebanyak 30 orang wanita usia subur dengan tehnik *purposive sampling*. Untuk mengukur tingkat obesitas dilakukan pengukuran antropometrik dengan metode pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan pengukuran lingkar pinggang. Adapun pengukuran kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum dilakukan dengan metode homogenus enzimatis. Sedangkan penentuan derajat *premenstrual syndrome* menggunakan format *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita usia subur dengan IMT obesitas beresiko 21,00 kali ( 2,155 -204,614) mengalami *premenstrual syndrome*, Wanita usia subur dengan lingkar pinggang obesitas memiliki resiko 5,444 kali (1,039 – 28,553) mengalami *premenstrual syndrome* dan wanita usia subur yang memiliki kadar HDL serum tinggi beresiko 9,333 kali ( 1,511 – 57,645) mengalami *premenstrual syndrome* sedangkan kadar LDL serum wanita usia subur tidak berkorelasi dengan *premenstrual syndrome*. Kadar HDL serum merupakan faktor yang paling berperan dalam *premenstrual syndrome*.

Kata Kunci : *IMT, Lingkar Pinggang, HDL, LDL, premenstrual syndrom.*

## ABSTRACT

**SYAMSIDAR.** *The Relationship Body Mass Indeks, Waist Circumference, Lipid Profile Level (HDL and LDL) Serum and Premenstrual Syndrome Degree in Women with Productive Age* (supervised by **Suryani As'ad** and **Irfan Idris**).

The study aims to determine the relationship between Body Mass Indeks (BMI), waist circumference, lipid profile levels (HDL and LDL) serum and the degree of premenstrual syndrome.

The study design was cross sectional study using the approach. Thirty women in productive age were selected purposively for the study. To measure obesity degree antropometrik measurement was conducted to identify Body Mass Index (BMI) and to obtain waist circumference. The measurement of lipid profile (HDL and LDL) serum was performed with enzymatic homogeneous. To determine premenstrual syndrome degree, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR) was used.

The study indicated that women in productive age with obese BMI run the risk of premenstrual syndrome 21.00 times (2.155 -204.614). Women in productive age with obese waist circumference run the risks of premenstrual syndrome 5.444 times (1.039 to 28.553) and the same women with high HDL serum risk 9.333 times (1.511 to 57.645) having premenstrual syndrome while the LDL serum of similar women does not have significant correlation with premenstrual syndrome. The HDL serum is most influential factor in premenstrual syndrome

**Key words:** *BMI, waist circumference, HDL, LDL, premenstrual syndrome.*

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Struktur Kimia Estradiol .....	17
Gambar 2. Siklus Menstruasi .....	25
Gambar 3. Kerangka Konseptual .....	42
Gambar 4. Alur Penelitian .....	50
Gambar 5. Kerangka Teori .....	51

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1 Gambaran Karakteristik Responden .....	53
Tabel 2. Karakteristik kadar HDL, LDL, IMT, LP dengan <i>Premenstrual Syndrome</i> .....	54
Tabel 3 Hubungan Umur, kadar HDL, LDL, IMT, LP dan Derajat <i>Premenstrual Syndrome</i> .....	56

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1. Informed Consent .....	viii
Lampiran 2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR) .. .....	ix
Lampiran 3. Instruksi Kerja Pemeriksaan HDL & LDL .....	x

## Instrumen Premenstrual Syndrome

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-  
Text Revision (DSM-IV-TR)*

### Karakteristik Responden

Nama :

Nim :

Kampus :

TB :

BB :

Siklus Haid : teratur  tidak teratur   
28 hari  30 hari

Status Marital : Menikah  Belum Menikah

Menggunakan

terapi hormonal

(mis : KB, dll) : Ya  Tidak

Sedang mengkon-

sumsi obat2an : Ya  Tidak

Jika Ya, Jenis Obat .....

Riwayat Alkoholik : Ya  Tidak

Riwayat gangguan

sistem reproduksi : Ya  Tidak

Jika Ya, Jenis gangguan .....

### Petunjuk Pengisian :

Berikan tanda  $\surd$  pada tiap kolom 0,1,2, atau 3 sesuai dengan yang dirasakan/dialami pada **saat 10/7 hari sebelum mengalami menstruasi** jika :

- 0** : tidak merasakan
- 1** : merasakan keluhan ringan namun tidak mengganggu aktivitas sehari-hari (kampus, dll)
- 2** : merasakan keluhan sedang dan agak mengganggu aktivitas sehari-hari (kampus, dll)
- 3** : merasakan keluhan berat dan sangat mengganggu aktivitas sehari-hari (kampus, dll)

No	Pernyataan	0	1	2	3
1.	Saya merasa sedih dan putus asa				
2.	Rasanya saya makhluk yang paling tak berguna				
3.	Saya merasa cemas dan tegang				
4.	Saya merasa tidak tenang dan gelisah				
5.	Tiba-tiba saya merasa sedih dan ingin menangis				
6.	Perasaan saya jadi mudah tersinggung				
7.	Saya sering marah dan jengkel				
8.	Rasanya malas melakukan sesuatu				
9.	Rasanya sulit berkonsentrasi				
10.	Saya merasa mudah lelah				
11.	Nafsu makan saya menurun				
12.	Saya sering makan dan banyak				
13.	Rasanya saya ingin makan sesuatu (ngidam makanan tertentu)				
14.	Tidur saya banyak sekali				
15.	Saya merasa sulit tidur				
16.	Rasanya saya ingin berteriak-teriak karena jengkel				
17.	Rasanya saya ingin membanting benda di sekitar				
18.	Kepala saya sakit				
19.	Pinggang saya terasa sakit				
20.	Payudara saya terasa nyeri dan bengkak				
21.	Rasanya perut saya kembung				
22.	Sendi otot saya terasa nyeri				



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Krisis ekonomi dan kepercayaan yang melanda Indonesia di satu sisi telah membawa dampak pada tingkat kemiskinan, namun di sisi lain krisis tersebut telah membuka jalan bagi munculnya reformasi total diseluruh aspek kehidupan bangsa Indonesia.

Salah satu unsur reformasi total itu adalah tuntutan pemberian otonomi yang muncul sebagai jawaban untuk memasuki era baru, keluar dari krisis ekonomi dan kepercayaan yang diderita bangsa. Untuk itu MPR-RI mengeluarkan Ketetapan Nomor IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah.

Di samping adanya perubahan Undang-undang Dasar 1945, TAP MPR tersebut merupakan landasan hukum perubahan undang-undang pemerintahan daerah juga berkali-kali mengalami perubahan yakni Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diganti dengan Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah kemudian dirubah lagi dengan undang-undang Nomor 12 tahun 2008, dan Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintahan Pusat dan Daerah diganti dengan Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintahan Daerah yang akan

membawa perubahan dasar pada pola hubungan pemerintahan antar pusat-daerah dan keuangan pusat dan daerah.

Kehadiran kedua Undang-undang ini, menimbulkan reaksi yang berbeda-beda dari daerah. Pemerintah Daerah yang memiliki sumber kekayaan alam yang besar menyambut otonomi daerah dengan penuh harapan, sebaliknya daerah yang miskin sumber daya alamnya menanggapinya dengan rasa khawatir dan was – was.

Kekhawatiran beberapa daerah tersebut dapat dipahami, karena pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal membawa konsekuensi bagi pemerintah daerah untuk lebih mandiri baik dari sistem pembiayaan maupun dalam menentukan arah pembangunan daerah sesuai dengan prioritas dan kepentingan masyarakat di daerah .

Persoalan kemandirian pemerintah daerah ini disebabkan oleh masalah makin membengkaknya biaya yang dibutuhkan pemerintah daerah untuk pelayanan publik (*fiscal need*), sementara laju pertumbuhan penerimaan daerah (*fiscal capacity*) tidak mencukupi (Suwandi, 2004:3), sehingga terjadi kesenjangan fiskal (*fiscal gap*). Oleh karena itu pemerintah daerah harus melakukan upaya peningkatan kapasitas fiskal daerah (*fiscal capacity*) untuk mengurangi ketergantungan terhadap pembiayaan dari pusat dalam rangka mengatasi kesenjangan fiskal.

Peningkatan kapasitas fiskal daerah ini pada dasarnya adalah optimalisasi sumber-sumber penerimaan daerah yang salah satunya adalah peningkatan

pendapatan asli daerah (PAD). Langkah penting yang harus dilakukan pemerintah daerah untuk meningkatkan penerimaan daerah adalah menghitung potensi pendapatan asli daerah yang riil dimiliki daerah (Mardiasmo dalam Ilyas, 2003:20). Untuk itu diperlukan metode penghitungan potensi PAD yang sistematis dan rasional dimana PAD ini merupakan indikator bagi pengukuran tingkat kemampuan keuangan daerah.

Menurut Widayat (1994:31) faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya penerimaan PAD antara lain adalah :

1. Banyak sumber pendapatan di kabupaten/kota yang besar, tetapi digali oleh instansi yang lebih tinggi, misalnya pajak kendaraan bermotor (PKB), dan pajak bumi dan bangunan (PBB);
2. Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) belum banyak memberikan keuntungan kepada Pemerintah Daerah;
3. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam membayar pajak, retribusi, dan pungutan lainnya;
4. Adanya kebocoran-kebocoran;
5. Biaya pungut yang masih tinggi;
6. Banyak Peraturan Daerah yang perlu disesuaikan dan disempurnakan;
7. Kemampuan masyarakat untuk membayar pajak yang masih rendah.

Menurut Jaya (1996:5) beberapa hal yang dianggap menjadi penyebab utama rendahnya PAD sehingga menyebabkan tingginya ketergantungan daerah terhadap pusat, adalah sebagai berikut :

1. Kurang berperannya Perusahaan Daerah sebagai sumber pendapatan daerah;
2. Tingginya derajat sentralisasi dalam bidang perpajakan, karena semua jenis pajak utama yang paling produktif baik pajak langsung maupun tidak langsung ditarik oleh pusat;
3. Kendati pajak daerah cukup beragam, ternyata hanya sedikit yang bisa diandalkan sebagai sumber penerimaan;
4. Alasan politis di mana banyak orang khawatir apabila daerah mempunyai sumber keuangan yang tinggi akan mendorong terjadinya disintegrasi dan separatisme;
5. Kelemahan dalam pemberian subsidi Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah yang hanya memberikan kewenangan yang lebih kecil kepada Pemerintah Daerah merencanakan pembangunan di daerahnya.

Secara umum dari kedua pendapat di atas diketahui bahwa masalah rendahnya PAD disebabkan lebih banyak pada unsur perpajakan. Lebih jauh mengenai perpajakan dan permasalahannya perlu dikemukakan pendapat Reksomadiprodjo (1996:74-78), yaitu bahwa beberapa masalah yang sering dihadapi sistem pajak di daerah secara keseluruhan, di antaranya adalah adanya kemampuan menghimpun dana yang berbeda antara daerah yang satu dengan daerah lainnya, yang disebabkan karena perbedaan dalam *resources endowment*, tingkat pembangunan, dan derajat urbanisasi. Masalah lainnya adalah terlalu

banyaknya jenis pajak daerah dan sering tumpang tindih satu dengan yang lainnya. Tidak ada perbedaan yang jelas antara pajak dengan pungutan lainnya, dan masalah biaya administrasi pajak yang tinggi.

Pada akhirnya keberhasilan otonomi daerah tidak hanya ditentukan oleh besarnya PAD atau keuangan yang dimiliki oleh daerah tetapi ada beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi keberhasilannya. Sebagaimana pendapat yang dikemukakan oleh Kaho (1997:34-36) bahwa keberhasilan pelaksanaan otonomi daerah dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. faktor manusia;
2. faktor keuangan;
3. faktor peralatan;
4. faktor organisasi dan manajemen.

Salah satu ukuran kemampuan daerah untuk melaksanakan otonomi adalah dengan melihat besarnya nilai PAD yang dapat dicapai oleh daerah tersebut. Dengan PAD yang relatif kecil akan sulit bagi daerah tersebut untuk melaksanakan proses penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan secara mandiri, tanpa didukung oleh pihak lain (dalam hal ini Pemerintah Pusat dan Propinsi). Padahal dalam pelaksanaan otonomi ini, daerah dituntut untuk mampu membiayai dirinya sendiri.

Tingkat kemampuan Kabupaten Mamuju sebagai daerah otonom yang baru dibentuk berdasarkan Undang – undang Nomor 13 Tahun 2001, bila dilihat dari perolehan PAD tahun 2005 sebesar Rp. 7. 945. 825. 377, dengan APBD

sebesar 178.671.117.000 jadi sumbangan PAD terhadap APBD hanya 4,45%, pada tahun 2006 PAD sebesar Rp 8.962.542.100, dengan APBD sebesar 279.511.013.700, atau sumbangan PAD terhadap APBD berkisar 3,20%, dan pada tahun 2007 sebesar 11.460.674.100, dengan APBD sebesar 313.420.036.249, atau sumbangan PAD terhadap APBD berkisar 3,65%, kemudian pada tahun 2008 sebesar Rp 14.166.551.839,00 dengan APBD sebesar 341.019.508.306 atau sumbangan PAD terhadap APBD sebesar 4,15% dan pada tahun 2009 sebesar 19.380.294.898, dengan APBD sebesar Rp 384.951.051.704 atau sumbangan PAD terhadap APBD sebesar 5,03% (sumber ; Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju) dalam hal ini PAD Kabupaten Mamuju terus menunjukkan adanya kenaikan. Namun demikian, APBD Kabupaten Mamuju juga terus meningkat sehingga belum mampu melepaskan ketergantungan pada pemerintah pusat, hal ini di karenakan kontribusi PAD terhadap APBD masih sangat kecil.

Berdasarkan uraian-uraian di atas di samping juga faktor status Kabupaten Mamuju sebagai salah satu daerah yang masih muda dengan segala keterbatasan kemampuan keuangan yang dimilikinya, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian terhadap kondisi dan dinamika kemampuan keuangan Kabupaten Mamuju dengan judul :

***“ANALISIS STRATEGI PENINGKATAN PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD )DALAM RANGKA OTONOMI DAERAH DI KABUPATEN MAMUJU PROVINSI SULAWESI BARAT”.***

## **1.2 Perumusan Masalah**

Pada penelitian ini permasalahan yang dirumuskan:

Berdasarkan indentifikasi masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana strategi peningkatan PAD Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat ?
2. Bagaimana kondisi dan kemampuan keuangan dalam peningkatan PAD Kabupaten Mamuju Propinsi Sulawesi Barat.

## **1.3. Pembatasan Masalah**

Mengingat sangat kompleksnya aspek-aspek yang mempengaruhi keuangan daerah terutama dalam kaitannya dengan variabel perekonomian daerah dan anggaran pemerintah pusat, maka diperlukan adanya pembatasan yang akan mengarahkan jalannya penelitian ini. Untuk itu dalam penelitian ini, hanya membahas tentang strategi peningkatan pendapatan asli daerah (PAD) Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan perumusan masalah yang dikemukakan di atas, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah, sebagai berikut :

1. Menganalisis dan mengetahui strategi peningkatan PAD Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat. kekuatan, kelemahan, peluang dan tantangan peningkatan PAD Kabupaten Mamuju Propinsi Sulawesi Barat.
2. Menganalisis dan mengetahui strategi peningkatan PAD Kabupaten Mamuju Propinsi Sulawesi Barat.
3. Bagaimana aplikasi strategi peningkatan PAD dalam rangka otonomi daerah Kabupaten Mamuju Propinsi Sulawesi Barat.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Bagi aspek keilmuan, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dan sumber pemikiran yang baru berdasarkan pendekatan analisis SWOT guna menambah khasanah pengetahuan di bidang ilmu pemerintahan daerah khususnya menyangkut kajian kebijakan keuangan daerah.
2. Bagi aspek praktis, Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau informasi bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Mamuju sebagai acuan dalam pengambilan keputusan atau kebijakan pada masa yang akan datang. Kebijakan yang diambil tersebut pada akhirnya ditujukan untuk peningkatan peranan PAD dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **1.1 Penelitian Terdahulu**

Devas, Nick (1989), dalam penelitiannya tentang sumber penerimaan daerah Retribusi dan laba badan usaha milik daerah menyimpulkan bahwa:

Pertama, umumnya pemerintah daerah tidak memiliki gambaran yang jelas mengenai harga layanan yang diberikannya. Susunan tarif untuk suatu layanan tertentu sering mencakup pertimbangan keadilan, tetapi sering tidak terkait erat dengan biayanya. Di samping itu, diperlukan tujuan yang jelas jika perusahaan daerah ingin berjalan baik dan lebih tepat untuk berorientasi penerimaan untuk usaha niaga, sedangkan untuk pelayanan masyarakat lebih baik berorientasi pada peluang rokok.

Usman (1997), meneliti peran Pendapatan Asli Daerah (PAD) dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di Kotamadya Bandar Lampung. Usman menyimpulkan bahwa PAD pemerintah daerah Kotamadya Bandar Lampung mampu menyumbangkan 26% dari anggaran daerah. Di tambahkan juga, kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah daerah Bandar Lampung dalam peningkatan Pendapatan Asli Daerah adalah Intensifikasi dibanding dengan ekstensifikasi dan lebih menekankan pada struktur tarif.

Budiono (1998) dalam tesisnya "Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Uji Coba Otonomi Daerah Di Pemerintahan Daerah Kotamadya Sidoarjo",

menyimpulkan bahwa masih belum sepenuhnya pemerintah dilevel atas menyerahkan urusan sebagai tindak lanjut dari otonomi daerah kepada pemerintah daerah Kabupaten/Kota. Penelitian ini<sup>9</sup> dimaksudkan untuk menguji penyerahan urusan dari pemerintah pusat atau pemerintah daerah Propinsi kepada pemerintah daerah Kabupaten/Kota dilaksanakan serta menguji dampak pelaksanaan otonomi daerah terhadap PAD.

Dari semua penelitian di atas menunjukkan bahwa posisi pemerintah daerah masih lemah bila dikaitkan dengan sistem desentralisasi dan konsep otonomi yang seluas-luasnya. Pemerintah daerah terlihat belum penuh berotonomi karena masih besarnya pendapatan-pendapatan yang potensial terserap oleh pusat sebagai akibat belum sepenuhnya daerah mendapat otonomi tersebut. Selanjutnya pemerintah daerah dalam penggalan pendapatan lebih menekankan pada intensifikasi daripada ekstensifikasi karena dengan ekstensifikasi akan berbenturan dengan pendapatan-pendapatan yang dipungut oleh pemerintah diatas atau dengan kata lain potensi yang ada di daerah masih banyak terserap oleh pusat.

## **1.2 Pengertian Manajemen Strategi**

Salah satu kegiatan yang penting dalam Perencanaan Strategis adalah identifikasi dan/atau klarifikasi faktor-faktor lingkungan internal dan eksternal. Faktor-faktor tersebut adalah kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan yang dimiliki organisasi, faktor-faktor ini merupakan factor yang berada di lingkungan

lingkungan internal organisasi. Sementara faktor peluang dan ancaman yang dihadapi dan/atau harus diatasi suatu organisasi berada dalam lingkungan eksternal organisasi.

Isyarat bahwa PAD harus menjadi bagian sumber keuangan terbesar bagi pelaksanaan otonomi daerah menunjukkan bahwa PAD merupakan tolok ukur terpenting bagi kemampuan daerah dalam menyelenggarakan dan mewujudkan otonomi daerah. Di samping itu PAD juga mencerminkan kemandirian suatu daerah. Sebagaimana Santoso (1995:20) mengemukakan bahwa PAD merupakan sumber penerimaan yang murni dari daerah, yang merupakan modal utama bagi daerah sebagai biaya penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah. Meskipun PAD tidak seluruhnya dapat membiayai total pengeluaran daerah, namun proporsi PAD terhadap total penerimaan daerah tetap merupakan indikasi derajat kemandirian keuangan suatu pemerintah daerah.

Kewenangan yang begitu luas tentunya akan membawa konsekuensi-konsekuensi tertentu bagi daerah untuk menjalankan kewenangannya itu. Salah satu konsekuensinya adalah bahwa daerah harus mampu membiayai semua kegiatan pemerintahan dan pembangunan yang menjadi kewenangannya. Sejalan dengan hal tersebut, Koswara (2000:5) menyatakan bahwa daerah otonom harus memiliki kewenangan dan kemampuan untuk menggali sumber-sumber keuangannya sendiri, mengelola dan menggunakan keuangan sendiri yang cukup memadai untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahannya. Ketergantungan kepada bantuan pusat harus seminimal mungkin, sehingga PAD

harus menjadi bagian sumber keuangan terbesar, yang didukung kebijakan perimbangan keuangan pusat dan daerah sebagai prasyarat mendasar dalam sistem pemerintahan negara.

PAD merupakan sumber keuangan daerah yang sangat mempengaruhi karena sebagai pendapatan yang dihasilkan sendiri dan dimanfaatkan secara leluasa oleh daerah, sehingga PAD perlu mendapat perhatian khusus oleh pemda setempat dalam rangka mengurangi ketergantungan daerah terhadap Pemerintah Pusat, sebab harus diakui bahwa meskipun otonomi daerah telah berlangsung, namun ketergantungan daerah terhadap pusat tetap tinggi yang tercermin dari lebih besarnya jumlah subsidi (DAU) terhadap PAD dalam APBD, yang berarti PAD masih sangat kecil kontribusinya bagi pembiayaan pembangunan daerah.

Selanjutnya menurut Mardiasmo (2003:140) sumber-sumber PAD terdiri dari beberapa unsur yaitu;

1. Hasil pajak daerah
2. Hasil Retribusi Daerah
3. Hasil perusahaan daerah dan hasil pengelolaan kekayaan daerah.
4. Hasil lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah.

Dalam kaitannya membahas strategi maka tidak bisa lepas dari apa yang dinamakan manajemen, karena titik awal dari ilmu manajemen strategi adalah ilmu manajemen itu sendiri.

NAPA (1989) mengartikan strategi adalah satu kesatuan rencana yang komprehensif dan terpadu yang menghubungkan kondisi internal institusi, lembaga, perusahaan dengan situasi lingkungan eksternal agar tujuan perusahaan dapat dicapai.

Rangkuti F (2001) mengartikan strategi adalah perencanaan induk komprehensif. Yang menjelaskan bagaimana organisasi akan mencapai semua tujuan yang telah ditetapkan berdasar misi organisasi. Strategi dapat dikelompokkan berdasarkan 3 (tiga) tipe strategi yaitu: Strategi Manajemen, Strategi industri, Strategi bisnis.

Prof. Dr. Sukarto Prawirokusumo, MSc. MBA (2000) Manajemen Strategis (K) adalah suatu proses yang digunakan oleh manajemen atau manager dan karyawan untuk memutuskan dan mengimplementasikan strategi dalam menyediakan nilai yang tinggi kepada pelanggan untuk mewujudkan visi organisasi.

Strategi adalah pola tindakan utama yang dipilih untuk mewujudkan visi dan misi organisasi. Strategi yang bersifat menyeluruh meliputi semua aspek penting, semua bagian rencana serasi satu sama lain bersesuaian.

### **1.3 Asas penyelenggaraan pemerintahan**

Dalam penelitian ini akan dipergunakan konsepsi kinerja yang dikemukakan terakhir dengan sedikit penyesuaian. Dengan demikian kinerja Pemerintah Daerah akan dilihat dari tingkat kemampuan keuangan, kemampuan

aparatur, kemampuan organisasi dan administrasi, tingkat partisipasi masyarakat dan kemampuan ekonomi daerah.. Dengan demikian, kinerja pemerintah daerah menunjukkan seberapa besar tingkat kemampuan keuangan, kemampuan aparatur, kemampuan organisasi dan administrasi, tingkat partisipasi masyarakat, dan kemampuan ekonomi daerah di dalam melaksanakan tugas-tugas pemerintahan.

Sementara itu, pengertian pada manajemen strategis biasanya berkaitan dengan perumusan arah pengembangan organisasi ke masa depan, yang akan memberikan kerangka untuk manajemen operasional untuk mencapai sasaran-sasaran jangka panjang dan jangka pendek. Dengan kata lain, dapat dinyatakan manajemen strategis” forces an organization to define its philosophy, mission, role, and goals (Chandler dan Plano,1988:158). Sementara itu Sondang P. Siagian (1995:15) mendefinisikan manajemen strategis sebagai serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi tersebut.

Menurut Lester A. Dignan dalam bukunya “Strategic Management: Concepts, Decisions, Cases” (1986:4-5) dinyatakan bahwa manajemen strategis sebagai proses berkelanjutan yang melibatkan usaha-usaha untuk memadukan organisasi dengan perubahan lingkungannya dengan cara yang paling menguntungkan. Dengan begitu, manajemen strategis meliputi adaptasi

organisasi dengan memperhatikan kekuatan dan kelemahan yang ada dalam organisasi itu sendiri terhadap lingkungan eksternalnya.

Dengan demikian, dapat ditarik pengertian bahwa manajemen strategis berkaitan dengan perumusan arah pengembangan organisasi ke masa depan, yang akan memberikan kerangka bagi manajemen operasional dalam rangka mencapai sasaran-sasaran jangka panjang dan jangka pendek. Dalam kaitan dengan kinerja pemerintah daerah, dapat dinyatakan bahwa manajemen strategis pemerintah daerah sebagai serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh pemerintah daerah dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran organisasi pemerintahan daerah dalam rangka pencapaian misi, visi dan tujuan pemerintahan daerah tersebut

Certo dan Peter (1990:10-14) mengemukakan tahap-tahap manajemen strategis, yaitu: 1) Analisis lingkungan (internal dan eksternal); 2) Memantapkan arah organisasi (misi dan sasaran); 3) Menyusun strategi organisasi; 4) Mengimplementasikan strategi organisasi; serta 5) Melakukan pengawasan strategis. Sedangkan Boseman dan Pathak (Djunaedi, 1995:21), menyatakan bahwa proses manajemen strategis yang diidentifikannya dengan proses perencanaan strategis mencakup tujuh bagian yang saling berkaitan, yaitu: 1) Penilaian terhadap organisasi, dalam hal kekuatan, kelemahan, peluang dan tantangan (strengths, weakness, oppurtunities, and threats atau disingkat SWOT); 2) Perumusan Misi Organisasi; 3) Perumusan falsafah dan kebijakan organisasi;

4) Penetapan sasaran-sasaran strategis; 5) Penetapan strategi organisasi; 6) Implementasi strategi organisasi; 7) Pengendalian (control) strategi organisasi.

Bryson (1988:5) selanjutnya mengusulkan suatu proses perencanaan strategis untuk organisasi nirlaba yang mencakup delapan langkah yakni: 1) Memulai dan bersepakat dalam hal proses perencanaan strategis; 2) Mengenal mandat yang diberikan kepada organisasi; 3) Menetapkan misi dan nilai-nilai yang dipegang oleh organisasi; 4) Menilai kondisi lingkungan eksternal, dalam hal peluang dan tantangan; 5) Menilai kondisi lingkungan internal, dalam hal kekuatan dan kelemahan; 6) Menemu-kenali isu-isu strategis yang dihadapi oleh organisasi; 7) Merumuskan strategis-strategi untuk mengelola isu-isu; 8) Merumuskan dan memantapkan visi organisasi ke masa depan.

Dari beberapa variasi yang terdapat dalam proses manajemen strategis yang telah diuraikan, maka untuk proses manajemen strategis pemerintah daerah dalam penelitian ini dipergunakan perpaduan dari beberapa model tersebut, dengan tetap menitikberatkan pada model terakhir yang dikemukakan oleh John M. Bryson. Tahap-tahap yang dipergunakan adalah: Pertama, penetapan misi, visi dan tujuan Pemerintah Daerah; Kedua, Penilaian terhadap kekuatan,kelemahan, peluang dan tantangan (SWOT) Pemerintah Daerah; Ketiga, Menetapkan isu-isu strategis dalam pelaksanaan otonomi daerah; serta Keempat, merumuskan strategi pengembangan kinerja Pemerintah Daerah. Pilihan titik berat pada model ini didasari oleh asumsi bahwa organisasi pemerintahan daerah–sebagai obyek penelitian ini dari awal pendiriannya lebih



menunjukkan sosok sebagai organisasi nirlaba daripada organisasi yang berorientasi pada profit semata. Isu desentralisasi di samping sentralisasi saat ini begitu populer dibicarakan. Sentralisasi lawan desentralisasi merupakan dua dimensi ketatanegaraan yang mengacu pada urusan pemerintah apakah sebaiknya diselenggarakan secara terpusat atau terdistribusi. Sentralisasi yang terbias secara struktural, kuatnya cengkaman pemerintah pusat terhadap kekuasaan negara, secara politik, kekuasaan dan visibilitas pemerintah yang semakin kuat terhadap optimalisasi sumber-sumber daya yang langka dan pembangunan dan legitimasi pemerintah pusat yang lebih besar dibanding legitimasi pemerintah lokal (Bryant, 1987 : 204). Sistem ini menurut Wijaya akan terlihat kontras dimana pemerintah lokal (daerah) sedikit sekali memikul tanggung jawab atau sedikit sekali menguasai Resources di daerah. Kelemahan potensial pada sistem administrasi yang terlalu sentralistis biasanya harus diimbangi dengan sistem yang lebih desentralistis dengan memperluas wewenang atau otonomi pemerintah lokal (negara bagian, daerah, propinsi dan lain-lain). (Wijaya, 1995 : 6)

Desentralisasi sebagai sistem administrasi kenegaraan yang lebih mengutamakan dominasi pemerintah daerah dalam mengambil wewenang di daerah. Dalam kenyataan ada dua bentuk disentralisasi, yaitu yang bersifat administratif (dekonsentrasi) berarti wewenang pelaksanaan pada tingkat lokal dan yang bersifat politis (devolusi) berarti bahwa wewenang pembuatan keputusan dan kontrol tertentu terhadap sumber-sumber daya diberikan pada pejabat-pejabat regional dan lokal (Bryant, 1987 : 213).

Selain sistem dekonsentrasi dan desentralisasi sistem administrasi pemerintah daerah di Indonesia, ada 2 (dua) asa lagi, yaitu : *medebewind* dan *vrijbestuur*, yang diartikan :

“Medebewind kadang diterjemahkan ko-administrasi, yaitu layanan bersama antara suatu layanan oleh pusat dan pemerintah daerah. Vrijbestuur menyangkut layanan yang tidak ditentukan termasuk tanggung jawab siapa dan pemerintah daerah bebas menentukan sendiri apakah akan mengambil tanggung jawab itu atau tidak.” (Devas dkk, 1989 : 1)

Sesuai pasal 18 Undang-undang Dasar 1945 dan berdasarkan Undang-undang Nomor 5 Tahun 1974, dianut sistem penyelenggaraan pemerintah di daerah didasarkan atas asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan (Bintoro, 1988 : 65). Pelaksanaan asas desentralisasi ditandai dengan penyerahan urusan pemerintahan dari pemerintahan pusat sebagai atasannya kepada pemerintahan daerah Kabupaten/Kota, untuk menjadi urusan rumah tangganya. Atas dasar ini pemerintah menyerahkan wewenang urusan pemerintah tertentu kepada daerah-daerah yang diberi hak otonomi untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri.

Terkait dengan hak otonomi yang telah diberikan oleh pemerintah daerah Propinsi kepada pemerintah daerah Kabupaten/Kota, maka konsekuensi pembiayaan kegiatan tersebut sepenuhnya diletakkan kepada daerah Kabupaten/Kota yang bersangkutan. Keharusan untuk membiayai kegiatan yang

telah menjadi urusan rumah tangga, secara laten, menghantui pelaksanaan otonomi daerah Kabupaten/Kota. Hal ini muncul terus menerus di permukaan sebagai akibat belum mantapnya masalah perimbangan keuangan daerah serta masih relatif kecilnya Pendapatan Asli Daerah (PAD), dibanding dengan anggaran belanja daerah. Bahkan untuk membiayai pengeluaran rutin dalam satu tahun berjalanpun Pemkab tidak mampu membayarnya melalui pendapatan asli daerahnya.

Untuk membiayai urusan rumah tangga dari sumber pendapatan murni saja pemerintah daerah Kabupaten/Kota mengalami kesulitan, apalagi untuk membiayai pembangunan. Jelaslah, pembangunan hanya bisa berjalan di daerah Kabupaten/Kota jika daerah tersebut mendapat pembiayaan dari Pemerintah Pusat. Karena pembiayaan datang dari pusat, maka proses perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian banyak ditentukan oleh pusat (Thoha, 1990 : 193). Apa yang dikemukakan oleh Shaw yang dikutip Nick Devas, sumber daya keuangan daerah memang tidak cukup memadai, akan tetapi pemerintah daerah tidak harus berdiri sendiri dari segi keuangan agar dapat memiliki tingkat otonom yang berarti, yang penting adalah “wewenang di tepi”, artinya memiliki tingkat penerimaan daerah yang cukup memadai, jika 20% dari pengeluaran berasal dari sumber-sumber daerah (Devas, 1989 : 46). Dari uraian di atas nampaknya asa desentralisasi belum sepenuhnya dapat dilaksanakan di daerah Kabupaten/Kota, khususnya jika ditinjau dari segi pembiayaan hanya bisa berjalan di daerah

Kabupaten/Kota, jika di daerah tersebut mendapat pembiayaan dari pemerintah pusat.

Dalam kenyataannya asas desentralisasi ini belum sepenuhnya dilaksanakan. Urusan pemerintah pusat atau pemerintah daerah Propinsi belum sepenuhnya diserahkan pada pemerintah daerah Kabupaten/Kota dengan terlihat masih dilaksanakannya asas dekonsentrasi dan asas pembantuan. Pelaksanaan asas dekonsentrasi ditandai dengan pelimpahan wewenang dari pemerintah atau kepala wilayah atau kepala instansi vertikal tingkat atasnya kepada pejabat-pejabatnya di daerah sesuai bidang tugasnya, aparat dekonsentrasi ini juga berperan sebagai pengawas daerah otonom dan mengembangkan peran politik rezim nasional.

Asas penyelenggaraan pemerintahan yang lain adalah asas medebewind (asas pembantuan). Pelaksanaan asas ini ditandai dengan pemerintah menugaskan kepada pemerintah daerah otonom untuk ikut serta melaksanakan kewenangan urusan pemerintahan dengan batas-batas pertanggungjawaban dalam pembiayaan. Sedang pelaksanaannya menjadi tanggung jawab sepenuhnya pemerintah daerah sendiri sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Bintoro, 1988 : 66). Dalam Undang-undang Nomor 5 tahun 1974 pasal 1 huruf d dirumuskan : Tugas pembantuan adalah tugas untuk turut serta dalam melaksanakan urusan pemerintahan daerah tingkat atasnya dengan kewajiban mempertanggung-jawabkan kepada yang menugaskannya”.

Tugas pembantuan dalam UU Nomor 22 Tahun 1999 pasal (1) dinyatakan bahwa Tugas Pembantuan adalah penugasan dari pemerintah kepada daerah dan desa dan dari daerah ke desa untuk melaksanakan tugas tertentu yang disertai pembiayaan, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia dengan kewajiban melaporkan pelaksanaannya dan mempertanggungjawabkan kepada yang menugaskan. Adapun mengenai prinsip-prinsip penyelenggaraan terpenting dari pemerintah daerah dapat dikemukakan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan pemberian otonomi kepada daerah harus menunjang aspirasi perjuangan rakyat, yakni memperkuat negara kesatuan dan mempertinggi tingkat kesejahteraan rakyat Indonesia seluruhnya.
- b. Pemberian otonomi kepada daerah haruslah merupakan otonomi yang nyata dan bertanggung jawab.
- c. Asas desentralisasi, dilaksanakan bersama-sama dengan asas dekonsentrasi dengan memberikan pula bagi pelaksanaan asas tugas pembantuan (medebewind).
- d. Pemberian otonomi kepada daerah mengutamakan aspek keserasian dengan tujuan (doelmatigheid) di samping aspek pendemonstrasian.
- e. Tujuan pemberian otonomi kepada daerah adalah untuk meningkatkan daya guna dan berhasil guna penyelenggaraan pemerintahan daerah, terutama dalam pelaksanaan pembangunan dan pelayanan terhadap masyarakat serta untuk meningkatkan pembinaan kestabilan politik dan kesatuan bangsa (Suyanto, 1991 : 9).

Sejalan dengan asas-asas di atas Thoha berpendapat, sekarang ini dalam pelaksanaan sehari-hari nampaknya praktika pemerintahan kita ini lebih banyak diwarnai asas dekonsentrasi ketimbang asas desentralisasi. Praktika semacam ini ternyata dikeluhkan baik oleh Mendagri ataupun beberapa Kepala Daerah masalah koordinasi. Terutama dalam pelaksanaan koordinasi antara realisasi asas pola hubungan dekonsentrasi dan desentralisasi (otonom).

Departemen vertikal sebagai perwujudan pelaksanaan asas pola hubungan dekonsentrasi kurang mau terkoordinasi dengan Kepala Daerah sebagai perwujudan dan asas pola hubungan desentralisasi (Thoha, 1992 : 762). Hal ini cukup lama terjadi dalam tubuh birokrasi di Indonesia yaitu lemahnya koordinasi antar satu instansi dengan instansi yang lain dalam praktek penyelenggaraan kenegaraan. Di sisi lain lemahnya koordinasi tersebut tidak didukung dengan pendistribusian kekuasaan dalam mengatur dan mengendalikan masing-masing instansi, sehingga di sana-sini terlihat tumpang tindih dalam penyelenggaraan suatu kegiatan / kebijakan.

## **1.4 Otonomi Daerah**

### **2.4.1. Konsep Otonomi Daerah**

Konsep desentralisasi didefinisi dalam berbagai pengertian. Pada tahun 1962 PBB mengartikan desentralisasi : (1) Dekonsentrasi yang disebut juga sebagai desentralisasi birokrasi atau administrasi dan (2) Dovolusi yang sering

disebut sebagai desentralisasi demokrasi atau politik, yang mendelegasikan wewenang pengambilan keputusan kepada badan perwakilan yang dipilih melalui pemilihan lokal (Zauhar, 1994 : 2), Rondineli (dalam Abdul Wahab, 1994 : 11-12) membedakan desentralisasi ke dalam desentralisasi fungsional dan desentralisasi areal serta membedakan bentuk desentralisasi yakni dekonsentrasi, delegasi dan devolusi. Dekonsentrasi pada dasarnya merupakan bentuk desentralisasi yang kurang ekstensif, yang sekedar merupakan pergeseran beban kerja dari kantor-kantor pusat departemen kepada staf yang berkantor di luar ibu kota negara. Para pejabat staf itu mungkin tidak diberikan kewenangan untuk memutuskan bagaimana yang dibebankan kepadanya harus dilaksanakan. Delegasi adalah bentuk desentralisasi dalam wujud delegasi pembuatan keputusan dan kewenangan-kewenangan manajemen untuk menjalankan fungsi-fungsi publik tertentu pada organisasi-organisasi tertentu dan hanya dikontrol secara tidak langsung oleh departemen pusat.

Devolusi diartikan sebagai wujud konkret dari desentralisasi politik (*political decentralitation*). Ciri-ciri pokok dari devolusi ini antara lain : pertama, diberikan otonomi penuh dan kebebasan tertentu pada pemerintah daerah, serta kontrol yang relatif kecil dari pemerintah pusat terhadapnya. Kedua, pemerintah daerah ini harus memiliki wilayah dan kewenangan hukum yang jelas dan berhak untuk menjalankan fungsi-fungsi publik dan politiknya (pemerintah). Ketiga, pemerintah daerah harus diberikan “corporate status” dan kekuasaan yang cukup untuk menggali sumber-sumber yang diperlukan untuk menjalankan semua

fungsi-fungsinya. Keempat, perlu mengembangkan pemerintah daerah sebagai institusi, dalam arti bahwa ini akan dipersiapkan oleh masyarakat daerah sebagai organisasi yang menyediakan pelayanan yang memuaskan kebutuhan mereka serta sebagai satuan pemerintah dimana mereka mempunyai hak mempengaruhi keputusan-keputusan. Kelima, devolusi menyaratkan adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan serta koordinasi yang efektif antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Menurut Kaho (1982 : 38) desentralisasi diartikan “sebagai suatu sistem dalam mana bagian dari tugas-tugas negara diserahkan penyelenggaraannya kepada organisasi yang sedikit banyak mandiri (*independent*). Organisasi yang mandiri ini wajib atau berwenang melakukan tugas atas inisiatif dan menurut kebijaksanaannya sendiri. Ciri yang penting bagi organisasi yang didesentralisasi ialah bahwa ia mempunyai sumber-sumber keuangan sendiri untuk membiayai pelaksanaan tugasnya sendiri. Selanjutnya Liang Gie (1978 : 38) menyatakan bahwa desentralisasi adalah pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada satuan-satuan pemerintahan untuk menyelenggarakan segenap kepentingan setempat dari kelompok penduduk yang mendiami suatu wilayah. Satuan organisasi pemerintah tersebutberikut lingkungan wilayahnya disebut “Daerah Otonom”, wewenang untuk menyelenggarakan segenap kepentingan daerah yang diterima oleh satuan organisasi pemerintahan itu dinamakan “otonomi”. Aparat pemerintah daerah otonom yang memegang otonomi ini disebut “Pemerintah Daerah”, sedangkan segenap penyelenggaraan wewenang untuk kepentingan



daerah tersebut berikut kewajiban, tugas dan tanggung jawab tercakup dalam istilah “Pemerintah Daerah”.

#### **2.4.2. Faktor-faktor Yang Mendukung Otonomi Daerah**

Tujuan utama dari otonomi daerah adalah berkembangnya daerah dengan kemandirian mampu mengatur dan menyelenggarakan urusan-urusan pemerintahan dan pelaksanaan pembangunan sesuai dengan konsep otonomi yang nyata dan bertanggung jawab. Faktor-faktor yang mendukung otonomi daerah antara lain :

##### **a. Sumber Daya Manusia**

Faktor sumber daya manusia penting berkaitan dengan manusia sebagai subyek dari aktifitas pemerintahan, merupakan pelaku dan penggerak dalam proses-proses kegiatan pemerintahan, oleh sebab itu, agar mekanisme pemerintahan tersebut berjalan dengan sebaik-baiknya, maka manusia atau subyek atau pelaku harus baik (Kaho, 1991 : 60).

Dalam konteks ini yang dimaksud faktor manusia termasuk diantaranya Kepala Daerah, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Aparatur Pemerintah Daerah dan partisipasi masyarakat daerah itu sendiri. Demikian pula halnya kepala daerah : berhasil tidaknya ia menjalankan tugasnya tergantung kepada kualitas yang dimilikinya. Tugas-tugas kepala daerah di

samping sebagai alat daerah juga alat pemerintah pusat, sebagai alat daerah tugasnya adalah :

1. Menjalankan hak, wewenang dan kewajiban pemerintah daerah.
2. Mewakili daerahnya di dalam dan di luar pengadilan.
3. Bersama-sama dengan DPRD membuat anggaran pendapatan dan belanja daerah dan peraturan daerah.

Sebagai alat pemerintah pusat tugasnya :

1. Membina ketentraman dan ketertiban di wilayahnya sesuai dengan kebijaksanaan ketentraman dan ketertiban yang ditetapkan oleh pemerintah.
2. Melaksanakan segala usaha dan kegiatan di bidang pembinaan kesatuan bangsa sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh pemerintah.
3. Menyelenggarakan koordinasi atau kegiatan instansi vertikal dengan dinas-dinas daerah, baik dalam perencanaan maupun pelaksanaan untuk mencapai daya guna dan hasil guna yang sebesar-besarnya.
4. Membimbing dan mengawasi penyelenggaraan pemerintah daerah.
5. Mengusahakan secara terus menerus agar segala peraturan perundang-undangan dan peraturan daerah dijalankan oleh instansi pemerintah daerah serta pejabat yang ditugaskan untuk ikut serta mengambil segala tindakan yang dianggap perlu untuk menjamin kelancaran penyelenggaraan pemerintahan.
6. Melaksanakan segala usaha pemerintah yang dengan atau berdasarkan peraturan perundang-undangan diberikan kepada.

7. Melaksanakan segala tugas pemerintah yang tidak termasuk dalam tugas suatu instansi lain (Kaho, 1991 : 64 – 65).

Melihat betapa beratnya tanggung jawab kepada daerah, maka Porter dan Olsen (dalam Kaho, 1991 : 65) menyatakan bahwa akibat dari pelaksanaan desentralisasi maka seorang kepala daerah harus berkualitas sebagai seorang “*generalist*” sebaliknya sebagai alat pemerintah pusat, maka ia diharapkan menjadi seorang yang “*specialist*”.

Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) mempunyai dua fungsi, yaitu :

1. Sebagai partner Kepala Daerah dalam merumuskan kebijakan daerah.
2. Sebagai pengawasan atas pelaksanaan kebijakan daerah yang dijalankan oleh Kepala Daerah.

Untuk dapat menentukan kebijaksanaan yang sesuai dengan kehendak rakyat yang diwakilinya, DPR harus dapat memperhatikan kepentingan dan aspirasi rakyat. Untuk dapat merealisasikan fungsinya dengan baik, dengan sendirinya mutu dan kualitas anggota DPRD sangat menentukan termasuk tingkat pendidikan dan kecakapan yang dimilikinya.

Kemampuan aparatur daerah dalam hal ini juga sangat penting dalam mendukung pelaksanaan otonomi daerah. Untuk mengatur dan mengurus urusan rumah tangga tersebut, maka daerah memerlukan aparatur tersendiri yang

terpisah dengan pemerintah pusat, yang mampu untuk menyelenggarakan urusan rumah tangga daerahnya sendiri.

Dalam rangka penyerahan urusan pemerintah pusat kepada pemerintah kabupaten dapat melalui dua yaitu :

1. Penyerahan secara langsung, yaitu pemerintah pusat menyerahkan urusan tertentu kepada pemerintah kabupaten secara langsung tanpa melalui pemerintah daerah propinsi.
2. Penyerahan tidak langsung atau penyerahan bertingkat, yaitu pemerintah pusat menyerahkan urusan tertentu terlebih dahulu kepada pemerintah kabupaten dan kemudian oleh pemerintah propinsi diserahkan kepada pemerintah kabupaten di lingkungannya.

Dalam hal penyerahan urusan oleh pemerintah propinsi kepada pemerintah kabupaten ini dilakukan sesuai dengan kebijaksanaan dan pertimbangan tertentu, antara lain dengan memperhatikan kemampuan kabupaten yang akan menerima urusan tersebut. Selama urusan tersebut belum diserahkan kepada pemerintah kabupaten maka pemerintah propinsi dapat meminta bantuan kepada pemerintah kabupaten untuk menyelenggarakan *inmedebewind*.

Keberhasilan penyelenggaraan otonomi daerah tidak terlepas dari partisipasi aktif dari anggota masyarakat daerah tersebut. Masyarakat daerah sebagai satu kesatuan yang integral dari pemerintah daerah sangat penting dari sistem pemerintah daerah karena secara prinsip penyelenggaraan otonomi daerah

ditujukan untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera di daerah tersebut.

Partisipasi masyarakat tersebut meliputi :

1. Partisipasi dalam proses pembuatan keputusan.
2. Partisipasi dalam pelaksanaan.
3. Partisipasi dalam pemanfaatan hasil.
4. Partisipasi dalam evaluasi (Kaho, 1991 : 114).

Hal lain yang penting juga adalah dalam berpartisipasi harus tersedia cukup peluang untuk masyarakat. Oleh sebab itu, pemerintah daerah harus pula dapat menciptakan kondisi yang *favourable*. Misalnya dengan memberikan kesempatan dan kepercayaan yang lebih luas lagi bagi masyarakat dalam ikut serta membangun daerahnya misalnya dengan penyederhanaan prosedur birokrasi atau debirokrasi.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana diidentikkan dengan peralatan yaitu setiap benda atau alat yang digunakan untuk memperlancar atau mempermudah pekerjaan serta aktifitas pemerintahan daerah lainnya. Alat merupakan sarana perantara yang digunakan manusia dalam melakukan aktifitasnya guna mencapai tujuan yang dikehendaki.

Faktor peralatan merupakan faktor penting dalam memperlancar penyelenggaraan pemerintahan daerah. Secara umum penyelenggaraan otonomi daerah di Indonesia sampai saat ini masih dihadapkan pada persoalan keterbatasan peralatan (sarana) baik dalam jumlah maupun mutunya. Sehingga aktifitas pemerintah daerah menjadi terhambat.

Untuk memperlancar daya kerja pemerintahan daerah diperlukan peralatan dan alat yang digunakan harus mencerminkan efektifitasnya dan efisiensi. Efektif bila dalam penggunaannya sesuai dengan yang diharapkan atau dengan kata lain alat yang digunakan mampu mempercepat dan tepat sesuai dengan tujuan. Efisien yaitu bila mampu memaksimalkan output dan meminimalkan input atau memperkecil pembuangan energi dan waktu dalam proses pencapaian tujuan.

Nawawi (dalam Kaho, 1991 : 187) menegaskan : “Alat pada dasarnya merupakan sumber kerja material hanya patut dipergunakan apabila mampu meningkatkan hasil yang dicapai dibandingkan dengan cara kerja tanpa mempergunakan alat lain”. Dengan demikian apabila penggunaan alat-alat tertentu oleh pemerintah daerah tidak dapat diikuti dengan adanya peningkatan dalam hasil kerjanya (output), maka penggunaan alat tersebut tidak dapat dikatakan efektif. Dan jika demikian halnya penggunaan alat tersebut sama sekali tidak fungsional dan hanya membebani keuangan daerah, karena dengan penyediaan alat betapapun kecilnya pasti membutuhkan anggaran (dana).

c. Pengawasan

Pengawasan atau kontrol dapat menurut Tannenbaum dirumuskan dengan “any process in which a persons determines, that is, internationally effects, the behavior of another persons, group, or organization” (dalam Kaho, 1991 : 238). Pengawasan sebagai bagian dari proses manajemen penting dalam

menetapkan standart dan mengukur hasil atas proses-proses tersebut serta mengambil tindakan bila perlu dalam mewujudkan otonomi daerah yang efektif dan efisien.

Dalam kaitannya dengan otonomi daerah obyek dari pengawasan dititikberatkan sektor anggaran belanja daerah dan anggaran pendapatan daerah. Maksud diadakannya pengawasan ini adalah untuk mengontrol pengeluaran-pengeluaran daerah benar-benar digunakan seperti yang diharapkan. Di lain pihak agar penerimaan-penerimaan daerah dapat disetor dengan tepat, dilaksanakan sesuai peraturan dan ketentuan lainnya.

Pengawasan terhadap keuangan daerah dapat dilakukan melalui penelitian atas pertanggung jawaban keuangan yang dilaksanakan dan disampaikan oleh pejabat-pejabat keuangan daerah serta dapat pula dilakukan melalui inspeksi (*on the spot*) dimana pengawasan atau pemeriksa dapat mendatangi tempat-tempat terjadinya aktifitas pelaksanaan keuangan daerah. Pengawasan keuangan daerah dapat dilakukan melalui (Mamesah, 1995 : 131) antara lain :

1. Dari segi obyeknya dibedakan atas pengawasan terhadap penerimaan-penerimaan daerah serta pengeluaran-pengeluaran (rutin dan pembangunan).
2. Dari segi sifatnya dapat berupa pengawasan dari jauh (pasif), yaitu meneliti / menelaah dokumen-dokumen yang diterima oleh pengawas baik dari pengelola pendapatan dan pengelola belanja daerah. Di samping itu pula dapat bersifat pengawasan langsung uamh sering disebut dengan pemeriksaan setempat,

dimana pemeriksa dapat langsung (aktif) melihat sendiri keadaan sebenarnya di lapangan obyek yang sedang / akan diawasi.

3. Dari segi waktu, pengawasan dapat dibedakan pengawasan preventif dan pengawasan represif, dimana pengawasan preventif penekanannya pada pencegahan agar di kemudian hari tidak terjadi kesalahan. Pengawasan preventif ini tercermin dalam tata cara yang harus ditempuh dalam melakukan suatu tindakan seperti adanya suatu peraturan-peraturan. Pedoman-pedoman kerja yang harus ditaati, sedang pengawasan represif penekanannya pada memperbaiki kesalahan yang terjadi agar di kemudian hari tidak terulang lagi kesalahan yang sama.
4. Dari segi ruang lingkup atau hubungan antara pemeriksa dan dengan pihak yang diperiksa. Pengawasan ini dapat berbentuk pengawasan intern dapat dilakukan oleh aparat pemerintah daerah sendiri melalui jenjang struktural maupun fungsional. Pengawasan ekstern yaitu pengawasan yang dilakukan oleh aparat fungsional dari luar tubuh pemerintah daerah yang bersangkutan seperti Inspektorat Jendral Departemen Dalam Negeri, BPKP dan badan pemeriksa keuangan.

Pengawasan terhadap APBD terutama ditujukan kepada arus dokumen (*flow of document*) dan arus uang (*flew of money*). Struktural organisasi pemerintah daerah terdiri dari jenjang tingkat atas sampai jenjang tingkat bawah. Arus perintah timbul dari atas ke bawah, sedang arus laporan timbul dari bawah / tingkat pelaksana menuju ke tingkat atas. Arus ini disertai / diikuti dengan



dokumen-dokumen baik berupa perintah-perintah, pedoman pelaksana, surat menyurat, register-register pembukuan maupun laporan-laporan pelaksanaan tugas.

Pengawasan juga dimaksudkan untuk mengecek penggunaan / pembelanjaan uang tersebut harus sesuai dengan perintah-perintah dan rencana yang telah ditetapkan serta harus disertai dengan bukti-bukti yang sah baik formal maupun material.

## **1.5. Keuangan Daerah**

### **1.5.1. Pengertian Administrasi Keuangan Daerah**

Kiranya perlu dipahami bahwa pengertian yang terkandung dalam istilah administrasi keuangan daerah itu sendiri, menurut Stoner (dalam Handyaningrat, 1982 : 52) sebagai berikut :

“The system approach to management attempt to view the organization as a unified. Purposes given managers away of looking at an organization as whole and as a part at the large, external environment. In so doing, system theory bill us that activity of any part of an organization effects the activity of very other part”.

Dengan kata lain bahwa system pada hakekatnya adalah suatu totalitas yang terdiri dari bagian/unsur/komponen atau sub system dengan atribut-atributnya yang satu dengan yang lainnya saling berkaitan. Saling mempengaruhi sehingga seluruhnya merupakan satu kebulatan yang utuh serta mempunyai peranan dan tujuan tertentu.

Sebagai suatu system menurut Memesah (1995 : 6) keuangan daerah terdiri dari berbagai sub system antara lain organisasi, tata buku (pembukuan), prosedur, penganggaran, pengendalian, sarana dan prasarana. Selanjutnya mengingat keuangan daerah sebagai sub system maka penanganan keuangan daerah itu sendiri harus dilakukan dengan pendekatan kesisteman, disamping itu keuangan daerah itu sendiri harus dipandang sebagai faktor pendukung dalam penyelenggaraan otonomi keuangan daerah selain faktor yang telah disebutkan diatas.

#### **1.5.2. Sumber Keuangan Yang Terkait Dengan Pusat.**

Pada dasarnya pemerintah pusat membagi keuangannya dengan pemerintah daerah didasarkan pada dua kategori yaitu : pendapatan yang ditunjuk atau diserahkan dan subsidi :

a. Pendapatan yang ditunjuk / diserahkan meliputi :

Pajak, royality, pungutan yang semula dikenakan oleh pemerintah pusat, tetapi diserahkan seluruhnya atau sebagian kepada pemerintah daerah ini meliputi :

1. Pajak Bumi dan Bangunan.

10 persen hak pusat akan dikembalikan lagi ke daerah tingkat UU

2. Pungutan Produksi yaitu pungutan atas kayu yang ditebang sebesar 15% dari keuntungan barang.

b. Subsidi.

1. Subsidi daerah otonom

Meliputi gaji dan tunjangan bagi karyawan yang dipekerjakan oleh pemerintah kabupaten / kota.

2. Bantuan pembangunan daerah Tingkat I.

Subsidi ini dikenal dengan sebutan inpres daerah Tingkat I dan merupakan subsidi untuk berbagai macam tujuan pembangunan yang diusahakan oleh pemerintah propinsi subsidi ini menggantikan alokasi devisa otomatis (ADO) yang besarnya 10% dari jumlah nilai ekspor propinsi yang bersangkutan.

3. Bantuan pembagunan sekolah dasar.

Bantuan ini dialokasikan ke kabupaten / kota untuk tujuan pembangunan pendidikan.

4. Bantuan sarana kesehatan

Bantuan ini sangat menyerupai bantuan pembangunan sekolah dasar, tetapi bantuan ini dialokasikan ke kabupaten dan kotamadya untuk tujuan kesehatan.

5. Bantuan Desa.

Persetujuan terhadap proyek-proyek di masing-masing desa ada di tangan Bupati.

6. Subsidi pembiayaan penyelenggaraan sekolah dasar.

Pemerintah memberikan subsidi yang cukup besar untuk operasi sekolah dasar. (Suparmoko, 1982 : 309).

Selanjutnya menurut Kristiadi (1992 : 45) hubungan keuangan pusat dan daerah tidak hanya sekedar pembagian masalah dana, namun sebenarnya merupakan pencerminan dari pembagian beban antara pusat dan daerah di dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pemerintah. Pelayanan masyarakat dan pembangunan.

Dumai (1990 : 9) menyatakan bahwa perimbangan keuangan antara pusat dan daerah didasarkan pada faktor tertentu dan ada ketentuan yang mengatur beberapa besar dana yang diberikan oleh pemerintah pusat kepada daerah masing-masing daerah berhak menentukan kemajuan sendiri semakin maju suatu daerah. Semakin sedikit ketergantungan kepada pusat. Oleh karena itu bagi daerah yang mampu, sumbangan atau subsidi akan semakin kecil sekaligus subsidi atas proyek semakin besar dan meningkat.

### **1.5.3. Pendapatan Asli Daerah.**

Di dalam Undang-undang Nomor 5 tahun 1974 pasal 55 yang menjadi sumber-sumber keuangan daerah, terdapat pembagian yang tegas tentang pendapatan asli daerah sendiri antara lain :

- a. Hasil pajak daerah.
- b. Hasil retribusi daerah.
- c. Hasil perusahaan daerah
- d. Hasil usaha-usaha daerah yang sah.

Di dalam UU Nomor 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah, kondisi tersebut telah berubah dimana dalam pasal 4 (empat) terdapat tambahan potensi PAD yaitu hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan. Essensi dari pasal tersebut memberi kemungkinan daerah dapat meningkatkan PAD selain yang disebutkan dalam UU nomor 5 tahun 1974. Sedangkan dalam pelaksanaan materi dalam UU No. 25

tahun 1999 tersebut untuk selanjutnya masih akan diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku.

Kiranya dimaklumi bahwa sumber pendapatan asli daerah sebagaimana tersebut di atas adalah sebagai pengutan langsung yang dikenakan untuk pelayanan tertentu dari pemerintah daerah. Pajak daerah secara teori dikehendaki dapat memenuhi beberapa persyaratan diantaranya pajak daerah tidak boleh bertentangan atau harus searah dengan kebijakan pemerintah pusat; pajak daerah harus sederhana dan tidak terlalu banyak jenisnya, biaya administrasi harus rendah, pajak daerah tidak mencampuri system perpajakan pusat, sedangkan perusahaan daerah adalah suatu badan usaha yang dibentuk oleh daerah untuk memperkembangkan perekonomian daerah dan untuk menambah penghasilan daerah. Dengan kata lain perusahaan daerah harus berdaya guna dan berhasil guna (Team PAFPACK, 1994 : 22).

Demikian juga kiranya bahwa pendapatan asli daerah sering dianggap sebagai alternatif untuk memperoleh tambahan dana yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan pengeluaran yang ditentukan oleh daerah sendiri, khususnya pengeluaran rutin, oleh karena itu peningkatan pendapatan asli daerah tidak bisa dilepaskan dari berbagai faktor yang mendukungnya salah satu faktor penting adalah keadaan perekonomian pada umumnya dan potensi sumber-sumber pendapatan asli daerah itu sendiri (Kristiadi, 1992 : 38). Selanjutnya selain penerimaan dari pajak, menurut Fernander (1992, 32) pemerintah daerah juga dapat memperoleh peguatan retribusi yang merupakan sumber pemasukan daerah

yang ukup besar berbeda dengan pajak, pemungutan retribusi harus disertai imbalan pelayanan dari pemerintah daerah. Dengan semakin beragamnya pelayanan dari pemerintah daerah, maka akan semakin besar pula tingkat konsentrasi pendapatan daerah melalui pajak daerah dan retribusi daerah khususnya setelah diundangkan Undang – undang Nomor 18 tahun 1997 yang direvisi menjadi Undang – undang Nomor 34 tahun 2000.

#### **1.5.4. Bagi Hasil Pajak dan Bukan Pajak**

Kiranya dimaklumi bahwa kebijaksanaan pembiayaan daerah melalui peningkatan penerimaan pajak daerah, retribusi dan penerimaan lain – lain adalah dalam rangka penyediaan dana untuk membiayai pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan.

Menurut Sumito (1992 : 1) pajak adalah iuran rakyat kepada negara berdasarkan undang – undang (yang dapat dipaksakan) dengan tiada mendapat jasa timbale balik (kontra prestasi) yang langsung dapat ditunjukkan dan yang digunakan untuk membayar pengeluaran umum.

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa pajak memiliki unsur-unsur :

- a. Iuran dari pajak rakyat kepada negara, yang berhak memungut pajak hanyalah negara. Iuran tersebut berupa uang (bukan barang).
- b. Berdasarkan undang – undang, pajak dipungut berdasarkan atau dengan kekuatan undang – undang serta aturan pelaksanaan.

- c. Tanpa jasa timbale balik atau kontra prestasi dari negara yang seara langsung dapat ditunjuk, dalam pembagian pajak tidak dapat ditunjukkan adanya kontra prestasi individual oleh pemerintah.
- d. Digunakan untuk membiayai rumah tangga negara yakni pengeluaran yang bermanfaat bagi masyarakat luas.

Berkaitan dengan maksud di atas bagi hasil pajak dan buka pajak menurut Davey (1988 : 40) bahwa pajak yang dipungut dan diadministrasikan oleh pemerintah tapi hasil pungutannya diberikan kepada, dibagikan dengan atau tanpa dibebani tambahan oleh pemerintah pusat.

Dari penjelasan di atas bahwa penari penjelasan di atas bahwa penat melalui system bagi hasil antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah tingkat I dengan pemerintah daerah tingkat II. Penerimaan pemerintah pusat yang dibagi hasilkan kepada pemerintah tingkat II berupa pajak bumi dan bangunan (PBB), iuran hasil hutan (IHH) dan Iuran hak pengusahaan hutan (IHPH). Ketentuan yang mejadi dasar pemungutan dan pembagian hasil PBB adalah Undang – undang Nomor 12 tahun 1994, IHH dan IHPH didasarkan kepada Keppres Nomor 20 tahun 1990.

Keseluruhan penerimaan daerah tingkat II yang berasal dari bagi hasil pajak dan buka pajak, pada prinsipnya dapat dipergunakan secara bebas oleh Pemerintah daerah Tingkat II sesuai dengan prioritas kebutuhannya seperti halnya pendapatan asli daerah (PAD).



### **1.6. Intensifikasi dan Ekstensifikasi PAD.**

Kebijaksanaan pengembangan keuangan daerah (Local finance) pada prinsipnya mencakup dua dimensi penataan anggaran sektor publik, yaitu penataan aspek pendapatan (revenue side) dan aspek pengeluaran (expenditure side), seperti yang tercermin dalam Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (APBD).

Kebijaksanaan keuangan mencakup berbagai aspek seperti :

- (1) Pembiayaan dalam rangka azas desentralisasi, dekonsentrasi dan azas pembantuan.
- (2) Sumber-sumber pendapatan daerah, baik yang bersumber dari mobilisasi PAD maupun dalam bentuk subsidi dan bantuan serta pinjaman, dan
- (3) Pengelolaan keuangan daerah dan peningkatan kemampuan aparatur daerah dalam mengelola keuangan dan pendapatan daerah (Pontjowinoto, 1991 : 32).

Sementara itu Booth (1993 : 132) menyatakan kemandirian fiscal daerah tidak akan menjadi kenyataan kalau pusat menguasai sebagian besar sumber dana, sebaliknya yang terjadi justru peningkatan ketergantungan anggaran daerah kepada pusat, untuk maksud ini maka dipandang perlu mendorong pemerintah daerah agar lebih keras berupaya meningkatkan pendapatan.

Dalam kaitan dengan peningkatan pendapatan khususnya pendapatan asli daerah maka kebijaksanaan yang perlu ditempuh menurut Kamaluddin (1984 : 85) dan Lains (1985 : 55) adalah dalam bentuk intensifikasi dan ekstensifikasi

pemungutan sehingga diharapkan pendapatan asli daerah akan dapat lebih berperan.

Kebijaksanaan dan usaha intensifikasi adalah berupa peningkatan pendapatan asli daerah dari sumber-sumber yang telah ada atau yang telah berjalan selama ini sedangkan kebijakan dan usaha ekstensifikasi dalam pemungutan ini adalah berupa mencari dan menggali sumber-sumber pendapatan daerah yang baru dalam batas ketentuan perundang-undangan. Upaya-upaya intensifikasi dan ekstensifikasi sumber-sumber akan sangat tergantung pada kreatifitas aparatur pemerintah daerah untuk mampu mengkoordinasi lembaga-lembaga atau penghasil sumber PAD dan kreatifitas aparatur tentunya sangat ditentukan oleh kualitas aparatur (Rejo, 1995 : 25).

Sementara itu Kristiadi (1991 : 47) memberikan batasan-batasan agar sumber-sumber pembiayaan yang ideal berkaitan dengan PAD antara lain :

- (1) Pendapatan Asli Daerah seyogyanya lebih dititik beratkan pada ekstensifikasi dan intensifikasi sumber-sumber retribusi, hal ini mengingat bahwa retribusi sangat berkaitan dengan pelayanan langsung kepada masyarakat, dengan demikian diharapkan dapat sekaligus memacu peningkatan pelayanan.
- (2) Pajak-pajak daerah cukup ditetapkan secara limitatif pada obyek-obyek yang cukup potensial, bagi pajak yang kurang potensial seyogyanya dihapuskan.

Selain itu Lains (1985 : 57) menyatakan pendapatan pajak daerah akan dapat pula ditingkatkan dengan meningkatkan efisiensi pemungutan dan efisiensi administrasi pajak serta perbaiki kontrol terhadap petugas pemungutan dalam

rangka mengurangi kebocoran. Selanjutnya Pendapatan Asli Daerah (PAD) dapat pula ditingkatkan dengan meningkatkan peran perusahaan daerah melalui peningkatan peran perusahaan daerah melalui peningkatan laba usaha.

Pelaksanaan kebijakan pemungutan (pajak dan retribusi) akan sukses atau gagal tergantung pada mutu administrasi pemerintah daerah dan seberapa realistis kebijakan tersebut diformulasikan berdasarkan sumber-sumber yang tersedia, serta semangat dan jiwa aparturnya, terutama pimpinan. Kualitas administrasi pemerintah daerah dapat ditingkatkan dengan pembekalan-pembekalan melalui training-training baik di dalam maupun di luar negeri agar lebih mampu membaca arti kebijakan sendiri dan dampaknya terhadap perekonomian serta responsive terhadap tuntutan masyarakat (Bawazir, 1996 : 24). Menghadapi perkembangan ekonomi dan politik serta makin besarnya dorongan daerah untuk mendapatkan peran yang lebih berarti terutama setelah dicanangkannya era otonomi daerah yang diperluas khususnya pada daerah Tingkat II maka kebijakan keuangan daerah perlu mendapat perhatian.

Dalam konsep desentralisasi oleh Smith (1985) upaya intensifikasi dan ekstensifikasi penerimaan daerah dikenal dengan *Intergovernment Reralations*. Dalam konsep tersebut Smith secara eksplisit menyatakan bahwa hubungan ditinjau dari hubungan antara pemerintah sub nasional dan bukan nasional atau antar negara. Dimana, dengan adanya hubungan tersebut pemerintah daerah antara yang satu dengan yang lainnya dapat saling bekerja sama untuk mengembangkan potensi-potensi yang ada di daerahnya, sehingga tidak ada

pemerintah daerah ayang merugi akibat tindakan yang diambil oleh pemerintah daerah tetangganya.

Di satu sisi konsep *Intergovernment al Ralations* perlu diupayakan oleh pemerintah daerah karena meninjau semakin berkembangnya kondisi perekonomian dan kebebasan pemerintah daerah dalam berupaya meningkatkan penerimaan daerahnya. Di sisi lain pemerintah daerah sebagai bagian dari negara tidak dapat melepaskan diri dari hubungan dengan pemerintah daerah yang lain dalam satu wilayah geografi ayang berdekatan. Berkembangnya perekonomian suatu daerah secara tidak langsung akan berdampak pula bagi daerah di sekitarnya. Sharpe (1979) mengemukakan bahwa :

“Economic development seems inevitably to lead to industrial and demographic concentration. Modern economic are increasingly dominated by large corporations and conglomerates, with populations becoming more concentrated in major urban and industrial centres” (Smith, 1985 : 79).

Dimana pembangunan bidang ekonomi senantiasa mengarahkan penduduk dimana konsentrasi di daerah industri atau usaha-usaha yang menyerap tenaga kerja besar. Hal ini berjalan seiring dengan adanya berkembangnya usaha-usaha yang mengarah terbentuknya konglomerasi dan usaha berskala besar.

Kondisi di atas merupakan potensia bagi pemerintah daerah menggali dan memanfaatkan pungutan yang dapat meningkatkan penerimaan bagi pemerintah daerah. Dalam kenyataannya model hubungan antara pemerintah daerah yang

selevel tidak pernah terbentuk karena hubungan tersebut telah didominasi oleh pemerintah di atasnya. Seperti yang diungkapkan oleh Durkheim bahwa :

“Political and social organization based in territorial bond had lost its force and thought the material neighborhood persisted, it was to be superseded by the corporation or occupational group (Smith, 1985 : 79).

Yaitu terkikisnya organisasi sosial politik berdasarkan pertalian wilayah dan digantikan dengan dominasi kelompok yang berbasis kedudukan atau korporasi seperti halnya pemerintah pusat terhadap pemerintah daerah.

Selanjutnya upaya-upaya pemerintah daerah untuk meningkatkan penerimaannya selalu berbenturan dengan kebijakan pemerintah pusat. Hal ini sejalan dengan ungkapan yang disampaikan Duchacek (1970) bahwa :

“Central rather than local government are responsible for such intervention state action for planning and welfare, involving projects and services beyond the financial and technological means of territorial communities, result in formidable increase in the number and power of national administrators (Smith, 1985 : 80).

Menurut ungkapan yang disampaikan oleh Duchacek tersebut memperjelas bahwa dominasi pemerintah pusat terhadap kondisi perekonomian di dasarkan pada tujuan untuk perencanaan dan kesejahteraan yang lebih baik. Hal ini disebabkan oleh adanya anggaran dan teknologi yang tidak murah. Kenyataan menunjukkan bahwa penguasaan tersebut menghasilkan peningkatan yang luar biasa.

Upaya-upaya intensifikasi dan ekstensifikasi sebagai tindakan untuk meningkatkan penerimaan daerah tidak dapat dilepaskan oleh kondisi di atas. Oleh sebab itu peran pemerintah daerah untuk mengembangkan pola-pola yang selama ini ditinggalkan penting untuk dilakukan sebagai langkah untuk mewujudkan otonomi daerah.

### **1.7 Kerangka Pemikiran.**

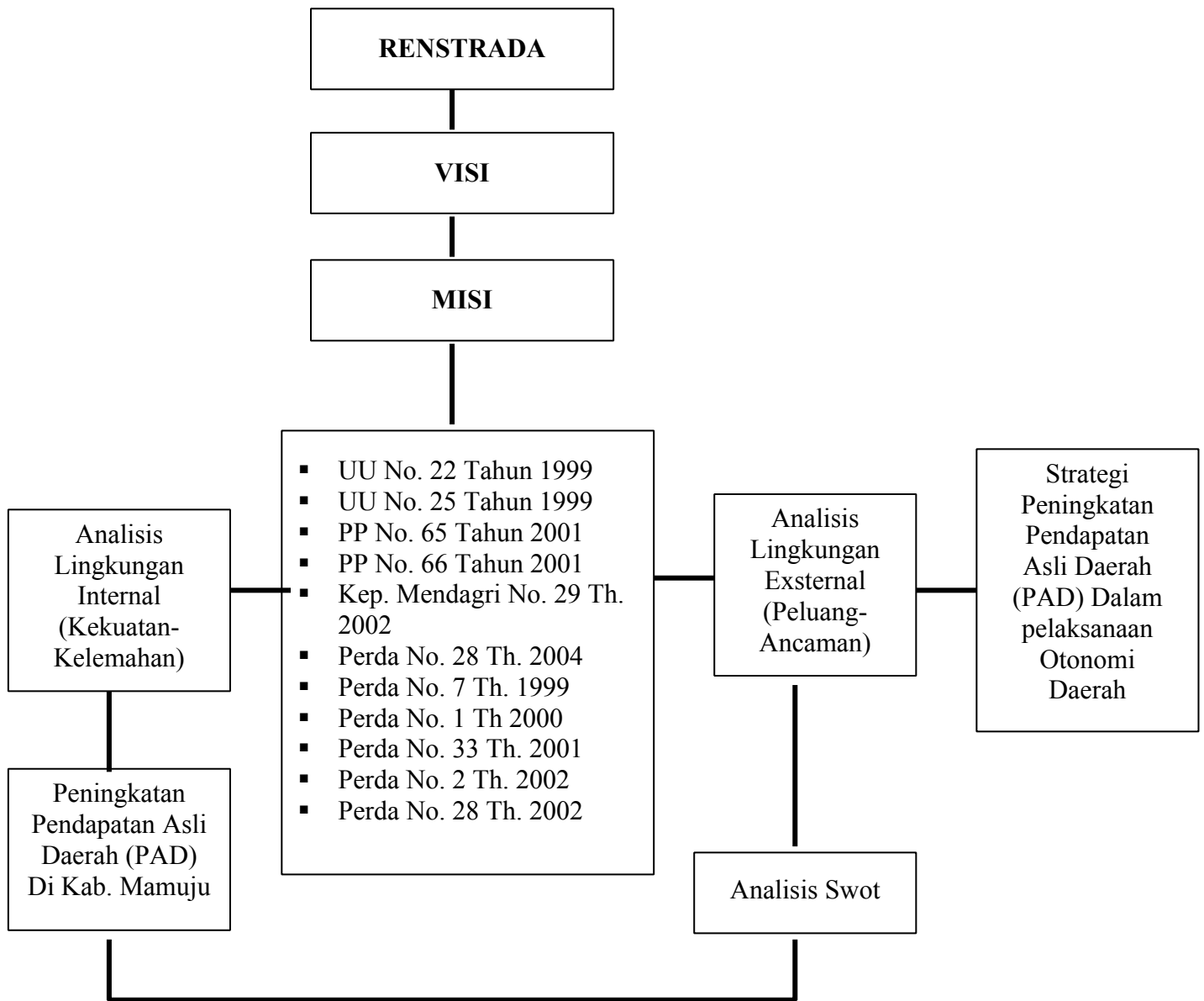
Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya sebagai salah satu perangkat daerah yang menjadi ujung tombak peningkatan pendapatan daerah merupakan sumber yang sangat potensial dalam mendukung struktur APBD, serta meningkatkan kemajuan daerah dalam membiayai semua kegiatan yang telah direncanakan.

Pendapatan Asli Daerah (PAD), yang terdiri dari hasil pajak daerah, hasil retribusi daerah, hasil perusahaan daerah, dan hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan dan lain-lain pendapatan asli daerah yang sah. Pendapatan Asli Daerah (PAD) merupakan gambaran potensi keuangan daerah yang pada umumnya mengandalkan unsur pajak daerah dan retribusi daerah. Berkaitan dengan pendapatan asli daerah dari sektor retribusi, maka daerah dapat menggali potensi sumber daya alam yang berupa obyek wisata.

Pariwisata bukanlah merupakan sektor penyumbang terbesar dalam pendapatan daerah, tetapi berpotensi dalam meningkatkan Pendapatan Asli daerah (PAD). Dalam era globalisasi sekarang ini, bidang pariwisata merupakan

salah satu kegiatan yang mempunyai peranan yang sangat strategis untuk menunjang pembangunan perekonomian nasional. Untuk itulah maka ditempuh salah satu kebijakan, yaitu menggali, menginventarisir dan mengembangkan obyek-obyek wisata yang ada sebagai daya tarik utama bagi wisatawan.

Suatu daerah dapat meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dengan cara mengembangkan berbagai potensi yang dimiliki oleh daerah tersebut. Salah satu cara untuk meningkatkan PAD itu, salah satunya dengan mengembangkan potensi obyek wisata. Pengembangan disini yakni suatu proses, cara, perbuatan mengembangkan atau pembangunan secara bertahap dan teratur yang menjurus kepada sasaran yang dikehendaki. Pengembangan disini mengandung pengertian perbuatan mengembangkan obyek wisata yang dimiliki oleh daerah dalam rangka meningkatkan Pendapatan Asli Daerah. Proses peningkatan Pendapatan Asli Daerah sangat berkaitan dengan upaya-upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah setempat, sehingga dengan adanya upaya-upaya tersebut maka diharapkan Pendapatan Asli Daerah akan meningkat. Untuk lebih jelas kerangka berfikir dalam penelitian ini dapat dilihat dalam bagan dibawah ini



Gambar 1 : Kerangka pikir analisis strategi peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dalam pelaksanaan otonomi daerah di Kabupaten Mamuju.



### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **3.1 Lokasi Penelitian.**

Lokasi penelitian ini di Pemerintah Daerah Kabupaten Mamuju Propinsi Sulawesi Barat (penyebutan lokasi penelitian disesuaikan dengan berlakunya UU Nomor 22 Tahun 1999 dan penyebutan tersebut dipertahankan untuk menyebutkan lokasi penelitian). Pemilihan lokasi ini berdasarkan pada alasan karena Pemerintah Kabupaten Mamuju sesuai dengan fungsi otonomi yang menekankan pada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, sehingga Kabupaten Mamuju diharapkan untuk menjadi Daerah Otonom yang lebih luas. Maka dari Sistem Pemerintah Desentralisasi yang ada di Indonesia yang dalam pelaksanaan Otonomi Daerah (Kabupaten) seperti yang telah disyaratkan dalam Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintah Daerah bahwa Daerah Kabupaten berpeluang menjadi daerah yang berotonomi seluas-luasnya.

Adapun yang menjadi lokasi penelitian ini adalah : Sekretariat Kabupaten Mamuju dan Dinas Pendapatan Kabupaten Mamuju, Dinas-dinas pemungut di Kabupaten Mamuju Kantor Statistik, Mamuju, Bappeda Kabupaten Mamuju dan instansi terkait lainnya di Kabupaten Mamuju.

##### **3.2 Metode Penelitian.**

Sesuai dengan dasar penelitian pemikiran ini dan selaras akan masalah serta tujuan penelitian yang diajukan, maka tipe penelitian yang diajukan dalam

kajian ini adalah penelitian kualitatif. Peneliti bermaksud mengembangkan konsep dan menghimpun fakta yang hipotesis yang dicari atau ditemukan dengan didukung atau ditunjang oleh data dan apakah hal itu benar. Selanjutnya obyek penelitian ini akan digambarkan atau dilukiskan sesuai fenomena di lapangan.

Karakteristik dalam penelitian kualitatif menurut Lincoln dan Guba (1985) ada sepuluh karakteristik yaitu : latar alamiah, manusia sebagai alat (instrument), metode kualitatif, analisis data secara induktif, teori dari dasar (grounded theory), deskriptif, lebih mementingkan proses daripada hasil, adanya “batas yang ditentukan oleh “focus”, adanya criteria khusus untuk keabsahan data, dan desain yang bersifat sementara (Moleong, 1988 : 4). Jadi dari pendapat tersebut dalam penelitian kualitatif salah satu criteria yang harus dipenuhi adalah deskriptif. Pada penelitian kualitatif, teori dibatasi pada pengertian : suatu pernyataan sistematis yang berkaitan dengan seperangkat proposisi yang berasal dari data dan diuji kembali secara empiris (Moleong, 1988 : 8).

Metode dalam penelitian ini akan lebih menekankan pada kualitatif deskriptif, seperti yang diungkapkan oleh Moleong (1994 : 103) dimana : salah satu ciri penelitian kualitatif adalah deskriptif, dengan suatu proses pengumpulan dan analisis data secara sistematis dan intensif untuk mendeskripsikan fenomena yang ada.

### **3.3 Fokus Penelitian.**

Seperti yang dikatakan oleh Moleong (1997 : 62) bahwa “masalah dalam penelitian diskriptif kualitatif dinamakan fokus, “Penelitian diskriptif kualitatif

menghendaki ditetapkannya batas dalam penelitian guna mempertajam fokus dan menetapkan lokasi penelitian, maka dalam penelitian ini masalah pokok yang menjadi fokus adalah :

- a. Kondisi Keuangan Daerah meliputi :
  - Komposisi APBD
  - Perbandingan PAD dan APBD
  - Perkembangan PAD dan APBD
- b. Intensifikasi dan Ekstensifikasi PAD :
  - Intensifikasi
    - Mekanisme Pemungutan
    - Kebijakan dalam Pemungutan
  - Ekstensifikasi
    - Kegiatan (obyek) yang dapat dikenai pungutan.
    - Biaya-biaya administratif pemungutan.

#### **3.4 Teknik Pengambilan Sampling.**

Teknik Sampling dalam penelitian kualitatif berbeda dengan pengambilan sampling dalam penelitian kuantitatif (non kuantitatif). Teknik penarikan sampling dalam penelitian ini berdasarkan penarikan *sampel bertujuan*, seperti yang dikemukakan oleh Lincoln dan Guba (dalam Moleong, 1988 : 165), konteks itu kritis sehingga masing-masing konteks akan ditangani dari segi konteksnya

sendiri. Agar hasil penelitian dapat berlaku bagi populasi, maka sampel yang diambil haruslah cukup representatif, yaitu dapat mewakili populasi dalam arti semua ciri-ciri atau karakteristik yang akan diambil.

Seperti yang disebutkan di depan, penarikan sample yang dipilih dalam penelitian ini adalah sampel bertujuan (*purposive sample*). Selanjutnya sampel akan bergerak mengikuti kaidah *snow ball*, yaitu mencari informen selanjutnya untuk mencari dan menggali data berdasarkan informasi yang masuk dan pertimbangan kecukupan informasi yang diperlukan (kejenuhan) (Moleong, 1988 : 165).

Penarikan sampel ini dimaksudkan untuk memperoleh data primer berkaitan dengan informasi-informasi yang langsung diperoleh dari pelaku-pelaku dan terkait dengan keuangan Daerah Kabupaten Mamuju. Di samping itu teknik sampling ini digunakan sebagai pembandingan dengan data-data sekunder yang diperoleh melalui teknik-teknik yang dirujuk dalam pengambilan data.

Dalam penelitian diskriptif kualitatif pada umumnya menyangkut masalah validitas maupun obyektifitas. Untuk memenuhi dua kriteria tersebut dapat ditempuh melalui beberapa prosedur : pertama, mengkategorikan data primer dan sekunder yang dilakukan dengan system pencatatan yang relevan, dan kedua, melakukan kritik atas data sekunder yang telah tersedia. Kritik ini ditujukan untuk melakukan kontrol apakah data tersebut sangat relevan digunakan (Nawawi, 1991 : 73).

### **3.5 Teknik Pengumpulan Data.**

Dari penelitian ini teknik pengumpulan data, baik data Primer maupun Sekunder, digunakan teknik-teknik sebagai berikut :

- a. Wawancara atau Interview, peneliti lakukan untuk memperoleh data-data primer, yang dilakukan dengan mengadakan tanya jawab langsung pada pihak-pihak yang berkepentingan. Mode ini diaplikasikan untuk menggalidata dari para Pimpinan dan Kepala Instansi (Informan) yang terkait dengan Keuangan Daerah dan dipilih berdasarkan data yang dibutuhkan.
- b. Dokumentasi adalah teknik untuk mendapatkan data selain dengan wawancara (data dokumen), peneliti merujuk pada teknik dokumentasi yaitu pengumpulan data melalui bahan-bahan tertulis berupa Peraturan Daerah. Bahan-bahan laporan dan arsip-arsip yang tersedia, serta kebijakan-kebijakan yang diambil Pemerintah Kabupaten Mamuju dalam hal Keuangan Daerah.

### **3.6 Analisa Data.**

Pada dasarnya data-data yang diperoleh, dianalisis secara kualitatif dengan menggunakan SWOT, analisis deskriptif dalam program komputer ini selanjutnya diadakan interpretasi.

Berkaitan dengan perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan daerah Kabupaten / Propinsi undang-undang yang berlaku telah bergeser yaitu dengan berlakunya undang-undang nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah dan berlakunya undang-undang nomor 22 tahun

1999 tentang Pemerintahan Daerah dan untuk menjelaskan Posisi Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat.

Untuk menganalisa Strategi Peningkatan Pendapatan Asli Daerah ( PAD ) dalam rangka Pelaksanaan otonomi Daerah di Kabupaten Mamuju serta menunjukkan Keuangan Daerah yang efisien dan efektif dalam pelaksanaan otonomi daerah tersebut, dengan system Desentralisasi yang dikembangkan menggunakan Analisis SWOT.

Analisis ini didasarkan secara internal memilih kekuatan (STRENGTHS) dan kelemahan (WEAKNESSES) dan Analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi organisasi dalam hal ini organisasi di lingkungan Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju.

Analisis ini didasarkan pada logika yang dapat memaksimalkan kekuatan (STRENGTHS) dan peluang (OPPORTUNITIES), namun secara bersamaan dapat meminimalkan kelemahan (WEAKNESSES) serta ancaman (THRESTS).

Berdasarkan Analisis SWOT pilihan yang paling dominan adalah Strategi SO yaitu strategi memanfaatkan seluruh kekuatan untuk membuat dan memanfaatkan peluang yang sebesar-besarnya dengan cara :

1. Meningkatkan kualitas SDM dan Mitra Pelayanan yang optimal.
2. Meningkatkan dan mengefektifkan sosialisasi Perda secara berkala.
3. Mengusahakan pelatihan bidang perpajakan secara berkala dan pemutakiran data.

Menetapkan strategi baru dalam memungut Pajak dan lebih memperhatikan kualitas dan mutu pelayanan terhadap wajib pajak

Analisis SWOT, digunakan untuk melihat Kekuatan dan kelemahan serta peluang dan ancaman yang dihadapi oleh Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju, dalam mengembangkan strategi peningkatan pendapatan asli daerah dalam pelaksanaan otonomi daerah.

2. Analisis deskriptif, digunakan untuk menerangkan informasi mengenai data sekunder pendapatan daerah Kabupaten Mamuju serta menggambarkan peningkatan keuangan daerah dari waktu ke waktu berdasarkan butir pendapatan (sektor pajak, sektor retribusi, bagian laba usaha daerah, lain-lain pendapatan, bagi hasil pajak dan bagi hasil bukan pajak. Analisis ini akan dibantu dengan berbagai sarana statistik berupa matrik, persentase.

### **3.7 Keabsahan Data.**

Keabsahan data dalam penelitian ini mengacu pada (Moleong, 1988 : 173) dengan menggunakan empat kriteria :

1. Kredibilitas (credibility)

Konsep yang menggantikan validitas internal kuantitatif, dan kriteria ini berfungsi untuk melaksanakan *inkuiri* sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai. Selanjutnya untuk memperlihatkan derajat kepercayaan temuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti dengan cara :

- a. Memperpanjang masa observasi, dengan memperpanjang waktu penelitian sehingga dapat diedit dan kemudian diadakan pengecekan kembali ke lapangan.
- b. Pengamatan secara seksama atau tekun, kegiatan ini dilakukan dengan mengadakan pengulangan pengamatan dalam kegiatan pelaku atau actor yang menjadi subyek penelitian.
- c. Membicarakan dengan orang lain (*peer debriefing*) sebagai usaha untuk memenuhi derajat kepercayaan.
- d. Triangulasi adalah untuk mengecek kebenaran data tertentu dengan membandingkan dengan data yang diperoleh dari sumber lain. Pada berbagai fase penelitian, pada waktu yang berlainan, dan dalam penelitian ini metode tersebut digunakan untuk menguji data dari para informan dengan dokumen yang ada.
- e. Mengadakan cek.

Mengecek ulang secara garis besar setelah wawancara dengan para informan penelitian.

## 2. Keteralihan (transferability)

Untuk memenuhi kriteria ini maka berusaha untuk menyajikan hasil penelitian dengan memperkaya wacana ilmiah melalui suatu deskripsi secara terperinci.

## 2. Ketergantungan (dependability)

Hal yang berkaitan dengan kemampuan hasil studi untuk diulang kembali atau dibuat replikasi atau uji ulang, yakni mengganti konsep reliabilitas



dengan dependabilitas, disamping itu juga digunakan teknik-teknik yang dipakai untuk kredibilitas.

3. Kepastian (confirmability).

Untuk mewujudkan kepastian atas hasil penelitian ini maka peneliti mendiskusikan dengan pembimbing. Setiap tahap dalam penulisan tesis ini maupun konsep yang dihasilkan dari lapangan dikonsultasikan dengan pembimbing. Dengan demikian diperoleh masukan untuk menambah kepastian dari hasil penelitian.

-

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### a. Latar Belakang Masalah

Sebagian besar wanita yang berada pada usia reproduktif (85 s/d 97 %) mengeluh terhadap nyeri somatis dan gangguan mental yang timbul sebelum menstruasi (*Suparman, 2011*)

Sindrom prahaid, yang dikenal juga dengan terminologi "*Premenstrual Syndrome*" (PMS), merupakan suatu kumpulan keluhan dan atau gejala fisik, emosional dan perilaku yang terjadi pada wanita usia reproduktif; yang muncul secara siklik dalam rentang waktu 7-10 hari sebelum menstruasi dan menghilang setelah darah haid keluar yang terjadi pada suatu tingkatan yang mampu mempengaruhi gaya hidup dan pekerjaan wanita tersebut (*Suparman E, 2012*)

Hasil studi lain yang dilakukan di Iran bahwa ditemukan sekitar 98,2% mahasiswi yang berumur 18-27 tahun mengalami paling sedikit 1 gejala *premenstrual syndrome* derajat ringan atau sedang. Keseluruhan bukti menyatakan bahwa *premenstrual syndrome* adalah sebuah bentuk gangguan yang umum dialami oleh remaja di Asia (*Mahin, 2011*).

Remaja putri yang mengalami *premenstrual syndrome* ini berhubungan dengan kualitas hidupnya. Gejala yang dirasakan remaja ini

dapat mempengaruhi fungsi sekolah dan interaksi sosial (Mahin, 2011). Dalam *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (Premenstrual Syndrome: The Experience from a Sample of Sri Lanka Adolescents)* kejadian *premenstrual syndrome* akan mengganggu aktivitas sekolah dan aktivitas sehari-hari sehingga dapat menurunkan kualitas hidup remaja (Candranatte, 2011). Selain itu juga menurut Brigitta (2010) bahwa ada keterkaitan antara *premenstrual syndrome* dengan hipertensi primer pada wanita.

Borenstein J et al dalam penelitian yang dilakukan terhadap wanita di Amerika Serikat menunjukkan hubungan antara sindrom premenstruasi dan tingkat ketidakhadiran pekerja meningkat pada waktu kerja, sehingga menurunkan efisiensi produktifitas pada waktu bekerja dan pada akhirnya akan menjadi masalah dalam pembayaran gaji para wanita dengan Sindrom Premenstruasi.

Menurut Htay TT (2003) dari berbagai teori etiopatogenesis *premenstrual syndrome*, ketidakseimbangan hormon estrogen-progesteron merupakan salah satu hipotesis klasik yang hingga kini masih banyak dianut para ahli.

Untuk memperoleh pengertian yang lebih baik terhadap faktor penyebab potensial dari Premenstrual syndrom dan bagaimana zat gizi

mempengaruhi biokimia wanita adalah penting untuk mengetahui siklus menstruasi.

Siklus menstruasi terdiri atas fase folikuler dan fase luteal yang merupakan hasil dari interaksi yang kompleks antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium. Fase folikuler awal memiliki karakteristik berupa Kadar FSH yang tinggi memicu pertumbuhan folikel sementara estrogen berfungsi sebagai sintesis dan poliferasi dari endometrium. Estrogen akan mengikat secara cepat pada saat terjadi pematangan folikel yang akan merangsang Luteinizing hormon. Hormon ini akan merangsang ovulasi yang muncul 14 hari sebelum menstruasi dan berakhir pada saat berhentinya fase folikuler (*Bobak, 2004*)

Disekitar masa subur, fluktuasi kadar kolesterol paling tampak. Tepat pada puncak masa subur (fase ovulasi), kadar HDL (kolesterol baik) akan melonjak dibandingkan pada fase yang lain. Fase tersebut merupakan puncak kenaikan hormon estrogen. Dimulai pada fase tersebut, kadar LDL (kolesterol jahat), trigliserida dan kolesterol total mengalami penurunan dan mencapai titik terendah sesaat menjelang menstruasi (*Rosdiana R, 2012*)

Pada fase Luteal LH menyebabkan sel granulosa dari folikel yang ruptur dan akan membentuk corpus luteum, yang akan menghasilkan progesteron dalam jumlah besar dan sedikit estrogen (*Bobak, 2004*)

Berbagai keluhan yang mungkin terjadi menjelang menstruasi disebabkan oleh perubahan kadar hormon *estrogen*, dan hormon *progesteron*, yang diproduksi oleh ovarium, serta peningkatan LH (*luteinizing hormone*) dan FSH (*follicle-stimulating hormone*) yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis *anterior* (Bobak, 2004). Namun, yang paling berpengaruh secara klinis terhadap tubuh adalah hormon *estrogen*. Menurut Hutabarat (2009) dengan *estrogen*, kolesterol jahat (LDL) menurun, dan sebaliknya kolesterol baik (HDL) meningkat yang dapat mencegah terjadinya pengendapan di pembuluh darah

Hubungan kuat terjadi antara perubahan serum kolesterol dengan perubahan berat badan sejak dewasa muda hingga usia pertengahan. Setiap peningkatan 1 kg/m<sup>2</sup> IMT berhubungan dengan peningkatan kolesterol total plasma sebesar 7,7 mg/dl dan penurunan tingkat HDL sebesar 0,8 mg/dl. Studi-studi tentang metabolisme telah mendokumentasikan bahwa obesitas menghasilkan peningkatan angka sintesis kolesterol endogen yaitu 20 mg setiap hari untuk kilogram kelebihan berat badan dan peningkatan LDL serta angka produksi trigliserida (Denke, 2006)

Dalam sebuah penelitian di Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, pemeriksaan yang melibatkan sejumlah partisipan wanita, dengan hanya 5 persen yang

memiliki kadar kolesterol total di atas 200 mg/dL. Namun dalam 14 kali pemeriksaan yang dilakukan pada waktu yang acak, 19,7 persen partisipan mencapai kadar tersebut sedikitnya dalam 1 kali pemeriksaan.

Faktor hormonal merupakan faktor dominan penyebab *premenstrual syndrome* yaitu ketidakseimbangan kadar estrogen. Sumber pembuatan estrogen itu sendiri adalah lemak tubuh terutama lemak jaringan perifer yang dapat diprediksi dengan pengukuran indeks massa tubuh (Setyowati,2006). Selain itu pengukuran lingkar perut juga akan mengindikasikan kuantitas lemak di perifer. Lingkar pinggang merupakan pengukur distribusi lemak abdominal yang mempunyai hubungan erat dengan indeks massa tubuh (Bell et al., 2001).

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Makassar terhadap 90 orang mahasiswi yang mengalami *premenstrual syndrome* terdapat 58% derajat ringan, 42% derajat sedang, dan 0% derajat berat sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kadar profil lipid (HDL & LDL) serum untuk mengidentifikasi hubungannya dengan derajat *premenstrual syndrome*.

#### **b. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas timbul pertanyaan penelitian yang dirumuskan sebagai berikut :

1. Apakah IMT berhubungan dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur?

2. Apakah lingkaran pinggang berhubungan dengan derajat premenstrual syndrome pada wanita usia subur?
3. Apakah kadar profil lipid (HDL & LDL) serum berhubungan dengan derajat Premenstrual Syndrome pada wanita usia subur?

### **c. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan IMT, lingkaran pinggang, kadar profil lipid (HDL & LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui derajat kejadian *Premenstrual Syndrome*.
- b. Mengetahui IMT wanita subur yang mengalami *premenstrual syndrome*.
- c. Mengetahui lingkaran pinggang wanita usia subur yang mengalami *premenstrual syndrome*.
- d. Mengetahui kadar profil lipid (HDL & LDL) serum wanita usia subur yang mengalami *premenstrual syndrome*.
- e. Mengetahui hubungan IMT dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.
- f. Mengetahui hubungan lingkaran perut dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.

- g. Mengetahui hubungan kadar profil lipid (HDL & LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur .

#### **d. Hipotesis**

1. Ada hubungan antara IMT dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.
2. Ada hubungan antara lingkaran pinggang dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.
3. Ada hubungan antara kadar profil lipid (HDL & LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia subur.

#### **e. Manfaat Penelitian**

1. Memberi gambaran IMT, lingkaran pinggang, kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum pada berbagai derajat *Premenstrual Syndrome* .
2. Melalui penelitian ini, maka akan menambah wawasan pengetahuan bagi peneliti tentang hubungan kadar profil lipid (HDL dan LDL) serum pada derajat Premenstruasi Sindrom (PMS).



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Indeks Massa Tubuh (IMT)

Indeks massa tubuh (IMT) adalah nilai yang diambil dari perhitungan antara berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) seseorang. IMT dipercayai dapat menjadi indikator atau menggambarkan kadar adipositas dalam tubuh seseorang. IMT tidak mengukur lemak tubuh secara langsung, tetapi penelitian menunjukkan bahwa IMT berkorelasi dengan pengukuran secara langsung lemak tubuh seperti *underwater weighing* dan *dual energy x-ray absorptiometry* (Grummer-Strawn LM *et al.*, 2002). IMT merupakan alternatif untuk tindakan pengukuran lemak tubuh karena murah serta metode skrining kategori berat badan yang mudah dilakukan.

Penggunaan Indeks Massa Tubuh (IMT) hanya berlaku untuk orang dewasa yang berusia 18 tahun keatas. IMT tidak diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan. Disamping itu pula IMT tidak dapat diterapkan dalam keadaan khusus (penyakit) lainnya seperti edema, asites dan hepatomegali (Supriasa, 2001)

Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus berikut:

Menurut rumus metrik:

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

Untuk kepentingan Indonesia, batas ambang dimodifikasi lagi berdasarkan pengalaman klinis dan hasil penelitian di beberapa negara berkembang. Pada akhirnya diambil kesimpulan, batas ambang IMT untuk Indonesia adalah sebagai berikut :

<b>Klasifikasi</b>	<b>IMT (kg/m<sup>2</sup>)</b>
BB kurang ( <i>underweight</i> )	<18,5
Normal	18,5-24,9
BB lebih ( <i>overweight</i> )	25,0-29,9

Sedangkan untuk orang Asia dewasa, kategori IMT adalah sebagai berikut :

<b>Kategori</b>	<b>IMT (kg/m<sup>2</sup>)</b>
BB kurang	<18,5
BB normal	18,5 – 22,9
BB lebih	23
Preobesitas	23 – 24,5
Obesitas I	25 – 29,9
Obesitas II	>30

Berikut beberapa faktor yang berhubungan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) :

### **1. Usia**

Prevalensi IMT lebih (obesitas) meningkat secara terus menerus dari usia 20-60 tahun. Setelah usia 60 tahun, angka obesitas mulai menurun (*Hill, 2005*). Hasil survey kesehatan Inggris (2003) menyatakan bahwa kelompok usia 16-24 tahun tidak beresiko menjadi obesitas dibandingkan kelompok usia yang lebih tua. Kelompok usia setengah baya dan pensiun memiliki resiko obesitas lebih tinggi.

### **2. Jenis Kelamin**

Lebih banyak pria termasuk kategori kelebihan berat badan (*overweight*) dibandingkan wanita, sementara kebanyakan wanita termasuk kategori obesitas. Distribusi lemak tubuh juga berbeda berdasarkan jenis kelamin, pria cenderung mengalami obesitas visceral (abdominal) dibandingkan wanita. Proses-proses fisiologis dipercaya dapat berkontribusi terhadap meningkatnya simpanan lemak pada perempuan (*Hill, 2005*).

### **3. Genetik**

Beberapa bukti menunjukkan bahwa faktor genetik dapat mempengaruhi berat badan seseorang. Diperkirakan lebih dari 40% variasi IMT dijelaskan oleh faktor genetik. IMT sangat berhubungan erat dengan generasi pertama keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa

orangtua obesitas menghasilkan proporsi tertinggi anak-anak obesitas (*Hill, 2005*).

#### **4. Pola Makan**

Pola makan adalah pengulangan susunan makanan yang dapat dilihat ketika makanan itu dimakan. Terutama sekali berkenaan dengan jenis dan proporsinya, dan atau kombinasi makanan yang dimakan oleh individu, masyarakat atau sekelompok populasi. Penelitian menunjukkan bahwa orang-orang yang mengkonsumsi makanan tinggi lemak cepat mengalami peningkatan berat badan dibanding mereka yang mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat dengan jumlah kalori yang sama. Ukuran dan frekuensi asupan makan juga mempengaruhi peningkatan berat badan dan lemak tubuh (*Abramovitz, 2004*).

#### **5. Kebiasaan Merokok**

Kecenderungan seseorang mengalami peningkatan berat badan dapat diakibatkan oleh beberapa faktor misalnya berhenti merokok. Merokok menyebabkan peningkatan rasio metabolisme dan cenderung untuk menurunkan intake makanan dibandingkan dengan orang yang tidak merokok

#### **6. Aktivitas Fisik**

Aktivitas fisik mencerminkan gerakan tubuh yang disebabkan oleh kontraksi otot menghasilkan energi ekpenditur. Berjalan kaki, bertanam, menaiki tangga, bermain bola, menari, merupakan aktivitas

fisik yang baik untuk dilakukan. Untuk kepentingan kesehatan, aktivitas fisik haruslah sedang atau bertenaga serta dilakukan hingga kurang lebih 30 menit setiap harinya dalam seminggu. Untuk penurunan berat badan atau mencegah peningkatan berat badan, dibutuhkan aktifitas fisik sekitar 60 menit dalam sehari.

## **B. Konsep Lingkar Pinggang**

Selain IMT, metode lain untuk pengukuran antropometri tubuh adalah dengan cara mengukur lingkar pinggang (Bell *et al.*, 2005). Lingkar pinggang adalah ukuran antropometri yang dapat digunakan untuk menentukan obesitas sentral, dan kriteria untuk Asia Pasifik yaitu  $\geq 90$  cm untuk pria dan  $\geq 80$  cm untuk wanita (JAMA, 2001).

Pengukuran lingkar pinggang juga dapat mengindikasikan kuantitas lemak di perifer. Lingkar pinggang merupakan pengukur distribusi lemak abdominal yang mempunyai hubungan erat dengan indeks massa tubuh (Bell *et al.*, 2001).

Obesitas sentral (android, abdominal, visceral) adalah suatu keadaan di mana penimbunan lemak terjadi secara berlebihan dan jauh dibanding normal di daerah abdomen (Wajchendberg BL, 2000).

Lemak intraabdominal dan lemak subkutan abdominal lebih memiliki arti penting dibanding lemak subkutan yang ada di bokong dan ekstremitas bawah. Ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa adiposit

intraabdominal lebih bersifat lipolitik aktif daripada yang berasal dari simpanan lain.

IMT memiliki korelasi positif dengan total lemak tubuh, tetapi IMT bukan merupakan indikator terbaik untuk obesitas. Selain IMT, metode lain untuk pengukuran antropometri tubuh adalah dengan cara mengukur lingkar pinggang. Parameter penentuan obesitas merupakan hal yang paling sulit dilakukan karena perbedaan *cutt of point* setiap etnis terhadap IMT maupun lingkar pinggang. Sehingga IDF (*Internasional Diabetes Federation*) mengeluarkan kriteria ukuran lingkar pinggang berdasarkan etnis (Alberti, 2005).

<b>Lingkar pinggang berdasarkan etnis Negara/grup etnis</b>	<b>Lingkar pinggang (cm) pada obesitas</b>
Eropa	Pria >94 Wanita >80
Asia Selatan Populasi China, Melayu, dan Asia-India	Pria >90 Wanita >80
China	Pria >90 Wanita >80
Jepang	Pria >85 Wanita >90
Amerika Tengah	Gunakan rekomendasi Asia Selatan hingga tersedia data spesifik
Sub-Sahara Afrika	Gunakan rekomendasi Eropa hingga tersedia data spesifik
Timur Tengah	Gunakan rekomendasi Eropa hingga tersedia data spesifik

*Kriteria ukuran pinggang berdasarkan etnis*

## C. Konsep Profil Lipid

### 1. Metabolisme Lipid

Lipid adalah zat organik yang tersusun terutama oleh karbon, hidrogen dan oksigen; beberapa jenis lipid juga berisi nitrogen dan fosfor. Senyawa ini tidak larut dalam air, tetapi dapat larut dalam beberapa pelarut organik. Beberapa jenis lipid penting yang terdapat dalam plasma ialah : Kolesterol, trigliserida, fosfolipid dan asam lemak bebas (*Gruhn JG, 2000*)

Lipid merupakan suatu komponen penting bagi semua sel hidup yang berguna sebagai sumber cadangan energi yang disimpan dalam bentuk trigliserida. Dalam keadaan normal fosfolipid bersama-sama dengan kolesterol terdapat dalam membran sel untuk mempertahankan keadaan hidrofobik dari sel agar fungsi dan struktur sel tetap normal (*Voet D, 1995*)

Selain sebagai sumber energi yang efisien, lipid juga berguna sebagai bahan penyekat dalam jaringan subkutan dan disekitar organ-organ tertentu, juga pada sintesis hormon steroid dan sintesa asam empedu .

Karena sifat yang tidak larut dalam air, untuk beredar dalam tubuh diperlukan suatu sistem transport yang memungkinkan lipid tersebut dapat larut dalam plasma. Untuk itu lipid membentuk suatu kompleks makromolekul bersama dengan protein khusus yang disebut

*apoprotein*. Kompleks yang terbentuk tersebut mempunyai berat molekul yang tinggi yang disebut *lipoprotein*. Terdiri dari 2 bagian yaitu bagian dalam (inti) yang tidak larut, terdiri dari trigliserida dan ester kolesterol, dan bagian luar yang lebih larut, terdiri dari kolesterol bebas, fosfolipid dan apoprotein (*Praptoharjo U, 1999*)

**a. Fungsi dari apoprotein**

Apoprotein selain berfungsi untuk melarutkan lipid dalam darah, juga bertugas untuk mengarahkan transport dan metabolisme lipid seperti lipoprotein lipase. Akhir-akhir ini diketahui bahwa Apo-E memegang peranan penting dalam fungsi HDL untuk membawa kelebihan kolesterol dari perifer (termasuk sel endotel pembuluh darah) kembali ke hati (*Praptoharjo U, 1999*)

**b. Komposisi Lipoprotein**

Lipoprotein merupakan suatu bentuk kompleks kombinasi antara lemak dan protein (*Muchtadi et al., 1993*), yang digabungkan dengan ikatan non-kovalen yaitu interaksi hidrofob antara gugus non-polar lipid dengan molekul protein (*Wirahadikusumah, 1985*)

Lipoprotein dibagi menjadi beberapa jenis sesuai dengan berat jenisnya yang ditentukan dengan cara *ultrasentrifugasi* antara lain :



### 1) Klimikron

Trigliserida yang diabsorpsi dari makanan melalui usus halus akan diangkut dalam bentuk kilomikron (Trigliserida eksogen) sedang yang berbentuk endogen diangkut dalam bentuk VLDL-kolesterol. Komposisi utama dari kilomikron adalah trigliserida kurang lebih 85 - 95% apoprotein terutama Apo B dan beberapa Apo A dan Apo C.

### 2) VLDL (Very Density Lipoprotein)-Kolesterol

Mengandung 60-70% trigliserida endogen, 10-15% kolesterol, 10-15% fosfolipid dan 10% apoprotein (40% Apo B, 50% Apo C dan 10-15% Apoprotein lainnya)

### 3) IDL (Intermediate Density Lipoprotein)-Kolesterol

Lipoprotein ini sering disebut VLDL sisa yang merupakan bentuk transisi dari VLDL sebelum berubah menjadi LDL-Kolesterol dan dalam keadaan normal sulit untuk menentukan kadarnya dalam plasma oleh karena bentuk ini sangat cepat sekali berubah menjadi LDL-Kolesterol.

Umumnya hanya berkisar antara 2-6 jam. IDL-Kolesterol mengandung 40% Trigliserida, 30% Kolesterol, 20% fosfolipid serta 7 % Apoprotein.

### 4) LDL (Low Density Lipoprotein)-Kolesterol

LDL adalah lipoprotein dengan diameter 18 – 30 nm, mempunyai densitas 2,029 – 2,063 g/ml. LDL mengandung 35 –

45% kolesterol, 4% Triglicerida, 22 – 26% phospholipid dan 22 – 26% protein (*MichaeliL. Bishop dkk, 2000*)

Lipoprotein Densitas Rendah (LDL) merupakan lipoprotein pengangkut kolesterol terbesar untuk disebarkan keseluruh endotel jaringan perifer dan pembuluh nadi. LDL merupakan metabolit VLDL yang disebut juga kolesterol jahat karena efeknya yang aterogenik, yaitu mudah melekat pada dinding sebelah dalam pembuluh darah dan menyebabkan penumpukan lemak yang dapat menyempitkan pembuluh darah (*Dalimartha, 2002*)

LDL bersirkulasi dalam tubuh dan dibawa ke sel otot, lemak dan sel-sel lainnya. Pengatur utama kadar kolesterol darah adalah hati, karena sebagian reseptor LDL terdapat didalam hati. LDL disebut juga kolesterol jahat, karena kadar LDL yang tinggi menyebabkan kolesterol dalam arteri (*Sunita Almatsier, 2004*)

Lipoprotein dengan densitas rendah/LDL mempunyai fungsi utama untuk mengangkut kolesterol, yaitu lebih dari setengahnya dalam bentuk kolesterol ester (*Piliang dan Djojosoebagio, 2006*)

LDL menyediakan kolesterol bagi jaringan. Kolesterol adalah salah satu unsur pokok membran sel dan digunakan oleh

kelenjar untuk membentuk hormon steroid. Di hati dan kebanyakan jaringan ekstraseluler, LDL diambil melalui endositosis dengan perantara reseptor di *coated pits*. Reseptor tersebut mengenali komponen APO B-100 dari LDL tersebut. Reseptor tersebut juga mengikat APO E tetapi tidak mengikat APO B-48. (Ganong., W.F, 2005)

#### 5) HDL (High Density Lipoprotein)

HDL adalah lipoprotein yang mempunyai diameter paling kecil yaitu 5 – 12 nm, mempunyai densitas 1,063 – 1,21 g/ml. HDL mengandung 25 – 30% fosfolipid, 15 – 20% kolesterol, 3% Trigliserida dan 45 – 59% protein

Lipoprotein densitas tinggi (HDL) merupakan lipoprotein yang mengandung APO-A dan mempunyai efek antiaterogenik kuat sehingga disebut juga kolesterol baik. Fungsi utama HDL yaitu mengangkut kolesterol bebas yang terdapat dalam jaringan endotel jaringan perifer, termasuk pembuluh darah ke reseptor HDL di hati untuk dikeluarkan lewat empedu (Dalimartha, 2002)

HDL diduga sebagai kendaraan atau angkutan utama untuk transfer kolesterol dari jaringan-jaringan permukaan kembali ke dalam hati, suatu aktivitas yang seharusnya penting untuk pembuangan kolesterol. HDL mempunyai ratio protein,

lipida yang lebih tinggi daripada LDL atau VLDL dan kandungan fosfolipida melebihi kolesterol dan trigliserida. (*Linder, 1992*)

Dalam keadaan mantap (*steady state*), kolesterol keluar masuk sel. Kolesterol nampaknya keluar dari sel melalui salah satu dari ABC *cassette protein* dan kolesterol ini diserap oleh HDL. Lipoprotein ini disintesis di hati dan usus. Sekarang sudah berhasil diidentifikasi di kolon reseptor HDL tersendiri. Reseptor ini terutama dijumpai di kelenjar endokrin yang membuat hormon steroid dan di hati. Sistem HDL memindahkan kolesterol ke hati, yang kemudian diekskresikan di empedu. Dengan cara ini kolesterol plasma dapat diturunkan (*Ganong., W.F, 2005*)

## **2. Peranan dan Fungsi Fosfolipid**

Peranan berbagai fosfolipid dalam tubuh adalah sebagai berikut :

### **a. *Trigliserida***

Merupakan simpanan yang utama pada manusia dan merupakan 95% jaringan lemak tubuh. Didalam plasma trigliserida terdapat dalam berbagai konsentrasi diberbagai fraksi lipoprotein. Secara umum dapat dikatakan bahwa semakin tinggi konsentrasi trigliserida, maka semakin rendah kepadatan (densitas) dari lipoprotein. Pembawa utama trigliserida dalam plasma adalah kilomikron dan VLDL (*Voet D, 1995*)

**b. Kolesterol**

Kolesterol adalah alkohol steroid yang strukturnya mempunyai inti *siklopentanoperhidrofenatren*.

Dalam tubuh manusia steroid ini merupakan kunci yang memperantai berbagai biosintesa steroid antara lain asam empedu, hormon adrenokortikal, androgen dan estrogen.

Dalam tubuh manusia kolesterol terdapat dalam bentuk bebas (tidak teresterifikasi) dan dalam bentuk kolesterol ester (esterifikasi).

Dalam keadaan normal sekitar dua pertiga kolesterol total plasma dalam bentuk ester. Sekitar 60-75% kolesterol diangkut oleh LDL dan dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sangat bermakna (15-25%) diangkut oleh HDL.

**c. HDL (*High Density Lipoprotein*)**

Pada tahun 1951 dikemukakan bukti bahwa manusia yang mempunyai kadar HDL yang meningkat sulit/kecil kemungkinan menderita aterosklerosis. Juga wanita sebelum mengalami menopause memperlihatkan kadar HDL yang lebih tinggi dari pada pria dewasa dengan usia sebaya. Perbedaan ini dijabatani secara hormonal, melindungi wanita sebelum menopause terhadap kemungkinan aterosklerosis. Penelitian epidemiologik menyatakan

bahwa manusia dengan tingkat HDL tinggi terhindar dari aterosklerosis.

**d. LDL (*Low Density Lipoprotein*)**

Merupakan bagian kecil asam lemak plasma yang tidak terseterifikasi oleh gliserol sehingga sering disebut juga sebagai asam lemak bebas (FFA =Free Fatty Acid)

Dalam tubuh diangkut dalam kompleks dengan albumin.

Dalam keadaan puasa diperoleh sebagai hasil hidrolisis dari trigliserida pada jaringan lipid dan dalam jumlah yang lebih sedikit lagi dari hidrolisis lipoprotein yang kaya trigliserida didalam sirkulasi.

Dalam beberapa keadaan metabolik tertentu, seperti misalnya bila makanan mengandung kolesterol dalam jumlah banyak ada kemungkinan bahwa beberapa LDL disekresi langsung oleh hati. Orang yang dalam plasma mereka mempunyai kolesterol LDL tinggi menanggung resiko lebih besar menderita aterosklerosis.

### **3. Hubungan Profil lipid dengan Estrogen**

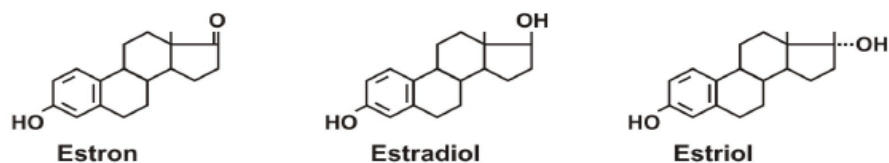
Estrogen merupakan hormon steroid derivat kolesterol yang disintesis di ovarium. Kolesterol disintesis didalam kelenjar atau diambil dari plasma. Kajian dengan dengan sel-sel adrenal menunjukkan bahwa HDL adalah komponen plasma yang memberikan kolesterol pada kelenjar.

Bila tidak segera digunakan untuk sintesa hormon steroid, kolesterol disimpan di dalam kelenjar sebagai ester kolesterol (*Montgomery R, 1992*)

Estrogen dikenal sebagai hormon wanita yang utama bersama dengan hormon progesteron, karena mempunyai peranan penting dalam pembentukan tubuh wanita dan mempersiapkan fungsi reproduksi wanita secara khusus seperti terjadinya kehamilan, juga pertumbuhan payudara dan panggul. Disisi lain vagina, uterus dan organ wanita lainnya sangat tergantung pada keberadaan estrogen pada tubuh hingga usia dewasa. Pengaturan estrogen membuat terjadinya perubahan setiap bulannya dan mempersiapkan uterus untuk terjadinya kehamilan. Estrogen merupakan hormon steroid dengan 10 atom C dan dibentuk terutama dari 17 – ketosteroid androstendion. Estrogen alamiah yang terpenting adalah estradiol (E2, Estron (E1), dan Estriol (E3). Secara biologis , estradiol adalah yang paling aktif. Perbandingan khasiat biologis dari ketiga hormon tersebut  $E2 : E1 : E3 = 10 : 5 : 1$  . Potensi estradiol 12 kali potensi estron dan 8 kali estriol sehingga estradiol dianggap sebagai estrogen utama (*Speroff et al, 2005*)

Selain di ovarium, estrogen juga disintesis di adrenal, plasenta, testis, jaringan **lemak** dan susunan saraf pusat dalam jumlah kecil. Hal ini menyebabkan wanita mempunyai kadar estrogen yang rendah setelah menopause. Karena sel lemak juga dapat mensintesis estrogen dalam

jumlah sedikit, wanita gemuk yang memasuki menopause mungkin akan mengalami beberapa keluhan seperti *hot flashes* dan osteoporosis, kedua keluhan ini berhubungan dengan penurunan estrogen (Baziad, 2003) : Speroff et al 2005



**Gambar 2. 2 Struktur kimia Estrogen (dikutip dari Speroff et al., 2005)**

**Gambar 1. Struktur kimia Estrogen (dikutip dari Speroff et al.,2005)**

Keuntungan yang penting dari estrogen adalah merangsang pertumbuhan tulang dan membantu mempertahankan kesehatan tulang, juga melindungi jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan kolesterol baik (HDL), serta menurunkan kolesterol jahat (LDL).

Dalam keadaan normal sekitar 2/3 kolesterol total plasma terdapat dalam bentuk ester. Sekitar 60-70% kolesterol diangkut oleh LDL dan dalam jumlah yang lebih sedikit, tetapi sangat bermakna (15-25%) diangkut oleh HDL. Dengan demikian HDL ini membawa kelebihan kolesterol dari perifer (termasuk sel endotel pembuluh darah kembali ke hepar)

Kadar tinggi HDL, kadar rendah LDL, kolesterol total, trigliserida bersifat kardioprotektif . Peningkatan kejadian dislipidemia yang terjadi



pada wanita menopause kemungkinan disebabkan oleh hilangnya proteksi estrogen yang berdampak pada kadar lipoprotein dan kolesterol. (Praptoharjo U, 1999)

#### **4. Cara Pemeriksaan**

##### **a. Pemeriksaan HDL**

Pemeriksaan HDL dilakukan dengan serum atau plasma. Terlebih dahulu serum ditambahkan suatu pereaksi untuk mengendapkan partikel-partikel lipoprotein selain HDL. Selanjutnya supernatant yang diperoleh digunakan untuk pemeriksaan kadar HDL.

*(Francis K. Widmann, M.D, 2002)*

##### **b. Pemeriksaan LDL**

Kadar LDL pada umumnya diestimasi dengan rumus yang disusun oleh Friedewald, Levy dan Fredicson sebagai berikut :

$$\text{LDL} = \text{total Kolesterol} - (\text{HDL} + 1/5 \text{Trigliserida})$$

Jika kadar trigliserida diatas 400 mg/dl, kadar LDL tidak dapat diestimasi dengan rumus di atas, sehingga harus dilakukan pemeriksaan kolesterol direk yang dapat mendeteksi perubahan kadar LDL yang kecil. Untuk menghitung kadar LDL terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan kadar kolesterol total, trigliserida dan HDL *(Iman, Soeharto, 2001)*

## 5. Nilai Normal

Untuk menilai tinggi rendahnya kadar HDL, LDL dalam darah dibandingkan dengan nilai standar. Nilai standar yang dibuat oleh National Institute Health (NIH) – USA adalah sebagai berikut :

Angka standar HDL :

- Normal :  $\geq 45$  mg/dl
- Tinggi : 35 – 45 mg/dl
- Rendah :  $\leq 35$  mg/dl

Angka standar LDL:

- Normal :  $\leq 130$  mg/dl
- Rendah : 131 – 159 mg/dl
- Tinggi :  $\geq 160$  mg/dl

### D. Konsep Premenstrual Syndrome

#### 1. Pengertian Premenstrual Syndrome (PMS)

Menurut Reeder, et al. (1997) *premenstrual syndrome* (PMS) merupakan sekumpulan gejala yang kompleks dan berulang, berkenaan dengan siklus fisik, perilaku, dan gejala-gejala emosional. Sedangkan menurut Youngson (2002), *Premenstrual Syndrome* (PMS) atau *Premenstrual Tension* (PMT) merupakan keadaan ketegangan mental yang meningkat disertai berbagai gejala fisik, yang mengenai beberapa wanita diantara waktu ovulasi dan mulainya daur menstruasi, dan gejala akan membaik segera setelah darah menstruasi keluar.

*Premenstrual syndrome* merupakan sekumpulan gejala-gejala afektif, kognitif, dan perilaku yang terjadi selama fase premenstruasi dari siklus menstruasi (*Parry and Rausach, 1995*)

Dalam Reeder, et al. (1997) *premenstrual syndrome* ini menurut para ahli diperkirakan diderita oleh sekitah 40 persen wanita usia subur di dunia, tapi dari yang terkena sindrom ini ada yang mengalami gangguan yang ringan sampai yang cukup berat sehingga mengganggu kegiatan sehari-hari (Parent, 2001), sedangkan menurut Ashburn (1992) kira-kira 80% wanita mengalami beberapa tingkatan distress sebelum mereka menstruasi, 20% sampai 40% mengalami gejala yang berat.

## **2. Gejala-gejala *Premenstrual Syndrome***

Gejala-gejala *premenstrual syndrome* biasanya tampak pada 4 sampai 10 hari sebelum menstruasi dan kembali membaik lagi setelah menstruasi berjalan, gejala-gejala *premenstrual syndrome* yang sering dialami yaitu:

- 1) Emosi yang labil.
- 2) Marah, mudah tersinggung, gelisah.
- 3) Kecemasan, depresi, merasa rendah diri.
- 4) Penurunan minat dalam bekerja atau melakukan aktivitas.
- 5) Letih, lesu, susah berkonsentrasi.
- 6) Perubahan nafsu makan, *food craving* terhadap asin dan manis (ingin

makan makanan asin dan manis), perubahan pola tidur.

- 7) Retensi cairan, kram, pelvis terasa lebih penuh, perut menjadi gembung, sakit kepala, dan *Breast Tenderness* atau payudara terasa membengkak (Reeder, et al., 1997)

Sedangkan menurut Bobak, et al. (1995) gejala-gejala *premenstrual syndrome* dimulai pada fase luteal kira-kira 7 sampai 10 hari sebelum menstruasi, gejala-gejala *premenstrual syndrome* berhubungan dengan edema (perut gembung, pelvis terasa penuh, edema ekstremitas bawah, *breast tenderness* atau payudara terasa membengkak, dan bertambahnya berat badan) atau ketidakstabilan emosi (depresi, tiba-tiba menangis, mudah tersinggung, serangan panik dan berkurangnya kemampuan berkonsentrasi), menurut Hsia Long (1990) yang dikutip oleh Bobak, et al. (1995) sakit kepala, lelah, nyeri punggung biasa dikeluhkan.

National Assosiation of Premenstrual Syndrome (1999) membagi gejala-gejala *premenstrual syndrome* menjadi dua kategori:

**a. *Psysical symptoms: bloating, breast tenderness,***

pembengkakan pada kaki, wajah, perut atau jari-jari tangan, penambahan berat badan, nyeri/kram perut, sakit kepala, perubahan nafsu makan, jerawat atau kemerahan pada kulit (*skin rashes*), konstipasi atau diare, otot atau sendi-sendi terasa kaku, sakit atau nyeri seluruh tubuh terutama punggung dan pinggang, menambah buruk epilepsy, migraen, asma, rinithis atau urtikaria.

**b. Psikologikal and emotional (affective) symptoms:**

*mood swings* atau ayunan suasana hati, depresi, mudah tersinggung, ketegangan atau menurunnya minat terhadap sesuatu, malas beraktivitas, tiba-tiba menangis (*crying spell*) dan merasa rendah diri, letih atau lesu dan merasa lelah, sulit berkonsentrasi, *food craving* (terutama makanan asin dan manis), kikuk atau kesulitan dalam berinteraksi, perubahan libido (*sexual desire*), gangguan tidur, agresif, kehilangan kontrol diri.

Sedangkan dalam Reeder, et al. (1997) gejala-gejala psikologis yang muncul membuat wanita merasa jika dirinya merasa mempunyai kepribadian ganda (Ashburn, 1992). Gejala-gejala yang cukup berat dapat sangat mengganggu pekerjaan, sekolah atau aktivitas sehari-hari. (Reeder, et al., 1997)

**3. Etiologi dan Patogenesis Premenstruasi Syndrome (PMS)**

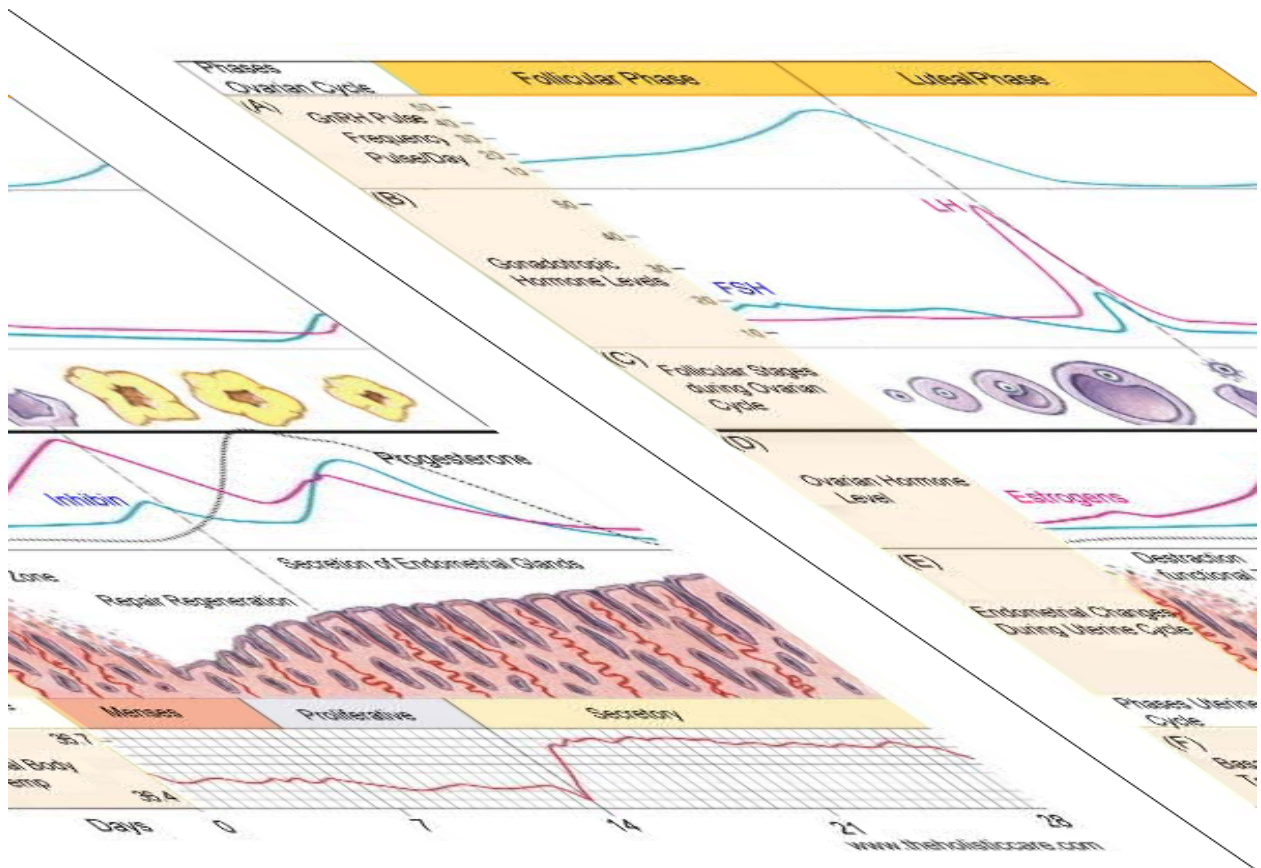
Untuk memperoleh pengertian yang lebih baik terhadap faktor penyebab potensial dari Sindrom Premenstruasi dan bagaimana zat gizi mempengaruhi biokimia wanita adalah penting untuk mengetahui siklus menstruasi. Siklus menstruasi terdiri atas

fase folikuler dan fase luteal yang merupakan hasil dari interaksi yang kompleks antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium.

Fase folikuler awal yang ditandai dengan menstruasi memiliki karakteristik berupa kadar hormon FSH yang tinggi dan kadar

hormon LH estrogen dan progesteron yang rendah. Kadar FSH yang tinggi memicu pertumbuhan folikel sementara estrogen berfungsi sebagai sintesis dan poliferasi dari endometrium. Estrogen akan meningkat secara cepat pada saat terjadi pematangan folikel yang akan merangsang Luteinizing hormon. Hormon ini akan merangsang ovulasi yang muncul 14 hari sebelum menstruasi dan berakhir pada saat berhentinya fase folikuler. Pada fase Luteal LH menyebabkan sel granulosa dari folikel yang ruptur dan akan membentuk corpus luteum, yang akan menghasilkan progesteron dalam jumlah besar dan sedikit estrogen.

Fase luteal ditandai dengan berkurangnya produksi ovarium terhadap estrogen dan peningkatan produksi progesteron oleh corpus luteum yang mencapai puncaknya pada pertengahan fase luteal, kadar LH dan FSH kembali rendah. Bila tidak terjadi fertilisasi ovum akan mengalami degenerasi menjadi corpus luteum yang akan menyebabkan turunnya kadar progesteron dan estrogen secara cepat. Penurunan kadar progesteron dan estrogen ini menghasilkan kerusakan dan peluruhan dinding endometrium, yang selanjutnya ditandai sebagai hari pertama dari siklus menstruasi berikutnya.



Gambar 1 Siklus Menstruasi

**Gambar 2. Siklus Menstruasi**

Etiologi dari sindrom ini bersifat multifaktor dan belum sepenuhnya dimengerti. Efek dari gangguan hormonal, terutama tingkatan progesteron yang rendah pada fase luteal, mengganggu fungsi dari aktifitas Adosteron yang mengakibatkan retensi air, ketidak seimbangan Hipofisis – Pituitary - Adrenal mengakibatkan sekresi yang tidak adekuat dari hormon adrenal, mengganggu sekresi dari neurotransmitter yang menghasilkan hiperprolactinemia fungsional kekurangan kalsium, magnesium ,piridoksin,

alkohol gangguan toleransi glukosa, obesitas dan faktor lingkungan seperti stres semua pernah dilakukan. Secara umum penyebab utama dari sindrom ini disebabkan oleh turunnya kadar progesteron pada fase luteal. Progesteron dapat menimbulkan kecemasan melalui kerja metabolisme dari progesteron terutama alopregnenolon yang merupakan neuron aktifator yang bekerja pada sistem gabah yang terdapat di otak. Namun data yang mengenai para partisipan yang mengalami gangguan hormonal permanen pada Sindrom Premenstruasi masih sangat kurang, kadar progesteron tidak selalu berubah pada wanita penderita Sindrom Premenstruasi. Sindrom Premenstruasi dipercaya berkaitan dengan metabolit neurobolit progesteron termasuk metabolit yang secara spontan yang dihasilkan didalam saraf pusat. Metabolit yang paling utama adalah  $3\text{-}\alpha\text{-hidroksi-5-}\alpha\text{-dihidroprogesteron}$  dan  $3\text{-}\alpha\text{-5-tetra hidrodioksi korticosteron}$ .

Komponen-komponen ini bersifat ansiolitik analgetik dan analstetik yang akan berinteraksi dengan reseptor gabah, yang merupakan reseptor utama penghambat reotramisi. Disisi lain pregnenolon sulfat (PS) yang dapat dihidrolisasi menjadi pregnenolon oleh steroid sulfat dan MMDA yang merupakan reseptor perantara susunan saraf pusat terhadap pertukaran kalsium interasel.



Perbedaan konsentrasi dari steroid diatas terbukti berkaitan dengan angka kejadian Sindrom Premenstruasi. Siklus menstruasi yang disertai dengan gejala Sindrom Premenstruasi yang parah pada fase premenstrual telah terbukti berkaitan dengan peningkatan level ekstradiol secara signifikan dan tampak penurunan dari progesteron. Semakin beratnya gejala Sindrom Premenstruasi yang terjadi pada siklus dengan level ekstradiol yang tinggi, pregnenolon, dan pregnenolon sulfat. Sementara level yang tinggi dari 3- $\alpha$ -OHDHP dan 3- $\alpha$ -THDOC berkaitan dengan keluhan Sindrom Premenstruasi yang sedang. Peningkatan keparahan dari gejala Sindrom Premenstruasi berkaitan dengan kadar yang lebih tinggi dari pregnenolon sulfat (PS) mempengaruhi proses perilaku dan memori penemuan ini menunjukkan peran yang penting dari steroid sebagai etiologi dari Sindrom Premenstruasi.

Pada fase luteal Sindrom Premenstruasi mempengaruhi proses perilaku dan memori penemuan ini mengkonfirmasi peran yang penting dari steroid sebagai etiologi Sindrom Premenstruasi. Lebih lanjut peran yang signifikan dari interaksi antara alkohol dan Gama amino butiric acid (GABA ) telah diformulasikan pada simtomatologi dari Sindrom Premenstruasi. Hal ini menunjukkan selama fase luteal terjadi penurunan alkohol yang menghasilkan penurunan Allopregnenolon di perifer. Mastalgia/mastodinia salah satu dari komposisi Sindrom

Premenstruasi, merupakan gejala yang sering dijumpai berkaitan dengan kelainan pada payudara.

**Levin et al** menyimpulkan suatu hipotesis bahwa regulasi normal dari vasodilator dan pemanjangan vaskularisasi pada saat fase luteal pada siklus menstruasi bertujuan untuk meningkatkan pelepasan endotelial Nitric Oxide (NO). Sebagai hasil akan muncul kadar estrogen dan progesteron yang maksimal pada fase ini. Kadar yang berlebih dari NO memiliki efek sistemik tambahan yang mungkin muncul sebagai Sindrom Premenstruasi. Obesitas dan insulin resisten diduga sebagai faktor terjadinya Sindrom Premenstruasi. Sama halnya dengan diet rendah kalsium dan vitamin D3 yang menyertai obesitas. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa hambatan reseptor dari serotonin meningkatkan sensitivitas jaringan terhadap insulin dan akan mengurangi indeks masa tubuh. **Susan thys et al** dalam penelitiannya perubahan siklus metabolisme kalsium pada yang berhubungan dengan siklus menstruasi dengan premenstrual sindrom dengan hasil terjadi penurunan kadar kalsium yang bermakna pada penderita premenstrual sindrom di bandingkan kelompok kontrol

#### **4. Pengukuran Tingkat Premenstrual Syndrome**

Penegakan diagnosa PMS dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen penilaian berupa kuesioner yang wajib diisi secara harian oleh penderita. Terdapat lebih dari 60 jenis kuesioner (baik yang disusun

secara individual oleh peneliti sendiri, disusun oleh peneliti lain atau merupakan kesepakatan sebuah lembaga) sudah digunakan dalam banyak penelitian oleh para ahli berbeda diseluruh dunia dengan tingkat validasi yang cukup bervariasi. Beberapa jenis kuesioner yang sering digunakan dalam penelitian PMS ialah :

1. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Depression Disorders*
2. *Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale*
3. *Menstrual Distress Questionnaire*
4. *Premenstrual Affective Form*
5. *Calendar of Premenstrual Experiences*
6. *Premenstrual Symptom Screening Tool*
7. *Premenstrual Symptom Diary*
8. *Prospective Record of the Impact and Severity of Menstrual Symptomatology.*

Selain itu terdapat modifikasi Kriteria PMDD dalam DSM-IV-TR yaitu Lembar Catatan Harian (LCH) yang menggunakan penggantian beberapa istilah dan penyederhanaan bahasa sehingga menjadi mudah difahami. LCH menjabarkan 11 keluhan dan/atau gejala PMS kedalam 22 pertanyaan yang lebih mudah diinterpretasi dan difahami penderita, sehingga memperkecil bias skoring keluhan dan/atau gejala yang dipersepsikan subjektif secara harian oleh penderita. Berikut dicantumkan daftar 22 pertanyaan dalam LCH (setara dengan 11 keluhan dan/atau gejala PMDD menurut DSM-IV-TR).

## 5. Pengelolaan Premenstrual Syndrome

Pengelolaan terhadap *premenstrual syndrome* untuk meringankan gejala dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan nonfarmakologi. Secara nonfarmakologi, pengelolaan *premenstrual syndrome* dapat dilakukan dengan perubahan gaya hidup seperti:

### 1. Diet

- Kurangi konsumsi kafein (kopi, teh, kola, coklat) yang akan menambah iritabilitas, insomnia, kecemasan dan kegelisahan.
- Hindari makan-makanan manis (kue, bolu, permen) untuk mencegah peningkatan abnormal dari gula darah yang akan diikuti dengan penurunan aliran dan sebuah periode dimana gula darah menjadi rendah (hipoglikemia).
- Kurangi asupan makanan yang asin atau banyak mengandung garam (chips, asinan) untuk mengurangi retensi cairan.
- Minum sekurang-kurangnya 2000 ml air per hari, tidak termasuk minuman lain pada jumlah ini.
- Makan porsi sedikit pasti sering 5 kali per hari untuk mencegah hipoglikemia, makanan kecil bisa mempertahankan keseimbangan gula darah, terutama buah-buahan segar dan sayur-sayuran, makanan yang mengandung vitamin B6 (piridoksin), karbohidrat kompleks dan produk susu tanpa lemak. Makan makanan yang mengandung B6 (piridoksin) dimana

*piridoksin* merupakan salah satu kofaktor penting dalam sintesis *neurotransmitter* yang mempengaruhi suasana hati (Gorrie, 1996), begitupun makan makanan yang tinggi karbohidrat bisa meningkatkan tingkat *serotonin* di dalam otak (Freeman, 2001).

- Hindari alkohol yang akan memperburuk depresi.

## 2. Olahraga

Tingkatkan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan dan menurunkan depresi. Aktivitas aerobik, seperti jogging atau berjalan beberapa kali dalam seminggu dianjurkan (Gorrie, 1996). Dengan melakukan olahraga minimal 30 menit bisa berefek langsung karena olahraga merangsang keluarnya hormon *endorphin* yang diperlukan untuk mendorong munculnya rasa gembira, sehingga orang merasa bersemangat dan tubuh menjadi lebih segar (Parent, 2001).

## 3. Istirahat dan tidur

Untuk mengurangi kelelahan dan keletihan serta melawan insomnia dengan:

- Tidur secara teratur, kurang lebih 7 sampai 8 jam setiap malam.
- Minum segelas susu yang tinggi triptofan yang dikenal untuk meningkatkan tidur.
- Jadwal olahraga pada pagi hari atau siang daripada sore hari.
- Melakukan aktivitas yang santai seperti membaca.

#### 4. Management stres

Gunakan teknik guided imageri, teknik relaksasi, mandi atau berendam di air hangat dan massage untuk mengurangi stress.

Pengelolaan *premenstrual syndrome* secara nonfarmakologi, harus dimonitor sedikit tidaknya selama tiga bulan. Jika gejala tidak mengalami perubahan, maka pengelolaan secara farmakologi perlu dipertimbangkan. Pengobatan diberikan sesuai dengan gejala yang muncul. Adapun beberapa obat yang sering digunakan untuk mencegah *premenstrual syndrome* adalah golongan SSRI, Deuretik, NSAID, Androgen, GnRH agonist (Dickerson, 2003).

#### 6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR)

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR) adalah suatu skoring harian melalui lembar catatan harian (LCH) yang diisi secara prospektif oleh penderita berdasarkan 11 keluhan dan/atau gejala *premenstrual syndrome* meliputi (Suparman, 2011) :

1. Perasaan tertekan, tak berguna, pikiran rendah diri yang nyata.
2. Kecemasan atau ketegangan yang nyata, perasaan terasingkan atau terpinggirkan.
3. Labilitas efek bermakna (perasaan mendadak sedih atau menangis, menjadi sensitif terhadap penolakan).

4. Kemarahan atau iritabilitas yang persisten dan nyata, atau meningkatnya konflik interpersonal.
5. Penurunan ketertarikan pada aktivitas rutin (pekerjaan, sekolah, teman atau kegemaran).
6. Perasaan subjektif sulit berkonsentrasi.
7. Kelemahan badan, cepat merasa lelah atau tidak bertenaga.
8. Perubahan nafsu makan atau minum yang nyata, keinginan berlebihan makanan atau minum sesuatu.
9. Hipersomnia atau insomnia.
10. Perasaan subjektif lepas kontrol.
11. Keluhan-keluhan fisik lain : nyeri atau pembengkakan payudara, nyeri kepala, nyeri otot dan sendi, kenaikan berat badan, perut kembung.

Penegakan diagnosis *premenstrual syndrome* berdasarkan LCH harus memenuhi semua kriteria diagnostik dalam DSM-IV-TR. Sistem skoring menggunakan angka '0' bila keluhan atau gejala tidak dirasakan penderita. Angka '1' diberikan jika timbul keluhan ringan namun tidak mengganggu, angka '2' jika timbul keluhan sedang dan agak mengganggu, serta angka '3' jika timbul keluhan berat dan sangat mengganggu aktivitas rutin di tempat kerja atau sekolah, maupun hubungan interpersonal penderita. Jumlah skor untuk 22 pertanyaan berkisar '0' untuk skor minimum dan '66' untuk skor maksimum.

Premenstrual syndrome ditegakan jika persentase perubahan rerata skor prahaid dengan rerata skor pasca haid sama dengan atau melebihi 30% (Suparman, 2011). Oleh karena variabilitas alami dari siklus haid maka pencatatan harian keluhan dan derajat premenstrual syndrome dilakukan minimal dua siklus haid berturut-turut (*Tampel, 2011*).

#### **E. Hubungan IMT dengan Derajat *Premenstrual Syndrome***

Faktor hormonal merupakan faktor dominan penyebab *premenstrual syndrome* yaitu ketidakseimbangan hormon estrogen. Sumber pembuatan estrogen itu sendiri adalah lemak tubuh terutama lemak jaringan perifer yang dapat diprediksi dengan pengukuran indeks massa tubuh (Setyowati,2006).

Menurut Yanne (2012) bahwa terdapat hubungan antara Indeks Massa Tubuh dengan sindrom pramenstruasi pada remaja.

Namun menurut sebuah penelitian lain yang dilakukan pada siswi menengah atas tentang hubungan Indeks Massa Tubuh dengan *premenstrual syndrome* bahwa berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan tidak ada hubungan indeks massa tubuh dengan kejadian *premenstrual syndrome* (Setyowati, 2006). Penelitian lain yang dilakukan oleh Sadler C (2010) juga menggambarkan tidak adanya hubungan antara IMT dengan *premenstrual syndrome*.



Menurut Masho (2005) bahwa beberapa studi tentang adanya hubungan *premenstrual syndrome* dengan obesitas yang dapat dinilai melalui IMT sangatlah sedikit karena hal ini berkaitan dengan jenis asupan nutrisi yang dikonsumsi oleh penderita *premenstrual syndrome*. Menurut Elizabeth R (2010) kekurangan vitamin D akan berkontribusi dengan kejadian *premenstrual syndrome*. Diet vitamin D akan berfungsi sebagai hormon prekursor – pemblok kuat hormon steroid dalam tubuh termasuk estrogen dan progesteron sebagai penyebab *premenstrual syndrome*, yang dikenal dengan *calcitriol* (Marcelle, 2011).

Faktor lain yang menyebabkan tidak adanya hubungan antara IMT dengan *premenstrual syndrome* adalah faktor umur. Menurut Elizabeth R (2010) bahwa IMT sebelum umur 27 tahun tidak berhubungan dengan derajat *premenstrual syndrome*. Meskipun adiposa pada usia muda tidak berhubungan dengan *premenstrual syndrome* namun adanya *premenstrual syndrome* pada wanita obesitas yang berusia 18 – 27 tahun kemungkinan juga dialami.

#### **F. Hubungan Lingkar Pinggang dengan Derajat *Premenstrual Syndrome***

Pengukuran lingkar pinggang juga dapat mengindikasikan kuantitas lemak di perifer . Lingkar pinggang merupakan pengukur distribusi lemak abdominal yang mempunyai hubungan erat dengan indeks massa tubuh

(Bell *et al.*, 2001). Sehingga kadar lemak yang menjadi sumber pembuatan estrogen yang merupakan faktor penyebab *premenstrual syndrome* pun dapat diprediksi melalui pengukuran lingkaran pinggang.

Obesitas sentral (android, abdominal, visceral) adalah suatu keadaan di mana penimbunan lemak terjadi secara berlebihan dan jauh dibanding normal di daerah abdomen (Wajchendberg BL, 2000).

Lemak intraabdominal dan lemak subkutan abdominal lebih memiliki arti penting dibanding lemak subkutan yang ada di bokong dan ekstremitas bawah. Ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa adiposit intraabdominal lebih bersifat lipolitik aktif daripada yang berasal dari simpanan lain. Sebuah riset yang dilakukan di Universitas Birmingham, Inggris menunjukkan bahwa sel lemak di sekitar pinggang bukanlah bongkahan lemak yang pasif melainkan sel-sel aktif berlebih yang dapat mengacaukan stabilitas insulin dan meningkatkan tekanan darah dan kolesterol dalam darah (Flier, 2005). Menurut Ren J (2004) dalam Natasya (2007) Sel lemak ternyata dapat menghasilkan sitokin-sitokin yang memiliki efek seperti organ endokrin. Beberapa diantaranya yaitu : leptin, adiponektin, interleukin-6, resistin dan TNF- $\alpha$ . Sedangkan menurut Sharma AM (2004) sel lemak visceral dilaporkan lebih banyak IL-6, TNF- $\alpha$ , dan resistin sedangkan leptin dan adiponektin dihasilkan dalam jumlah lebih sedikit.

Menurut Pittas AG (2004) dalam Natasya (2007) interleukin-6(IL-6) adalah sitokin yang dihasilkan oleh sel lemak dimana peningkatan kadarnya dipengaruhi oleh peningkatan jumlah atau ukuran sel lemak. IL-6 memiliki efek pro-inflamasi yang dapat dihubungkan dengan resistensi insulin. Selain itu juga menurut Wiecek (2002) TNF- $\alpha$  juga merupakan sitokin pro-inflamasi yang dipercaya turut berpartisipasi dalam menginduksi dan mempertahankan keadaan inflamasi subakut yang berhubungan dengan obesitas.

Menurut Berrgren JR (2005) dalam Natasya (2007) resistin merupakan hormon yang diekspresi dan disekresi oleh sel lemak. Resistin diperkirakan memiliki peran dalam obesitas dan diabetes tetapi patogenesisnya sampai sekarang masih belum jelas. Kadar leptin dalam serum berhubungan dengan ekspresi mRNA leptin pada sel lemak dan kadar trigliserida dalam sel tersebut. Tempat kerja leptin yang penting di hipotalamus, dimana leptin bekerja sebagai regulator pemasukan dan pengeluaran energi serta memiliki peran dalam beberapa aksis neuroendokrin. Ada beberapa efek menonjol dari leptin yaitu menurunkan sintesis lemak, menurunkan sintesis trigliserida dan meningkatkan oksidasi asam lemak sehingga bisa meningkatkan sensitivitas insulin.

Perempuan dengan kadar lemak berlebihan, 4 -5 kali lebih sering terjadi gangguan fungsi ovarium. Pada perempuan gemuk terjadi kelebihan androgen dan kelebihan estrogen terutama estron. Pada

perempuan gemuk didapatkan keadaan hormonal sebagai berikut : produksi androgen suprarenal meningkat, peningkatan pengeluaran 17-ketosteroid dan 17-hidroksisteroid, kadar plasma testosteron meningkat, kadar plasma androstenedion meningkat, rasio estron/estradiol 2,5, kadar sex hormon binding globulin (SHBG) rendah (Baziad, 2003).

Sintesis hormons steroid dimulai dari perkembangan folikel ovarium, hormon *folikel stimulating hormon* (FSH) akan merangsang perkembangan folikel primordial yang selanjutnya akan membentuk hormon steroid. Sumber pembuatan hormon steroid adalah kolesterol yang berasal dari diet yang dibawa *low density lipoprotein* (LDL) dalam pembuluh darah kolesterol yang dibuat oleh sel-sel endokrin, dan sel-sel yang disimpan dalam endokrin (Herslagh A, 1998). Sehingga dengan rendahnya kolesterol dalam tubuh yang diindikasikan dengan kuantitas lingkaran pinggang akan menyebabkan rendahnya kadar hormon steroid termasuk kadar estrogen progesteron sebagai penyebab munculnya *premenstrual syndrome*.

Dalam sebuah penelitian tentang hubungan lingkaran pinggang dengan kadar lemak (trigliserida, HDL kolesterol) menunjukkan terdapat hubungan positif terhadap semua komponen (Fasli J et al, 2008).

Obesitas berhubungan dengan abnormalitas menstruasi pada wanita, terutama wanita dengan obesitas lemak bagian atas. Dalam penelitian oleh Mayes dan Watson 2004 dilaporkan bahwa semakin besar

lingkar pinggang seorang wanita, ternyata semakin rendah kadar hormon estrogen dalam tubuh. Ketidakseimbangan kadar estrogen ini yang menyebabkan *premenstrual syndrome* (Suparman, 2011).

### **G. Hubungan Profil Lipid (HDL & LDL) Serum dengan Premenstrual Syndrome**

Masih sedikit penelitian yang berusaha menemukan kaitan antara High Density Lipoprotein (HDL) dengan Premenstruasi Syndrom (PMS) sehingga hubungan antara keduanya belum dijelaskan secara pasti. Beberapa penelitian menemukan adanya hubungan antara kadar HDL serum dengan Premenstruasi Syndrom, hubungan keduanya dapat dijelaskan sebagai berikut : Gejala Premenstruasi Syndrom terjadi ketika terdapat perubahan kadar hormon estrogen, yaitu setelah terjadinya ovulasi (matang dan keluarnya sel telur dari indung telur), kondisi ini dirasakan pula pada wanita yang mengalami menopause dimana kondisi hipoestrogen dapat menyebabkan suatu kondisi depresi serta gejala hot flashes (perasaan hangat diseluruh tubuh terutama pada dada dan kepala) yang merupakan beberapa gejala yang ditemukan pada wanita yang mengalami Premenstruasi Syndrom.

Gejala Premenstruasi Syndrom muncul 7-10 hari menjelang menstruasi yang dikenal dengan fase luteal. Fase luteal siklus menstruasi

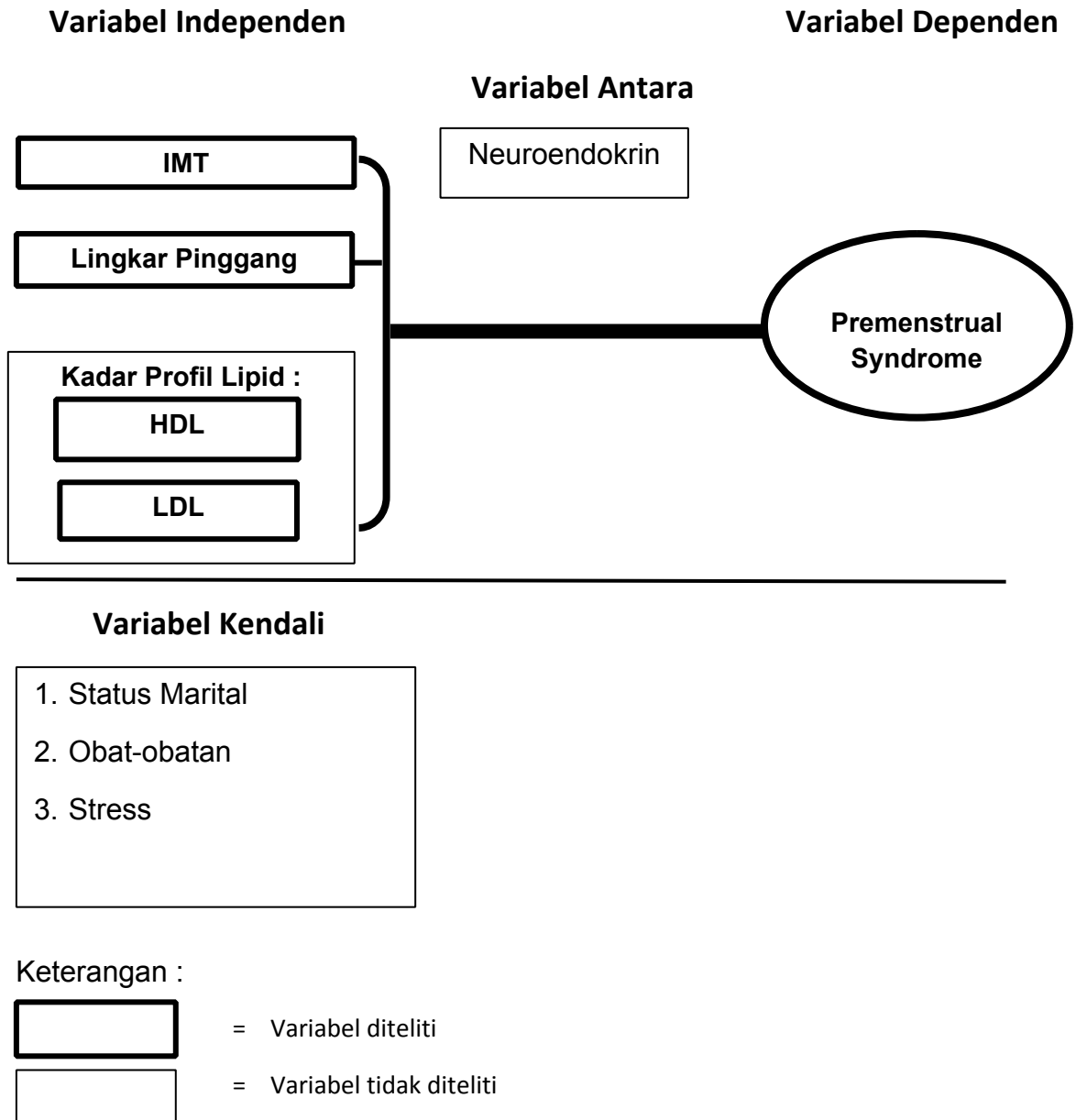
ditandai dengan terbentuknya korpus luteum dibawah pengaruh LH, sebagai hasil leutisasi sel-sel granulosa folikel yang pecah saat ovulasi. Korpus luteum ini mampu menghasilkan progesteron dalam jumlah besar dan estradiol dalam jmlh terbatas. Permulaan fase luteal ditandai dengan penurunan produksi estradiol dari ovarium, yang segera diikuti oleh peningkatan kadar progesteron

Fluktuasi kadar kolesterol paling tampak di sekitar masa subur. Tepat pada puncak masa subur, kadar HDL (kolesterol baik) akan melonjak dibandingkan pada fase yang lain. Fase tersebut merupakan puncak kenaikan hormon esterogen. Dimulai pada fase tersebut, kadar LDL (kolesterol jahat), trigliserida dan kolesterol total mengalami penurunan dan mencapai titik terendah sesaat menjelang menstruasi.

Menurut Htay TT (2003) dari berbagai teori etiopatogenesis *premenstrual syndrome*, ketidakseimbangan hormon estrogen-progesteron merupakan salah satu hipotesis klasik yang hingga kini masih banyak dianut para ahli. Namun hasil penelitian *premenstrual syndrome* pada dua dekade terakhir menyimpulkan bahwa etiologi *premenstrual syndrome* sebenarnya tidak tunggal, melainkan merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara hormon-hormon ovarium, peptida opioid endogen (endorfin, dll), berbagai neurotransmitter, prostaglandin, dengan sistem sirkadian, perifer, otonom dan endokrin (Suparman, 2011).

Menjelang akhir siklus menstruasi yang normal, kadar estrogen dan progesteron darah menurun. Kadar hormon ovarium yang rendah dalam darah ini menstimulasi hipotalamus untuk mensekresi gonadotropin releasing hormone (Gn-RH). Sebaliknya, Gn-RH menstimulasi sekresi folikel stimulating hormone (FSH). FSH menstimulasi perkembangan folikel de graaf ovarium dan produksi estrogennya. Kadar estrogen mulai menurun dan Gn-RH hipotalamus memicu hipofisis anterior untuk mengeluarkan lutenizing hormone (LH) (Bobak, 2004). Namun pada kondisi *premenstrual syndrome* menunjukkan adanya kelebihan estrogen atau defisit progesteron dalam fase luteal dari siklus menstruasi (*Brunner &Suddarth, 2001*).

## H. Kerangka Konseptual



**Gambar 3. Kerangka Konseptual**



## I. Hipotesis

1. Semakin besar nilai IMT semakin berat derajat *premenstrual syndrome*
2. Semakin besar nilai lingkar pinggang semakin berat derajat *premenstrual syndrome*
3. Semakin tinggi kadar HDL serum semakin berat derajat *premenstrual syndrome*
4. Semakin tinggi kadar LDL serum semakin berat derajat *premenstrual syndrome*

## J. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

### 1. IMT (Indeks Massa Tubuh)

IMT adalah perhitungan selisih antara Berat Badan dalam kilogram dan Tinggi Badan dalam meter ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Kriteria Objektif :

Underweight	: $<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$
Normal	: $18,5 - 22,9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Overweight	: $>23 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesitas I	: $25 - 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesitas II	: $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$

## 2. Lingkar pinggang (*waist circumference*)

*Waist Circumference* adalah besaran lingkar pinggang yang diukur dengan pita pengukur/metline dalam cm. Pengukuran dilakukan pada posisi berdiri tegak dengan pakaian ditanggalkan, diukur di antara crista iliaca dan costa XII. Skala data lingkar pinggang adalah rasio.

### Kriteria Objektif :

Normal :  $\leq 80$  cm

Resiko Obesitas :  $> 80$  cm

## 3. High Density Lipoprotein (HDL) adalah kadar lipoprotein densitas tinggi yang diperoleh dari serum wanita usia subur yang mengalami *premenstrual syndrome*.

### Kriteria Objektif :

- Rendah :  $< 50$  mg/dl

- Normal :  $\geq 50$  mg/dl

## 4. Defenisi Low Density Lipoprotein (LDL) adalah adalah kadar lipoprotein densitas rendah yang diperoleh dari serum wanita usia subur yang mengalami *premenstrual syndrome*.

### Kriteria Objektif :

- Normal :  $\leq 130$  mg/dl

- Rendah : 131 – 159 mg/dl

- Tinggi :  $\geq 160$  mg/dl

5. **Derajat *premenstrual syndrome*** yaitu tingkatan berat ringan *premenstrual syndrome* yang direcord melalui *diary for premenstrual syndrome* menggunakan format *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR) yang terdiri atas 22 pertanyaan yang diukur pada 7 hari sebelum datangnya menstruasi.

Kriteria Objektif :

Ringan	: 0 – 22
Sedang	: 23 - 44
Berat	: 45 – 66

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*, semua data yang dibutuhkan dikumpulkan dalam satu waktu (Singarimbun & Effendi, 2006).

#### **B. Waktu dan tempat penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Makassar. Penelitian ini akan dimulai pada bulan April 2012 sampai terpenuhinya jumlah sampel.

#### **C. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang meliputi semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian (Arikunto, 2002). Wilayah dalam penelitian ini adalah wanita usia subur yang mengalami *Premenstrual Syndrome*.

#### **D. Sampel dan Cara Pengambilan Sampel**

Sampel penelitian adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2002). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Besar sampel yang harus diambil adalah 30 orang wanita usia subur, masing-masing terdiri atas 15 orang wanita dengan berat badan normal dan 15 orang wanita dengan obesitas yang sesuai dengan kriteria inklusi.

#### **E. Kriteria inklusi dan kriteria ekslusi**

Kriteria Inklusi yaitu :

1. Wanita usia subur yang mengalami *premenstrual syndrome*
2. Menandatangani *Inform Consent*

Kriteria Ekslusi yaitu :

1. Siklus menstruasi tdk teratur
2. Menggunakan terapi hormonal
3. Mengonsumsi obat-obatan
4. Riwayat alcoholic
5. Riwayat gangguan sistem reproduksi

#### **F. Izin penelitian dan Kelaikan Etik**

Dalam pelaksanaan penelitian ini, semua subjek penelitian diberi penjelasan tentang maksud, tujuan dan kegunaan penelitian. Setelah mendapat penjelasan, subjek penelitian menandatangani Surat Persetujuan Peserta Penelitian. Penelitian ini memenuhi persyaratan etik untuk dilaksanakan dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran pada Manusia Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

## G. Cara Kerja

### Tahap 1

1. Melakukan pengukuran IMT
2. Menentukan kategori IMT
3. Melakukan pengukuran lingkaran pinggang
4. Menentukan kriteria lingkaran pinggang

### Tahap 2

1. Dilakukan pengkajian melalui Lembar Catatan Harian (LCH) menggunakan format *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR)
2. Menegakan diagnosa *premenstrual syndrome*
3. Menentukan derajat *premenstrual syndrome*.
4. Mengelompokan sampel *premenstrual syndrome* berdasarkan derajatnya.
5. Melakukan pengukuran kadar Profil lipid (HDL & LDL) serum (prosedur terlampir)
6. Mengelompokan kadar (HDL & LDL) serum berdasarkan kriteria nilai batas normal
7. Melakukan analisis hubungan IMT, lingkaran pinggang, kadar profil lipid (HDL & LDL) serum dengan derajat *premenstrual syndrome*.

## H. Rencana pengolahan dan Analisis

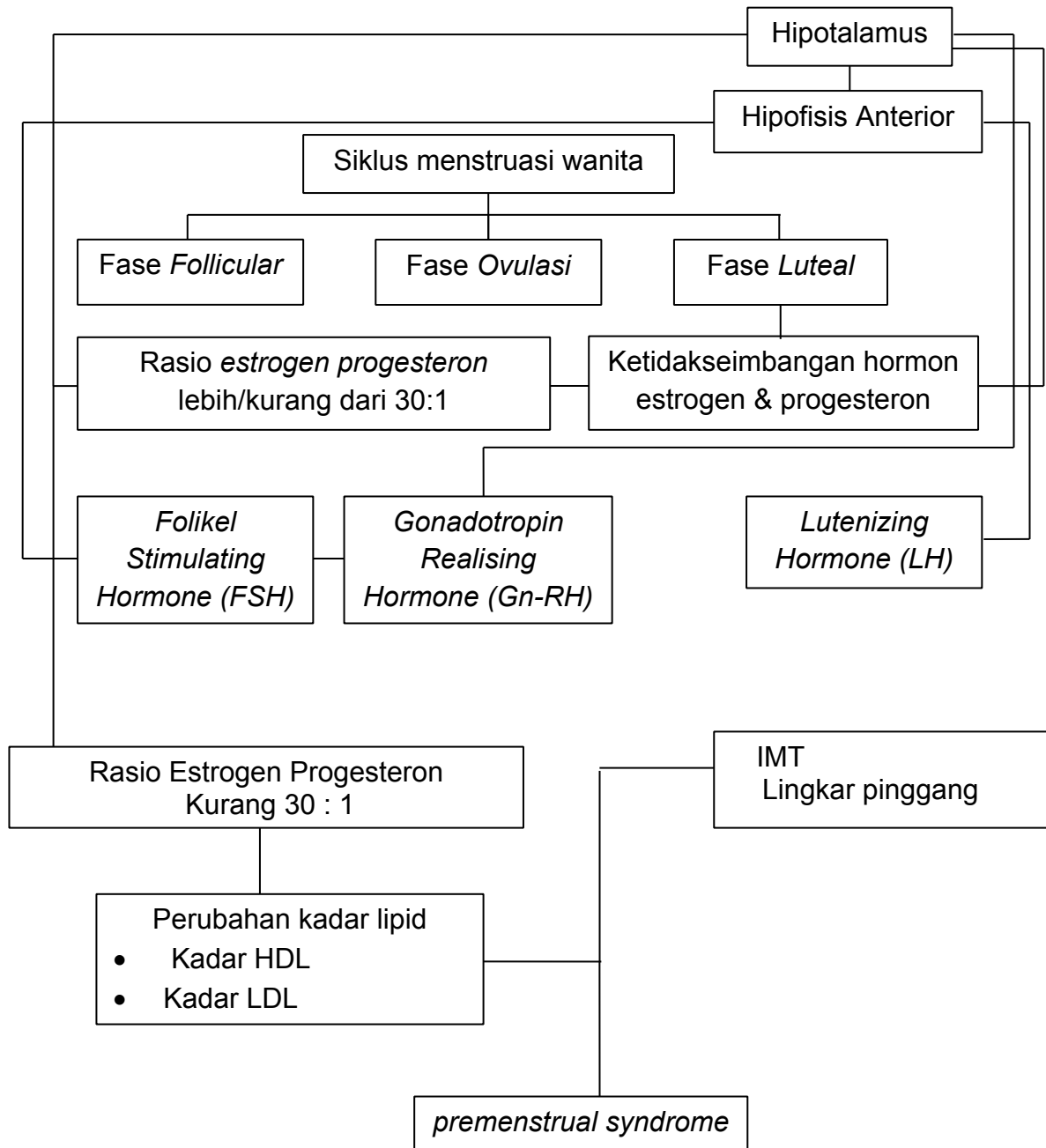
Setiap hasil penelitian akan dihitung jumlah frekuensinya berdasarkan kriteria objektif secara univariat. Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk menghubungkan tiap variabel.

Analisa ini dilakukan terhadap tiap variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji *Spearman* dengan batas kemaknaan  $p < 0,05$  melalui program statistik komputer.

I.



## J. Kerangka Teori



**Gambar 5.** Kerangka Teori





## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan.**

Setelah melalui proses analisis dan pembahasan sesuai dengan rumusan masalah yang telah ditetapkan, maka selanjutnya dilakukan pengambilan kesimpulan

1. Realisasi penerimaan Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju tahun anggaran 2005 sampai dengan tahun 2009 tren yang paling stabil kenaikannya adalah Pos Pajak Daerah dan Pos Retribusi Daerah. Sehingga dalam perpesktif ke depan intensifikasi dan ekstensifikasi Pendapatan Asli Daerah (PAD) mudah untuk di optimalkan serta diproyeksikan. Sementara sektor yang lain memiliki tingkat fluktuatif (naik-turun) cukup tinggi, sehingga untuk dilakukan proyeksi secara akurat untuk pertimbangan tahun anggaran berikutnya sedikit mengalami probabilitas tinggi. Namun secara mikro pertimbangan potensi dan proyeksi dilakukan secara cermat melalui tren masing-masing.
2. Berdasarkan analisis SWOT pilihan strategi yang paling dominan, adalah strategi SO : Strategi memanfaatkan seluruh kekuatan untuk membuat dan memanfaatkan peluang sebesar-besarnya yaitu :
  - a) Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia dan mutu pelayanan yang optimal.

- b) Meningkatkan dan mengefektifkan sosialisasi Peraturan Daerah kepada masyarakat secara luas.
- c) Mengadakan pelatihan bidang perpajakan dan mengadakan pemutakhiran data.
- d) Menetapkan dan membuat strategi baru dsalam memungut pajak dan lebih memperhatikan kualitas dan pelayanan prima.

## **B. Saran.**

Berdasarkan hasil analisis penelitian tersebut, maka ada dua masukan dan saran yang pokok, yaitu :

- a. Bagi Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju adalah terkait dengan intensifikasi dan ekstensifikasi Pendapatan Asli Daerah. Intensifikasi pajak daerah dapat dilakukan dengan meningkatkan efisiensi pemungutan dan efisiensi administrasi pajak, serta perbaikan kontrol terhadap petugas untuk meminimalkan kebocoran. PAD dapat pula ditingkatkan dengan jalan meningkatkan peran perusahaan daerah melalui peningkatan laba usaha. Upaya dan strategi tersebut sangat tergantung pada kreatifitas aparatur pemerintah untuk dapat mengkoordinasikan lembaga-lembaga penghasil PAD. Misalnya dengan strategi Bonus bagi orang/instansi yang melampaui target yang telah ditetapkan, memberikan Sanksi yang tegas, terhadap pelanggaran yang dilakukan oleh internal petugas dan atau wajib pajak.

- b. Pendapatan Asli Daerah (PAD) akan lebih baik dititik beratkan pada intensifikasi sumber-sumber Pos Retribusi Daerah, mengingat retribusi sangat berkaitan dengan pelayanan langsung dirasakan oleh masyarakat luas. Sedangkan pajak-pajak daerah dapat ditetapkan secara limitasi pada obyek pajak yang potensial, sehingga akan tercapai target yang telah ditetapkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin, 1990, *Pengantar Analisis Kebijakan Negara*, Rineke Cipta, Jakarta
- Abdul Wahab, Solichin, 1991, *Analisis Kebijakan Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara*. Edisi Pertama Bumi Aksara Jakarta
- Bryant, Coralie dan Louise G. White, 1987, *Manajemen Pembangunan : Untuk Negara Berkembang*, Terjemahan, cetakan II, LP3ES, Jakarta.
- Dunn, William N. 1994, *Public Policy Analysis and Introduction*, Second Editon, Prentice Hall International Inc. New Jersey, disunting oleh Muhajir Darwin, 1995. Analisa Kebijakan Publik Hanindita Graha Widya, Yogyakarta.
- Effendi, Tadjudi Noer, 1995, *Sumber Daya manusia Peluang Kerja dan Kemiskinan*. Cetakan Kedua, PT. Tiara Wacana Yogya, Yogyakarta.
- Freddy Rangkuti, 2001, *Analisis SWOT Teknik Membadah kasus Bisnis*. Cetakan Ketujuh, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Islamy, M. Irfan, 1994, *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Cetakan Ketujuh Bumi Aksara Jakarta.
- Kristiadi, JB, 1992, *Hubungan Keuangan Pusat dan Daerah*, JHS, S Jakarta.
- Miles, Mattehew B dan Huberman A. Michael, 1992, *Analisis Data Kualitatif*, UI Press, Cetakan Pertama, Jakarta.
- Miles, Matthew B and A.M. Huberman 1987, *Qualitatif Data Analysis : A Source Book of New Methods* Sage Publication London.
- Moeloeng Lexy J. Cetakan ke Delapan 1997, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya Bandung.
- Sunggono Bambang 1994, *Hukum dan Kebijaksanaan Publik* Sinar Grafika Jakarta.

S. Wibowo, Y. Purbokusumo, A. Pramusinto 1994, *Evaluasi Kebijakan Publik*, PT. Raja Grafindo Persada Jakarta.

Tjokrowinoto, Moeljarto 1996, *Pembangunan Dilema dan Tantangan* Pustaka Pelajar Offse Yogyakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 1997 tentang *Pajak Daerah dan Retribusi Daerah*.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 Tahun 1999 tentang *Pemerintah Daerah*.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 25 Tahun 1999 tentang *Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah*.

1997 *Analisis Kebijakan Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara* Edisi Kedua Bumi Aksara Jakarta.

Wibawa, Samodra 1994, *Kebijakan Publik : Proses dan Analisa* Intermedia Jakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 34 Tahun 2000 tentang *Perubahan atas Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 1997 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah*,

Peraturan Daerah Kabupaten Mamuju No. 7 Tahun 2002 tentang *Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah*.

Peraturan Daerah Kabupaten Mamuju No.10 Tahun 2002 tentang *Rencana Stratejik Daerah (Renstrada) Kabupaten Mamuju Tahun2002-2008*

Keputusan Bupati Nomor 12 Tahun 2002 tentang *Tugas dan Fungsi Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Mamuju*.



**ANALIS STRATEGI PENINGKATAN PENDAPATAN ASLI DAERAH  
(PAD) DALAM PELAKSANAAN OTONOMI DAERAH  
DI KABUPATEN MAMUJU PROVINSI SULAWESI BARAT**

**TESIS**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan  
Untuk Mencapai Sarjana S – 2**



**DISUSUN OLEH :  
SYAHARUDDIN H  
NOMOR POKOK P0800208513**

**FISIF UNIVERSITS HASANUDDIN MAKASSAR  
TAHUN 2011**



## I. Alur Penelitian

