

DISERTASI

MUTILASI GIGI ANTERIOR DENGAN TERJADINYA ATRISI GIGI POSTERIOR

**Suatu studi sosio antropologi kesehatan pada suku Mentawai
di pulau Siberut**



ISNINDIAH KOERNIATI

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2004**

MUTILASI GIGI ANTERIOR DENGAN TERJADINYA ATRISI GIGI POSTERIOR

**Suatu studi antropologi kesehatan pada suku Mentawai
di pulau Siberut**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
dalam Program Studi Ilmu Kedokteran
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Rabu
Tanggal : 6 Oktober 2004
Pukul 10.⁰⁰ WIB**



Oleh :

ISNINDIAH KOERNIATI
NIM. 099913630 D

LEMBAR PENGESAHAN

Disertasi telah disetujui tanggal 01 November 2004

Promotor

Prof. Dr. Hj. Rika Subarnan T. dr. SKM
NIP. 130 359 280

Ko promotor I

Ko promotor II

Prof. H. Kuntoro dr. MPH Dr. PH
NIP. 130 531 767

Prof. Dr. H. Soegjanto Adi drg. MSc SpKG
NIP. 130 345 879

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap I (Tertutup)
Tanggal 10 September 2004

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Ketua : Prof. Dr. J. Glinka SVD

Anggota : 1. Prof. Dr. Hj. Rika Subarniatu Trijoga dr. SKM.
2. Prof. H. Kuntoro dr MPH DrPH
3. Prof. Dr. H. Soegjanto Adi drg MSc SpKG
4. Dr. H. Paiman Suparmanto drs APU
5. Dr. L. Dyson drs MA
6. Seno Pradopo drg MS PhD SpKGA



Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Rektor Universitas Airlangga
Nomor 7122 / J03 / PP / 2004
23 September 2004

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap II (Terbuka)
Tanggal 06 Oktober 2004

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Pimpinan Sidang : Prof. Dr. Mandojo Rukmo drg. MSc. SpKG.

Penyanggah :

1. Prof. Dr. Hj. Ruka Subarnati Trjoga dr. SKM
2. Prof. H. Kuntoro dr. MPH. DrPH.
3. Prof. Dr. H. Soegijanto Adi drg. MSc. SpKG
4. Prof. Bambang Wiryatmadi dr. MS. MCN. PhD
5. Prof. Dr. Krisnowati drg. SpPros
6. Prof. Dr. Hj. Moetmainah Prajitno drg. SpKG.
7. Prof. Dr. Hj. Tien Soesmiati Soerodjo drg.
8. Prof. Dr. H. J. Glinka SVD
9. Dr. Hj. Mangestuti Agil dra. MS. Apt.

Undangan Akademik :

1. Hj. Dewi Rath Djayaningsih drg.
2. Dr. Joewono Soeroso dr. MSc. SpPD.
3. Dr. Sunaryo Hardjopranjoto dr. SpB.SpU(K)
4. Masrul dr. MSc
5. Dr. M. Khoidin SH. MH. CN.
6. Hj. Djelita Rickum SKM. MKes
7. Nurani Asriati Dra. MSi.
8. Diah Savitri E. drg. MSi.
9. H. Inam Mustofa drh. MKes.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan rasa syukur yang tidak terduga kepada Allah SWT yang telah memberikan berkah dan rahmat kepada hambanya yang membutuhkan sehingga saya dapat menyelesaikan disertasi ini

Pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya dari lubuk hati saya yang terdalam kepada :

Prof. Dr. Hj. Rika Subarnah Tryoga dr SKM, selaku Promotor dan sekaligus Pembimbing Akademik yang telah berkenan menerima saya dengan segala kekurangan saya sebagai bimbingan beliau dan yang selalu menyediakan waktu, menyelipkan saya diantara jadwal beliau yang sangat padat untuk membimbing dengan penuh kesabaran, perhatian dan memberikan motivasi, semangat serta meningkatkan rasa percaya diri saya, dengan ketelitian beliau yang luar biasa yang sangat saya kagumi, begitu banyak jasa kebaikan beliau telah saya terima yang akan selalu saya ingat sepanjang hayat, semoga Allah SWT berkenan senantiasa memberikan rahmat dan hidayah serta melipat gandakan pahala kepada beliau, amin

Prof H Kuntoro dr MPH Dr PH selaku Ko Promotor I menggantikan almarhum Prof. H. Eddy Pranowo Sudibyo dr. MPH yang dengan tangan terbuka berkenan menerima saya yang penuh kekurangan sebagai bimbingan beliau dan telah meluangkan waktu untuk menerima saya guna konsultasi ditengah kesibukan beliau yang luar biasa, yang selalu terbang setiap saat ke seluruh penjuru Nusantara. Terima kasih banyak saya harurkan, semoga apa yang telah diberikan kepada saya mendapat balasan yang jauh lebih besar dari Allah SWT, amin

Prof. Dr. H. Soegijanto drg. MSc. SpKG, selaku Ko Promotor II yang telah berkenan memberi kesempatan kepada saya untuk dibimbing guna menyelesaikan disertasi ini. Ribuan terima kasih saya harurkan, mudah-mudahan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT, amin

Kepada almarhum Prof. H. Eddy Pranowo Sudibyo dr. MPH, semoga diampuni dosanya dan arwah beliau diterima ditempat yang mulia di sisi Allah SWT, amin

Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Med. Puruhito dr. SpBTKV dan mantan Rektor Prof. H. Soedarto dr. DTM & H. PhD, yang telah menerima dan memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti program pendidikan doktor di Program Pascasarjana Universitas Airlangga sehingga dapat menyelesaikan program doktor.

Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Dr. H. Muhammad Amin dr. SpP(K) dan mantan direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Dr. H. Soedjono Tutowidardjo dr. SpTHT, beserta seluruh staf pimpinan Program Pascasarjana atas kesempatan yang diberikan kepada saya menjadi mahasiswa program doktor.

Prof. Dr. Mandojo Rukmo drg. MSc. SpKG selaku Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran dan Prof. Dr. Julian Hood Alsagoff dr. MS. SpPA(K) FIAC selaku mantan Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Pascasarjana Universitas Airlangga, yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses pendidikan.

Para dosen dan para penguji dari ujian kualifikasi sampai ujian akhir disertasi pada Program Doktor Pascasarjana Universitas Airlangga, Prof. H. Bambang Rahino Setokoesoemo dr. Prof. Dr. Josep Gluka SVD., almarhum

Prof. Dr. H. Pitono Soeparto dr. SpA(K), almarhum Prof. H. Eddy Pranowo Sudibyo dr MPH., Prof. Dr. M. Zainuddin Apt., Prof. Dr. Suhartono Taat Putra dr MS., Prof. Purnomo dr., Prof. H. Kuntoro dr. MPH. DrPH., Dr. L. Dyson MA., Fuad Amsyari dr. MPH. PhD., Siti Pariani dr. MSc. MS. PhD., Widodo J Pudji Rahardjo dr. MS. MPH. DrPH., Prof. Dr. H. Ruslan Effendy drg. MS. SpKG., Dr. H. Paiman Suparmanto drs. APU., Seno Pradopo drg. MS. PhD. SpKGA.

Rektor Universitas Andalas : Prof. Dr. Marlis Rachman Ir. MSc. yang telah membenarkan tjin dan kesempatan untuk mengikuti pendidikan Program Doktor Pascasarjana Universitas Airlangga

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas : Prof. Fadil Oenzil dr PhD dan mantan dekan H. Muchlis Hasan dr. SpOG. yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan program doktor di Universitas Airlangga.

Mantan dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas : H. Rusdan Djamil dr MSc yang telah memberi dorongan dan semangat untuk mengambil program doktor ini. „Ambilah program doktor ini, kesempatan hanya datang satu kali dan tidak akan pernah kembali lagi *das ist nicht teur aber viele* “ *Sie sind richtig Herrn Rusdan*. Anda benar. Terima kasih banyak semua bantuannya, semoga Allah SWT berkenan memberikan limpahan berkah dan kesehatan pada anda sekeluarga, amin.

Gubernur Propinsi Sumatera Barat yang telah memberikan bantuan dana untuk keperluan pendidikan doktor.

Bupati Kabupaten Kepulauan Mentawai dan jajarannya yang telah memberi tjin untuk melakukan penelitian di pulau Siberut

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Mentawai: Ifdil Gusti dr. MPPM, Kepala Puskesmas Siberut Selatan dan staf: Budi Andri dr. beserta keluarga dan Kepala Puskesmas Siberut Utara beserta staf yang telah memberikan bantuan untuk kelancaran penelitian di pulau Siberut.

Diren Taman Nasional dan jajarannya yang banyak membantu persiapan di lapangan, terima kasih banyak

Kepala Balai Taman Nasional Siberut Tri Prasetyo Ir. dan seluruh keluarga besar Taman Nasional Siberut yang banyak sekali membantu pelaksanaan dan memberikan prasarana di lapangan. Saudara Santoso dan seluruh pasukannya di dusun Mailepet sebagai *base camp* Taman Nasional Siberut. Terima kasih banyak, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan YME.

Prof. Dr. H. Soenardi Prawirohatmodjo yang telah membantu persiapan pelaksanaan penelitian di pulau Siberut. Terima kasih banyak, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT.

Masyarakat suku Mentawai tanpa kecuali : para Kepala Suku, para Ketua Dewan Adat, para Kerei dan semua responden yang telah membantu memperlancar selama penelitian di pulau Siberut, *Sura '.....sura' matsurabagata*

Bajak Leus, yang telah menyelamatkan nyawa saya, ketika saya jatuh tergulung-gulung dari atas bukit ke lembah di hutan Simatalu - Siberut Utara, yang telah mengawal perjalanan berat dan sukit di belantara Siberut Utara, yang dengan sabar membimbing saya meniti jalan di atas rebahan pohon yang licin berlumut, sementara di bawah sana hanya belukar yang tampak, tanpa kelihatan

mana dasarnya, menelusur sungai, menerobos belukar yang penuh duri *Sura' Bajak* *Sura'* *Matsurabagata*. Terima kasih banyak. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan yang telah diberikan ke saya kepada *Bajak* sekeluarga.

Bapak Karseno selaku Syah Bandar pelabuhan laut Mailepet di pulau Siberut beserta jajarannya yang karena cuaca buruk, badai yang luar biasa besar sehingga sudah beberapa minggu tidak ada satu kapal penumpangun yang berani masuk ke pulau Siberut, telah mengusahakan angkutan kapal untuk kembali ke Padang dengan menumpang saya pada kapal barang pengalaman luar biasa yang tak akan pernah saya lupakan terima kasih, terima kasih banyak.

Kapten Pasaribu, Kapten Tambunan, Operator Ali Umar, yang dengan gagah berani menentang ombak ganas di lautan lepas Hindia, menerjang badai yang mengerikan dan telah membawa saya selamat sampai kembali di daratan Sumatera, *mauliate* *tarimo kasia* Terima kasih banyak. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan bapak semua. Amien

Para teman seperjuangan Kelas Padang Ilmu Kedokteran angkatan 1999/2000 : Prof. Dr. H. Asman Manaf dr. SpPD, Dr. Hj. Yan Wirasti dr., Dr. Hj. Eryati Darwin dr., Dr. Edwin Adnil dr. SpKJ, H. Rusdan Djamil dr. MSc, Hj. Sofina Rusdan dr. CERT. Med.Sc., Prof. H. Nasrul Zubir dr. SpPD., Hj. Eliza Nasrul dr. SpPK., Hj. Azriya dr., Masrul dr. MSc., H. Hafni Bachtiar dr. MPH., Suasril dr. MPH., Hj. Rismawati dr. SpPK. Juga untuk para teman dari Kelas Reguler Ilmu Kedokteran angkatan 1999/2000 : Prof. Dr. Maryono drs. Dipl. RSL., Dr. Joewono Soeroso dr. MSc. Sp.PD., Dr. David Sontani Perdanakusuma dr. SpBP., Dr. Bambang Guruh Irianto Ir. ALM MM., Dr. Sudarti dra. MKes., Dr. A.A. Raka Sudewi dr. SpS., Dr. Sumaryo Hardjowijoto dr. SpB. SpU., Dr. Tumbul Supodo SKM MKes., Dr. Peter Agus drg. SpBM., Achmad Rudiansjah drs. MSc., Anwar Sanusi BSc., drs. MKes., Arti Lukitasari dr. SpM., Asih Kuswardani dra. MPd., Dasrul drh. MSt., Retty Ratnawati dr. MSc., Rurih Yudhiastuti drh. MSc., Soedjoko Hariadhi dr. MS., Suwaroo drh. MSt., Tahan Parsaroman Hutapea dr. SpP. MARS, Timy Endang Hernowati dr. Sp. PK., Titeek Berniyanti drg. MKes., Usman Mulyadi drs. MKes.

Dari program studi Ilmu Kedokteran Kelas Sala : Prof. Dr. Dalijono dr. SpOG., Prof. Dr. Mulyata dr. SpAnestesi, Dr. H. Subijanto dr. MS., Dr. Fanani dr. SpKJ, Prof. Dr. Haryono KS dr. SpKK., Dr. Muharjo dr. SpTHT., Dr. Hartanto dr. SpS., Dr. Subagyo dr. SpA., Dr. H. M. Fathoni dr. SpPD., Dr. Suradi dr. SpP.dil. Juga dari Kelas Malang terutama Dr. M. Istiadid Eddy Santoso dr. SpS. SpBS dan Nannerl Hutaryo Pakasi dr. SpM. Terima kasih banyak atas kebersamaannya dan saling mendukung, sehingga selama dalam pendidikan di perantauan saya merasa seperti di rumah sendiri.

Keluarga besar Bagian Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / SMF Gigi dan Mulut RSUD dr. M. Djamil Padang

Zulkarnain Agus dr. MPH MSc yang telah memberi bantuan berbagai informasi tentang Mentawai, terima kasih banyak

Rusdi Tamu drs. MS dari Bagian Herbarium MIPA Biologi Universitas Andalas yang telah membantu mengidentifikasi tanaman berkhasiat obat dari pulau Siberut, terima kasih banyak bantuannya

Bambang Rudito drs MSi dan Agus Budiono drs MSi dari Fakultas Sastra Universitas Andalas yang telah banyak memberikan bantuan literatur tentang Mentawai, terima kasih banyak

Pak Yunus dari bagian komputer Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang telah membantu kelancaran hubungan antara Padang dan Surabaya via berbagai email saya, terima kasih banyak bantuannya

Dari Fakultas Farmasi Unair: Dr Hj Mangestuti Agil dra Apt MS yang telah begitu banyak memberikan bantuan untuk pemeriksaan skrining fitokimia dari simplisia asal pulau Siberut bersama Mas Jarwo dari Laboratorium Bahan Alam. Teristimewa juga usaha beliau untuk membantu menyembuhkan sakit saya bersama mbak Yuni dan mbak Dita dengan aromaterapi. Rasa terimakasih saya yang tak terkira, semoga menjadi berkah dan rahmat serta mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT amien

Dr Soetopo drg. MSc SpKG, yang telah menyelamatkan saya ketika dalam keadaan SOS pada awal masa pendidikan dengan membentuk *team rescue*. Beliau bersama Bapak H Slamet Soeharto Ir telah memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti beberapa kali pelaksanaan Ujian Doktor Terbuka (UDT) sebagai undangan akademik sehingga memperluas cakrawala pemikiran keilmuan saya. Terima kasih banyak. Semoga Allah SWT, Tuhan YME berkenan memberi kebaikan kepada bapak berdua sekeluarga

Prof Dr R Mandojo Rukmo drg MSc SpKG, yang telah menyelamatkan muka saya dan muka bangsa ini sewaktu menjabat sebagai Pembantu Dekan I Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga dan Pimpinan Majalah Kedokteran Gigi Surabaya, dengan mengizinkan saya untuk membongkar gudang perpustakaan FKG Unair yang gulita dan telah menjadi istana rayap untuk mencari buku yang ditugaskan oleh guru. Suatu pengalaman tersendiri yang tak terlupakan dan atas kemuliaan hati beliau, telah berkenan memberi dan mengantar berkas yang ditugaskan guru ke pemondoan saya, karena saya masih awam tidak tahu utara selatan di Surabaya pada masa awal pendidikan. Terima kasih sekali lagi saya ucapkan dimana pada saat-saat terakhir masa pendidikan ini beliau telah mengulurkan tangan untuk memberi fasilitas yang melimpah guna menyelesaikan naskah disertai Budi baik, kemuliaan dan keluhuran hati beliau beserta Ibu Rr Sri Wahjoeningsih dr. Sp.Anestesi dan keluarga tidak akan pernah saya lupakan. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien.

Adi Hapsoro drg. MS., yang telah begitu banyak membantu pada saat keadaan buntu, beliau telah mencarikan jalan keluar untuk mengatasinya. Semoga kebaikannya menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien.

Dr Darmawan Setiawan drg Mkes. yang pada awal pendidikan ini telah memperkenalkan saya dengan pembimbing akademik dan kemudian menjadi promotor saya dan juga banyak memberikan masukan yang amat berguna. Semoga budi baiknya menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT Amien

Prof Soedarmadi drg SpBM (almarthum) " Pak Dar, anakmu Gadjah Mada sekarang juga menjadi anakmu Airlangga " Semoga segala amal kebaikan yang telah diberikan menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT Amien

Prof. Dr. Krisnowati drg. SpPros, Soewarni DS drg., Prof. Dr. Hj. Arsiniati Arban dr. MS. yang telah memberikan saran, nasehat dan bantuan literatur untuk penulisan disertasi ini, terima kasih banyak saya ucapkan.

Pak Samiaji yang begitu banyak menolong dengan ramah dan sabar mencarikan buku-buku yang saya butuhkan di perpustakaan FKG Unair.

Dari FKG USU : Sondang Pintauli drg. PhD. yang dari jauh ikut membantu memberikan jurnal yang saya butuhkan

Dari FKM Unair. Dr. H. Rachmat Hargono dr. MS. MPH., Sri Sumarni SKM. Msi., Devi dra. Mkes

Dari FISIP Unair. H. M. Adib drs. MA dan keluarga, Dr. Adam.

Dari Laboratorium Dasar Unair. Aniek Setyabudiatin dra. Apt. MS.

Dari ITS. Prof. Dr. Indra Surya Ir. MSc. (Sipil), H. M. Zaenuri drs. MSc. (MIPA Fisika), Dr. Erna Apriliani MT (MIPA Matematika), Nastiti Ir. Dipl. Ing (Arsitek), Eko Budi Santosa Ir. Lic. Rer. Reg., Putu Rudy Ir. MSc., Nanang Setuawan Ir. SE. MM., Ani Lestari ST, Priyo Nurcahyo ST. (Planologi), Soehardjoepri drs. MS (MIPA Matematika), H. Musakan Ir. (Ilmu Bahan), Adi Wardoyo Ir. MT. (Design Grafis), yang telah dengan sabar membimbing saya dari keilmuan yang berbeda. Untuk semua dari ITS (Institut Teknologi Sepuluh November) terima kasih banyak saya ucapkan, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT, amin.

Dan Gramik : mbak Ina, mbak Tika, mbak Bayu, mbak Rini dan dari IKM FK Unair mbak Nunung, mbak Peni, mbak Rini

Keluarga besar Pascasarjana Unair yang telah membantu kelancaran pendidikan. Terima kasih kepada trio kwek-kwek : mbak Adre, mbak Lia dan mister Pri serta mas Danu, mbak Sis, mas Gowong, pak Alex yang telah memberi keramah tamahan yang menyejukkan hati.

Para penyandang dana selama pendidikan: Alm. mak Tuwo, Hj. Sri Sukaeni Ir., Ita dr., kel. Haji Endang Sayekti SH. Mhum. dan Priyatmoko drs. MA., kel. H. Nasril drs. dan Hj. Haruni Shah drg., kel. Razak Samik Ibrahim Ir. dan Andelisyah drg., kel. Djoko Pranyoto Ir. MM. dan Sri Kus Siti Rahayu drg., Omak, kel. Hj. Rifiani drg. dan Maryusman Ir., kel. Sri Lestari dr. SpKK., kel. Hj. Suyatni drg. dan H. Herry Hermonoadi SH. Msi., kel. Didik Ir. dan Rini Budianti drg., kel. H. Hari Ir. dan Hj. Sumaryati drg., kel. Sutadi drg. MBA., kel. Adji Nursasongko, kel. YCP Heryumani Sulanjari drg. SU dan Sumartomo Ir., kel. Almarhum Prof. H. Iszrin Nurdin dan Ibu Hj. Thelma Nurdin.

Manager keuangan saya, Nurchajati drg. dan Husni Arief Ir. sekeluarga. Terima kasih banyak atas bantuan yang diberikan selama ini. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT - Amin

Teman lama, sahabat kecunku yang berada jauh di lain belahan dunia : Akiko Kamusaka yang telah memberikan bantuan dana untuk pelaksanaan penelitian di pulau Siberut sehingga penelitian bisa berjalan dengan baik dan lancar dan pada saat menjelang akhir pendidikan, saat *last minute*, telah memberikan bantuan dana tak terkira untuk menyelesaikan pendidikan doktor ini. *Akiko ... ich weiss nicht, was muss ich mehr sagen. Vielen Dank Akiko. Arigato gozaimashita Akiko San.*

Keluarga Siti Yanuarsih drg. dan Badri Badowi drs. SH yang telah menampung saya pada tengah waktu pendidikan di Surabaya. Mudah-mudahan

menjadi amal yang baik dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT. Amien

Keluarga Naniek Sudarwan drg dan I Made Sedana Arnaya Ir yang telah menampung dan ngopeni saya serta menyediakan berbagai fasilitas untuk penyusunan disertasi di Mojokerto selama beberapa bulan terakhir masa pertengahan pendidikan saya, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien

Teman lama yang puluhan tahun tak jumpa dan tanpa sengaja ketemu di Surabaya, keluarga Hj Dewi Ratih Jayaningsih drg dan H Haryanto Ir Msi. yang telah banyak memberikan dana dan membantu menyediakan fasilitas bahan untuk penelitian. Terima kasih banyak atas semua yang diberikan, semoga menjadi amal kebaikan dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT. Amien

Teman-teman kecilku mahasiswa FKG Unuar yang telah memperkenalkanku dengan kota Surabaya dan memberi warna tersendiri bagi pendidikan ini yang sekarang telah menjadi teman sejawat Yeni dan Ana

Keluarga mbak Rah, mas Pan dan Vivo yang telah dengan *gemati ngopeni* saya sewaktu awal-awal pendidikan di Surabaya. Semoga menjadi amal yang baik dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien

Kang Wo yang selalu mengantarkan ke terminal Kertojoyo sehabis sholat subuh, Yu Ti dan Yu Si yang begitu gemati telah ngopeni saya sewaktu tinggal di Mojokerto, matur nuwun kang, matur nuwun yu, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT. Amien

Pipin dan Evi di Mojokerto yang selalu menjemput di setasiun kereta api setiap kali saya datang dengan Kereta Rel Diesel (KRD) dari Surabaya *Matur nuwun banget* atas semua bantuannya, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal oleh Allah SWT Amien

Dr Hadi Suryanto Ir Dipl. Ing. dan *pimpro* saya yang luar biasa Ibu Lies Hadi sekeluarga di Ulu Gadut Padang, yang telah mengurus segala sesuatunya untuk keperluan saya selama saya dalam pendidikan, yang telah banyak sekaah menolong saya tanpa pamrih dari awal pendidikan sampai akhir pendidikan, telah *ngopeni* saya dengan *gemati* dengan ketulusan hati disaat saya senang dan dalam masa kesusahan. Budi baiknya tidak akan pernah saya lupakan Terima kasih yang tak terkira atas semua yang telah diberikan. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT - Amien.

Pak Lik Taufiq dan keluarga yang telah hulu mudik membantu keperluan saya di Padang. Matur nuwun pak Lik, semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT Amien

Keluarga almarhum Kolonel Infanteri Soemardi Mardikoescemo di mana saja berada, *matur nuwun sanget* telah memberi arti dalam kehidupan saya selama tinggal di Padang. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien

Keluarga Kolonel Yudi Nugraha drs di Bandung, terima kasih banyak atas segala bantuan yang diberikan. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT Amien

Mbok Gendeng *from* Jakarta *Keluguanmu* mbok.....ketulusan hatumu ... *gematimu* telah *ngopeni* saya sewaktu saya dalam kesulitan yang amat sangat saat mengunjakkan kaki kembali di tanah Jawa. Dengan *kegendenganmu*

mbok, *kowe* telah mendorong ketegangan yang ada dalam tubuh dan pikiranku, merawatku dengan caramu yang *lugu* dan lucu. Tak pernah terbayangkan akoe bakal ketemu kamu mbok, disaat masa pertengahan pendidikanku. Tak berani kubayangkan apa yang terjadi bila akoe tidak ketemu kamu waktu itu. Budi baikmu tidak akan pernah saya lupakan mbok. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT. Amien.

Mas Gum sekeluarga di Sala yang banyak membantu, *matir suwun* banget. Semoga menjadi amal ibadah dan mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Tuhan YME. Amien.

Mas Bayu komputer, mbak Ruri, mbak Santi, mas Imam, mas Bayu dan mas Sugeng dari Bali komputer, yang dengan sabar selalu siap memberi petunjuk untuk menyelesaikan berbagai tugas pendidikan ini, terima kasih.

Photo copy *Guten* : pak Juadi, cak Roy, cak To, cak Supri, cak Wangat, suwun cak, suwun, terima kasih atas servis luar biasa dan keramah tamahan yang diberikan kepada saya selama pendidikan.

Nuraini dra. MS. sekeluarga dari Pontianak yang telah banyak membantu menyediakan fasilitas untuk penulisan disertasi ini, terima kasih banyak.

Untuk Ning Ike & Ning Ifa

Akoe tidak tahu bagaimana caranya mengungkapkan rasa terima kasihku yang tak terkira kepada kalian berdua. Disaat saat yang amat suhit, Tuhan mengirim paket berupa kalian berdua kepadaku, memberikan dan menyediakan segala yang kubutuhkan dengan tulus. Mau meneruna berbagai keluhan dan meringankan beban yang begitu berat Semoga kalian berdua bisa mengikuti jejakku, meraih pendidikan tertinggi dan Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan kalian - Amien. *Suwun ning* !

Komunitas internet Pascasarjana Unair. Pak Eko, Pak Mudatzir, Pak Pasaribu, Pak Sam (Ambon dan Bali), Pak Tentara, Jomblo, Ustad Helmi, Pak Agung, Pak Jimmy, Aza dll, terima kasih atas kebersamaannya selama ini untuk saling mendukung dan memberi semangat.

Prof. Dr. Moetmainah Prajitno drg. SpKG., Dr. Joewono Soeroto dr. MSc. SpPD. K.R., Edijanto dr. SpPK. dan Dr. Jusak Nugraha dr. Sp. PK. Lmus. Lmar. yang telah menolong saya untuk upaya penyembuhan kaki saya. Terima kasih banyak atas semua bantuan yang diberikan, semoga Allah SWT - Tuhan YME berkenan membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada saya. Amien.

Cucu-cucu di kompleks perumahan Universitas Andalas - Ulu Gadut - Padang, yang selalu menyambutku dengan terakan-terakannya disepanjang jalan ke rumah. Suara kalian, canda kalian, kecenaan kalian, telah menghilangkan kepenatan dalam sehari-hari melakukan kegiatan di kampus dan di Rumah Sakit. Nenek doakan semoga kalian nanti akan menggantikan para pendahulumu dan berguna bagi bangsa ini.

Para *Hasher* dari Padang *Hash House Harriers* yang berasal dari seluruh penyuru dunia. Apa yang selalu kita lakukan setiap dua minggu sekali selama bertahun-tahun, berlari diterik matahari, menerobos semak belukar, menerjang ijalang, menembus rawa-rawa, menyeberangi sungai, menuruni lembah, menaiki bukit terjal, bergelantungan di akar pohon, mengarungi lautan. Pulang saat maghrib dengan baju dan celana sobek-sobek kena duri, badan berbarut luka berdarah, keringat bercampur lumpur, sepatu berlipis tanah tak berbentuk

semuanya itu telah menjadi basis penelitian disertasi ini di pedalaman Pulau Siberu. Terima kasih banyak atas kerja samanya selama itu. *Hasher..... ON.... ON''*

Kepada para guru saya semenjak dari Taman Kanak-Kanak, Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas sampai Universitas, rasa terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan. Tanpa para guru, saya bukan apa-apa, karena para guru, saya bisa mulai belajar membaca, menulis dan belajar berhitung sehingga saya sampai pada jenjang pendidikan sekarang ini. Terima kasih guru, terima kasih. Semoga budi baik para guru selama ini mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT, amien.

Juga untuk para guru saya selama pendidikan lanjutan pada bagian *Klinik und Poliklinik fuer Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie* di *Klinikums der Johannes Gutenberg - Universitaet Mainz - Deutschland - Jerman*. Herrn Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Herrn Ober Arzt Dr. Hans Dieter Kuffner, Herrn Ober Arzt Dr. Dr. Ulrich Wahlman dan semua kolega. Herrn Dr. Dr. Sigfried Jaencke, Herrn Dr. Dr. Diwo, Herrn. Dr. Dr. Ulrich Sack, Herrn. Dott. Heinrich, Herrn. Dr. Dr. Schauer. *Vielen Dank fuer alles*. Semoga budi baik para guru selama ini mendapat balasan yang jauh lebih baik dari Allah SWT, amien.

Kepada Ibu Laminatoen dan adik-adikku Gunung Gumulyo, Guntoro Widiantanto, Yudi Suninto dan Nugrahenny Setyaningsih, terima kasih banyak atas doanya sehingga pendidikan doktor ini bisa selesai dengan baik.

Kepada almarhum Pak'e Areng dan almarhumah Mbok'e Areng yang telah menanamkan rasa cinta terhadap budaya bangsa semenjak saya masih belum bisa berjalan, sehingga melandasi penulisan disertasi ini yang berasal dari budaya lain. *Matur nuwun Pak'e, matur nuwun Mbok'e*, semoga diampuni semua dosanya dan arwah Pak'e Areng serta Mbok'e Areng diterima di sisi Allah SWT. Amien.

Kepada Bulik MTh Radi Kertotenojo dra. di Semarang dan Bapa pamanku Sardjoeki Kertotenojo STh dan Bibi Tri Hartati Sardjoeki yang telah ngopeni saya selama pendidikan di Yogyakarta. *Matur nuwun sanget*. Semoga segala kebbaikannya mendapat balasan yang setimpal dari Tuhan YME, amien.

Kepada almarhum Letnan Kolonel / Kolonel CHk Muchtar SH yang amat saya hormati, yang telah membenkan banyak nasehat dan bimbingan yang berguna kepada saya. *Matur nuwun mas*, semoga diampuni dosanya dan arwah *panjenengan* diterima ditempat yang mulia disisi Allah SWT, amien.

Kepada yang amat saya hormati dan amat saya sayangi Almarhum Bapakku Soekarta Bratamidjaja dan Almarhumah Ibuku : Soepari, yang telah mendidik dengan penuh kasih sayang dan kesederhanaan pada kami semua anak-anakmu untuk mendapatkan pendidikan terbaik guna menjunjung nama baik keluarga agar menjadi manusia yang berguna bagi keluarga, nusa bangsa dan agama. Semoga Allah SWT berkenan membenkan ampunan pada Bapak dan Ibu, menungakan siksa kubur Bapak dan Ibu, menerima arwah Bapak dan Ibu ditempat yang mulia disisiNYA, amien, amien, amien ya rabbal ai amien.

Pak, Buk semareo sing kepenak nang alam kelanggengan. Akoe percayo menawo Bapak lan Ibuk dino iki rawuh nang kene, saperlu hanjenengi mersani anak wedhok duji dening para moho guru, pimpinan sidang, promotor, ko-promotor, penyanggah lan undangan akademi. Mugo-mugo wae kabeh iki gawe renaning penggalthe Bapak lan Ibuk.

RINGKASAN

MUTILASI GIGI ANTERIOR DENGAN TERJADINYA ATRISI GIGI POSTERIOR

Suatu studi sosio antropologi kesehatan pada suku Mentawai di pulau Siberut.

Isnindiah Koerniati

Suku Mentawai yang berada di pulau Siberut, Kabupaten Kepulauan Mentawai, Propinsi Sumatera Barat mempunyai kebiasaan melakukan mutilasi gigi *anterior* yang dilakukan pada laki-laki dan perempuan pada usia sebelum akil baliq. Seseorang untuk melakukan tindakan mutilasi gigi *anterior* akan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terdiri dari mobilitas suku Mentawai, pengetahuan mutilasi gigi, nilai, kepercayaan, sikap dan tradisi. Faktor pemungkin terdiri dari peranan si Kere dan adanya ketergantungan pada ramuan tradisional. Faktor pendorong terdiri dari suami / isteri, orang tua, mertua, *peer group*, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap alasan, manfaat dan akibat mutilasi gigi *anterior* serta tanaman berkhasiat obat untuk mengobati penyakit gigi, untuk identifikasi status kesehatan gigi suku Mentawai dengan mutilasi gigi anterior dan tanpa mutilasi gigi anterior menurut kelompok umur dan seks; mempelajari aspek sosial budaya mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai; membuktikan hubungan antara mutilasi gigi *anterior* dengan atrisi gigi *posterior* dan membuktikan hubungan pola makan dengan atrisi gigi *posterior*.

Dari 179 responden ditemukan 96 mutilasi (laki-laki 31,84 % dan perempuan 21,79 %), 83 tidak mutilasi (laki-laki 26,26 % dan perempuan 20,11 %). Meskipun mutilasi gigi adalah tindakan yang merusak jaringan gigi, yang apabila dipandang dari ilmu kesehatan gigi adalah merugikan, tetapi bagi masyarakat suku Mentawai tindakan ini dilakukan secara sukarela, tidak ada paksaan, semata karena mutilasi gigi adalah suatu adat budaya mereka yang harus dilakukan tanpa sangsi apapun bila tidak melakukannya. Orang yang tidak dimutilasi giginya adalah *sareneu* (bukan orang Mentawai) dan mereka tidak mau dianggap ini. Mereka juga menganggap bahwa dengan dimutilasi giginya, mereka akan tampak lebih cantik, lebih tampan dan merupakan sarana cari jodoh supaya dilirik lawan jenis. Hal ini berkaitan dengan sejarah terjadinya mutilasi gigi yang diceritakan oleh seorang informan. Alasan mereka yang lain adalah supaya giginya mempunyai fungsi seperti gigi binatang buas untuk makan. Sering perjalanan waktu, budaya luar yang tidak melakukan mutilasi gigi masuk ke pedalaman Siberut, atau karena mobilitas mereka ke luar daerah yang berbudaya lain dan tidak melakukan mutilasi gigi, maka adat mutilasi gigi ini semakin ditinggalkan. Alasan mereka yang sekarang tidak melakukan mutilasi gigi diantaranya adalah karena sakit dan orang lain yang tidak dimutilasi giginya juga tidak ada akibat apapun. Tidak dimutilasi juga bisa mendapat jodoh, kata mereka.

Tindakan mutilasi gigi *anterior* dengan membuat gigi menjadi runcing sehingga permukaan gigi *anterior* lebih kecil dari sebelumnya akan menyebabkan

pergeseran makanan ke *posterior*, sehingga beban pengunyahan di *posterior* menjadi lebih berat. Beban yang berat dan terjadi berulang dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya atrisi gigi *posterior*. Jumlah responden dengan mutulasi gigi *anterior* yang mengalami atrisi gigi *posterior* 53,07 % dan tanpa atrisi gigi *posterior* 0,56 %. Responden tanpa mutulasi gigi *anterior* yang mengalami atrisi gigi *posterior* 27,93 % dan tanpa atrisi gigi *posterior* 18,44 %. Tindakan mutulasi gigi *anterior* dengan kejadian atrisi gigi *posterior* mempunyai hubungan yang signifikan.

Pada kejadian setelah mutulasi gigi *anterior* kadang timbul rasa ngilu atau sakit. Mereka mengatasinya dengan menggigit *lainok* (Minang: *pisang batu*, Jawa: *pisang kepok*, Latin: *musa acuminata*) yang belum masak selama beberapa jam sampai satu hari. Suku Mentawai juga menggunakan tanaman berkhasiat obat untuk mengobati penyakit gigi, yaitu *haq-bag, toru* (*Merremia peltata* (L.) Merr.), *tabeleiki* (*Pleomelle elliptica*), *bulukanikonan* (*Hedychium coronarium* Linn.), *ailelepet merah* (*Crotaphyllum pictum*), *ailelepet hijau* (*Crotaphyllum pictum*) Untuk mengobati gigi, mereka menumbuk daun dari tanaman tersebut dan menempelkannya pada gigi yang sakit.

Makanan pokok suku Mentawai yang utama adalah sagu (*metroxylon sagus*). Cara memasak sagu yaitu, tepung sagu dimasukkan dalam bambu atau dibungkus daun sagu, kemudian dibakar dengan kayu bakar. Sagu di dalam daun sagu setelah masak mempunyai konsistensi kasar dan keras, sedangkan yang dibambu lebih lunak. Dari penuturan responden, sagu yang dibungkus daun sagu lebih mereka senangi (64,25 %) dari pada yang dimasukkan bambu (25,70 %), sedangkan yang menggunakan keduanya ditemui 10,05 %. Mereka makan sagu tiga kali sehari, pagi, siang dan malam. Lauk sebagai teman makan sagu bisa berupa ikan, tetapi bila tidak punya lauk, sagu hanya dimakan berupa sagu bakar saja yang tidak mempunyai rasa apapun kecuali rasa sagu.

Makanan yang kasar dan keras dapat menyebabkan atrisi gigi. Dari cara masak sagu yang dibungkus daun sagu ditemukan atrisi 53,63 %, di dalam bambu 19,55 % serta campuran keduanya 7,82 %. Cara masak sagu dengan kejadian atrisi gigi tidak ditemukan hubungan yang signifikan.

Kesimpulan yang bisa diambil dari penelitian ini adalah bahwa mutulasi gigi *anterior* merupakan adat budaya suku Mentawai yang sudah dilakukan secara turun temurun. Tanaman berkhasiat obat yang diperiksa secara laboratorium dengan skrining fitokimia mengandung zat berkhasiat flavonoid, minyak atsiri, terpenoid dan steroid. Budaya mutulasi gigi *anterior* berpengaruh secara signifikan terhadap *OHI-S* pada kelompok umur 25-35 tahun dan tidak signifikan pada kelompok umur > 35 tahun dan < 25 tahun. Budaya mutulasi gigi *anterior* berpengaruh secara signifikan terhadap *DMF-T* pada kelompok umur <25 tahun dan tidak signifikan pada kelompok umur > 35 tahun dan 25 - 35 tahun. Budaya mutulasi gigi *anterior* tidak berpengaruh secara signifikan terhadap *CPIITN* pada semua kelompok umur. Pada suku Mentawai tidak ditemukan kebiasaan membersihkan gigi secara tradisional. Mutulasi gigi *anterior* berpengaruh secara signifikan terhadap atrisi gigi *posterior*. Pola makan dan cara pengolahan makanan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya atrisi gigi *posterior*.

Disarankan agar Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai beserta jajarannya melakukan penelitian tentang pola makan dan pelatihan cara pengolahan makanan yang lebih bervariasi dengan bahan yang telah tersedia

secara melimpah oleh alam di pulau Siberut sehingga kebutuhan zat bergizi lebih bisa dipenuhi dan atnisi gigi bisa dihindari.

Pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian mutilasi gigi anterior, sementara itu keadaan fasilitas pendidikan di pedalaman Siberut amat memprihatinkan, maka kepada Pemerintah juga disarankan bisa memberikan pelayanan pendidikan yang merata sampai ke pedalaman sehingga anak-anak usia sekolah bisa mengenyam bangku sekolah, meski yang paling rendah sekalipun.

Mengingat sangat bermanfaatnya obat tradisional di pulau Siberut, maka penelitian tentang tanaman berkhasiat obat yang baharnya melimpah di pedalaman perlu dilanjutkan sehingga bisa ditemukan formula obat tertentu dari pulau Siberut.



SUMMARY

Anterior Teeth Mutilation with the Occurrence of Posterior Teeth Attrition (A Medical Socio Anthropology Study on Siberut Island Mentawai Ethnic Group)

Isnindiah Koerniati

The Mentawai ethnic group at the Siberut Island, Mentawai Islands Regency, West Sumatra Province is accustomed to the practice of anterior teeth mutilation on males and females prior to reaching puberty age. A person's act of anterior teeth mutilation is influenced by predisposing, enabling, and reinforcing factors. The predisposing factors involve the Mentawai ethnic group mobility rate, understanding on teeth mutilation, values, belief, attitude, and tradition. The enabling factors involve the role of the *Ketua* (medicine man) and the dependency on traditional herbs. The reinforcing factors involve husband / wife, parents, parents-in-law, peer groups, community figures, and health-care personnel.

The objective of this research was to reveal the reasons, benefits, and effects of anterior teeth mutilation, as well as the medicinal vegetations utilized as tooth-ache medication, identify the Mentawai ethnic group dental health condition when subjected to anterior teeth mutilation and when not subjected to anterior teeth mutilation, viewed according to their age and gender groups, analyze the socio-cultural aspects of anterior teeth mutilation on the Mentawai ethnic group, prove the existence of a correlation between anterior teeth mutilation and posterior teeth attrition, as well as prove the existence of a correlation between food consumption intake patterns and posterior teeth attrition.

Of 179 respondents, 96 mutilations (31.84% males and 21.79% females) and 83 non-mutilations (26.26% males and 20.11% females) was found. Although teeth mutilation is an act that destroys tooth tissues, which when viewed through the dental health science perspective is considered damaging, the Mentawai ethnic group voluntarily, without coercion, performs this act simply because it is their cultural tradition which ought to be performed without ramifications when not performed. An ethnic group that do not perform teeth mutilations are perceived as the *Sareucus* (not belonging to the Mentawai ethnic group), which the Mentawai ethnic group despises being considered a part of. They also consider that teeth mutilation will make them seem more attractive and functions as a mating custom that will help them become recognized by the opposite gender. This is connected to an account told by an informant on the history of the act of teeth mutilation. Another reason is to make the teeth seem more similar to that of wild animals and function better for mastication. With developments, the encroachment of external cultures that do not perform teeth mutilation into the Siberut hinterland, or because of their mobility to other areas which happened to have a different culture without teeth mutilation act, it seems that teeth mutilation act has gradually disappeared. Those who do not perform teeth mutilation, insist that the act of mutilation teeth cause pain and people who do not have mutilated teeth bear no consequences whatsoever. Even without teeth mutilation they are sure to find their mate.

Anterior teeth mutilation act by way of sharpening the anterior teeth subsequently will result in a smaller surface of the anterior teeth. Thus, food is shifted to posterior section adding heavier load for masticating onto posterior teeth. Repetition of heavy masticating load in a long period of time produces posterior teeth attrition. The number of anterior mutilated teeth respondents with posterior attrition teeth was 53.07% and those without posterior teeth attrition was 0.56%. The number of no-anterior mutilated teeth respondents with posterior teeth attrition was 27.93% and those without posterior attrition teeth was 18.44%. There was a significant correlation between mutilation anterior teeth and the prevalence of posterior teeth attrition.

After the act of teeth mutilation was performed, sometimes pain or sharp stinging feeling occurred. They overcame this stinging pain by biting unripe *tairok* (stone banana in Minang, kepok banana in Java, *Musa acuminata* in Latin) for several hours, even for one whole day. The Mentawai ethnic group also utilize medicinal vegetations to treat dental diseases namely *bag-bag*, *toroi* (*Merremia peltata* (L.) Merr.), *tabelitiki* (*Pleomelle elliptica*), *bulukanikonan* (*Hedyotis coronarium* Linn.), *atelepet merah* (*Crotaphyllum pictum*), *atelepet hijau* (*Crotaphyllum pictum*). They usually pound the leaves and place the pounded leaves on the painful teeth.

The staple food of Mentawai ethnic group is sago (*Metroxylon sagus*). To cook sago, sago flour is inserted into bamboo or wrapped in sago leaves, and then burned on firewood. Sago in the sago leaves has a rough and rugged consistency after cooking, whereas those inserted in bamboo are softer. Based on respondent accounts, sago wrapped in sago leaves are more preferable (64.25%) than those inserted in bamboo (25.70%), while a mixture of the two is also found (10.05%). They eat sago three times a day, morning, noon, and night. Dishes food served alongside the sago may be fish, although when no additional food is available, only sago is consumed in the form of burned sago which do not have any specific flavour except the sago flavour itself.

Rough and rugged food may cause teeth attrition. Of those who consume sago wrapped in sago leaves, attrition was found at a rate of 53.63%, inserted in bamboo 19.55%, and mixture 7.82%. No significant correlation was found between the manner in which sago is cooked and the occurrence of teeth attrition.

The conclusion that can be derived from this research is that anterior teeth mutilation is a form of Mentawai ethnic group cultural ritual that has been performed for generations. Medicinal vegetations tested in laboratory via a phytochemical screening contains flavonoid, asiric acid, turpenoid, and steroid. The culture of anterior teeth mutilation is significantly influential by OHI-S in a group of 25-35 years old and not significantly in group of > 35 years old and < 25 years old. The culture of anterior teeth mutilation is significantly influential by DMF-T in a group of < 25 years old and not significantly in group of > 35 years old and 25 - 35 years old. The culture of anterior teeth mutilation is not significantly by CPITN in all of group of years old. Anterior teeth mutilation is significantly influential on posterior teeth attrition. Consumption pattern and food processing method is not significantly influential on posterior teeth attrition.

Recommendations that can be given is that in order to prevent and reduce the number of occurrence of teeth attrition it is advised that the Mentawai Islands Regency government along with its apparatus provide information on the

ABSTRACT

Anterior Teeth Mutilation with the Occurrence of Posterior Teeth Attrition (A Medical Socio Anthropology Study on Siberut Island Mentawai Ethnic Group)

Isnindiah Koerniati

The Mentawai ethnic group at the Siberut Island, Mentawai Islands Regency, West Sumatra Province is accustomed to the practice of anterior teeth mutilation on males and females prior to reaching puberty age.

The objective of this research was to reveal the reasons, benefits, and effects of anterior teeth mutilation, as well as the medicinal vegetations utilized as tooth-ache medication; to identify the Mentawai ethnic group health condition when subjected to anterior teeth mutilation and when not subjected to anterior teeth mutilation, viewed according to their age and gender groups; to analyze the socio-cultural aspects of anterior teeth mutilation on the Mentawai ethnic group; to prove the existence of a correlation between anterior teeth mutilation and posterior teeth attrition, and to prove the existence of a correlation between intake patterns and posterior teeth attrition.

Of 179 respondents, 96 mutilations (31.84% males and 21.79% females) and 83 non-mutilations (26.26% males and 20.11% females) was found. Although teeth mutilation is an act that destroys tooth tissues, which when viewed through the dental health science perspective is considered damaging, the Mentawai ethnic group voluntarily, without coercion, performs this act simply because it is their cultural tradition.

There was a significant correlation between mutilation anterior teeth and the prevalence of posterior teeth attrition.

They eat sago three times a day, morning, noon, and night. Rough and rugged food may cause teeth attrition. Of those who consume sago wrapped in sago leaves, attrition was found at a rate of 53.65%, inserted in bamboo 19.55%, and mixture 7.82%. No significant correlation was found between the manner in which sago is cooked and the occurrence of teeth attrition.

The conclusion is that anterior teeth mutilation is a form of Mentawai ethnic group cultural ritual that has been performed for generations. Medicinal vegetations tested in laboratory via a phytochemical screening contains: flavonoid, asinic acid, turpenoid, and steroid. The culture of anterior teeth mutilation is significantly influential by OHI-S (25-35 years old) and DMF-T (<25 years old), while is not significantly influential by CPITN in all of group years old. The anterior teeth mutilation is significantly influential on posterior teeth attrition. Consumption pattern and food processing method is not significantly influential on posterior teeth attrition.

Key words: teeth mutilation, attrition, rough + rugged food, OHI-S, DMF-T, CPITN

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PRASYARAT GELAR	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PANITIA PENGUJI DISERTASI	v
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
RINGKASAN	xvi
SUMMARY	xix
ABSTRACT	xxii
DAFTAR ISI	xxiii
DAFTAR TABEL	xxvi
DAFTAR GAMBAR	xxviii
DAFTAR ISTILAH MENTAWAI - GLOSARI MENTAWAI	xxx
DAFTAR SINGKATAN	xxxiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah	10
1.3. Rumusan Masalah	11
1.4. Tujuan Penelitian	12
1.5. Manfaat Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1. Antropologi Budaya	14
2.2. Antropologi Kesehatan	16
2.3. Perilaku Kesehatan dan Perubahan Perilaku	18
2.4. Etnografi Suku Mentawai	28
2.5. Adat Mutilasi Gigi Anterior Di Indonesia dan Afrika	41
2.6. Berbagai Bahan Pengobatan Gigi Tradisional Suku Mentawai	43
2.7. Pola Makan	48
2.8. Kebersihan Mulut	49
2.9. Karies Gigi	51
2.10. Atrisi Gigi	56
2.11. Pola Pengunyahan	58
2.12. Tekanan Gigitan	62
2.13. Penyakit Periodontal	64
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	70
3.1. Kerangka Konseptual Penelitian	70
3.2. Hipotesis Penelitian	71

BAB 4 METODE PENELITIAN	73
4.1. Jenis dan Rancangan Penelitian	73
4.2. Lokasi Penelitian	74
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian	74
4.4. Instrumen Penelitian	75
4.5. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	77
4.6. Definisi Operasional	79
4.7. Sumber dan Metode Pengumpulan Data	101
4.8. Pengolahan Data	106
 BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	 108
5.1. Gambaran Daerah Penelitian dan Karakteristik Responden	108
5.2. Alasan, Manfaat dan Akibat Tindakan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i>	127
5.3. Status Kesehatan Gigi Suku Mentawai	139
5.4. Makanan Pokok dan Cara Pengolahan Makanan	153
5.5. Variabel Dependen dan Variabel Independen	162
5.6. Tanaman Berkhasiat Obat Yang Dipergunakan Oleh Suku Mentawai Untuk Pengobatan Penyakit Gigi	163
 BAB 6 PEMBAHASAN	 170
6.1. Keterbatasan Penelitian	170
6.2. Hasil dan Pembahasan	172
 BAB 7 PENUTUP	 184
7.1. Kesimpulan	184
7.2. Saran	185
 DAFTAR PUSTAKA	 188
 DAFTAR LAMPIRAN	 200
1. Peta Pulau Siberut	200
2. Pedoman Wawancara Mendalam	201
3. Pedoman <i>Focus Group Discussion</i>	204
4. Kuesioner Penelitian Pedoman Wawancara Terstruktur	206
5. Formulir Metode <i>Recall</i> 1 x 24 Jam	212
6. Formulir Pencatatan <i>OHI-S</i>	213
7. Formulir <i>DMF-T</i>	214
8. Formulir <i>CPITN</i>	215
9. Formulir Lembar Persetujuan Responden	216
10. Surat Ijin Penelitian Pemerintah Kabupaten Kepulauan Mentawai	218
11. Surat Ijin Penelitian Balai Taman Nasional Siberut	219
12. Surat Keterangan Identifikasi Tanaman	220

13. Contoh Penghitungan Kandungan Zat Gizi / Orang / Hari	221
14. Perhitungan Hasil Statistik Penelitian	222
15. Lagu dari pedalaman Mentawai : TOBBOU MENTAWAI	262
16. Daftar Riwayat Hidup	264



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Distribusi Responden Dengan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Tanpa Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Tahun 2001	5
Tabel 1.2.	Distribusi Responden Suku Mentawai Dengan Karies Gigi Pada Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Tanpa Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001	6
Tabel 1.3.	Distribusi <i>OHI-S</i> Pada Responden Suku Mentawai Dengan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Tanpa Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001	8
Tabel 1.4.	Distribusi Responden Suku Mentawai Dengan Gigi Tanggal Pada Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Tanpa Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001	9
Tabel 5.1.	Hubungan Jenis Kelamin dan Lokasi Penelitian.....	124
Tabel 5.2.	Hubungan Jenis Kelamin dan Kelompok Umur	125
Tabel 5.3.	Hubungan Jenis Kelamin dan Pendidikan	125
Tabel 5.4.	Hubungan Jenis Kelamin dan Pekerjaan	126
Tabel 5.5.	Hubungan Jenis Kelamin dan Status Sosial	127
Tabel 5.6.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Kejadian Atrisi Gigi <i>Posterior</i>	139
Tabel 5.7.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Jenis Kelamin	140
Tabel 5.8.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Kelompok Umur	140
Tabel 5.9.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Status Sosial	140
Tabel 5.10.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Pendidikan	141
Tabel 5.11.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Pekerjaan	141
Tabel 5.12.	Volume Mahkota Gigi dan Volume Bagian Gigi yang Dimutilasi	142
Tabel 5.13.	Hubungan Atrisi Gigi <i>Posterior</i> dengan Jenis Kelamin	142
Tabel 5.14.	Hubungan Kedalaman Atrisi Gigi <i>Posterior</i> dengan Jenis Kelamin	142
Tabel 5.15.	Hubungan Kedalaman Atrisi Gigi <i>Posterior</i> Menurut Kelompok Umur	143
Tabel 5.16.	Distribusi Permukaan Gigi yang Mengalami Atrisi Dilihat dari Luas, Keliling dan Volume Rata-rata	146
Tabel 5.17.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Mobilitas	146
Tabel 5.18.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Tingkat Faktor Predisposisi	147
Tabel 5.19.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dengan Tingkat Faktor Pemungkin	147
Tabel 5.20.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Jenis Kelamin dengan <i>OHI-S</i>	148
Tabel 5.21.	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Kelompok Umur dengan <i>OHI-S</i>	149

Tabel 5.22	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Jenis Kelamin dengan <i>DMF-T</i>	150
Tabel 5.23	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Kelompok Umur dengan <i>DMF-T</i>	151
Tabel 5.24	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Jenis Kelamin dengan <i>CPITN</i>	152
Tabel 5.25	Hubungan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i> dan Kelompok Umur dengan <i>CPITN</i>	152
Tabel 5.26	Jenis Makanan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	153
Tabel 5.27	Jenis Makanan Pokok yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	153
Tabel 5.28	Jenis Buah-buahan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	154
Tabel 5.29	Jenis Rasa Buah yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	155
Tabel 5.30	Hubungan Atrisi Gigi <i>Posterior</i> dengan Rasa Buah	156
Tabel 5.31	Jenis Sayur-sayuran yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	157
Tabel 5.32	Jenis Lauk yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	157
Tabel 5.33	Jenis Makanan Tambahan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai	158
Tabel 5.34	Kandungan Rata-rata Zat yang Terdapat Pada Pola Makan orang / Hari	159
Tabel 5.35	Hubungan Atrisi Gigi <i>Posterior</i> dengan Cara Pengolahan Makanan Pokok	159
Tabel 5.36	Variabel Karakteristik dan Variabel yang Berhubungan Dengan Terjadinya Mutilasi Gigi <i>Anterior</i>	162
Tabel 5.37	Variabel yang Berhubungan dengan Terjadinya Atrisi Gigi <i>Posterior</i>	163
Tabel 5.38	Kandungan Zat pada Tanaman Berkhasiat Obat di Pulau Siberut yang Dipergunakan untuk Pengobatan Penyakit Gigi ..	167

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 1	Konsep teoritis kensekuensi akibat mutilasi gigi <i>anterior</i>	10
Gambar 2 1	Teori Perilaku Terencana	26
Gambar 2 2	Teori <i>SOR</i> dan Hosland	28
Gambar 3 1	Kerangka Konseptual Penelitian	72
Gambar 5 1	Rumah asli Suku Mentawai	113
Gambar 5 2	<i>Uma</i>	115
Gambar 5 3	<i>Lalap</i>	116
Gambar 5 4	<i>Sapau masuk</i>	117
Gambar 5 5	Peneliti ketemu dengan keluarga pemburu	117
Gambar 5 6	Tengkorak monyet	118
Gambar 5 7	Tengkorak kijang	118
Gambar 5 8	Tengkorak buaya	119
Gambar 5 9	Tempurung penyu	119
Gambar 5 10	Hutan sagu	121
Gambar 5 11	Peralatan untuk menyagu	121
Gambar 5 12	Penebangan pohon sagu	121
Gambar 5 13	Penverutan dengan gergaji	121
Gambar 5 14	Penggergajian akhir	121
Gambar 5 15	Pencangkulan batang sagu	121
Gambar 5 16	Serat sagu	121
Gambar 5 17	Pencacahan serat	121
Gambar 5 18	Cacahan batang sagu	122
Gambar 5 19	Dibawa ke pengolahan	122
Gambar 5 20	Tempat pengolahan sagu	122
Gambar 5 21	Sampian penampungan sagu	122
Gambar 5 22	Endapan sagu	122
Gambar 5 23	Memasukkan sagu dalam <i>rampi</i>	122
Gambar 5 24	Memadatkan sagu dengan <i>luluglug</i>	122
Gambar 5 25	Suasana <i>FGID</i> : empat peserta duduk di lantai kayu	130
Gambar 5 26	Suasana <i>FGID</i> : dua peserta duduk di kursi panjang	130
Gambar 5 27	Balugui dari Siberut Utara	132
Gambar 5 28	Balugui dari Siberut Selatan	132
Gambar 5 29	Peragaan cara melakukan mutilasi gigi (Siberut Utara)	132
Gambar 5 30	Peragaan cara melakukan mutilasi gigi (Siberut Selatan)	133
Gambar 5 31	Mutilasi gigi <i>anterior</i> <i>piat sot</i>	133
Gambar 5 32	<i>Sipat sot</i>	139
Gambar 5 33	<i>Sipat sot</i>	139
Gambar 5 34	Atrisi gigi <i>posterior</i>	139
Gambar 5 35	Hasil cetakan gigi yang dimutilasi	143
Gambar 5 36	Pendekatan dengan <i>ellipsoid</i>	144
Gambar 5 37	Permukaan atrisi gigi <i>posterior</i>	145
Gambar 5 38	Kokosan dan rambutan hutan	155
Gambar 5 39	Manggis hutan	156
Gambar 5 40	Tepung sagu dihaluskan dengan <i>gogofjat</i>	160
Gambar 5 41	Tepung sagu dibungkus dengan daun sagu	160

Gambar 5.42	Bungkusan dikat dengan daun sagu	160
Gambar 5.43	Bungkusan sagu dibakar dengan kayu bakar	160
Gambar 5.44	Sagu masak yang dibungkus dengan daun sagu	161
Gambar 5.45	Sagu yang dibakar di dalam bambu	161
Gambar 5.46	Cara makan sagu bakar	161
Gambar 5.47	<i>Tainak</i>	164
Gambar 5.48	Pohon <i>bag-bag</i>	165
Gambar 5.49	Daun <i>bag-bag</i>	165
Gambar 5.50	Pohon <i>tabeleiki</i>	165
Gambar 5.51	Daun <i>tabeleiki</i>	165
Gambar 5.52	<i>Atepet</i> merah dan hijau	165
Gambar 5.53	Pohon <i>bulukanikonan</i>	165
Gambar 5.54	Skrting flavonoid	166
Gambar 5.55	Skrting terpenoid	167



DAFTAR ISTILAH MENTAWAI – GLOSARI MENTAWAI

<i>Abuk</i>	: Sampan.
<i>Aileper</i>	: <i>Species Craptiophyllum pictum</i> dari <i>Familia Acanthaceae</i>
<i>Anut leu ita</i>	: Salam "Apa khabar"
<i>Arat sabulungan</i>	: Agama atau kepercayaan asli suku Mentawai
<i>Babaet</i>	: Rambutan
<i>Bag-bag</i>	: Minang <i>aku sambung</i> , Latin <i>Species Merremia peltata (L.) Merr.</i> , dari <i>Familia Convolvulaceae</i>
<i>Bajak</i>	: Bapak
<i>Bajan</i>	: Kekuatan terselubung dalam sebuah benda yang bisa mengganggu manusia
<i>Balapat ka ter-ter</i>	: Dapur
<i>Balugui</i>	: Pisau kecil yang bertangkai melengkung yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk melakukan mutilasi gigi <i>anterior</i> dan juga untuk kegiatan lain, misal untuk menyerut rotan
<i>Behaget</i>	: Jambui dari bulu ekor ayam jantan
<i>Bobobok</i>	: Alat untuk memukul pada pengolahan sagu
<i>Bolobok</i>	: Keranjang yang terbuat dari kulit pohon sagu
<i>Boroyat</i>	: Mirip sampan pada proses pembuatan sagu.
<i>Bulkanukunan</i>	: <i>Species Hedychium Coronarium Linn - Hedychium chrysoleucum Hook</i> dari <i>Familia Zingiberaceae</i>
<i>Dereat</i>	: Kotak kayu yang di dalamnya terdapat saringan yang terbuat dari kam untuk mengolah sagu.
<i>Eilegat balak</i>	: Gelang untuk pangkal lengan
<i>Gagaji</i>	: Semacam gergaji yang dibuat sendiri dari sebatang kayu yang pada salah satu sisinya dipenuhi banyak paku untuk menggergaji
<i>Gietu</i>	: Pakis
<i>Giring-giring</i>	: Seraut bambu yang dihiasi bulu ayam.
<i>Gagoyaj</i>	: Pengayak sagu
<i>Gauk-gauk</i>	: Ayam
<i>Giyuk-giyuk</i>	: Kumur-kumur
<i>Inu</i>	: Gelang
<i>Jejeneng</i>	: Lonceng
<i>Kahu</i>	: Cawat yang terbuat dari kulit kayu pohon <i>haka</i> .
<i>Kajeuma</i>	: Tifa (alat musik untuk mengiringi tarian <i>suru</i>)
<i>Kalabat</i>	: Merupakan simbol perempuan dan sebagai isteri yang menyiapkan makanan untuk anggota <i>uma</i> .
<i>Kerei sibale</i>	: Kerei terua di wilayah tertentu
<i>Ketsat</i>	: Roh nenek moyang
<i>Kinu ulan</i>	: Kekuatan alam yang terselubung secara keseluruhan
<i>Kinu</i>	: Roh yang tinggal di dalam rumah dan bertugas melindungi rumah
<i>Klen</i>	: Kelompok suku

<i>Kukutluk</i>	: Semacam cangkul buatan sendiri yang terbuat dari kayu yang dipakai pada pengolahan sagu.
<i>Lagek</i>	: Obat
<i>Laggai</i>	: Kampung
<i>Laibokat</i>	: Ruang di dalam <i>uma</i> yang dipergunakan untuk menerima tamu, untuk tempat istirahat, untuk membuat kerajinan dan untuk tempat pertemuan.
<i>Lailai</i>	: Kain berhias untuk ikat pinggang
<i>Laipat</i>	: Pakis
<i>Lajau</i>	: Parang
<i>Lalep</i>	: Rumah yang dihuni oleh keluarga yang sudah memkah secara sah keagamaan yang terletak di sekitar <i>uma</i>
<i>Leggeu</i>	: Alat seperti bubu yang dipakai untuk menjebak ikan.
<i>Leilei</i>	: Rangkaian bunga di kepala.
<i>Lia</i>	: Upacara kepercayaan untuk keluarga batih.
<i>Lifu</i>	: Siput.
<i>Long</i>	: Sangkar ayam yang terbuat dari jalinan rotan.
<i>Long gouk-gouk</i>	: Induk ayam beserta anak-anaknya
<i>Luluglug</i>	: Alat untuk memadatkan sagu di dalam <i>tampi</i> .
<i>Mabesik</i>	: Sakit.
<i>Mapiat sot</i>	: Orang yang giginya dilakukan mutilasi .
<i>Matsurabagata</i>	: Terima kasih banyak
<i>Mukom</i>	: Makan
<i>Munogot</i>	: Kekerabatan suku Mentawai
<i>Ngatu</i>	: Kalung
<i>Onggut</i>	: Kapak.
<i>Oodak</i>	: Alat pengupas batang sagu yang terbuat dari kayu.
<i>Orang tepi</i>	: Orang Sumatera
<i>Papaek</i>	: Pahat.
<i>Papaek simotok</i>	: Pahat.
<i>Papakru</i>	: Alat untuk mengupas kulit pohon sagu yang terbuat dari kayu
<i>Pegu</i>	: Cempedak
<i>Piat</i>	: Mutilasi gigi
<i>Placanan</i>	: Pakaian yang harus dimiliki oleh seorang <i>Keret</i> , terdiri dari : <i>elegat badak, leilei, bebeget, lailai dan giring-giring</i> .
<i>Pulaijat</i>	: Upacara besar misalnya untuk membersihkan <i>uma</i> , untuk mengobati orang yang sedang menderita sakit keras
<i>Punen</i>	: Ritus larangan mengerjakan tabu yang berkaitan dengan <i>pulaijat</i> (waktu istirahat suku Mentawai) <i>Punen</i> merupakan suatu upacara kepercayaan tradisional yang diperuntukkan bagi keluarga luas yang dipimpin oleh <i>si Keret</i> yang diselenggarakan di dalam <i>uma</i> .
<i>Pupupu</i>	: Alat untuk mengambil air yang terbuat dari daun sagu yang dianyam berbentuk kerucut dan diberi tangkai kayu pada proses pengolahan sagu.

<i>Purnsuat</i>	: Ruang di dalam <i>uma</i> yang dipergunakan untuk membuat perapian.
<i>Pusinoso</i>	: Sejenis durian.
<i>Puturukat</i>	: Ruang di dalam <i>uma</i> yang dipergunakan untuk menari. Tempat ini berupa areal yang papannya tidak dipaku secara penuh, gunanya agar supaya bila menari akan berbunyi mengikuti irama kaki dari para penari.
<i>Rimota</i>	: Pemimpin di dalam <i>uma</i> .
<i>Rusuk</i>	DULU : Rumah yang dihuni oleh sebuah keluarga yang belum menikah secara keagamaan / adat atau juga ditempati oleh para pemuda dan para janda. SEKARANG : Rumah yang terletak di dalam hutan yang biasanya di daerah perladangan dengan binatang peliharaan berada di bawah rumah dan sekitar rumah seperti babi dan ayam dalam jumlah banyak.
<i>Sabulungan</i>	: Mahluk halus yang meninggalkan tubuh manusia yang mati dan kemudian hidup di sekitar alam atau pergi ke dunia roh
<i>Sainak</i>	: Babi
<i>Saniu</i>	: Roh jahat yang suka mengganggu dan membawa penyakit
<i>Sapou</i>	: Rumah yang dihuni oleh mereka yang belum menikah secara adat
<i>Sarereu</i>	: Orang selain suku Mentawai
<i>Si among</i>	: Langsung
<i>Si bakkat laggal</i>	: Keturunan pembuka kampung yang juga merupakan penguasa tanah
<i>Si beutubu</i>	: Kijang.
<i>Si Kere</i>	: Dukun tradisional suku Mentawai.
<i>Sileu</i>	: Pundung.
<i>Si magere</i>	: Jiwa yang menyebabkan orang hidup dan kadang meninggalkan badan pada saat orang bermimpi atau sakit.
<i>Simoitek</i>	: Pohon yang berisi gaharu.
<i>Si toi</i>	: Keturunan pendatang.
<i>Simabulo</i>	: Hijau.
<i>Simaingo</i>	: Merah.
<i>Simanteu simatsu</i>	: Suami isteri.
<i>Sipiati sot</i>	: Orang yang giginya dilakukan mutilasi .
<i>Sirarak</i>	: Dibakar
<i>Sot</i>	: Gigi.
<i>Suba</i>	: Ikan
<i>Sumangat</i>	: Roh.
<i>Sura'</i>	: Terima kasih
<i>Sususuru</i>	: Sendok dari kayu untuk mengolah sagu.
<i>Tabeleiki</i>	: <i>Species Pleomele elliptica</i> dari <i>Familia Agavaceae</i>
<i>Taikamawa</i> (roh langit)	: Pemimpin Negara roh dari seberang lautan dan dianggap paling kuat

<i>Tai ka bagut koo</i>	: Roh air
<i>Tai ka leleu</i>	: Roh hutan.
<i>Tai ka polak</i>	: Roh penjaga bumi.
<i>Tairok</i>	: Jawa <i>pisang kepok</i> , Minang <i>pisang batu</i> , Latin <i>Musa acuminata</i> .
<i>Tampi</i>	: Keranjang yang terbuat dari anyaman daun sagu untuk menyimpan sagu
<i>Tamru</i>	: Makanan berupa ulat yang diambil dari batang sagu yang sudah membusuk. Ukuran <i>tamru</i> sebesar ibu jari, berwarna putih, kuning. <i>Tamru</i> dimakan mentah, dibakar dalam bambu dan ada juga yang direbus.
<i>Tangguk</i>	: Alat untuk menangkap ikan di sungai atau di laut
<i>Tegle</i>	: Parang
<i>Teteu</i>	: Roh yang menyebabkan gempa bumi.
<i>Titu</i>	: <i>Tattou</i>
<i>Toet</i>	: Ulat kayu yang dimakan oleh suku Mentawai
<i>Toroi</i>	: Minang <i>aka sambang</i> , Latin <i>Species Merremia peltata (L) Merr.</i> , dari <i>Familia Convolvulaceae</i>
<i>Tugal</i>	: Tongkat untuk menanam.
<i>Tuktuk</i>	: Sejenis duri
<i>Tulou</i>	: Denda adat
<i>Turu'</i>	: Tarian suku Mentawai yang dilakukan oleh si Kerei
<i>Ukkai</i>	: Pemimpin dari keluarga batih yang memimpin upacara keluarga <i>lia</i> .
<i>Uma</i>	: Rumah besar yang penting untuk menunjukkan sebuah kien dalam satu suku



Si Kerei

Karya ini kupersembahkan untuk :

- Mending kedua Orang Tuaku,
- Semua Saudaraku,
- Keluargaku,
- Negaraku,
- serta
- Saudara sebangsaku suku Mentawai.



" Hai sekalian manusia, sesungguhnya Kami menciptakan kamu dari seorang laki-laki dan seorang perempuan dan Kami jadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku supaya kamu saling mengenal. Sesungguhnya semulia-mulia kamu di sisi Allah ialah yang lebih taqwa di antara kamu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Teliti "
(Al Hujurat ayat 13).

" Maka apakah sekiranya jika kamu berkuasa, kamu akan berbuat kerusakan di bumi dan memutuskan hubungan kekeluargaan. Mereka itulah orang-orang yang dikutuk Allah, lalu Dia pekakkan mereka dan membuatkan penglihatan mereka (dari kebenaran) ".
(Muhammad, ayat 22 dan 23)

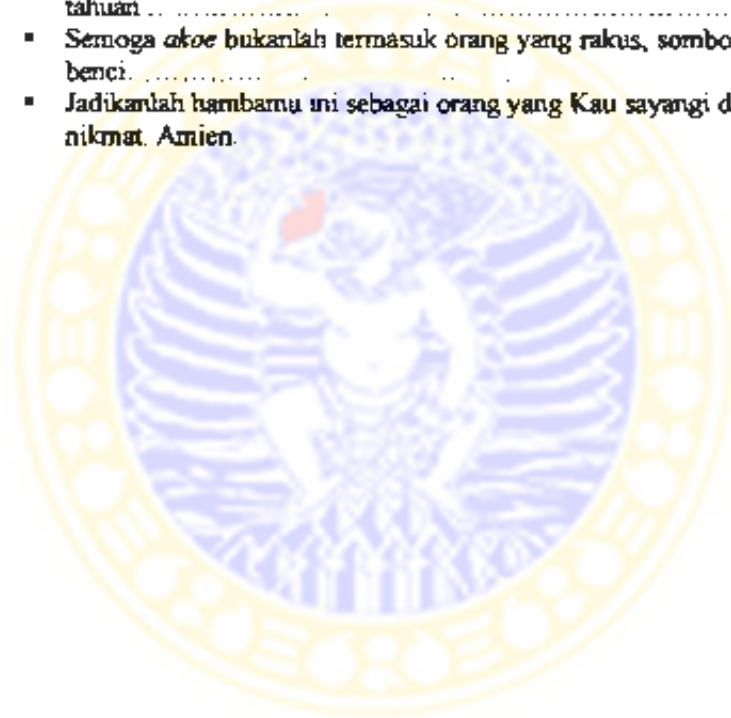


“ Wong pinter ora karuan bener. wong bener ora karuan jujur. wong jujur durung karuan suci, wong suci durung karuan adil, wong adil durung karuan wicaksono, wong wicaksono durung karuan mlebu suwargo ”.
(Ki Soegito – dalang)

“ Orang pintar belum tentu benar, orang benar belum tentu jujur, orang jujur belum tentu suci, orang suci belum tentu adil, orang adil belum tentu bijaksana, orang bijaksana belum tentu masuk surga ” (Ki Soegito – dalang)



- Ribuan anak dari bangsaku kurang beruntung untuk mengenyam pendidikan yang terendah sekalipun karena ketiadaan dana
- Sementara *akoe* seorang diri telah begitu banyak menghabiskan dana untuk menyelesaikan pendidikan ini
- Ya Allah ampunilah *akoe*, seharusnya dana itu bisa dipergunakan untuk mereka yang lebih berhak dan membutuhkan
- mengentaskan mereka dari kebodohan, keterbelakangan dan ketidaktahuan
- Semoga *akoe* bukanlah termasuk orang yang rakus, sombong dan Kau benci
- Jadikanlah hambamu ini sebagai orang yang Kau sayangi dan Kau beri nikmat. Amien.



In memoriam

Mereka yang amat saya sayangi, amat saya cintai, amat saya hormati dan amat berjasa sepanjang perjalanan pendidikan doktor ini, tetapi tidak sempat menunggu sampai selesainya program ini

Almarhum Bapakku Soekarta Bratamidjaja (2000), almarhumah Ibuku Soepari Bratamidjaja (2003), almarhum Letkol / Kol CHk. Muchtar SH (2002), mbah Yadi (1999), Kol. Inf. Soemardi Mardikoesoemo (2002), Prof Moerniatu Sajid drg SpBM.(2003), Prof. H. Eddy Pranowo dr. MPH. (2003), Yu Kin (2003), Pak Mochtar Jasin (2003), Pak Abdulah (2003), Sampeyan Dalem Ingkang Sinuhun Paku Buwono Senopati Ing Ngalaga Abdurahman Sayidin Panatagama Ingkang Kaping XII (2004), Yu Sastro (2004), Prof. Dr. H. Pitono Soeparto dr.SpA(K) (2004), mbah Ngatidjo (2004), Prof. Hj Retno Laksmningsih S. drg MHPed. (2004), Prof H Soegeng Soekanto M dr MS. SpPA(K), PhD. (2004)

Semoga Allah SWT berkenan memberikan ampunan kepada semua dosa mereka, diringankan siksa kubur mereka dan arwah mereka diterima di tempat yang mulia di sisi NYA. Amien.



Silaturahmi panjang antara pedalaman Simatalu di Siberut Utara sampai ke Surabaya tahun seribu sembilan ratus sembilan puluh sembilan sampai tahun dua ribu empat yang melelahkan dan juga menyenangkan, penuh warna suka dan duka

Gempuran badai ganas di lautan lepas Hindia sebelah barat pulau Siberut telah menerpaku, jatuh tergulung-gulung dari atas bukit ke lembah yang dalam di Mentawai telah kualami. Banjir di kota Padang telah merendam seluruh milikku ketika esok hari *akoe* harus berangkat ke Surabaya Kecelakaan dahsyat di tengah hutan Jalan Lintas Trans Sumatera telah menimpaku ketika *akoe* kembali dari Surabaya menuju Padang. Ketika ketemu dengan banyak orang ramah dan siap membantu yang menyejukkan hati betapa bersyukurya *akoe*. Berbagai perangai tak sedap juga telah mewarnai kehidupanku, pengusiran-pengusiran di kota tempatku bekerja semuanya dengan sejinMu ya Allah, alhamdulillah bisa kulewati dengan selamat dan pada hari-hari terakhir pendidikan ini pengusiran di kota tempatku belajar sempat membuat *akoe* oleng tak berdaya, napasku tersengal sesak, konsentrasiku buyar, kesabaranku duji habis-habisan, *akoe* kalut memikirkan persiapan dan nasib ujian akhirku ini semua adalah suratan takdirku. Untuk apa semua ini kulakukan ya Allah, ampunilah *akoe*.

Hanya satu keyakinanku Kau tentu mempunyai maksud dengan semua ini dan *akoe* yakin seyakini-yakiniku Kau tentu akan menolongku ya Allah untuk mengatasi segenap cobaanMu *Akoe* pasrah ya Allah mengikuti alur takdirMu. Semoga Kau mau mengampuni semua dosaku dan keluargaku serta membimbing kami sekeluarga di jalanMu, jalan yang Kamu ridhoi, jalannya orang-orang yang Kau sayangi dan Kau beri nikmat untuk mendapatkan kebahagiaan dunia akhirat. Amien amien amien ya robba al amien

Surabaya, 06 Oktober 2004

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Kabupaten kepulauan Mentawai terdiri atas gugusan pulau yang terletak di kepulauan Mentawai yang berada di lepas pantai Sumatera Barat. Kabupaten kepulauan Mentawai dipisahkan oleh selat Mentawai, terletak di sebelah barat pulau Sumatera dan termasuk wilayah Propinsi Sumatera Barat. Pulau Siberut dengan luas 4 030 km², merupakan pulau terbesar dari empat pulau besar yang terletak di kepulauan Mentawai yang berjarak kurang lebih 155 km dari Padang. Pulau Siberut terdiri atas dua kecamatan yaitu kecamatan Siberut Utara dengan ibu kota kecamatan: Muara Sikabalu dan kecamatan Siberut Selatan dengan ibu kota kecamatan: Muara Siberut (Lampiran 1). Menurut data kependudukan tahun 2002, jumlah penduduk di kecamatan Siberut Utara 14.222 orang dan di kecamatan Siberut Selatan 15.477 orang.

Transportasi penduduk antar desa di dalam pulau dilakukan dengan biduk atau sampan dan dengan perahu motor. Kendaraan darat, sepeda dan sepeda motor terdapat beberapa buah di ibu kota kecamatan. Selain itu umumnya mereka bepergian hanya dengan berjalan kaki.

Di pulau Siberut tinggal suku Mentawai yang mempunyai kebiasaan melakukan mutilasi gigi *anterior*. Mutilasi adalah suatu tindakan memotong bagian tubuh manusia (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan R.I., 1994). Jadi mutilasi gigi adalah tindakan memotong sebagian gigi.

Mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai dapat dilihat dari bentuk beberapa gigi yang runcing, baik pada rahang atas maupun pada rahang bawah.



yang disebut *sipiat sot* atau *mapiat sot*. Alasan dari dilakukannya *sipiat sot* atau *mapiat sot* itu diantaranya untuk kecantikan, untuk gaya, untuk pengunyahan, agar dapat menggigit seperti gigi binatang buas (Koerniati, 1998)

Mutilasi gigi *anterior* dilakukan pada laki-laki dan perempuan ketika dalam usia pubertas. Tindakan mutilasi gigi *anterior* dengan akibat berkurangnya lapisan enamel dan dentin, bila dipandang dari ilmu Kesehatan Gigi adalah suatu hal yang merusak, yang bisa mengganggu kesehatan gigi pada umumnya. Lapisan enamel yang berada paling luar dari gigi merupakan benteng untuk menjaga agar tidak terjadi kerusakan gigi lebih lanjut di lapisan bagian dalamnya. Karies gigi sebagai penyakit kerusakan pada jaringan gigi yang banyak ditemui akan diawali dengan kerusakan enamel. Demikian pula atrisi gigi akan diawali dengan kerusakan enamel.

Pada Suku Mentawai, setelah dilakukan mutilasi gigi *anterior*, untuk mengurangi rasa ngilu, gigi tersebut dipergunakan untuk menggigit *tairok* (Jawa pisang kepok, Minang pisang batu, Latin : *musa acuminata*). Selain dengan *tairok* setelah mutilasi gigi *anterior*, Suku Mentawai menggunakan tumbuhan berkhasiat obat sebagai ramuan tradisional untuk mengobati penyakit gigi lainnya, misalnya daun *bag-bag*, daun *taebeleki* dan daun *alepet*. Untuk mengetahui khasiat dan tanaman ini, akan diteliti kandungan obat apa yang ada pada beberapa tanaman tersebut.

Beberapa adat kebiasaan mutilasi gigi juga dilakukan di beberapa daerah lain di Indonesia, dimana bentuk dan fungsi mutilasi gigi itu berbeda-beda. Pada suku Dayak Tunjung disebut *daokng* yang ditujukan untuk kecantikan (Dyson, 1979). Pada Suku Jawa dikenal juga budaya *pangur* yang bertujuan sebagai tanda

aqil baliq dan persiapan pernikahan (Ku Padmosusetia, 1980). Di Bali terdapat upacara potong gigi disebut *matarah* yang bertujuan untuk simbol menghilangkan kekotoran dalam tubuh (Bali oleh Bali, 2002). Di daerah Liang Bua (Pulau Flores), Melolo (Pulau Sumba), Lewoleba (Pulau Lomblen), juga terdapat kebiasaan mutilasi gigi yang bertujuan sebagai tanda kedewasaan (Sukadana, 1970).

Makanan pokok suku Mentawai adalah sagu (*metroxylon sagus rooth*). Setelah diolah dan pohon sagu kemudian sagu disimpan pada keranjang yang dibuat dari daun sagu yang dianyam, lalu disimpan dengan cara direndam dalam air sungai. Cara memasak sagu dengan dibakar, sehingga sagu menjadi keras dan kasar. Bentuk dan makanan keras dan kasar dapat menyebabkan terjadinya atrisi gigi. Untuk mereka yang tinggal di tepi pantai sebagai lauknya adalah ikan, sementara yang di hulu sungai mereka hanya makan sagu bakar saja.

Pada survei pendahuluan, telah diperiksa 91 orang (41 orang mengalami mutilasi gigi *anterior* dan 50 orang tidak mengalami mutilasi gigi *anterior*), yang dipilih secara purposif dari 6 desa di Kecamatan Siberut Selatan yaitu Muara Siberut, Puro, Muntei, Mailepet, Madobag dan Taleleu. Cara pemilihan ke 6 desa ini diawali dari pengambilan desa di sekitar ibu kota kecamatan Siberut Selatan yaitu desa Puro, desa Muntei, desa Mailepet dan Muara Siberut sendiri sebagai ibu kota kecamatan. Di empat desa tersebut jumlah orang dengan mutilasi gigi *anterior* hanya 8 orang, maka pencarian dilanjutkan ke ujung selatan pulau Siberut yaitu desa Taleleu dan ke daerah pedalaman atau biasa disebut hulu yaitu desa Madobag. Di desa Taleleu tidak ditemukan orang dengan mutilasi gigi *anterior*. Di daerah hulu inilah ditemukan 33 orang dengan mutilasi gigi *anterior*.

Muara Siberut merupakan ibu kota kecamatan Siberut Selatan, di sini sudah ada listrik, televisi, sepeda motor. Banyak pendatang dari daratan Sumatera tinggal di daerah ini. Beberapa desa yang terletak di sekitar ibu kota kecamatan : Puro, Munten, Mailepet, bisa dijangkau dengan jalan kaki sekitar 1 jam dari Muara Siberut. Transportasi yang lain yaitu dengan biduk atau perahu motor milik perseorangan. Transportasi umum belum ada, kalau kita ingin ke desa lain dengan perahu motor kita bisa menumpang perahu penduduk yang kebetulan satu tujuan atau mencarter dengan biaya besar, misal ke pedalaman sekitar Rp. 450.000,-

Taleleu terletak di tepi pantai di sebelah ujung selatan pulau Siberut yang hanya bisa dicapai dengan perahu motor, berjarak sekitar 4 jam pelayaran laut dari Muara Siberut. Dari desa Taleleu banyak dihasilkan ulang windu yang dikirim ke daerah lain dengan kapal, misal ke Padang, kemudian dari Padang dengan pesawat terbang ada yang dikirim ke Jakarta bahkan di ekspor ke Singapura. Di desa ini juga bisa ditemui pabrik penggergajian kayu yang hasilnya dikirim ke lain daerah. Jadi daerah ini sudah lebih mudah berhubungan dengan daerah luar. Di sini sudah bisa ditemui sepeda motor, televisi. Airan listrik didapatkan dari generator masjid yang dibagikan ke beberapa rumah di sekitarnya.

Sementara itu Madobag ada di bagian hulu sungai yang bisa ditempuh dari Muara Siberut dengan biduk selama satu hari atau dengan perahu motor sekitar 4 jam pelayaran sungai dari Muara Siberut. Desa ini masih terisolir, dengan daerah lain, jaraknya sangat jauh dan sulit dijangkau. Transportasi, walaupun ada butuh biaya besar. Selama survei pendahuluan, pada waktu pelayaran ke hulu, di pedalaman hanya berpapasan dengan sebuah perahu motor

saja dan tiga buah biduk yang akan menuju ke Muara Sibenut serta beberapa buah biduk kecil yang dipakai di sekitar desa mereka.

Pada survei pendahuluan telah dilakukan pencetakan gigi pada 5 orang dengan mutilasi gigi *anterior* yang diambil secara acak tanpa kriteria tertentu. Pada semua responden dari hasil model cetakan gigi ditemukan adanya atrisi pada gigi *posterior* (pada semua gigi *premolar* dan *molar* baik atas maupun bawah) pada kasus mutilasi gigi *anterior*. Hasil penelitian yang lain dapat diperlihatkan dalam beberapa tabel berikut ini.

Tabel 1.1. Distribusi Responden Dengan Mutilasi Gigi *Anterior* dan Tanpa Mutilasi Gigi *Anterior* Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Sibenut Selatan Tahun 2001.

Umur (Tahun)	Dengan Mutilasi Gigi <i>Anterior</i>			Tanpa Mutilasi Gigi <i>Anterior</i>			Total	
	Laki- laki	Perem- puan	Sub Total	Laki- laki	Perem- puan	Sub Total	N	%
< 25	0	1	1	7	11	18	19	20,87
26 - 35	1	2	3	8	7	15	18	19,78
36 - 45	6	6	12	4	2	6	18	19,78
46 - 55	6	5	11	5	2	7	18	19,78
56 - 65	5	4	9	4	0	4	13	14,28
> 65	2	3	5	0	0	0	5	5,49
Jumlah	N 20	N 21	N 41	N 28	N 22	N 50	N 91	% 100
	% 21,97	% 23,07	% 45,05	% 30,76	% 24,17	% 54,94		

Pada tabel 1.1. dapat dilihat secara keseluruhan kasus mutilasi gigi *anterior* antara laki-laki dan perempuan berjumlah hampir sama. Tampak bahwa kasus mutilasi gigi *anterior* banyak ditemukan pada umur 36 tahun ke atas sedangkan responden tanpa mutilasi gigi *anterior* ditemukan terbanyak pada umur ≤ 35 tahun. Tampak di sini ada kecenderungan berkurangnya kasus mutilasi gigi *anterior* pada umur dewasa muda. Untuk ini perlu diteliti lebih lanjut penyebab perubahan kebiasaan mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai.

Tabel 1.2. Distribusi Responden Suku Mentawai Dengan Karies Gigi Pada Mutilasi Gigi Anterior dan Tanpa Mutilasi Gigi Anterior Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001.

Umur	Karies Pada Gigi								ICPM		Jumlah				Jumlah responden	
	Incisivus		Caninus		Premolar		Molar		M+	M-	Karies +		Karies -			
Tahun	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-		
-25	1	1	0	0	0	0	0	4	0	7*	1	11	0	7	19	
26-35	0	2	0	0	0	0	2	3	0	5	2	10	1	5	18	
36-45	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0	4	3	8	3	18	
46-55	1	0	0	0	0	1	3	2	4*	1	8	4	3	3	18	
56-65	1	0	0	0	1	1	3	1	4	2	9	4	0	0	13	
>65	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	0	1	0	5	
Jumlah	N	6	4	0	0	2	3	9	11	15	28	32	13	18	91	
	%	6,59	4,39			2,19	3,29	9,89	12,08	12,08	16,48	30,76	35,16	14,28	19,78	100

Keterangan:

ICPM

kombinasi *Incisivus, Caninus, Premolar, Molar*

7*

1 kasus merupakan kombinasi *Incisivus, Premolar*.

4*

1 kasus merupakan kombinasi *Incisivus, Premolar*.

M+

Responden dengan mutilasi gigi anterior pada *Incisivus* saja dan atau dengan *caninus*.

M-

Responden tanpa mutilasi gigi anterior.

Pada tabel 1.2. bisa dilihat pada gigi *caninus* dari kasus mutilasi gigi *anterior* maupun tanpa mutilasi gigi *anterior* tidak ditemukan adanya karies, kemungkinan hal ini terjadi karena tidak semua gigi *caninus* dilakukan mutilasi. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut. Adanya gigi *caninus* tanpa mutilasi, kemungkinan karena bentuk *caninus* sendiri sudah runcing, jadi tidak perlu diruncingkan lagi. Bebas karies ditemukan pada mutilasi gigi *anterior* 13 orang (14,28%), terbanyak pada umur antara 36 tahun - 45 tahun dan pada tanpa mutilasi gigi *anterior* 18 orang (19,78%), terbanyak pada umur \leq 25 tahun. Pada kasus mutilasi gigi *anterior* tampak bahwa karies terbanyak terjadi pada gigi *molar* saja (9 kasus : 9,89%) ataupun kombinasi *ICPM* (11 kasus 12,08%) Pada kasus tanpa mutilasi gigi *anterior* terdapat karies pada *molar* saja 11 kasus (12,08%) dan kombinasi *ICPM* 15 kasus (16,48%) Pada kombinasi *ICPM*, semua merupakan kombinasi dengan *molar* pada kasus mutilasi gigi *anterior* maupun tanpa mutilasi gigi *anterior*, kecuali masing-masing 1 kasus yang kombinasi tidak dengan *molar*. Pada tabel ini juga dapat dilihat adanya kecenderungan karies pada kasus mutilasi gigi *anterior*, ditemukan pada usia lebih tua dari kasus tanpa mutilasi gigi *anterior*. Mengapa terjadi demikian, apakah hal ini hanya bersifat kebetulan, perlu penelitian lebih lanjut

Tabel 1.3. Distribusi OHI-S pada Responden Saku Mentawai Dengan Mutilasi Gigi Anterior dan Tanpa Mutilasi Gigi Anterior Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001

Umur Tahun	OHI-S pada M+			OHI-S pada M-			Jumlah	
	Jelek	Sedang	Baik	Jelek	Sedang	Baik	N	%
< 25	0	1	0	6	8	4	19	20,87
26 - 35	3	0	0	7	7	1	18	19,78
36 - 45	7	5	0	1	4	1	18	19,78
46 - 55	8	3	0	3	3	1	18	19,78
56 - 65	8	1	0	4	0	0	13	14,28
> 65	4	1	0	0	0	0	5	5,49
Jumlah N	30	11	0	21	22	7	91	
%	32,96	12,08	0	23,07	24,17	7,69		100

Keterangan :

- M+ Responden dengan mutilasi gigi pada *incisivus* saja dan atau dengan gigi *caninus*.
- M- Responden tanpa mutilasi gigi

Pada tabel 1.3 bisa dilihat adanya kecenderungan pada mutilasi gigi anterior, OHI-S jelek terjadi pada usia lebih tua, sedangkan pada kasus tanpa mutilasi gigi anterior, OHI-S jelek terjadi pada usia lebih muda. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut.

Pada tabel 1.4. dapat dilihat bahwa gigi tanggal pada kasus mutilasi gigi anterior ternyata lebih besar (28,57%) dari pada kasus tanpa mutilasi gigi anterior (16,48 %) Meskipun demikian, pada kasus mutilasi gigi anterior, gigi tanggal cenderung terjadi pada usia relatif lebih tua, sedangkan pada kasus tanpa mutilasi gigi anterior, gigi tanggal cenderung terjadi pada usia lebih muda. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut apa yang menjadi penyebabnya.

Tabel 1.4. Distribusi Responden Suku Mentawai Dengan Gigi Tanggal Pada Mutilasi Gigi Anterior dan Tanpa Mutilasi Gigi Anterior Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Siberut Selatan Tahun 2001.

Umur	Tanggal Pada Gigi										Sub Total				Jumlah	
	Incisivus		Caninus		Premolar		Molar		ICPM		Tanggal +		Tanggal -			
	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-	M+	M-		
Tahun																
25	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	17	19
26-33	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4*	2	5	1	10	18	
36-43	1	0	0	0	0	0	2	1	2	1	5	2	7	4	18	
46-55	0	0	0	0	1	0	2	1	4*	3	7	4	4	3	18	
56-63	1	0	0	0	0	0	0	0	6	3	7	3	1	2	13	
64	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	5	0	0	0	5	
Jumlah	N	3	0	0	0	1	0	6	4	16	11	26	15	14	36	91
	%	3,29	0	0	0	1,09	0	6,59	4,39	17,58	12,08	28,57	16,48	15,38	39,56	100

Keterangan:

M + dengan mutilasi gigi anterior

M - tanpa mutilasi gigi anterior.

N jumlah

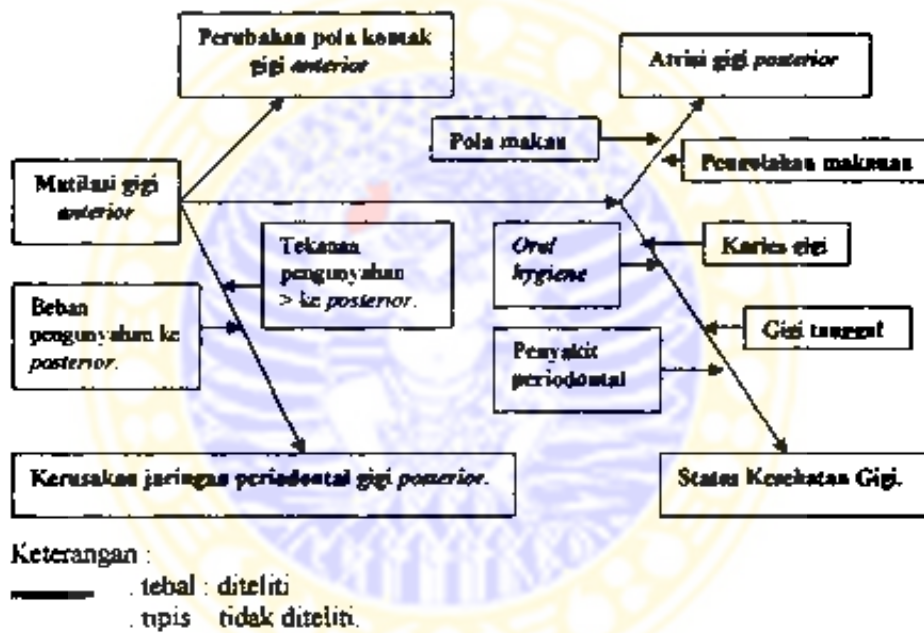
ICPM incisivus, caninus, premolar, molar.

4* 1 kasus merupakan kombinasi incisivus, Premolar

1.2. Identifikasi Masalah

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya mutilasi gigi *anterior* adalah : faktor predisposisi terdiri dari : seks, umur, status sosial, pengetahuan, sikap, nilai, tradisi, kepercayaan. Faktor pemungkin terdiri dari peran si Kerei dan ketergantungan pada ramuan tradisional. Faktor pendorong terdiri dari suami / isteri, orang tua, mertua, *peer group*, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan.

Selanjutnya berdasarkan konsep teoritis konsekuensi yang terjadi akibat adanya mutilasi gigi *anterior* dibuatlah gambar sebagai berikut :



Gambar 1.1. Konsep teoritis konsekuensi akibat mutilasi gigi *anterior*.

Dengan adanya perubahan bentuk gigi *anterior* menjadi lebih kecil karena tindakan mutilasi, maka akan terjadi perubahan kontak pada gigi *anterior*. Karena perubahan bentuk inilah maka beban pengunyahan akan bergeser ke arah *posterior* dimana permukaan giginya lebih luas, sehingga tekanan pengunyahan

ke *posterior* menjadi lebih besar. Dengan adanya tekanan yang lebih besar tersebut akan menyebabkan bertambahnya kerusakan jaringan periodontal pada gigi *posterior*.

Mutilasi gigi *anterior* akan menyebabkan atrisi gigi *posterior*, dimana atrisi sendiri juga dipengaruhi oleh pola makan dan pola pengolahan makanan. Mutilasi gigi *anterior* dapat mempengaruhi status kesehatan gigi, dimana status kesehatan gigi juga dipengaruhi oleh *oral hygiene*, karies gigi, gigi tanggal serta penyakit periodontal.

Dalam kesempatan ini akan diteliti: mutilasi gigi *anterior*, pola kontak gigi, atrisi gigi *posterior*, pola makan, pola pengolahan makanan, status kesehatan gigi, *oral hygiene*, karies gigi, penyakit periodontal, gigi tanggal, aspek sosial budaya mutilasi gigi *anterior*, aspek sosial budaya dan farmakognosi tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan setelah mutilasi gigi *anterior* dan pola pencegahan serta pengobatan penyakit gigi pada Suku Mentawai.

1.3. Rumusan masalah

- 1.3.1. Mengapa terjadi mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut?
- 1.3.2. Apakah ada perbedaan status kesehatan gigi suku Mentawai di pulau Siberut dengan mutilasi gigi *anterior* dan tanpa mutilasi gigi *anterior* menurut kelompok umur dan seks?
- 1.3.3. Apakah ada kebiasaan suku Mentawai di pulau Siberut yang mempunyai dampak pada kesehatan gigi?
- 1.3.4. Apakah mutilasi gigi *anterior* akan menyebabkan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut?

- 1.3.5 Apakah pola makan dan cara pengolahan makanan akan menyebabkan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut ?
- 1.3.6 Apakah manfaat tanaman berkhasiat obat tradisional pada mutilasi gigi *anterior* juga digunakan untuk perawatan kesehatan gigi suku Mentawai di pulau Siberut ?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan Umum :

Mengungkap alasan, manfaat maupun akibat mutilasi gigi *anterior* serta tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan untuk mencegah dan merawat gangguan kesehatan gigi dan pola makan serta cara pengolahan makanan pada suku Mentawai di pulau Siberut.

1.4.2. Tujuan Khusus :

- 1.4.2.1 Mempelajari alasan, manfaat dan akibat mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut.
- 1.4.2.2 Identifikasi status kesehatan gigi suku Mentawai di pulau Siberut dengan mutilasi gigi *anterior* dan tanpa mutilasi gigi *anterior* menurut kelompok umur dan seks
- 1.4.2.3 Identifikasi kebiasaan suku Mentawai di pulau Siberut yang mempunyai dampak pada kesehatan gigi
- 1.4.2.4 Membuktikan hubungan antara mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut
- 1.4.2.5 Membuktikan hubungan pola makan dan cara pengolahan makanan dengan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut

1.4.2.6. Mempelajari pola pencegahan dan pengobatan penyakit gigi berikut efek farmakologi dari tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan suku Mentawai di pulau Siberut

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Untuk dokumentasi kekayaan budaya dan pengobatan tradisional dengan cara pendekatan sosio antropologi kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan gigi masyarakat pada suku Mentawai di pulau Siberut.

1.5.2. Manfaat praktis sebagai bahan masukan untuk petugas kesehatan dalam merencanakan dan melaksanakan promosi kesehatan gigi masyarakat pada suku Mentawai di pulau Siberut untuk mengurangi terjadinya atrisi gigi.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Antropologi Budaya

Menurut para ahli antropologi, kebudayaan mencakup cara berpikir dan cara berlaku yang telah merupakan suatu ciri khas suatu bangsa atau masyarakat tertentu. Dalam mempelajari kebudayaan dikenal etnologi yang mempelajari berbagai bangsa misalnya pola kelakuan adat istiadat, perkawinan, kekerabatan, sistem politik, ekonomi, agama, makanan, bahasa, kepercayaan, cerita rakyat, kesenian, berbagai larangan dan bagaimana perbedaan di antara pola itu dalam masyarakat masa kini. Ahli etnologi juga mempelajari bagaimana kebudayaan berkembang dan berubah serta bagaimana beragam kebudayaan saling mempengaruhi termasuk interaksi kepercayaan dan efeknya pada perseorangan (Ensiklopedi Nasional Indonesia, 1990)

Konsep dari suatu kebudayaan, kita menganggap diri kita sebagai perorangan yang mewakili pendapat pribadi, kegemaran dan keanehan kita sendiri. Sering kita membanggakan diri karena beberapa hal dari kita berbeda dengan orang lain. Namun reaksi kita sama terhadap cara atau kepercayaan yang sangat beda dengan kebiasaan kita. Meski kita mempunyai sifat yang sangat menonjol perbedaannya, namun bila berkenalan dengan pola kelakuan dalam masyarakat lain, maka pola itu memberi kesan yang sama pada kita. Cara pemahaman yang sama tentunya harus juga diikuti bila mempelajari adat dan pemikiran kita, kalau tidak, banyak dari kebiasaan kita itu akan kelihatan aneh atau kurang beradab bagi seorang peninjau dari kebudayaan lain (Itromi, 2000)

Sebagai contoh adalah mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai, hal ini akan terasa aneh kalau kita memandangnya dan sudut budaya lain yang tidak mempunyai kebiasaan seperti itu

Koentjaraningrat (1992) mengatakan kebudayaan adalah merupakan keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia yang tidak berakar kepada naluri melainkan dicetuskan sesudah proses belajar. Selanjutnya dijelaskan bahwa kebudayaan itu mempunyai 3 wujud

- a. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks ide, gagasan, nilai, norma, peraturan
- b. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks aktifitas kelakuan berpola dari manusia dalam masyarakat.
- c. Wujud kebudayaan sebagai berbagai benda hasil karya manusia

Perubahan kebudayaan menurut Haviland dan William (1985) disebabkan dari berbagai sumber. Perubahan lingkungan merupakan salah satu sumber yang menuntut perubahan kebudayaan yang bersifat adaptif. Sebab lain adalah karena kebetulan suatu bangsa mengubah pandangannya tentang lingkungannya atau kontak dengan bangsa lain, menyebabkan diterimanya gagasan asing sehingga nilai dan tata cara yang ada berubah. Mekanisme perubahan kebudayaan adalah penemuan, difusi, hilangnya unsur kebudayaan dan akulturasi

Perubahan kebudayaan menuntut masyarakat untuk beradaptasi agar stabil. Proses adaptasi tergantung dari perubahan yang terjadi dan akibat dari perubahan tersebut sehingga akan menyebabkan paling tidak meninggalkan kebiasaan lama dan menerima kebiasaan baru (Haviland dan William, 1985)

Steward dalam Ansat dan Adimiharja (1993) mengemukakan, kebudayaan mengalami proses perkembangan yang sama pada tahap awal, tetapi kemudian pada tahap berikutnya ada elemen kebudayaan tertentu mengalami perkembangan yang berbeda. Hal ini terjadi karena pengaruh lingkungan, namun yang terkena pengaruh itu hanya elemen tertentu saja dan kebudayaan itu. Elemen tertentu itu disebut inti kebudayaan.

2.2. Antropologi Kesehatan

Antropologi kesehatan adalah istilah yang digunakan oleh para ahli antropologi untuk mendeskripsikan penemuan mereka tentang hubungan timbal balik bio budaya antara tingkah laku manusia di masa lalu dan masa kini dengan derajat kesehatan dan penyakit. Tanpa mengutamakan perhatian pada penggunaan praktis dan pengetahuan tersebut dan partisipasi profesional mereka dalam berbagai program yang bertujuan memperbaiki derajat kesehatan melalui pemahaman yang lebih besar tentang hubungan antara gejala bio sosial budaya dengan kesehatan serta melalui perubahan tingkah laku sehat ke arah yang diyakini akan meningkatkan kesehatan yang lebih baik (Foster dan Anderson, 1986).

Unsur kebudayaan menurut Koentjaraningrat (1986) terdiri dari unsur bahasa, sistem pengetahuan, organisasi sosial, sistem peralatan hidup dan teknologi, sistem mata pencarian hidup, sistem religi dan kesenian. Tiap unsur kebudayaan akan mewujudkan sistem budaya yang berupa sistem sosial dan unsur kebudayaan fisik. Sistem religi mempunyai wujud sebagai keyakinan dan

gagasan tentang Tuhan, para dewa, roh halus, neraka dan surga, tetapi mempunyai wujudnya berupa adat. Adat di sini, pada Suku Mentawai antara lain berupa kebiasaan mutilasi gigi.

Pada penelitian ini dipakai pendekatan emik yaitu pendekatan dengan mengikuti pandangan orang yang mengalami peristiwa itu (Spradley, 1997)

Antropologi kesehatan dipandang oleh para dokter sebagai disiplin budaya yang memberi perhatian pada banyak aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia terutama tentang berbagai cara interaksi antara keduanya di sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit (Foster dan Anderson, 1986)

Sistem pengobatan asli adalah pranata sosial yang harus dipelajari dengan cara yang sama seperti mempelajari pranata sosial umumnya dan bahwa berbagai praktek pengobatan asli adalah rasional dilihat dari sudut kepercayaan yang berlaku mengenai sebab akibat (Foster dan Anderson, 1986)

Informasi mengenai nilai budaya dan berbagai bentuk sosial serta pengetahuan mereka mengenai dinamika stabilitas sosial dan perubahan telah membenarkan kunci yang dibutuhkan bagi penyelesaian masalah yang dijumpai dalam berbagai program kesehatan masyarakat. Para ahli antropologi dapat menjelaskan pada petugas kesehatan mengenai bagaimana kepercayaan tradisional serta prakteknya bertentangan dengan berbagai asumsi pengobatan barat, bagaimana berbagai faktor sosial mempengaruhi berbagai keputusan perawatan kesehatan dan bagaimana kesehatan dan penyakit semata-mata merupakan aspek dari keseluruhan pola kebudayaan yang hanya berubah bila ada perubahan sosial budaya yang mencakup banyak hal (Foster dan Anderson, 1986).

2.3. Perilaku Kesehatan dan Perubahan Perilaku

2.3.1. Perilaku Kesehatan.

Perilaku adalah respons atau reaksi individu terhadap stimulus atau rangsangan baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya atau baik yang diamati secara langsung atau yang dapat diamati secara tidak langsung (Notoatmodjo, 1993). Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (1993) menguraikan bahwa pada dasarnya perilaku manusia terdiri dari 3 domain yakni kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (praktek / tindakan).

Faktor perilaku ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat. Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respons ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan, berfikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini perilaku kesehatan (*health behavior*) dapat dirumuskan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 1993).

Di negara berkembang, masalah kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut 2 aspek utama :

1. Aspek fisik misal tersedianya sarana kesehatan dan pengobatan penyakit.
2. Aspek non fisik misal menyangkut perilaku kesehatan.

Menurut Green (1980), perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), misalnya kebiasaan, kepercayaan, tradisi, pengetahuan, sikap, nilai, norma subjektif
- b. Faktor yang memudahkan atau faktor pemungkin (*enabling factors*), misalnya ketersediaan fasilitas, ketercapaian fasilitas
- c. Faktor yang memperkuat (*reinforcing factors*), misalnya sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, keluarga (kerabat), teman dekat, teman sebaya

Pada promosi kesehatan dikenal adanya *health-directed behavior* yaitu merupakan perilaku kesehatan yang secara langsung mempengaruhi status kesehatan pribadi maupun kelompok, dimana orang, baik yang kurus, sehat, kuat, semua akan berusaha untuk mengurangi risiko kematian dan menderita penyakit. Untuk menyukseskan ini, aktivitas diawali dari perseorangan yang memiliki pengetahuan kesehatan dengan baik. Juga dikenal *health-related behavior* yaitu aktivitas atau perilaku yang berkaitan dengan status kesehatan. Misalnya penghijauan, perumahan yang sehat (Green, 1991)

Sick-role behavior merupakan tindakan yang dilakukan oleh orang yang sudah mempunyai tanda sakit. Beberapa perilaku kesehatan, termasuk diantaranya penerimaan pengobatan, menentukan aturan, batas aktivitas dirinya, keluarga dan pengaruh sosial serta tindakan yang berhubungan dengan kesembuhan dan rehabilitasi (Gochman, 1998)

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan. Sedang perilaku

sehat (*health behavior*) adalah tindakan yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperhatikan oleh seseorang yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka benar-benar sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit, maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya (Sarwono, 1993). Perilaku sakit ini pada dasarnya adalah mengungkapkan perilaku seseorang untuk minta pertolongan (*help-seeking*) (Mechanic 1966 / 1972, 1978 dan Suchman 1965 / 1972).

Secara ilmiah, penyakit (*disease*) didefinisikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Jadi penyakit itu bersifat obyektif. Sebaliknya, sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap pengalamannya menderita suatu penyakit. Fenomena subyektif ini ditandai dengan perasaan tidak enak. Mungkin terjadi secara obyektif seseorang terserang penyakit dan salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit dan tetap menjalankan tugasnya sehari-hari. Sebaliknya, seseorang mungkin merasa sakit tetapi dari pemeriksaan medis tidak diperoleh bukti bahwa dia sakit. Di beberapa negara maju banyak orang yang sangat tinggi kesadarannya akan kesehatan dan takut terkena penyakit, sehingga jika dirasakan sedikit saja kelainan pada tubuhnya, maka dia akan langsung pergi ke dokter, padahal ternyata tidak terdapat gangguan fisik yang nyata (*hypochondriacal*). Keluhan psikosomatis seperti ini lebih banyak ditemukan di negara maju daripada di kalangan masyarakat tradisional. Umumnya masyarakat tradisional memandang seseorang sakit jika orang itu kehilangan nafsu makannya.

atau garah kerjanya, tidak dapat lagi menjalankan tugasnya sehari-hari secara optimal atau kehilangan kekuatan sehingga harus tinggal di tempat tidur (Sudarti, 1998). Selama seseorang masih mampu melaksanakan fungsinya seperti biasa, maka orang itu masih dikatakan sehat.

Batasan sehat yang diberikan oleh *World Health Organisation* adalah “*state of complete physical, mental and social wellbeing*” (WHO, 1981).

Dari batasan ini jelas terlihat bahwa sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang.

Konsep sehat sakit ini berbeda antara kelompok masyarakat, oleh sebab itu petugas kesehatan perlu memahami persepsi masyarakat setempat tentang sehat dan sakit, mencoba mengerti mengapa persepsi tersebut sampai berkembang sedemikian rupa dan setelah itu mengusahakan mengubah persepsi tersebut agar mendekati konsep sehat yang lebih obyektif. Dengan cara ini maka penggunaan sarana kesehatan diharapkan dapat lebih ditingkatkan.

Di pulau Siberut, khususnya di daerah hulu, perilaku kesehatan juga dipengaruhi oleh tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya serta sikap dan perilaku petugas kesehatan itu sendiri. Hal itu sesuai dengan kenyataan di kecamatan Siberut Selatan dan kecamatan Siberut Utara, meskipun sudah tersedia sebuah Puskesmas di Muara Siberut sebagai ibu kota kecamatan Siberut Selatan dan sebuah Puskesmas di Muara Sikabahuan sebagai ibu kota kecamatan Siberut Utara, namun sarana untuk menuju ke ibu kota kecamatan dari desa cukup sulit dan dibutuhkan biaya yang besar serta waktu yang lama. Demikian pula petugas Puskesmas tidak bisa selalu hadir di beberapa desa yang letaknya jauh dan sulit dicapai. Keadaan inilah yang bisa menyebabkan

informasi dan pelayanan kesehatan pada umumnya dan kesehatan gigi pada khususnya dirasa kurang

2.3.2. Perubahan Perilaku.

Perubahan perilaku merupakan tujuan akhir dari program promosi dan pendidikan kesehatan. Seseorang yang berkecimpung dalam bidang promosi dan pendidikan kesehatan perlu memahami individu berperilaku. Beberapa teori tentang teori perilaku individu adalah sebagai berikut :

2.3.2.1. Teori belajar / Pemahaman sosial (*Social Learning Theory*)

Teori belajar sosial menekankan pada hubungan segitiga antara orang (menyangkut banyak proses kognitif), perlakunya dan lingkungan dalam suatu proses tumbal balik *reciprocal determinism* (Bandura, 1986).

Kalau lingkungan menentukan atau menyebabkan terjadinya perilaku dari seseorang dan kebanyakan orang, maka seorang individu tersebut menggunakan proses kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungan maupun perilaku yang dijalankannya serta memberi reaksi dengan cara mengubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang lebih baik (Graeff dkk., 1993).

Belajar menyelami (mengobservasi) pengalaman orang lain merupakan tema sentral teori belajar sosial. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa, bila kita melihat orang lain (sebuah model) menjalankan sebuah perilaku, maka kemampuan kita untuk meniru perilaku tersebut menjadi bertambah. Bandura membagi proses pemahaman menyelami orang lain (*vicarious learning*) menjadi empat tahap

1. Memperhatikan model.
2. Mengingat apa yang telah diobservasi
3. Meniru perilaku.
4. *Reinforcement* perilaku

Menurut Bandura (1986) terdapat empat elemen penting dalam pembelajaran melalui pengamatan, yaitu :

1. Atensi : seseorang harus menaruh perhatian atau atensi agar dapat belajar melalui pengamatan.
2. Retensi : agar dapat meniru perilaku suatu model, individu harus mengingat perilaku itu. Retensi dapat diperbaiki dengan pengulangan secara mental (membayangkan meniru perilaku itu) atau dengan latihan sebenarnya.
3. Produksi : seseorang memerlukan beberapa kali latihan, umpan balik dan latihan khusus untuk berbagai langkah yang sulit sebelum dapat memproduksi perilaku model. Keyakinan bahwa seseorang mampu melakukan suatu tugas (*self efficacy*) penting untuk mempengaruhi motivasinya.
4. Motivasi dan penguatan : seseorang dapat memperoleh suatu keterampilan atau perilaku model melalui pengamatan, namun belum tentu melaksanakan perilaku itu sampai ada motivasi atau insentif untuk melaksanakannya. Apabila seseorang mengantisipasi akan memperoleh penguatan pada saat meniru perilaku suatu model, individu akan lebih termotivasi untuk menaruh perhatian, mengingat dan memproduksi perilaku itu.

2.3.2.2. Teori Pembelajaran Dari Pengalaman (*Experiential Learning Theory*).

Menurut Kolb dalam Russ dan Mico (1980), belajar merupakan siklus empat tahap yang mencakup :

1. Pengalaman konkrit
2. Observasi dan refleksi
3. Pembentukan konsep abstrak
4. Generalisasi dan menguji konsep tersebut dalam situasi baru

Pada tahap pertama, pelajar terlibat aktif dalam mengeksplorasi, menguji dan mengakomodasi diri mereka sendiri dalam menangani masalah belajar

Pada tahap ke dua, mereka berusaha menjaga apa yang telah mereka amati dan menguji permasalahan dari setiap sudut pandang agar dapat dicapai pemahaman secara menyeluruh.

Pada tahap ke tiga, mereka melakukan analisis permasalahan dan merumuskannya sebagai konsep yang bermakna menurut setiap individu

Pada tahap ke empat, mereka melakukan *reasoning* deduktif untuk menguji teori atau konsep tersebut, diteliti sehingga dari hal tersebut muncul pernyataan atau tindakan yang harus dilakukan dalam memecahkan masalah. Setelah itu mereka kembali ke tahap pertama, yaitu menguji hipotesis dalam pengalaman baru secara konkrit.

Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa belajar merupakan suatu proses yang berkesinambungan, dimana situasi belajar ditentukan oleh gaya belajar tertentu dan lingkungan berperan serta memenuhi syarat jika :

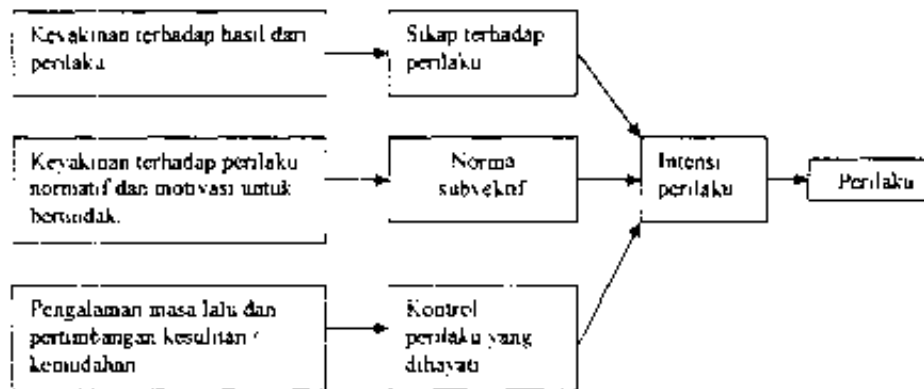
1. Adanya keadaan yang memungkinkan untuk melakukan eksplorasi secara bebas dan memberi peluang untuk menelusuri permasalahan.
2. Memberi informasi yang cepat mengenai konsekuensi tindakan yang mereka ambil
3. Mengikuti kejadian yang berlangsung pada tingkat yang ditentukan.
4. Mempersiapkan dan menggunakan kapasitas pribadi secara menyeluruh untuk menelusuri berbagai macam hubungan.
5. Terstruktur

2.3.2.3. Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*)

Ajzen dan Fishbein (1980) memodifikasi teori aksi beralasan dengan menambahkan aspek kontrol perilaku yang dihayati (*perceived behavioral control*) dalam mempengaruhi intensi seseorang untuk berperilaku serta adanya keyakinan yang berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu pada norma subyektif dan kontrol perilaku yang dihayati

Sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa pada hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan. Keyakinan mengenai perilaku apa yang bersifat normatif tersebut membentuk norma subyektif dalam diri individu. Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan mengenai seberapa sulit dan mudahnya untuk melakukan perilaku tersebut

Secara ringkas teori ini digambarkan sebagai berikut



Gambar 2.1 Teori Perilaku Terencana

Sumber : Glanz K dkk., 1997

2.3.2.4. Teori Model Komunikasi / Persuasi (*Communication / Persuasion Model*)

Model

Model komunikasi persuasi (Mc Guire, 1984) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektivitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai *input* atau *stimulus* serta *output* atau tanggapan terhadap *stimulus*. Menurut model komunikasi / persuasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan berbagai perilaku yang lain. Berbagai variabel *input* meliputi sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampaian dan karakteristik penerima dan tujuan berbagai pesan tersebut. Berbagai variabel *output* menunjuk pada perubahan dalam beberapa faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan dan juga perilaku yang dapat diobservasi.

2.3.2.5. Teori *Stimulus Organisme Respons (SOR)*.

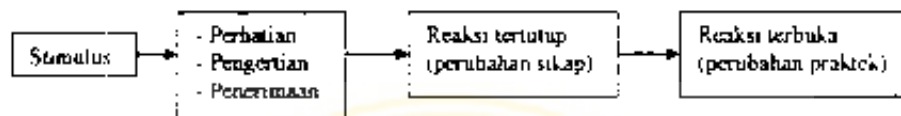
Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme, artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat

Hosland dkk. (1953) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari :

1. *Stimulus* (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila *stimulus* tersebut tidak diterima atau ditolak berarti *stimulus* itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti di sini, tetapi bila *stimulus* diterima oleh organisme, berarti ada perhatian dari individu dan *stimulus* tersebut efektif
2. Apabila *stimulus* telah mendapat perhatian dari organisme (diterima), maka ia mengerti *stimulus* itu dan dilanjutkan kepada proses berikutnya
3. Setelah itu organisme mengolah *stimulus* tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi *stimulus* yang telah diterimanya (bersikap)
4. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan, maka *stimulus* tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila *stimulus* (rangsang) yang diberikan memang benar melebihi dari stimulus semula. *Stimulus* yang dapat melebihi *stimulus* semula ini berarti *stimulus* yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

Proses perubahan perilaku berdasarkan teori *SOR* ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Teori *SOR* dan Hosland

2.4. Etnografi Suku Mentawai

2.4.1. Suku Mentawai

Mentawai, menurut legenda, berasal dari Ama Tawe, seorang laki-laki dari pulau Nias yang terdampar di pulau Siberut, kemudian ia membawa keluarganya untuk memulai kehidupan di sana. Orang Mentawai dibedakan menjadi 3 kelompok, penduduk kepulauan Paga disebut Sakalagan, penduduk pulau Sipora disebut Sakalegan atau Sakobau dan penduduk pulau Siberut (Lebar, 1972).

Penduduk pulau Sipora dan kepulauan Paga mempunyai karakter lebih Mongoloid, sementara itu orang dari pulau Siberut mempunyai karakter Protomelayid (Gluka, 1978).

Menurut Oudemans, Warneck, Mess, Bickmore, suku Mentawai serumpun dengan orang Batak dan suku yang mendiami kepulauan Batu dan pulau Nias (Coronese, 1986)

Suku Mentawai mendiami kepulauan di sebelah barat pantai Propinsi Sumatera Barat. Mereka mendiami empat pulau besar yaitu pulau Siberut, pulau Sipora, pulau Pagai Utara dan pulau Pagai Selatan yang masih tertutup oleh kelebatan hutan rumba tropis yang kebanyakan berupa hutan primer. Beberapa pulau tersebut dipenuhi pegunungan dan puluhan sungai kecil dengan air yang mengalir deras. Di sepanjang aliran beberapa sungai itulah orang Mentawai membangun desa mereka, yang dulu disebut *laggai*, tetapi sekarang biasa disebut kampung (Ensiklopedi Indonesia 1984, Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatoa 1995, Hidayah 1997)

2.4.2. *Uma* : Tempat Tinggal Suku Mentawai.

Suku Mentawai yang tinggal di pulau Siberut menyebar di berbagai tempat. Pulau Siberut terdiri dari 2 kecamatan, yaitu kecamatan Siberut Utara terdiri dari 10 desa dengan jumlah penduduk 14.222 orang dan kecamatan Siberut Selatan terdiri dari 10 desa dengan jumlah penduduk 15.477 orang. Lokasi desa di kecamatan itu biasanya ada di muara sungai kecil sehingga memudahkan untuk berhubungan dengan masyarakat desa lain dengan menggunakan transportasi air berupa biduk atau sampan.

Setiap kampung terdiri atas satu atau lebih rumah panjang yang disebut *uma*. Di dalam *uma* biasanya tinggal beberapa keluarga menurut garis keturunan ayah. Di sekitar *uma* didirikan beberapa rumah kecil yang dibangun di atas tiang dan didiami oleh orang yang telah menikah. Untuk menjaga hubungan antara satu

uma dengan *uma* lain dilakukan ikatan perkawinan. Setiap laki-laki akan mengambil istri dari *uma* tetangganya. Kalau seorang suami meninggal, maka jandanya kembali ke *uma* asalnya.

Suatu *uma* merupakan bangunan yang besar dan luas dengan panjang 20-25 meter dan lebar sekitar 10 meter. *Uma* merupakan rumah panggung yang lantai rumahnya berada di atas beberapa tiang yang tingginya 1,5 m - 2 m di atas tanah. Atapnya dibuat dari rumbia, dindingnya dari kulit kayu dan beberapa bagian lain dari kayu bakau. Untuk masuk ke *uma* orang harus melalui tangga yang ada di bagian depan dan samping rumah. Setiap rumah memiliki serambi terbuka yang mengelilingi seluruh bangunan.

Uma merupakan pusat kehidupan sosial orang Mentawai yang memiliki berbagai fungsi. *Uma* digunakan sebagai tempat melangsungkan upacara, tari-tarian dan pertemuan umum sekaligus sebagai tempat tinggal anggota satu kelompok kerabat tertentu selama beberapa waktu. Di bagian depan *uma* terdapat ruang untuk menyimpan benda keramat yang dianggap bisa memberi semangat dan kesaktian kepada anggota *uma*. Benda keramat itu berupa jambangan yang berisi tumbuh-tumbuhan atau ramuan tertentu, gong, senjata tombak atau tengkorak musuh yang berasal dari abad yang lalu ketika mereka masih melakukan pengayauan. Pada masa sekarang hanya sedikit perkampungan yang masih memiliki *uma*, bahkan di kepulauan Pagai, *uma* sudah tidak ada lagi. *Uma* sekarang hanya berfungsi sebagai balai pertemuan biasa atau balai desa dan kadang digunakan untuk sekolah (Ensiklopedi Indonesia 1984, Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatea 1995, Hidayah 1997).

2.4.3. *Muntogat* : Kekerabatan Suku Mentawai

Di dalam sistem kekerabatannya, suku Mentawai mengenal apa yang dinamakan *muntogat*, yaitu kelompok kerabat yang merasa berasal dari satu keturunan patrilineal. *Samuntogat* merupakan satu klen yang bersifat eksogam dan biasanya memiliki *uma*. Beberapa klen yang ada dalam satu kampung dikategorikan ke dalam dua kelompok yaitu *si haktat lagga* (keturunan pembuka kampung) dan *si toi* (keturunan pendatang). Bila ada anggota klen keturunan pendatang yang hendak membuka ladang atau membangun rumah, ia harus meminta ijin kepada tokoh terpenting dari klen keturunan pembuka kampung.

Pada masa lalu, orang Mentawai mempunyai seorang tokoh yang bertanggung jawab atas kehidupan sosial di dalam *uma* yang disebut *rimata*. *Rimata* dipilih berdasarkan beberapa persyaratan antara lain yang menyangkut usia, kecakapan dan keberanian. Tugas *rimata* ialah memelihara benda keramat, mengatur dan memimpin upacara serta kegiatan sosial lainnya. *Rimata* tidak memiliki kekuasaan mutlak dan ia lebih berfungsi sebagai pertumpin kerohanian dan penjamin kesatuan anggota dalam satu *uma*. Mulai tahun 1950-an sejalan dengan mundurnya beberapa upacara di *uma*, fungsi *rimata* mulai berkurang. Bahkan pada masa sekarang *rimata* di kepulauan Sipora dan Pagai sudah tidak ada lagi.

Suatu keluarga batih di kepala oleh *ukkur* yang dianggap sebagai anggota masyarakat yang terhormat. Seseorang menjadi *ukkur* bila telah menempati rumah *lalep* dan untuk mencapai kedudukan ini ia sudah berumur agak lanjut yaitu sekitar 40 tahun.

Kalau seseorang sudah mengumpulkan banyak uang dan anaknya telah dapat membantu mencari makan, maka dalam meresmikan perkawinannya dilakukan suatu upacara yang meniah sehingga mereka menjadi *simanteu simaiso* (suami isteri) dan keluarganya menjadi *lalep*. Anak yang sudah besar biasanya tidak pernah tinggal di rumah, tetapi hidup bersama beberapa temannya dalam satu *risuk* (rumah bagi orang yang belum kawin). Untuk menjadi anggota suatu *uma*, seseorang harus mengikuti upacara inisiasi, yang meliputi adat pencacahan kulit (*ratouage*) atau rajah. Rajah yang terdapat pada tubuh seorang Mentawai bukanlah sekedar hiasan, melainkan juga tanda pengenal yang menggambarkan kaitan kekerabatan atau hubungan darah.

2.4.4. Makanan Pokok dan Buah-buahan yang Dikonsumsi Oleh Suku Mentawai

Makanan pokok suku Mentawai di pulau Siberut adalah sagu. Sagu dimasak dengan cara dimasukkan ke dalam bambu atau dibungkus daun sagu kemudian dibakar. Bagi masyarakat yang tinggal di tepi pantai, mereka mengkonsumsi beberapa ikan kecil sebagai lauk pauk.

Ikan kecil-kecil sangat kaya akan kalsium dan kandungan fosfor yang sangat berguna bagi remineralisasi gigi (Depkes RI, 1977).

Sementara itu untuk mereka yang tinggal di hulu, biasanya hanya makan sagu bakar saja. Makanan ini keras dan kasar serta dapat tahan selama beberapa hari untuk persediaan makanan anak di rumah selagi orang tua mereka bekerja di ladang yang letaknya jauh dari rumah mereka.

Selain itu mereka hidup dari berladang keladi dan ubi jalar dengan cara membuka hutan. Kegiatan menanam, menyiangi, memanen dilakukan oleh kaum

perempuan. Peralatan yang digunakan masih sederhana, seperti tongkat *tugal* untuk menanam, parang (*tegle*) untuk menebang pohon. Talas atau keladi dimasak dengan cara membakar atau merebusnya (Ensiklopedi Indonesia 1984, Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatoa 1995, Hidayah 1997)

Buah-buahan yang sering dikonsumsi mereka adalah pisang, pepaya selain juga, duri, rambutan, mangga ambacang bila sedang musim. Mereka juga menangkap ikan di sungai, rawa, laut dengan *tangguk* atau berburu rusa, babi hutan dengan menggunakan panah. Babi hutan atau rusa digiring ke suatu tempat oleh beberapa anjing kemudian dibunuh. Binatang buruan ini akan dimakan bersama di dalam satu kelompok yang mempunyai *uma* sama

Binatang ternak mereka yaitu ayam dan babi yang khususnya hanya dimakan pada saat ada upacara adat. Pada masyarakat suku Mentawai yang tinggal di dekat ibu kota kecamatan, mereka sudah mengkonsumsi nasi sebagai pengganti sagu. Beras bisa didapatkan dari para pedagang yang datang dari Padang. Mereka juga sudah biasa makan makanan layaknya yang dimakan oleh para pendatang yang banyak tinggal di Muara Siberut sebagai ibu kota kecamatan, antara lain . mi instan, biskuit

2.4.5. Religi

1) dalam Ensiklopedi Indonesia 1984, Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatoa 1995, Hidayah 1997 diterangkan bahwa agama yang dianut penduduk adalah Protestan (40%), Islam (25%), Katolik(20%), Baha'i dan agama asli setempat yang disebut *arat sabulungan*. Walaupun sebagian besar suku bangsa Mentawai sudah mempunyai agama, namun kepercayaan terhadap roh, jiwa dan hantu masih tetap kuat. Mereka yakin bahwa semua benda di alam ini

mempunyai *sumangat* (roh) dan kekuatan alam yang terselubung secara keseluruhan itu mereka sebut *kua ulau*. Kekuatan terselubung dalam sebuah benda yang bisa mengganggu manusia mereka sebut *hajuu*. Oleh karena itu dalam waktu tertentu mereka harus mengadakan upacara pembersihan *uma* yang disebut *pulajat*. Upacara *pulajat* berlangsung sampai satu minggu atau lebih. Selama upacara itu berlangsung mereka terkena aturan *puhen*, yaitu ritus pelarangan mengerjakan tabu yang berkaitan dengan *pulajat*.

Orang Mentawai menganggap dunia ini dikelilingi oleh kekuasaan roh yang bisa membawa musibah atau bencana. Roh yang dikenal antara lain *ketsur* yaitu roh nenek moyang, *sabulungan* yaitu makhluk halus yang menunggaikan tubuh manusia yang mati dan kemudian hidup di sekitar alam atau pergi ke dunia roh, *kino* yaitu roh yang tinggal di dalam rumah dan bertugas melindungi rumah, *santui* yaitu roh jahat yang suka mengganggu dan membawa penyakit, *taikamanua* yaitu penumpin negara roh dari seberang lautan. Orang Mentawai juga mengenal apa yang disebut *si magere*, yaitu jiwa yang menyebabkan orang hidup dan kadang-kadang menunggaikan badan pada saat orang bermimpi atau sakit. Bagi mereka roh yang dianggap paling kuat adalah roh langit (*taikamanua*), tetapi karena dalam kehidupan sehari-hari mereka lebih dekat dengan roh hutan (*takaleleu*), mereka lebih banyak meminta bantuan kepada roh hutan. Berbagai upacara religi misalnya upacara pengusiran roh jahat, upacara pengohatan orang sakit, upacara membuat biduk atau sampian.

2.4.6. *Sĩ Kerei* : Dukun Tradisional Suku Mentawai

Di dalam Ensiklopedi Indonesia 1984, Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatoa 1995, Hidayah 1997 diterangkan bahwa tokoh penting suku

Mentawai yang dianggap bisa berhubungan dengan beberapa roh adalah dukun, yang disebut *Kerer*, sedangkan prakteknya disebut *Si Kerer*. Selain sebagai dukun yang mengobati penyakit, *Kerer* juga sering melakukan ramalan dan bertindak sebagai *shaman*.

Kerer mengenal beberapa konsep mengenai sebab penyakit, yaitu karena jiwa keluar dari tubuh, karena kemasukan roh jahat, karena tubuh kemasukan suatu benda atau karena si sakit melanggar suatu pantangan. Untuk mengobati orang yang sakit, selain berkomunikasi dengan roh, *Kerer* juga memberikan ramuan obat yang biasanya berasal dari tumbuh-tumbuhan. Selain itu dalam pengobatan tertentu ia harus pula menarikan tarian sakral.

Untuk menjadi seorang *Kerer*, seseorang bisa laki-laki bisa juga perempuan dan harus melalui beberapa tahap peristiwa misalnya tiba-tiba mengalami *trance*, atau mendapat petunjuk lewat mimpi atau jatuh sakit lebih dahulu. *Kerer*-lah yang mengetahui berbagai tanda bahwa seseorang "terpilih" untuk menjadi *Kerer* baru. Setelah mendapatkan pertanda, si calon *Kerer* kemudian dibimbing oleh *Kerer* senior selama beberapa hari untuk diberi pelajaran tentang segala hal yang harus diketahui dan dikuasai oleh seorang *Kerer*. Selama tiga hari tiga malam sang guru menyanyikan banyak mantra dan membunyikan lonceng sambil menyekakan daun-daunan tertentu ke tubuh muridnya agar roh tidak mengganguinya dan agar ia mendapatkan roh pelindung. Bila masa pendidikan selesai, tibalah saatnya si murid dilantik menjadi *kerer*. Pelantikan dilakukan oleh *Kerer Sibale* yaitu *Kerer* tertua di wilayah tertentu. *Kerer Sibale* inilah yang akan memberikan *placanan* yaitu busana yang harus dimiliki seorang *Kerer* yang terdiri atas gelang untuk pangkal lengan (*eslegat*

bailak), rangkaian bunga di kepala (*leilet*), jambul dan bulu ekor ayam jantan (*bebeget*), kain berhias untuk ikat pinggang (*lanlai*) dan seraut bambu yang dihiasi bulu ayam (*giring-giring*). Setelah dilantik lewat suatu upacara, *Kerei* baru harus melalui masa *punen* selama dua hari untuk berdialog dengan roh pelindungnya.

Si Kerei dalam menjalankan kegiatannya, tidak terikat pada kelompok *uma* asalnya, tetapi dapat dipanggil untuk membenkan pengobatan di *uma* yang lain. Perolehannya sebagai balas jasa mengobati orang lain akan dibagikannya kepada sesama anggota *uma* asalnya.

Praktek *Si Kerei* ini sudah dilarang sejak tahun 1964 oleh pemerintah, karena dianggap sebagai kepercayaan animisme. Larangan resmi ini kemudian mengharuskan orang Mentawai memilih agama besar yang diakui pemerintah. Meskipun secara resmi kepercayaan asli sudah dilarang, praktek *Si Kerei* masih dilakukan secara sembunyi-sembunyi terutama di pedalaman Siberut.

2.4.7. *Punen* : Waktu Istirahat Suku Mentawai

Pada Ensiklopedi Nasional Indonesia, 1990 dikatakan bahwa *punen* adalah waktu istirahat dengan berbagai pantangan yang dianggap keramat dan harus dijalankan dalam kehidupan masyarakat Mentawai yang berdiam di Kepulauan Mentawai. Waktu istirahat dengan pantangan itu bisa terjadi sebelum, disela-sela atau sesudah berakhirnya suatu upacara. Dalam kehidupan masyarakat Mentawai banyak sekali upacara yang harus dilakukan. Dalam masa *punen* tertentu mereka berpuasa, pantang makan makanan jenis tertentu, pantang melakukan pekerjaan di kebun, pantang berburu, pantang menangkap ikan, pantang membuat perahu, pantang membuat rumah, pantang bersetubuh dan sebagainya. Orang yang melanggar pantangan itu dikenai sanksi berupa denda. Masa istirahat setelah

kematian kerabat tertentu, misalnya bisa berlangsung satu atau dua bulan, bahkan sampai satu tahun. Masa *punen* ini dibicarakan dalam lingkungan kerabat

Seseorang yang mempunyai kedudukan penting dalam lingkungan kerabat atau lingkungan masyarakat mempunyai pantangan lebih banyak daripada orang biasa. Waktu *punen* untuk orang tua berbeda dengan orang muda. Demikian pula *punen* untuk pria berbeda dengan wanita. Hal ini dibedakan agar tidak menimbulkan kemacetan dalam kehidupan ekonomi mereka. Sekarang masa *punen* sudah menjadi lebih singkat, yang semula satu sampai dua bulan menjadi satu sampai dua hari saja, lebih-lebih *punen* yang menyangkut mata pencaharian

2.4.8. Mata Pencaharian dan Perekonomian.

Suku Mentawai menggantungkan hidupnya dari usaha bercocok tanam secara sederhana yang dilakukan oleh kaum wanita, misalnya menanam talas, ubi jalar. Hasil pertanian ini hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan sekeluarga. Ladang tempat mereka bercocok tanam biasanya terletak di hulu sungai. Mereka pergi ke ladang biasanya selama beberapa hari sampai beberapa minggu, sementara anaknya ditinggal di rumah dengan disediakan makanan secukupnya

Kehidupan sehari-hari suku Mentawai banyak tersita untuk menggarap ladang, sehingga mereka pun mendirikan rumah di ladang yang disebut *lalep saua*. Rumah ini dihuni oleh satu keluarga itu yang merupakan kesatuan sosial terpenting bagi orang Mentawai. Bagian bawah *lalep* digunakan untuk memelihara babi

Kaum lelaki suku Mentawai di pulau Siberut pada umumnya berburu dan mengambil hasil hutan untuk ditukarkan dengan tembakau, pakaian, bahan bakar,

garam, bahan bangunan ataupun kebutuhan lainnya. Hasil hutan yang penting adalah rotan, damar, manau, kayu, cengkeh, kopra. Hasil hutan ini diperdagangkan secara barter atau dijual langsung dengan pedagang dari daerah tepi (*orang tepi* orang yang berasal dari pulau Sumatera) atau dari kota Padang.

Sejak tahun 1989 komoditi baru dari hutan Mentawai adalah gaharu dan cendana yang dipakai sebagai wewangian (Ensiklopedi Nasional Indonesia 1990, Melalatoa 1995). Harga jual gaharu memang tinggi, untuk kualitas terbaik bisa mencapai sekitar empat juta rupiah per kilogram.

Beberapa tahun terakhir ini di pulau Siberut juga dihasilkan minyak nilam. Penduduk menanam pohon nilam, untuk kemudian diambil minyaknya dengan penyulingan. Minyak nilam merupakan komoditi ekspor yang dipakai untuk bahan parfum. Satu kilogram minyak nilam dihargai sekitar Rp 100.000,-- hal ini sebetulnya tidak sebanding dengan kerja berat yang dilakukan selama kurang lebih tiga bulan untuk menanam pohon nilam hingga bisa dipanen, kemudian daun nilam tersebut dikeringkan. Bahan bakar untuk proses penyulingan diambil dengan menebang pepohonan di hutan dan mengangkutnya dengan dipikul ke tempat penyulingan yang disewanya. Proses penyulingan dilakukan dalam waktu yang lama bisa satu hari penuh atau lebih untuk mendapatkan sekitar dua kilogram minyak nilam yang siap dijual pada pedagang penampung di pedalaman atau dibawa sendiri ke ibu kota kecamatan. Harga jual di pedalaman lebih murah sekitar Rp 10.000,-- dan pada di ibu kota kecamatan. Para pembuat minyak nilam tidak bisa berbuat lain dengan harga yang telah dipatok oleh para pembeli, mereka hanya menurut saja dengan harga yang dikehendaki oleh pembeli.

2.4.9. Sarana Perhubungan

Hubungan dari dan ke kepulauan Mentawai tergolong sangat minim. Jalan-jalan yang ada di kepulauan ini sangat belum memadai. Sarana perhubungan yang dipakai di dalam pulau sampai kini adalah pelayaran sungai.

Pulau Siberut merupakan salah satu pulau besar yang terletak di kepulauan Mentawai, Kabupaten Kepulauan Mentawai, Propinsi Sumatera Barat. Jarak dari daratan Sumatera ke gugusan kepulauan tersebut adalah kurang lebih 155 km. Waktu perjalanan kira-kira semalam pelayaran laut dari kota Padang. Untuk pelayaran ke pulau Siberut tersedia kapal Fern dua kali dalam seminggu.

2.4.10. Bahasa Suku Mentawai.

Bahasa Mentawai merupakan bagian dari rumpun bahasa Austronesia yang terbagi ke dalam beberapa dialek, seperti dialek Simalegi, Sekudai, Sikalagan, Silabu, Taikaku, Saumanganya dan lainnya (Melalatoa 1995, Hidayah 1997). Pada penelitian ini dialek yang dipergunakan adalah dialek Simalegi dan Saumanganya.

2.4.11. Tradisi Mutilasi Gigi *Anterior* (*mapiat sou, sipiat sof*)

Masyarakat suku Mentawai di pulau Siberut mempunyai kebiasaan melakukan mutilasi gigi *anterior* pada rahang atas dan rahang bawah sehingga runcing menyerupai gigi binatang buas. Kebiasaan itu telah berlangsung sejak nenek moyang mereka. Mutilasi gigi *anterior* dilakukan oleh orang yang dipandang mampu dengan menggunakan alat pahat dari logam atau pisau kecil dan kayu untuk memukul. Kegiatan mutilasi gigi *anterior* dilakukan tanpa pembiusan. Bila terasa sakit atau ngilu setelah dilakukan mutilasi pada gigi *anterior*, mereka menggigit *tairok* (Minang *pisang batu*, Jawa : *pisang kepok*,

Latin : *musa acuminata*) Beberapa kasus sehabis mutilasi gigi *anterior* dibiarkan begitu saja. Tindakan yang dilakukan kalau ngilu yaitu tidak dipakai untuk makan atau minum dalam sehari, baru besoknya dipakai seperti biasa. Kebiasaan mutilasi gigi *anterior* atau *sipit sot* atau *mupiat sot* ini dilakukan pada masa pubertas.

Masa pubertas pada laki-laki umur antara 12-16 tahun, sedangkan pada perempuan antara 11-15 tahun (Monks dan Knoers, 2002).

Suku Mentawai melakukan kebiasaan mutilasi gigi *anterior* dengan berbagai alasan diantaranya 5 orang (21,7 %) mengatakan sekedar ikut-ikutan (*mode*) (Koernati, 1998). Pada survei pendahuluan ditemukan adanya alasan yang lain misalnya untuk menandai bahwa ia adalah suku Mentawai.

Tradisi atau adat istiadat mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai sudah berlangsung turun temurun. Hal ini sesuai dengan yang tertulis dalam Ithromi (Ed.) 2000, bahwa adat istiadat merupakan budaya dari perseorangan atau sekelompok masyarakat.

Menurut WHO faktor kepercayaan akan mempengaruhi perilaku seseorang (Notoatmodjo, 1993). Sepuluh orang (43,5 %) suku Mentawai percaya bahwa dengan melakukan mutilasi gigi *anterior*, mereka akan menjadi cantik atau bagus (Koernati, 1998).

Alasan supaya seperti gigi binatang, ditemukan pada 8 orang (34,8 %), beberapa dari mereka juga mengatakan supaya mudah untuk makan daging (Koernati, 1998).

Bila dipandang dari Ilmu Kesehatan Gigi, tindakan mutilasi gigi *anterior* dengan melakukan pengurangan pada enamel dari dentin ini merupakan tindakan

Bila dipandang dari Ilmu Kesehatan Gigi, tindakan mutilasi gigi *anterior* dengan melakukan pengurangan pada enamel dan dentin ini merupakan tindakan yang merusak dan bisa mengganggu kesehatan gigi pada umumnya. Lapisan enamel yang berada paling luar dari gigi merupakan benteng untuk menjaga agar tidak terjadi kerusakan gigi lebih lanjut di lapisan sebelah dalamnya. Karies gigi dan absesi gigi sebagai penyakit kerusakan gigi yang banyak ditemui akan diawali dengan kerusakan enamel.

2.5. Adat Mutilasi Gigi *Anterior* di Indonesia dan Afrika.

a. Mutilasi Gigi *Anterior* di Kalimantan Timur.

Suku Dayak Tunjung di Kalimantan Timur mengenal adat mutilasi gigi yang disebut *daokng*. Kegiatan ini dilakukan pada orang dewasa untuk kecantikan. Gigi yang menonjol dipotong rata dengan gusi dan untuk pemasangan gigi tiruan (Dyson, 1979).

b. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Jawa.

Suku Jawa mempunyai kebiasaan mutilasi gigi *anterior* yang disebut *pangur*, dilakukan sebagai tanda aqil balig dan persiapan pernikahan. Pangur pada wanita bisa diulang pada saat akan menikah bila dipandang bahwa wanita tersebut masih kurang cantik (Ki Padmosussetia, 1980).

c. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Bali

Upacara potong gigi di Bali disebut juga *matatah*, *mapandes*, *masangih*, *atah*, *mepandes*. Upacara potong gigi ini dilakukan untuk menghilangkan *kalotehan* (kotor) dalam diri dan dilakukan dengan jalan mengikur gigi si anak

dan biasanya dilakukan pada saat remaja (Bali oleh Bali, <http://saradbali.com/sarad/s1101/pepakera.html> 03/09/2002 - 09:23 am)

d. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Flores.

Di daerah Lirang Bua, kebiasaan mutilasi gigi dilakukan sampai ke akarnya pada gigi *incisivus lateralis* kanan dan kiri atas serta *caninus* kanan dan kiri atas. Pemotongan gigi mendatar dilakukan pada semua gigi *anterior mandibula* (Sukadana, 1970)

Di daerah Ngadha, mutilasi gigi *anterior* sampai sebatas gusi dilakukan pada anak perempuan sebagai tanda kedewasaan dalam menghadapi perkawinan dan sebagai tanda kesuburan (Arndt, 1954)

e. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Sumba.

Di daerah Meloio ditemukan mutilasi gigi dengan mengeluarkan *incisivus lateralis* atas dan *caninus* atas kanan dan kiri sampai ke akarnya

f. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Lombok.

Di daerah Lewoleba mutilasi gigi dilakukan pada *incisivus lateralis* kanan atas dan *caninus* kanan atas serta *incisivus lateralis* kiri atas sampai ke akarnya. Pemotongan secara mendatar dilakukan pada semua gigi *anterior* rahang bawah (Sukadana, 1970)

g. Mutilasi Gigi *Anterior* di Pulau Siberut.

Suku Mentawai di pulau Siberut melakukan mutilasi gigi yang disebut *sipiat sot* atau *mapiat sot* pada gigi *anterior* rahang atas dan rahang bawah untuk

alasan kecantikan, untuk gaya, untuk pengunyahan, supaya seperti gigi binatang buas (Koerniati, 1998).

h. Mutilasi Gigi Anterior di Afrika.

Suku Maasai dan suku Kikuyu mempunyai tradisi melakukan pencabutan gigi *incisivus centralis* permanen pada anak umur 12-15 tahun.

Di Ethiopia ada tradisi bahwa anak yang selalu mengalami sakit perut disebabkan oleh karena gigi *caninus decidui*, sehingga gigi tersebut harus dicabut (Erlandsson, 1999)

2.6. Berbagai Bahan Pengobatan Gigi Tradisional Suku Mentawai

Beberapa macam bahan obat (Lestari, s.a.)

- A. Bahan obat alami.
- B. Bahan obat buatan (sintetik)
- C. Bahan obat setengah buatan (semi sintetik)

Bahan obat alami dibedakan atas :

- a. Bahan obat nabati.
- b. Bahan obat hewani
- c. Bahan obat pelikan / mineral.
- d. Bahan obat yang diperoleh dengan fermentasi.

Bahan obat nabati dibedakan atas :

- Bahan obat nabati segar
- Bahan obat nabati yang dikeringkan (*simplisia*).
- Sediaan *galenika*.
- Bahan obat nabati yang dimurnikan.

Simplisia ialah bagian tanaman, seluruh tanaman yang dikeringkan atau eksudat tanaman. Asal *simplisia* ada beberapa macam

1. *Simplisia* yang berasal dari **batang**, yaitu berasal dari
 - a. *Cortex* ialah bahan yang diambil dari kulit cabang atau batang. Umumnya diambil kulit batang di bagian luar kambium. Dapat berbentuk utuh atau diambil bagian yang luar (bagian gabus dihilangkan). Dalam perdagangan dapat berbentuk gulungan yang menyerupai pipa, lembaran yang telah dipres atau berbentuk cacahan atau serbuk.
 - b. *Lignum* ialah bahan yang berasal dari kayu pada batang atau cabang. Dalam perdagangan dapat berbentuk utuh, cacahan, pasahan atau berupa serbuk.
2. *Simplisia* yang berasal dari **akar**, disebut *radix*.

Radix ialah bahan yang berasal dari akar, termasuk juga pangkal dari batang. Ada yang utuh, merupakan irisan membujur, melintang atau berbentuk serbuk.
3. *Simplisia* yang berasal dari **daun** dan bagian lain dari daun ada beberapa macam:
 - a. *Herba* : merupakan bahan yang diambil dari seluruh bagian tanaman yang dikeringkan. Dapat berbentuk utuh, cacahan atau berupa serbuk. Herba juga bisa merupakan bahan yang diambil dari seluruh bagian tumbuhan di atas tanah, baik dalam bentuk utuh, cacahan atau serbuk.
 - b. *Herba / folium* merupakan bahan yang diambil dari ujung ranting.

yang berbunga, ada kalanya berikut buah. Dapat berbentuk utuh, cacahan atau serbuk.

c. *Folium* merupakan bahan yang diambil dari daun. Dalam perdagangan dapat terkutuk juga ranting. Dapat berbentuk utuh, cacahan atau serbuk.

4. *Simplisia* yang berasal dari akar rimpang dan umbi.

a. **Akar rimpang** merupakan *metamorfose* dari batang yang ada di dalam tanah, bercabang dan tumbuh mendatar. Dari ujungnya dapat tumbuh tunas baru yang muncul di atas tanah dan dapat merupakan tanaman baru. Disamping sebagai alat pembiakan, juga sebagai tempat cadangan makanan.

b. **Umbi**: merupakan suatu badan yang membesar, bulat, seperti kerucut atau tidak beraturan. Umbi merupakan tempat penimbunan makanan. Umbi dapat merupakan penjelmaan dari batang dan akar sehingga dibedakan atas: umbi batang dan umbi akar.

Simplisia yang berasal dari akar rimpang disebut *rhizoma*.

Rhizoma: ialah bahan yang diambil dari akar rimpang. Pada umumnya berbentuk utuh dan dikeringkan. Ada kalanya dihilangkan pada bagian gabusnya. Ada juga yang berbentuk insan, sehingga merupakan kepingan bulat, cacahan atau serbuk.

Simplisia yang berasal dari umbi disebut: *tubera*.

Tubera: ialah bahan yang diambil dari umbi. Pada umumnya berbentuk utuh dan dikeringkan. Ada juga yang berupa cacahan atau serbuk.

5. *Simplisia* yang berasal dari **bunga**, disebut *flos*.

Flos : merupakan bahan yang berasal dari bunga, kuncup bunga, mahkota bunga, putik, *inflorescentia*, dan bagian bunga yang lain. *Flos* ini biasanya dalam bentuk utuh dan dikeringkan. Dalam perdagangan kadang berupa serbuk.

6. *Simplisia* yang berasal dari **buah dan biji**.

Simplisia yang berasal dari buah disebut *fructus*, sedangkan *simplisia* yang berasal dari biji disebut *semen*.

a. *Fructus* : ialah bahan yang diambil dari buah, dapat berupa buah yang masih muda, sudah tua belum masak, sudah tua dan masak, sebelum dikeringkan difermentasikan. Dalam perdagangan berupa utuh atau serbuk.

b. *Semen* : ialah bahan yang berupa biji. Pada umumnya berbentuk utuh atau serbuk.

Suku Mentawai mempunyai obat tradisional yang dipakai oleh *Si Kerei* untuk menyembuhkan penyakit diantara mereka. Menurut Depkes. RI 1992, obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, sediaan sarian atau campuran dari beberapa bahan tersebut secara turun temurun.

Obat tradisional merupakan warisan budaya bangsa yang telah dikenal sejak jaman dahulu dan digunakan secara luas oleh masyarakat. Penggunaan obat tradisional oleh segala lapisan masyarakat untuk tujuan pengobatan, maupun perawatan kesehatan. Obat tradisional dan tanaman berkhasiat obat yang tumbuh di Indonesia merupakan salah satu potensi yang perlu dikembangkan dan dimanfaatkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Soesilo, 1990).

Si Kerei dalam prakteknya, melakukan pengobatan tradisional pada orang yang membutuhkan. Pengertian pengobatan tradisional menurut Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 47 menyatakan : Pengobatan tradisional adalah salah satu upaya pengobatan dan atau perawatan cara lain di luar Ilmu Kedokteran dan atau Ilmu Keperawatan (Depkes RI, 1992)

Pengobatan tradisional perlu dibina dan diawasi untuk diarahkan agar dapat menjadi pengobatan dan atau perawatan cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan manfaat dan keamanannya dan kemudian perlu secara terus menerus ditingkatkan dan dikembangkan untuk digunakan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Depkes R.I., 1992).

Dalam ruang lingkup *Primary Health Care (PHC)*, pemanfaatan tanaman dan ramuan obat tradisional bukan saja merupakan warisan budaya bangsa yang banyak diminati masyarakat, juga merupakan teknologi tepat guna sebagai alternatif pengobatan (Direktorat Bina PSM, 1990)

Pemanfaatan tanaman obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat ditingkatkan terlebih jika diingat bahwa sebagian besar pengobatan dengan menggunakan tanaman obat dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri, karena tanaman obat tersebut tersedia atau dapat disediakan di dekat tempat tinggal penduduk dan cara pengolahannya pun sederhana. Oleh karena itu pemanfaatan tanaman berkhasiat obat dalam pelayanan kesehatan benar-benar akan memperluas dan pemeratakan pelayanan kepada masyarakat (Hargono, 1990)

Pada survei pendahuluan di pulau Siberut, ditemukan adanya tanaman berkhasiat obat yang dipakai *Si Kerei* untuk pengobatan sakit gigi yaitu daun

bag-bag, daun *ailepei* dan daun *taebeleki*. Cara pembuatan ramuan tradisional yaitu dengan menghaluskan daun tersebut, kemudian ditempelkan ke bagian gigi yang sedang sakit

2.7. Pola Makan

Pola makan yaitu makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh seseorang setiap hari (Cameron dan Staveren, 1988)

Klasifikasi makanan secara budaya menurut Helman dibagi menjadi 5 kategori, yaitu (Swasono, 1995)

a. Makanan dan non makanan.

Makanan dan non makanan dimaksud disini adalah jenis makanan yang dapat dimakan (*nutrition*) dan bermanfaat serta makanan yang bukan jenis makanan (*non nutrition*) tetapi bermanfaat bagi tubuh misalnya serat makanan

b. Makanan sakral / suci.

Makanan sakral adalah makanan yang khusus disiapkan untuk upacara ritual. Hampir semua suku di Indonesia mempunyai makanan untuk upacara ini

c. Makanan pokok, makanan tambahan dan makanan selingan.

Makanan pokok setiap suku bangsa bervariasi dan nasi, jagung, roti, sagu, mi dan sebagainya. Sedangkan makanan tambahan adalah jenis makanan yang ditambahkan baik lauk maupun sayuran yang terdiri dari bermacam olahan sesuai daerahnya. Makanan selingan merupakan makanan jajanan yang juga memiliki variasi yang sangat besar di setiap daerah

d. Makanan yang berkhasiat obat.

Sejak jaman nenek moyang kita, telah diketahui manfaat jenis makanan tertentu bagi kesehatan. Kebiasaan tertentu untuk meningkatkan kesehatan dan berkhasiat obat, misal minum beras kencur untuk menghilangkan rasa capai, daun *luntas* untuk menghilangkan bau kermat dan menambah nafsu makan, daun *sembukan* untuk mengurangi perut kembung. Seorang wanita hamil makan *ampo* yang ternyata merupakan sumber Fe yang diperlukan wanita hamil. Wanita menyusui makan daun *katu* untuk memper lancar asi.

e. Makanan kategori usia

Makanan untuk usia tertentu diberikan tersendiri, baik bentuk atau jenisnya. Makanan untuk bayi berbeda dengan untuk anak-anak, remaja, dewasa dan orang tua. Pada keadaan hamil, menyusui atau sakit diberikan makanan sesuai keadaannya.

2.8. Kebersihan Mulut

Kebersihan mulut seseorang bisa diukur dengan menilai adanya *debris* dan *calculus* pada gigi (Green dan Vermillion, 1964).

Perilaku kesehatan untuk menjaga kebersihan mulut seseorang akan dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan serta tingkat pendapatan (Gochman, 1988).

Menurut WHO : pengetahuan, kepercayaan, sikap dan nilai, adanya orang yang dianggap penting oleh seseorang, pendapatan, kebudayaan dan waktu pelayanan akan mempengaruhi perilaku seseorang (Notoatmodjo, 1981). Sebagai contoh, perilaku dalam hal ini adalah perilaku untuk menjaga kebersihan mulut.

Tingginya frekuensi karies gigi dipengaruhi oleh faktor kebersihan mulut, penghasilan orang tua, pendidikan ibu, status sosial pimpinan keluarga, konsumsi minum gula pada waktu akan tidur, tidak menggosok gigi dan letak geografik (Moyuahan, 1996)

Rosenstock (1982) mempercayai bahwa perilaku individu (dalam hal ini perilaku membersihkan gigi dan mulut), ditentukan oleh motif dan kepercayaannya tanpa mempedulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Hal ini sangat penting untuk membedakan antara kebutuhan kesehatan yang obyektif dan yang subyektif. Kebutuhan kesehatan yang obyektif ialah yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaiannya secara profesional, yaitu adanya gejala yang dapat mengganggu atau membahayakan kesehatan individu. Sebaliknya individu menentukan sendiri apakah dirinya mengandung penyakit, berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri. Pendapat atau kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, namun dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat oleh orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subyektif inilah yang justru merupakan kunci dari dilakukannya atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan, dalam hal ini untuk menjaga kebersihan mulut. Artinya, individu itu baru akan melakukan suatu tindakan untuk membersihkan giginya jika ia benar-benar terancam oleh keadaan tersebut. Jika tidak maka dia tidak akan melakukan tindakan apapun.

2.9. Karies gigi

2.9.1. Definisi karies gigi

Karies gigi adalah suatu penyakit jaringan keras gigi yaitu enamel, dentin, sementum, yang disebabkan oleh aktifitas suatu jasad renik pada suatu karbohidrat yang diragikan. Karies gigi ditandai dengan adanya demineralisasi jaringan keras gigi yang kemudian diikuti oleh kerusakan bahan organiknya. Akibatnya terjadi invasi mikro organisme dan kematian pulpa serta penyebaran infeksi ke jaringan penapakal yang dapat menyebabkan rasa nyeri (Kidd and Bechal, 1992).

Karies gigi terjadi karena fermentasi bakteri pada makanan yang berupa karbohidrat, sehingga terjadi asam yang dapat mempengaruhi permukaan gigi atau enamel (Miller, 1880 cit Silverstone dkk. 1982).

Pada lesi permulaan karies gigi terjadi demineralisasi oleh asam yang berasal dari makanan karbohidrat, terutama sukrosa melalui proses fermentasi oleh bakteri dalam plak gigi (Dolby dkk. 1981).

Karies gigi ialah suatu penyakit infeksi yang dapat menular yang terutama mengenai jaringan keras gigi sehingga terjadi suatu kehilangan lokal berupa jaringan keras. Proses ini terjadi melalui suatu seri reaksi kumulatif oleh bakteri dengan serangan permulaan pada bagian anorganik gigi, kemudian diikuti dengan perubahan dan akhirnya kerusakan dari bagian organik gigi (Metzcker and McGee, 1982, Loesche, 1982).

Karies gigi adalah suatu kerusakan progresif dari gigi bagian mineral dan organik enamel dan dentin yang disebabkan oleh bakteri dan merupakan penyebab penting dari kehilangan gigi pada umur sampai 40 tahun (Goldhaber, 1988).

Jadi karies gigi adalah penyakit pada jaringan keras gigi yang disebabkan oleh makanan dalam bentuk karbohidrat bersama dengan bakteri di dalam saliva yang dipengaruhi oleh waktu lamanya makanan melekat pada gigi.

2.9.2. Faktor penyebab terjadinya karies gigi.

Proses terjadinya karies gigi karena adanya interaksi berbagai faktor yang melibatkan adanya jasad renik (*agen*), inang (*gigi*), lingkungan (*diet*) di dalam rongga mulut sampai terjadinya karies gigi dibutuhkan adanya faktor waktu (Rosen, 1991).

a. Faktor gigi .

Perubahan komposisi jaringan gigi mempengaruhi kerentanan atau ketahanan gigi terhadap karies. Karies gigi paling sering terjadi pada enamel yaitu pada pit dan fisura serta daerah interproximal, jarang pada permukaan gigi yang halus (Burnet and Scherp, 1964).

Finn (1973) menyatakan bahwa kerentanan terhadap karies gigi dihubungkan dengan perubahan fisik serta perubahan kimia dalam enamel. Keadaan ini meliputi ketidak sempurnaan permukaan gigi yang mendukung akumulasi karbohidrat dan mikro organisme serta perubahan komposisi yang memudahkan serangan karies. Ketidak sempurnaan struktur gigi mungkin terjadi akibat gangguan selama pembentukan matriks atau mineralisasi matriks. Kerusakan pada mineralisasi matriks mungkin bertubungan dengan diet yaitu kekurangan kalsium, fosfor dan vitamin D (Finn, 1973).

b. Faktor mikro organisme.

Mikro organisme merupakan penyebab terjadinya karies gigi (Finn, 1973).

Anak-anak dengan jumlah *streptococcus mutans* saliva yang tinggi mempunyai lebih banyak karies dibandingkan dengan anak yang mempunyai *streptococcus mutans* pada saliva yang rendah (Kristoffersson dkk., 1986).

Mikro organisme penyebab karies gigi antara lain . *streptococcus mutans*, *lactobacillus* dan berbagai bakteri asidurik lain (Ansaï dkk, 1994). Dikatakan pula oleh Ansaï (1993) bahwa aktifitas karies gigi dapat dinilai dari banyaknya *streptococcus mutans saliva* dan kemampuan asidogenik bakteri plak gigi.

c. Faktor lingkungan.

Makanan merupakan faktor penting untuk terjadinya karies gigi. Makanan dengan kandungan sukrosa akan meningkatkan karies gigi (Burnet and Scherp, 1964).

Karbohidrat sangat mudah difermentasikan oleh mikro organisme kariogenik (Finn, 1973). Akan tetapi pengaruh makanan akan menurun pada keadaan dimana pengaruh bakteri sangat kuat (Kristofferson dkk, 1986).

Dalam keadaan normal gigi selalu kontak dengan saliva. Sifat fisik atau kimia dari saliva mempengaruhi kerentanan terhadap karies gigi. Kecepatan sekresi saliva merupakan faktor penting dalam etiologi karies. Pada individu dengan kecepatan sekresi saliva rendah tampak meningkatkan aktifitas kariesnya. Saliva mengandung ion kalsium dan fosfat yang memungkinkan terjadinya remineralisasi pada gigi. Kemampuan remineralisasi dari saliva meningkat dengan adanya ion fluor. Saliva juga mengandung bahan yang bisa membunuh mikro organisme yaitu *lysozyme* (Finn, 1973)

Pertambahan insiden karies gigi disebabkan oleh perubahan pola konsumsi makanan. Pada masyarakat primitif sebagian besar makanan adalah makanan alamiah, sedang pada masyarakat modern sebagian besar makanannya adalah makanan olahan (*refined*). Hal ini mengakibatkan (Nikiforuk, 1969)

- a) Hilangnya faktor protektif dari bahan makanan selama diolah
- b) Penambahan faktor kariogenik ke dalam bahan makanan
- c) Perubahan kebiasaan makan dari protein ke karbohidrat, juga frekuensi makan perhari bertambah.

Telah dibuktikan pada penelitian epidemiologi, masyarakat yang banyak mengkonsumsi makanan berserat cenderung mengurangi terjadinya karies gigi daripada masyarakat yang mengkonsumsi makanan yang lunak dan banyak mengandung gula (Kidd and Bechal, 1992)

Konsumsi gula mempunyai pengaruh terbesar dalam prevalensi karies gigi meskipun juga dimodifikasi dan diet yang lain, faktor sosial dan kebiasaan lain dari setiap individu dalam mengkonsumsi gula (Konig, 1995).

Semakin maju peradaban manusia, pola makanan yang dikonsumsi juga berubah, akibatnya akan merubah terjadinya pola karies gigi. Kenyataan pada manusia modern, pola makanan lebih lunak dan bersifat mudah melekat pada permukaan gigi. Keadaan seperti ini telah mencapai tingkat epidemik pada negara berkembang. Berdasarkan data yang ada, prevalensi karies gigi pada negara berkembang meningkat dengan semakin meningkatnya popularitas makanan yang mengandung gula halus (Lehner, 1995)

Hubungan antara kesehatan gigi dan faktor diet tinggi, 17 % anak mengalami karies. Tingginya frekuensi karies gigi dipengaruhi oleh faktor

kebersihan mulut, penghasilan orang tua, pendidikan ibu, status sosial pimpinan keluarga, konsumsi minum gula pada waktu tidur, tidak menggosok gigi dan letak geografik (Moyuahan, 1996).

Fermentasi gula pada partikel makanan yang lengket serupa dengan makanan dengan kandungan sukrosa yang tinggi, *carboxylic acids* diakumulasi dengan partikel pada fermentasi gula melalui mikroorganisme dalam saliva. Makanan yang lengket akan mempengaruhi perkembangan dari karies gigi (Kashket, 1996).

d. Faktor waktu.

Merupakan faktor penting dalam proses terjadinya karies gigi. Jika sisa makanan tidak diberi kesempatan melekat pada permukaan gigi maka tidak akan terjadi karies. Jadi bila gigi disikat dengan bersih setelah makan akan mengurangi terjadinya karies gigi (Burnet dan Scherp, 1964).

Sementara itu Roeslan dan Sadono (1997) mengatakan bahwa karies gigi terjadi karena adanya interaksi dinamis antara variabel biologik dalam mulut selama kehidupan seseorang. Variabel biologik yang terlibat dapat dikelompokkan menjadi:

- a) variabel daya tahan penjamu yang meliputi gigi dan saliva
- b) variabel kariogenik yang terdiri dari mikro organisme dan substrat diet

Bila dalam reaksi ini, variabel penjamu lebih berperan, maka karies gigi tidak akan terjadi. Sebaliknya bila faktor kariogenik yang menonjol, proses karies gigi akan berjalan.

Lehner (1995) mengatakan bahwa perkembangan karies gigi membutuhkan faktor mikro organisme yang kariogenik yang mampu

memproduksi asam dengan cepat di bawah PH kritis yang dibutuhkan untuk melarutkan enamel dan faktor diet dalam hal ini gula pada makanan yang memudahkan mikro organisme untuk berkoloni dan dapat dicerna oleh bakteri untuk memetabolismenya menjadi asam. Proses ini dapat terganggu dengan adanya respons imun yang efektif

2.10. Atrisi gigi

Atrisi gigi adalah keausan gigi akibat fungsi pengunyahan yang fisiologis (Leigh, 1928 yang dikutip oleh Powers dan Koran 1973 serta Klatsky 1939). Rosenberg (1981) menyetujui konsep tersebut diatas dengan tambahan adanya hubungan dengan bertambahnya usia

Atrisi bisa juga disebabkan oleh adanya pencemaran butir pasir atau debu di dalam makanan (Dahlberg dan Kinsley 1962)

Davies (1963), Neiburger (1977), Walker (1978), Taylor (1984) menyetujui adanya hubungan antara atrisi gigi dengan bentuk dan kualitas sifat *abrasive* makanan dalam pola pangan.

Pada populasi berpola pangan halus, morfologi puncak mahkota gigi posterior pada umumnya bentuk aslinya masih bertahan, hanya sedikit terdapat atrisi (Reynolds 1970, Ramfjord dan Ash 1971, Wise 1977, Neiburger 1977)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Elvery dkk (1998) ditemukan keadaan atrisi yang besar pada orang Aborigin di Australia yang disebabkan oleh makanan yang *abrasive* termasuk di dalamnya adalah *moine foods*.

Di Cina, Sakashita dkk (1997) menemukan bahwa pada usia tua, kehilangan gigi, kerusakan jaringan periodontal dan atrisi gigi sangat signifikan ditemukan pada orang kota lebih tinggi dari pada orang pinggiran

Di daerah Chile Utara, pada orang Chunchorro yang mempunyai gigi dengan atrisi yang ekstrem serta bebas karies, ditemukan frekuensi periapikal abses yang tinggi dan frekuensi gigi tanggal sedang. Sedang pada orang Chiribaya, atrisinya ringan, tetapi frekuensi karies dan gigi tanggal tinggi. Hal ini oleh karena di sana ada budaya menggigit daun *coca* di daerah gigi *posterior* (Langsjoen, 1996)

Djunc (2001), menemukan pada populasi Medieval di Serbia terdapat prevalensi atrisi, resorpsi alveolar dan karies yang tinggi yang diduga karena diet yang *abrasive* dan *oral hygiene* yang jelek

Sautier dkk (2002), mengatakan bahwa pada laki-laki dewasa yang tanggal di pinggiran lebih banyak ditemukan atrisi dan pada yang tanggal di kota. Hal ini disebabkan oleh sikat gigi dan tekanan mekanik termasuk juga karena makanan yang keras

Atrisi terjadi pada saat berkontakannya gigi geligi selama pengunyahan. Beberapa faktor sebagai penyebab atrisi adalah *bruxism*, diet, maloklusi dan partikel yang *abrasive*. Atrisi bisa terjadi pada permukaan oklusal gigi *posterior*, pada permukaan *insisal* gigi *anterior*, pada permukaan *palatinal* gigi *anterior* rahang atas dan permukaan *labial* gigi *anterior* rahang bawah. Permukaan gigi yang mengalami atrisi biasanya keras, halus dan mengkilat. Meskipun demikian gigi masih tetap tajam dan bergengsi pada kasus tertentu. Daerah atrisi berwarna kuning kecoklatan jika keausan menembus enamel gigi. Atrisi bisa terjadi pada

periode gigi susu dan periode gigi campuran. Kenaikan keausan bisa dilihat dari penambahan usia dimulai dari umur 45 tahun (Goldstein, 2002).

Daerah yang terkena atrisi bisa dibedakan: atrisi pada enamel, atrisi pada dentin dan atrisi pada pulpa.

2.11. Pola Pengunyahan

2.11.1. Pengunyahan :

Pengunyahan (*mastikasi*) merupakan proses penghancuran banyak partikel makanan yang besar dan mencampurnya dengan ludah dan sekresi kelenjar ludah. Kerja membasahi dan menghomogenisasi ini membantu pencernaan selanjutnya (Ganong, 1989).

Pengunyahan membantu pencernaan makanan dengan alasan berbagai enzim pencernaan hanya bekerja pada permukaan partikel makanan, sedangkan kecepatan pencernaan tergantung pada luas permukaan total yang terkena sekret usus. Penghancuran makanan menjadi partikel yang sangat halus juga secara tetap mencegah ekskoriasi saluran cerna dan mempermudah makanan di kosongkan dan lambung masuk ke dalam usus (Guyton, 1991).

Selama pengunyahan kekuatan gigitan disalurkan melalui bolus ke gigi antagonisnya. Kekuatan tersebut meningkat secara teratur sampai mencapai puncak dan tiba-tiba kembali ke titik nol. Besar, lamanya waktu dan interval antara kekuatan kunyah berbeda pada setiap orang dan tergantung dari konsistensi makanan (Boucher, 1975).

Dari hasil penelitian Manly (1951), disimpulkan bahwa nilai efisiensi kunyah tergantung pada luas permukaan oklusal dan kekuatan tekanan dari gigi terhadap gigi antagonisnya. Dalam salah satu penelitiannya dipergunakan subyek

yang memakai gigi tiruan sebagian lepasan yang tiap anasir giginya bisa dilepas satu persatu. Hasil test pengunyahan tersebut menunjukkan bahwa gigi *molar* pertama dan gigi *molar* ke dua sama pentingnya dalam suatu proses pengunyahan dan dua kali lebih efektif bila dibandingkan dengan gigi *premolar*.

Pengunyahan merupakan tindakan pemecahan dan penghancuran makanan agar siap untuk ditelan. Gerakan penghancuran ini adalah hasil aktifitas yang kompleks dari sistem neuromuskular dan kesatuan fungsional pengunyahan seperti gigi geligi, otot pengunyah, *temporo mandibular joint*, bibir, pipi, palatum, mukosa mulut dan sekresi ludah (Posselt, 1968)

Manly (1951), menyimpulkan bahwa luas daerah pengunyahan dan ukuran dari gigi *molar* sangat menentukan kemampuan kunyah orang dewasa baik dengan gigi yang normal maupun orang-orang yang mengalami kerusakan pada giginya.

Pola pengunyahan pada waktu makan ditentukan oleh oklusi gigi. Oklusi gigi adalah relasi permukaan oklusal pada waktu gigi geligi rahang atas dan rahang bawah saling bersentuhan (Hughes dan Meyers 1972)

Kemudian oklusi berkembang menjadi persentuhan gigi yang membuat stabil mandibula pada waktu menelan makanan (Thomson 1975, Muhleman 1976). Akhirnya Ash dan Ramfjord 1982 mengatakan bahwa oklusi adalah relasi yang meliputi keadaan oklusi fungsional, oklusi para fungsional dan oklusi disfungsional yang berintegrasi dengan sistem pengunyahan komponen gigi dan jaringan penunjangnya, *Temporo Mandibular Joint* serta sistem neuro muskuler

Oklusi fungsional yaitu meliputi peranan gigi dalam percakapan, estetika dan stabilisasi serta pengunyahan (Ricketts, 1969). merupakan persentuhan antara

gigi yang terjadi pada waktu mengunyah dan menelan (Thomson, 1975), suatu keadaan oklusi yang dapat dipergunakan untuk berfungsi (Ash dan Ramfjord 1982)

Oklusi disfungsional yaitu keadaan oklusi dengan gejala yang bertolak belakang dengan oklusi fungsional. Oklusi disfungsional terdiri dari gangguan fungsi gigi dan oklusi parafungsional.

Keadaan status oklusinya adalah sebagai berikut : (Thomson, 1975)

Permukaan oklusal gigi yang bersentuhan bebas gangguan pada gerakan *mandibula*. Tidak ada gangguan gerakan *mandibula* waktu menutup atau dituntun pada kontak maksimum dalam *retruded contact position (RCP)* dan *intercuspal contact position (ICP)*. Kontak oklusal menghasilkan oklusi yang stabil.

2.11.3. Anatomi sistem pengunyahan.

Anatomi sistem pengunyahan terdiri dari .

- 1) Rongga mulut
- 2) Lidah
- 3) Air ludah
- 4) Berbagai-otot pengunyahan .

m. masseter : berguna untuk menutup mulut

m. temporalis untuk menutup mulut dan menarik *mandibula* ke belakang.

m. pterygoideus lateralis untuk menurunkan dagu, memajukan *mandibula* dan menggerakkan *mandibula* ke lateral.

m. pterygoideus medialis untuk menutup mulut.

m. digastricus venter anterior untuk membuka mulut dan menarik *os hyoideum* ke depan

m. digastricus venter posterior untuk menarik *os hyoideum* ke belakang dan mengangkat *os hyoideum*

m. geniohyoideus untuk menarik *mandibula* ke bawah dan mengangkat *os hyoideum* ke atas

5) *Temporo Mandibular Joint*

2.11.3. Fisiologi Sistem Pengunyahan

Pergerakan *mandibula* merupakan interaksi yang kompleks dan otot pengunyahan, sendi *temporomandibular* dan gigi yang diatur dan dikendalikan oleh sistem syaraf (Gross dan Mathews, 1982)

Pergerakan *mandibula* yang berhubungan dengan fungsi khusus seperti pengunyahan dapat terjadi dengan tanpa disadari. Untuk menampilkan aktifitas yang disengaja maupun yang tidak disengaja, pusat motor memerlukan impuls sensor yang berasal dari reseptor sensor perifer. Reseptor ini terdapat di jaringan ikal *periodontium*, serat otot, jaringan sendi *temporo mandibular*, *tendon* dan mukosa mulut. Semua reseptor itu memberikan impuls yang disampaikan ke syaraf pusat melalui neuron aferent (Gross dan Mathews, 1982)

Refleks yang terjadi pada proses pengunyahan dapat dijelaskan sebagai berikut. adanya bolus makanan dalam mulut menyebabkan refleks inhibisi otot penutup mulut yang memungkinkan *mandibula* turun. Penurunan rahang yang mendadak ini selanjutnya menimbulkan refleks regang semua otot rahang yang mengakibatkan terjadinya gerakan memantul oleh karena kontraksi semua otot

penutup mulut. Hal ini secara otomatis mengangkat rahang yang menyebabkan penutupan gigi geligi juga menyebabkan tertekannya bolus ke dinding mulut. Akibat penutupan gigi geligi terjadilah proses penghambatan lagi yang memungkinkan rahang turun dan memantul pada proses berikutnya, kejadian ini berulang terus menerus (Guyton, 1991)

Dari hasil penilaian *electromyografi* diketahui bahwa pada permulaan pengunyahan terlihat adanya kesamaan aktifitas pada ke dua sisi rahang. Mula-mula partikel makanan yang besar disebarkan dan dihancurkan pada ke dua sisi rahang secara bersamaan. Selanjutnya aktifitas otot bilateral menjadi tidak sama yang menunjukkan bahwa subyek mengunyah secara unilateral. Muskulus *masseter* pada sisi kerja biasanya menunjukkan aktifitas lebih besar dari pada sisi keseimbangan, baik dalam amplitudo maupun lamanya kontraksi (Posselt, 1968).

2.12. Tekanan gigitan

Kekuatan tekanan gigitan dan gigi geligi dikontrol oleh mekanisme neuromuskuler dari sistem pengunyahan. Mekanisme refleks ini dengan reseptor pada otot, *tendon*, *temporo mandibular joint* dan struktur periodontal untuk mengatur pergerakan *mandibula*. Dalam keadaan normal struktur periodontal itu berperan dalam menjaga kesehatan gigi melalui mekanisme tekanan oklusal yang khas. Ciri khas yang paling menonjol dan kekuatan tekanan gigitan adalah statis dan dinamis (Boucher, 1975)

Kornfeld (1974) mengatakan bahwa kekuatan tekanan gigitan tergantung dari fungsi (yaitu sedang mengunyah atau tidak), kekuatan otot (yaitu kekuatan dari otot yang diteruskan ke gigi), ketahanan jaringan (yaitu tulang dan periodontal ligamen)

Observasi dari kekuatan otot menunjukkan bahwa ada sedikit perbedaan kualitas otot antara pria dan wanita, setidaknya hal ini akan mempengaruhi kapasitas kekuatan otot yang dihasilkan. Secara umum perkembangan massa otot pada pria lebih besar dari wanita, oleh karena itu pada pria kekuatan yang dihasilkan juga lebih besar sebanding dengan besarnya massa otot. Pada wanita biasanya kandungan lemaknya lebih banyak bila dibanding dengan pria, hal ini tentunya akan menambah beban berat yang lebih besar pada wanita. Konsekuensinya kekuatan otot per kilogram berat badan juga akan turun (Mc Ardle dkk, 1986)

Dari hasil pengukuran kekuatan tekanan gigitan rata-rata regio *molar* pada pria dewasa adalah 46-68 kg. Kekuatan tekanan gigitan yang lebih besar tercatat pada orang eskimo yaitu pada gigi *molar* pertama mendekati 159 kg. Kekuatan tekanan gigitan lebih besar pada regio *molar* yaitu 48 kg dibandingkan dengan regio *incisus* sebesar 30 kg. Kekuatan tekanan gigitan lebih besar pada penderita *bruxism* bila dibandingkan dengan orang normal dan pada pria ditemukan tekanan gigitan yang lebih besar dari pada wanita (Ramfjord dan Ash, 1983)

Tekanan gigitan pada laki-laki ditemukan lebih besar dari pada perempuan, hal ini sebagaimana dengan pola pertumbuhan setelah puber, perkembangan ukuran otot pada laki-laki lebih besar dari pada perempuan (Stanley dkk, 1995)

Tidak ada hubungan yang signifikan antara kekuatan tekanan gigitan dengan umur, tetapi ada hubungan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan pada kekuatan tekanan gigitan di daerah *posterior* dan *anterior*. (Zivko dkk, 2002)

Tekanan oklusal terbesar selama kontak ditemukan lebih ke arah gigi *posterior* (Konoth dan Hamam, 1994)

Penyebaran tekanan oklusi terbesar ditemukan pada regio gigi *molar*, diikuti *premolar* dan regio gigi *anterior* (Kumagai dkk, 1999)

2.13. Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal adalah suatu penyakit yang kronis, tidak sakit dan berjalan lambat. Penyakit ini biasanya tidak menyebabkan perasaan kurang enak, sehingga orang yang terserang penyakit ini tidak menyadari adanya perubahan patologis pada jaringan penyangga giginya. Pada waktu penyakit ini mencapai *fase* puncak, akan menyebabkan tanggalnya gigi dan keadaan ini mempunyai arti kalau ditinjau dari sudut kesehatan masyarakat (WHO, 1978)

WHO menyatakan : " Tidak ada bangsa dan daerah di dunia ini yang bebas dari penyakit periodontal ", praktis sebagian besar manusia terkena penyakit periodontal. Penyakit ini dapat berupa suatu peradangan pada *gingiva* yang tidak mempunyai arti kalau ditinjau dari sudut kesehatan masyarakat (WHO, 1961)

Tidak adanya kesadaran masyarakat tentang risiko penyakit periodontal menunjang luasnya prevalensi. Perawatan sering terlambat untuk mempertahankan gigi pada *fase* akhir dan penyakit periodontal (Goldman dan Cohen 1980)

Prevalensi dan keparahan penyakit periodontal sangat bervariasi dari benua satu ke benua lain, dari negara satu ke negara lain dan dari masyarakat satu ke masyarakat lain. Di dalam masyarakat sendiri terdapat variasi keparahan

penyakit dalam kaitannya dengan faktor usia, jenis kelamin, sosial ekonomi dan beberapa keadaan yang lain (Waerhaug, 1966).

Bentuk permulaan dan penyakit periodontal biasanya dijumpai pada usia 30 tahun. Prevalensi dan keparahan penyakit periodontal meningkat sesuai dengan bertambahnya usia (Schei dkk 1959, Plasschaert dkk 1978, Loe dkk 1978, Becker dkk 1979).

Disamping itu banyak peneliti yang menemukan bahwa presentase orang tak bergigi meningkat sesuai dengan bertambahnya usia dan hilangnya gigi terutama disebabkan oleh karies dan penyakit periodontal (Sheiham 1969, Hobdell dkk 1970, Plasschaert dkk 1978).

Kerusakan yang lanjut biasanya dijumpai setelah usia 35 tahun (WHO, 1978). Data dari WHO yang dikumpulkan dari 35 negara menunjukkan suatu prevalensi yang sangat tinggi (> 75 %) pada orang usia 35-44 tahun di 7 negara, prevalensi tinggi (40-75%) di 13 negara dan prevalensi sedang (<40%) di 15 negara. Prevalensi akan lebih tinggi kalau penyakit yang lebih ringan juga diperhitungkan. Perbedaan prevalensi dan keparahan penyakit periodontal diantara beberapa negara sulit dilakukan karena perbedaan kriteria diagnosis dan cara yang digunakan dalam penetapan penyakit periodontal. Penyakit ini tercatat jauh lebih besar prevalensi dan lebih parah di banyak negara Asia dan Afrika (Marshall dkk 1955, Gupta 1964, Russell dkk 1965) dan pada di Amerika Serikat (Greene, 1960) atau Skandinavia (Brandtzaeg dan Jamson 1964).

Pada studi epidemiologis tentang penyakit periodontal khronis di Melbourne Australia didapatkan bahwa gingivitis destruktif dimulai pada usia 20-30 tahun. Setelah 30 tahun penyakit ini sangat prevalen (Lilienthal dkk 1965).

Beberapa faktor yang mempengaruhi prevalensi dan keparahan penyakit periodontal :

1. Kebersihan mulut.

Terdapat hubungan yang kuat antara kebersihan mulut yang jelek dengan penyakit periodontal (Ash dkk 1964, Greene 1963, Schluger dkk 1977).

Kebersihan mulut merupakan penyebab utama penyakit periodontal. Kebersihan mulut yang jelek menjadikan mudahnya pengumpulan plak, *materia alba* dan karang gigi serta akan mempengaruhi prevalensi dan keparahan penyakit gungiva dan periodontal (Russell, 1967)

Secara statistik dan klinis plak merupakan faktor penyebab utama penyakit periodontal (Caranza, 1979). Penungkatan kebersihan mulut akan tinggi jika dilakukan kontrol plak tiap hari (WHO, 1978)

Kebersihan mulut dan pendidikan formal berpengaruh pada hampir semua variasi skor penyakit periodontal diantara kelompok pendidikan yang berbeda. Kalau kebersihan mulut dipertahankan secara konstan, tidak ada hubungan antara pendidikan dan penyakit periodontal sebaliknya kalau pendidikan formal dipertahankan konstan, terdapat hubungan yang erat antara skor penyakit periodontal dengan skor kebersihan mulut. Keparahan penyakit periodontal menurun dengan meningkatnya frekuensi menyikat gigi. Semakin bertambah seringnya menyikat gigi akan menurunkan skor kebersihan mulut. Sehingga dapat disimpulkan kebersihan mulut yang baik dengan pendidikan yang bertambah lama akan mempengaruhi status periodontal seseorang (Russel 1965, Kristofferson 1970)

2. Jenis kelamin

Prevalensi dan keparahan penyakit periodontal cenderung lebih besar pada laki-laki daripada perempuan pada semua tingkatan usia. Keadaan ini karena kebersihan mulut yang baik dari perempuan (Johnson dkk, 1965)

Di negara terbelakang keadaan periodontal lebih parah pada perempuan daripada laki-laki paling tidak setelah usia 20 tahun, diduga bahwa keadaan ini disebabkan oleh seringnya melahirkan dan nutrisi yang jelek pada perempuan. (WHO, 1978).

Pada studi epidemiologi yang dilakukan di Netherland oleh Kalsbeek dkk (1998), ditemukan tidak tampak perbedaan statistik yang signifikan antara laki-laki dan perempuan dengan prevalensi penyakit periodontal

Albandar dkk (2002) pada penelitiannya di Uganda menemukan perbedaan yang signifikan pada prevalensi peradangan awal penyakit periodontal pada laki-laki lebih banyak ditemukan daripada perempuan

3. Usia

Prevalensi dan keparahan penyakit periodontal bertambah sesuai dengan bertambahnya usia (Glickman 1972, Schluger 1977).

Pada penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan oleh Naidoo dkk (2001) ditemukan perbedaan yang signifikan antara penyakit periodontal dengan tingkat pertambahan umur

Sementara itu Albandar dkk (2002) yang melakukan penelitian di Uganda menemukan bahwa prevalensi penyakit peradangan awal jaringan periodontal meningkat dengan bertambahnya usia

4. Geografik

Penyakit periodontal jauh lebih parah di beberapa negara Asia dan Afrika (Marshal dkk 1955, Gupta 1964, Russell dkk 1965) daripada di Amerika Serikat (Greene, 1960) Gingivitis lebih parah di daerah rural daripada di urban (Benyamin dkk, 1957)

Terdapat perbedaan yang signifikan pada penyakit periodontal dengan lokasi geografik yang berbeda pada penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan (Naidoo dkk., 2001)

Pada penelitian yang dilakukan di Uganda oleh Albandar dkk (2002), ditemukan tidak ada hubungan antara prevalensi penyakit peradangan awal jaringan periodontal dengan daerah tempat tinggal baik urban ataupun rural.

5. Suku

Perbedaan prevalensi dan keparahan keadaan periodontal di beberapa negara Asia dan Afrika di satu sisi dan Amerika Serikat serta Skandinavia di sisi lain menunjukkan bahwa predisposisi ras berperan dalam hal ini (Waerhaug, 1966)

Albandar dkk. (1996) melakukan pemeriksaan di Amerika Serikat pada 651 laki-laki dan 634 perempuan yang berumur antara 13-20 tahun, terdiri dari 729 (55,2 %) *Blacks*, 224 (17,4 %) *Hispanics* dan 352 (27,4 %) *Whites*. Ditemukan persentase tertinggi dengan perdarahan *gingival* dan *sub gingival calculus* serta persentase terendah dengan *supra gingival calculus*

Ditemukan perbedaan yang signifikan pada penyakit periodontal dengan ras pada penelitian yang dilakukan oleh Naidoo dkk. (2001) di Afrika Selatan.

Borrelli dkk (2002) pada penelitiannya menemukan prevalensi penyakit periodontal pada suku bangsa *African Americans* lebih tinggi dari *Mexican Americans* dan *Hispanic Whites*. *Mexican Americans* mempunyai prevalensi penyakit periodontal mirip dengan *Hispanic Whites*.

6. Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi ditentukan oleh tingkat pendidikan dan penghasilan seseorang. Tingkat pendidikan dan penghasilan seseorang yang lebih baik akan menyebabkan kebersihan mulut yang lebih baik. Mereka yang berpenghasilan dan berpendidikan tinggi secara umum membersihkan giginya lebih baik daripada mereka yang tingkat penghasilan dan pendidikannya rendah. Di Amerika Serikat penyakit periodontal menurun lebih dari 50% sesuai dengan kenaikan penghasilan (Goldman dan Cohen, 1980). Di negara berkembang orang hidup dalam kelaparan dan malnutrisi, keadaan itu menimbulkan tingginya prevalensi periodontitis (Groene 1960, Waerhaug 1966).

Pada penelitian yang dilakukan di Uganda oleh Albandar dkk. (2002) ditemukan tidak ada hubungan antara prevalensi penyakit peradangan awal jaringan periodontal dengan faktor sosial ekonomi.

Borrelli dkk (2002) melakukan penelitian di Amerika Serikat pada ras *Mexican Americans*, *African Americans* dan *non-Hispanic Whites*. *Mexican Americans* lebih miskin dan lebih sedikit yang ikut asuransi kesehatan dari pada *African Americans*. *Mexican American* mempunyai prevalensi penyakit peradangan periodontal mirip dengan *non-Hispanic Whites*. *African Americans* mempunyai prevalensi tertinggi dari semua kelompok. Tampak di sini bahwa kemiskinan tidak berpengaruh pada beratnya penyakit periodontal.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

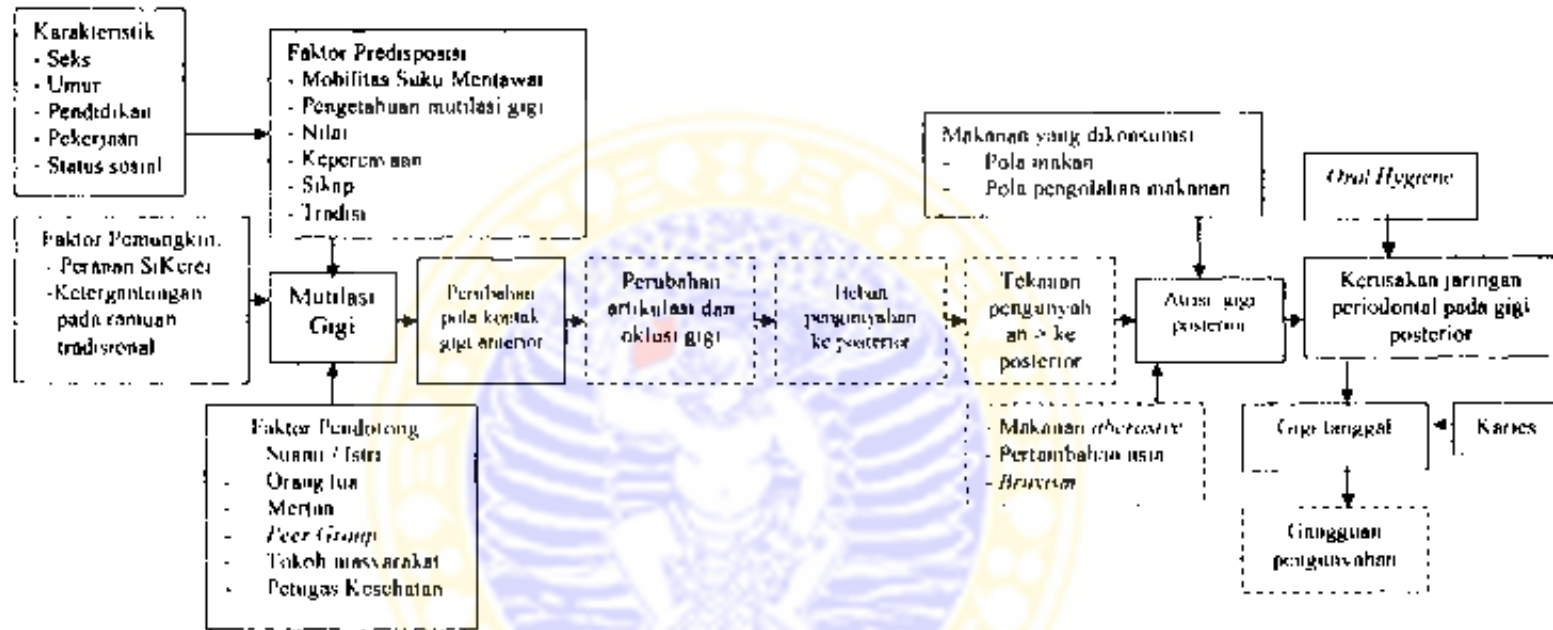
3.1. Kerangka Konseptual Penelitian

Menurut Green (1980) perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor pemungkin, faktor predisposisi serta faktor pendorong. Mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai juga dipengaruhi oleh ke 3 faktor tersebut, sebagai faktor pemungkin adalah keberadaan si Kerei serta adanya ramuan tradisional. Sebagai faktor predisposisi adalah seks, umur, pendidikan, pekerjaan, status sosial, mobilitas, nilai, pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan. Sebagai faktor pendorong adalah : suami atau isteri, orang tua, mertua, *peer group*, tokoh masyarakat dan perilaku petugas kesehatan. Dengan adanya mutilasi gigi *anterior* berarti permukaan gigi menjadi lebih kecil, sehingga akan terjadi perubahan pola kontak pada gigi tersebut dengan gigi antagonisnya dan juga dengan gigi tetangganya. Perubahan pola kontak pada gigi *anterior* yang disebabkan karena ukuran gigi menjadi lebih kecil akan menyebabkan terjadinya perubahan artikulasi dan oklusi gigi yang dapat menyebabkan beban pengunyahan bergeser ke permukaan gigi yang lebih luas yaitu ke arah *posterior*, sehingga tekanan pengunyahan pada daerah *posterior* menjadi lebih besar. Tekanan yang lebih besar ini akan menyebabkan keadaan atrisi pada gigi *posterior*. Atrisi gigi *posterior* itu sendiri juga dipengaruhi oleh pola makan, pola pengolahan makanan, beban pengunyahan, makanan yang *abrasive*, penambahan usia, *bruxism* serta tekanan pengunyahan yang lebih besar. Keadaan atrisi gigi *posterior* yang disebabkan oleh beberapa faktor di atas akan menyebabkan kerusakan pada

jaringan periodontal. Kerusakan pada jaringan periodontal juga bisa disebabkan oleh adanya faktor *OHI-S* yang jelek, sosial ekonomi, suku, geografik, usia, seks. Akibat dari adanya kerusakan pada jaringan periodontal akan menyebabkan gigi tanggal. Keadaan gigi tanggal akan menyebabkan gangguan pada pengunyahan.

3.2. Hipotesis Penelitian.

- a. Mutilasi gigi *anterior* menyebabkan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut
- b. Atrisi gigi *posterior* lebih sering terjadi pada mutilasi gigi *anterior* dibanding tanpa mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut
- c. Pola makan dan cara pengolahan makanan menyebabkan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut.



Keterangan Gambar :

———— = Diteliti

----- = Tidak diteliti

Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Penelitian

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang didukung oleh penelitian kuantitatif di lapangan dan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut :

4.1.1 Penelitian kualitatif, yang berkaitan dengan tujuan khusus :

Mempelajari alasan, manfaat dan akibat mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut

4.1.2 Penelitian kuantitatif lewat pendekatan survei yang berkaitan dengan tujuan khusus

4.1.2.1 Identifikasi status kesehatan gigi suku Mentawai di pulau Siberut dengan mutilasi gigi *anterior* dan tanpa mutilasi gigi *anterior* menurut kelompok umur dan seks

4.1.2.2 Identifikasi kebiasaan suku Mentawai di pulau Siberut yang mempunyai dampak pada kesehatan gigi

4.1.2.3 Membuktikan hubungan antara mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut

4.1.2.4. Membuktikan hubungan pola makan dan cara pengolahan makanan dengan atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut

4.1.3 Penelitian laboratorium yang berkaitan dengan tujuan khusus

Mempelajari pola pencegahan dan pengobatan penyakit gigi berikut efek farmakologi dan tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan suku Mentawai di pulau Siberut

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di dua kecamatan yang terdapat di pulau Siberut yaitu kecamatan Siberut Utara dan kecamatan Siberut Selatan, Kabupaten Kepulauan Mentawai Propinsi Sumatera Barat (Lihat lampiran 1).

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1. Populasi.

Pada penelitian ini, populasi adalah semua suku Mentawai mulai usia puber untuk yang wanita sudah menstruasi dan untuk yang laki-laki apakah sudah pernah mumpi basah.

4.3.2. Sampel dan Subyek Penelitian.

4.3.2.1. Penelitian Kualitatif.

Informan dipilih atas dasar kemampuannya dalam menerangkan dan menjelaskan tentang pengalaman kehidupan dirinya atau orang lain tentang kebiasaan mutilasi gigi *anterior*. Informan juga dipilih dengan mempertimbangkan kualitasnya sebagai sumber informasi mengenai kebudayaan mutilasi gigi *anterior*.

Jumlah informan tidak dibatasi, tetapi tergantung dengan informasi yang dibutuhkan. Bila informasi sudah dirasa cukup, dalam arti informasi yang diberikan oleh para informan itu sama, tidak ada informasi baru lagi maka pencarian informan sudah bisa diakhiri (Berg, 1995). Dalam penelitian ini didapatkan tiga orang informan.

4.3.2.2. Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Survei.

Sampel diambil dari penduduk etnik Mentawai yang tinggal di pulau Siberut mulai usia puber menurut adat suku Mentawai. Menurut Monks dan Koers (2002) masa puber pada laki-laki mulai umur antara 12-16 tahun, sedangkan pada perempuan mulai umur antara 11-15 tahun

Karena di daerah penelitian penduduknya menyebar dan tidak menetap di satu tempat sehingga untuk menemukannya sulit, maka cara pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *convenience sampling (accidental sampling)*, yaitu sampel diambil dimana saja bisa ditemukan kasus mutilasi gigi anterior (Notoatmodjo, 1993). Jumlah sampel tidak bisa ditentukan dengan rumus karena tidak ada data pendukungnya. Untuk ini diambil sekitar 10 % dari jumlah penduduk yang tersebar di pulau Siberut, dalam penelitian ini didapat 179 sampel.

4.3.2.3. Penelitian Laboratorium.

Sampel diambil dari beberapa tanaman berkhasiat obat berupa daun yang dipakai oleh suku Mentawai untuk pengobatan penyakit gigi yaitu : daun *bag-bag*, *toroi* (Minang: *aka sambang*, Latin *Merremia peltata (L) Merr.*), daun *tabeleiki* (Minang *daun suji*, Latin *Pleomele elliptica*), daun *aelepel* (Minang *pudiang nam*, Latin *Crotaphyllum picram*) merah dan hijau, daun *bulukani konan* (Latin *Hedychium coronarium Linn. = Hedychium chrysoleucum Hook*)

4.4. Instrumen Penelitian.

4.4.1. Penelitian Kualitatif.

Instrumen utama dalam penelitian dengan pendekatan kualitatif ini adalah peneliti sendiri. Untuk pelaksanaan kegiatan di lapangan, peneliti dilengkapi

dengan alat pengumpul data seperti Pedoman Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*) (lampiran 2), Pedoman *Focus Group Discussion* (lampiran 3), *Tape Recorder*, Foto Kamera, dan Catatan Lapangan

4.4.2. Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Survei.

- Untuk survei dipergunakan instrumen kuesioner penelitian (lampiran 4)
- Pengukuran pola makan dipergunakan instrumen : formulir metode *recall* 1x 24 jam (lampiran 5), timbangan makanan
- Pengukuran *OHI-S (Oral Hygiene Index Simplified)* dipergunakan instrumen : kaca mulut, sonde, pinset gigi, formulir *OHI-S* (lampiran 6), *flash light* dan bahan berupa kapas, desinfektan
- Pengukuran *DMF-T* dipergunakan instrumen. kaca mulut, sonde, pinset gigi, formulir *DMF-T* (lampiran 7), *flash light* dan bahan berupa kapas, desinfektan.
- Pengukuran *CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)* dipergunakan instrument: kaca mulut, sonde, *periodontal probe*, pinset gigi, formulir *CPITN* (lampiran 8), *flash light* dan bahan : kapas dan desinfektan.
- Pengukuran derajat atresi dipergunakan instrumen. sendok cetak, *sliding callipers* (jangka sorong), bahan cetak alginat dan bahan cetak untuk kalibrasi dipakai *double impression* untuk 4 - 5 orang, *stone gips*, dan air mineral
- Pengukuran luas permukaan gigi yang mengalami atresi dipergunakan program *auto cat* dari komputer
- Untuk memastikan apakah ada gigitan pada daerah *anterior* pada gigi yang dimutilasi dipergunakan *articulating paper*
- Pengukuran volume bagian gigi yang mengalami mutilasi dilakukan dengan *pygrometer*

4.4.3. Penelitian Laboratorium Farmasi.

Daun dari masing-masing tanaman berkhasiat obat dikeringkan dengan sinar matahari kemudian ditumbuk, lalu diayak sehingga diperoleh serbuk yang halus yang dipergunakan untuk beberapa pemeriksaan laboratorium farmasi (Harborne, 1973). Penelitian dilakukan di Laboratorium Bahan Alam Fakultas Farmasi Universitas Airlangga Surabaya

4.4.3.1. Uji Kandungan Alkaloid.

Dua gram serbuk dari masing-masing simplisia tanaman diekstraksi dengan 5 ml etanol + larutan NH_4OH 5 % dalam tabung reaksi, dikocok selama lima menit, kemudian filtrat dipisahkan. Ekstrak yang diperoleh ditambah pelarut kloroform dalam jumlah sama banyak, kocok selama lima menit, lalu dibiarkan sampai terjadi pemisahan. Ekstrak kloroform di lapisan bawah diambil dengan pipet panjang yang kemudian dipergunakan untuk uji Kromatografi Lapis Tipis

4.4.3.2. Uji Kandungan Terpenoid, Steroid dan Minyak atsiri.

Dua gram serbuk dari masing-masing simplisia tanaman ditambah dengan 10 ml heksan, dikocok dalam tabung reaksi selama lima menit. Ekstrak heksan yang diperoleh dipisahkan dengan cara penyaringan dan dimasukkan ke dalam *vial* kering. Ekstrak heksan ini selanjutnya dipergunakan untuk uji Kromatografi Lapis Tipis.

4.4.3.3. Uji Kandungan Flavonoid.

Dua gram serbuk dari masing-masing simplisia tanaman ditambah dengan 10 ml metanol, dikocok dalam tabung reaksi selama lima menit. Ekstrak metanol yang diperoleh dipisahkan dan dimasukkan dalam *vial* kering. Ekstrak metanol ini dipergunakan untuk uji Kromatografi Lapis Tipis.

4.5. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen penelitian berupa kuesioner penelitian, telah diuji cobakan pada 10 orang di Surabaya yang

mengalami mutilasi gigi (dipangur) dan pada 10 orang yang tidak dipangur sebagai kontrol. Pencarian responden dan kontrol dilakukan selama 2 minggu. Semua responden yang ditemukan keberulan wanita dan berasal dari suku Jawa serta beragama Islam. Pendidikan mereka beragam dan yang buta huruf. Sekolah Dasar, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama sampai Sekolah Menengah Umum. Pekerjaan mereka juga bervariasi misalnya sebagai pembantu rumah tangga, pedagang dan ibu rumah tangga. Responden pertama ditemukan secara keberulan pada seorang wanita yang menurut pengakuannya berumur 40 tahun di Pasar Karang Menjangan Surabaya. Kemudian dari wanita tersebut ditanyakan apakah sekitarnya tahu siapa yang pernah dipangur giginya. Dengan cara *snow ball* ditemukan sejumlah 10 responden. Sebagai kontrol (10 orang) dicari dengan cara mencari orang yang tinggal dekat dengan responden yang umumnya sama atau hampir sama menurut pengakuan mereka dan dari jenis kelamin yang sama yang tidak mengalami pangur.

Pada uji validitas Kuesioner Penelitian Pedoman Wawancara Terstruktur nomor 9, 10, 11, 12, 13 tidak diuji, karena responden tidak pernah mengetahui tentang isi pertanyaan. Beberapa pertanyaan tersebut lebih khusus ditujukan untuk suku Mentawai di pulau Siberut. Dari hasil uji validitas, Kuesioner Penelitian Pedoman Wawancara Terstruktur nomor 2 ($p=0,002$), 6 ($p=0,001$) dan 14 ($p=0,042$) hasilnya valid ($p < 0,05$), sementara itu kuesioner nomor 1, 3, 5, 7, 8, 15 tidak bisa diuji karena jawaban pertanyaan selalu sama. Kuesioner nomor 4 hasilnya $p=0,496$, tidak valid karena $p > 0,05$. Pada uji reliabilitas dengan Guttman Split-half ($p=0,6739$), hasilnya tidak reliabel karena $p > 0,05$.

4.6. Definisi Operasional.

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Seks	Jenis kelamin menurut bentuk fisik dan pengakuan responden, dikelompokkan dan diberi kode : Kode 1 : laki-laki Kode 2 : perempuan	Nominal	
	Umur	Tahun sekarang dikurangi tahun kelahiran / berapa kali dia ulang tahun, menurut pengakuan responden dan diberi kode : Kode 1 : > 35 tahun Kode 2 : 25 tahun – 35 tahun Kode 3 : < 25 tahun	Nominal	- 25 th : akhir pertumbuhan gigi. - 35 th : penyakit periodontal mulai meningkat
	Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah atau sedang ditempuh oleh responden dan diberi kode : Kode 1: Tidak tamat perguruan tinggi. Kode 2: Tamat SMU. Kode 3: Tidak tamat SMU. Kode 4: Tamat SMP. Kode 5: Tidak tamat SMP. Kode 6: Tamat SD. Kode 7: Tidak tamat SD. Kode 8: Tidak sekolah.	Nominal	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	<p>Pekerjaan</p> <p>Status Sosial</p>	<p>Kegiatan yang dilakukan responden untuk mendapatkan hasil, guna memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dan diberi kode :</p> <p>Kode 1: Aparat desa. Kode 2: Guru Kode 3: Pegawai non aparat. Kode 4: Menyagu. Kode 5: Berladang. Kode 6: Kuli. Kode 7: Tidak bekerja</p> <p>Kedudukan seseorang dalam masyarakat menurut pengakuan responden maupun beberapa informan</p> <p>Kode 1 : Kepala desa. Kode 2 : Kepala dusun. Kode 3 : Ketua dewan adat. Kode 4 : Si Kerei. Kode 5 : Penduduk biasa.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	
	<p>Mobilitas Suku Mentawai</p>	<p>Jumlah skor bepergian responden meninggalkan rumah, meliputi : tujuan bepergian, keperluan bepergian, frekuensi bepergian, lama bepergian dan saat terakhir kali bepergian , dikelompokkan dan diberi skor :</p>	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimum : 2 - maksimum : 28 	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>- Apakah pernah bepergian ke desa lain: Skor 1: Pernah Skor 2: Tidak pernah.</p> <p>- Tujuan bepergian : 1. Ke desa tetangga. 2. Ke ibu kota kecamatan. 3. Ke lain pulau besar di kepulauan Mentawai 4. Ke lain pulau di luar kepulauan Mentawai.</p> <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1,2,3,4. Skor 2 : variasi jawaban : 1,2,3. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2. Skor 4 : variasi jawaban : 1.</p> <p>- Keperluan bepergian untuk : 1. Berburu, mencari hasil hutan. 2. Kesenian. 3. Bertandang, kunjungan kekeluargaan. 4. Berdagang, <i>barter</i> barang. 5. Berobat 6. Sekolah.</p> <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1,2,3,4,6 Skor 2 : variasi jawaban : 1,2,4,6. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2,3,6. Skor 4 : variasi jawaban : 1,2,6.</p>	<p>Ordinal Kategori. 2 - 10 = baik (T*) 11 - 19 = sedang (S*) 20 - 28 = jelek (R*)</p>	<p>T*: mobilitas tinggi S*: mobilitas sedang. R*: mobilitas rendah.</p>

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>Skor 5 : variasi jawaban : 1,2,3,4,5. Skor 6 : variasi jawaban : 1,2,3,4. Skor 7 : variasi jawaban : 1,2,4,5. Skor 8 : variasi jawaban : 1,2,4. Skor 9 : variasi jawaban : 1,2,3. Skor 10 : variasi jawaban : 1,2,5. Skor 11 : variasi jawaban : 1,2. Skor 12 : variasi jawaban : 1.</p> <p>- Berobat secara : Skor 1 : Medis. Skor 2 : Non medis.</p> <p>- Saat terakhir kali bepergian : Skor 1 : Agustus 2003. Skor 2 : Juli 2003. Skor 3 : Juni 2003</p> <p>- Frekuensi bepergian Skor 1 : < 1 minggu – 1 minggu sekali. Skor 2 : > 1 minggu – 1 bulan sekali. Skor 3 : > 1 bulan sekali.</p> <p>- Lama bepergian : Skor 1 : 1 – 3 hari. Skor 2 : 4 – 7 hari. Skor 3 : > 7 hari.</p>		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
Faktor predisposisi		Jumlah skor variabel : Pengetahuan tentang mutilasi gigi anterior, Nilai, Kepercayaan, Sikap dan Tradisi.	Ordinal. Jumlah skor : - minimum : 12 - maksimum : 62 Kategori : 12 – 28 = baik (R*) 29 – 45 = sedang (S*) 46 – 62 = jelek (T*)	R*: F predisposisi rendah. S*: F. predisposisi sedang. T*: F. predisposisi tinggi.
	Pengetahuan tentang mutilasi gigi anterior.	Jumlah skor segala sesuatu yang bisa ditangkap oleh indra tentang mutilasi gigi anterior meliputi : sumber informasi mutilasi, pengaruh tindakan mutilasi terhadap kesehatan gigi (ditanyakan dengan kuesioner dan pemeriksaan gigi): -Apakah pernah mendengar tentang mutilasi gigi? Skor 1: Tidak pernah. Skor 2: Pernah.	Jumlah skor : - minimum : 1 - maksimum : 7 Kategori : 1 – 2 = baik (R*) 3 – 5 = sedang (S*) 6 – 7 = jelek (T*)	R* : Pengetahuan rendah. S* : Pengetahuan sedang. T* : Pengetahuan tinggi

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Nilai	<ul style="list-style-type: none"> - Sumber informasi mutilasi : Skor 1 : Teman. Skor 2 : Kakek / nenek, orang tua. - Adakah pengaruh tindakan mutilasi terhadap kesehatan gigi : Skor 1 : Ada Skor 2 : Tidak - Pengaruh tindakan mutilasi terhadap kesehatan gigi. Skor 1: Buruk Skor 2: Baik. - Jumlah skor, baik buruk sebelum dan sesudah mutilasi gigi, serta manfaat mutilasi gigi untuk kesehatan gigi menurut responden, meliputi : beda penilaian gigi setelah dimutilasi, manfaat mutilasi gigi, mutilasi gigi baik untuk kesehatan gigi, mutilasi gigi tidak baik untuk kesehatan gigi, dikelompokkan dan diberi skor ; - Apakah ada beda sebelum dan setelah mutilasi gigi. Skor 1: Ada. Skor 2: Tidak ada. - Beda penilaian gigi setelah dimutilasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gigi menjadi lebih baik 2. Gigi menjadi lebih mudah dibersihkan. 3. Bangga. 	<p style="text-align: center;">Ordinal</p> <p>Jumlah skor</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimum : 2 - maksimum : 26 <p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 - 9 = baik (T*) 10 - 18 = sedang (S*) 19 - 26 = jelek (R*) 	<ul style="list-style-type: none"> T*: nilai tinggi. S*: nilai sedang. R*: nilai rendah.

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>Skor 1 : variasi jawaban : 2 Skor 2 : variasi jawaban : 1,2. Skor 3 : variasi jawaban : 2,3. Skor 4 : variasi jawaban : 1,2,3. Skor 5 : variasi jawaban : 1. Skor 6 : variasi jawaban : 1,3. Skor 7 : variasi jawaban : 3</p> <p>- Manfaat mutilasi gigi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai jati diri Suku Mentawai. 2. Untuk kecantikan, untuk gaya. 3. Untuk makan, supaya seperti gigi binatang buas. 4. Tradisi Suku Mentawai. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 2,3. Skor 2 : variasi jawaban : 1,2,3. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2,3,4. Skor 4 : variasi jawaban : 2. Skor 5 : variasi jawaban : 1,2. Skor 6 : variasi jawaban : 1,2,4. Skor 7 : variasi jawaban : 1 Skor 8 : variasi jawaban : 4. Skor 9 : variasi jawaban : 1,4.</p>		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>- Apakah mutilasi gigi baik untuk kesehatan gigi Skor 1: Tidak baik. Skor 2: Tidak tahu. Skor 3: Baik</p> <p>- Mutilasi gigi baik untuk kesehatan gigi, karena: 1. Rapi. 2. Mudah membersihkan. 3. Gigi menjadi lebih sehat dan kuat.</p> <p>Skor 1 : variasi jawaban : 2. Skor 2 : variasi jawaban : 1,2. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2,3 Skor 4 : variasi jawaban : 1. Skor 5 : variasi jawaban : 3 Skor 6 : variasi jawaban : 1,3.</p> <p>- Mutilasi gigi tidak baik untuk kesehatan gigi, karena : Skor 1 : Merusak gigi. Skor 2 : Sakit. Skor 3 : Jelek.</p>		
	Kepercayaan	Jumlah skor keyakinan bahwa mutilasi gigi itu ada dan harus dilakukan (tidak ada sangsi kalau tidak dilakukan dan tidak perlu bukti alasan, manfaat, keharusan dan akibat), meliputi : alasan, manfaat, keharusan dan	Ordinal Jumlah skor - minimum : 3 - maksimum : 9	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>akibat, kemudian dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>- Apakah mutilasi gigi <i>anterior</i> harus dilakukan :</p> <p>Skor 1 : Tidak harus dilakukan. Skor 2 : Ragu-ragu. Skor 3 : Harus dilakukan.</p> <p>- Mutilasi gigi <i>anterior</i> harus dilakukan, karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan budaya suku Mentawai. 2. Mutilasi harus dilestarikan. 3. Tanda khas orang Mentawai. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 3. Skor 2 : variasi jawaban : 1. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2.</p> <p>- Mutilasi gigi <i>anterior</i> tidak harus dilakukan, karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuno 2. Orang lain tidak melakukan mutilasi gigi <i>anterior</i>. 3. Hak masing-masing individu. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1. Skor 2 : variasi jawaban : 2. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2. Skor 4 : variasi jawaban : 3.</p>	<p>Kategori :</p> <p>3 - 4 = baik (R*) 5 - 7 = sedang (S*) 8 - 9 = jelek (T*)</p>	<p>R* : kepercayaan rendah. S* : kepercayaan sedang. T* : kepercayaan tinggi</p>

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan									
		<ul style="list-style-type: none"> - Akibat gigi tidak dimutilasi Skor 1 : Tidak ada akibat apapun. Skor 2 : Dikucilkan dari lingkungan. Skor 3 : Dianggap orang asing / bukan orang Mentawai. 											
	Sikap	<p>Jumlah skor kecenderungan suku Mentawai untuk mutilasi gigi: mempertahankan, membiarkan, menghilangkan, lalu dikelompokkan dan diberi skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah mutilasi gigi <i>anterior</i> perlu dipertahankan Skor 1 : Tidak perlu. Skor 2 : Perlu <p>- Mutilasi gigi <i>anterior</i> perlu dipertahankan karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai jati diri suku Mentawai. 2. Merupakan budaya suku Mentawai <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1. Skor 2 : variasi jawaban : 2. Skor 3 : variasi jawaban : 1,3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cara mempertahankan mutilasi gigi <i>anterior</i>. 1. Menyuruh penduduk untuk dimutilasi giginya. 2. Mendidik orang untuk melakukan mutilasi gigi. 	<p style="text-align: center;">Ordinal</p> <p>Jumlah skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimum : 3 - maksimum : 12 <p>Kategori :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">3 - 5</td> <td style="text-align: center;">baik</td> <td style="text-align: center;">(R*)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6 - 9</td> <td style="text-align: center;">sedang</td> <td style="text-align: center;">(S*)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 - 12</td> <td style="text-align: center;">jelek</td> <td style="text-align: center;">(T*)</td> </tr> </table>	3 - 5	baik	(R*)	6 - 9	sedang	(S*)	10 - 12	jelek	(T*)	<p>R* sikap rendah S* sikap sedang T* sikap tinggi.</p>
3 - 5	baik	(R*)											
6 - 9	sedang	(S*)											
10 - 12	jelek	(T*)											

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>Skor 1 : variasi jawaban : 2. Skor 2 : variasi jawaban : 1. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2.</p> <p>- Mutilasi gigi tidak perlu dipertahankan, karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit. 2. Orang yang bisa melakukan sudah jarang. 3. Dilarang pemerintah. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1. Skor 2 : variasi jawaban : 1,2. Skor 3 : variasi jawaban : 1,3. Skor 4 : variasi jawaban : 1,2,3. Skor 5 : variasi jawaban : 2, Skor 6 : variasi jawaban : 3, Skor 7 : variasi jawaban : 2,3.</p> <p>- Mutilasi tidak perlu dipertahankan, tindakan anda :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dibiarkan saja. 2. Melarang orang untuk melakukan mutilasi gigi. 3. Terserah masing-masing individu. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 2. Skor 2 : variasi jawaban : 2,3. Skor 3 : variasi jawaban : 1. Skor 4 : variasi jawaban : 3.</p>		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Tradisi mutilasi gigi	<p>Jumlah skor, mutilasi gigi <i>anterior</i> merupakan warisan dari nenek moyang mereka yang dilakukan turun temurun sejak dulu, jika tidak dijalankan kemungkinan ada sangsi, meliputi : ada tidaknya keluarga yang dimutilasi giginya, siapa saja keluarga yang dimutilasi giginya, dikelompokkan dan diberi skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah ada keluarga yang dimutilasi giginya : Skor 1 : Tidak ada. Skor 2 : Ada. - Keluarga yang dimutilasi giginya : 1. Kakek, nenek 2. Bapak, ibu, saudara kandung bapak dan atau ibu 3. Saudara kandung, saudara sepupu Skor 1 : variasi jawaban : 1,2. Skor 2 : variasi jawaban : 1,2,3. - Kapan dilakukan mutilasi gigi <i>anterior</i> : Skor 1 : Sesudah akil baliq. Skor 2 : Sebelum akil baliq. - Siapa yang melakukan mutilasi gigi <i>anterior</i> : Skor 1 : Ahli mutilasi. Skor 2 : Si Kerei. 	<p>Jumlah skor : - minimum 3 - maksimum 8</p> <p>Kategori : 3 – 4 = baik (R*) 5 – 6 = sedang (S*) 7 – 8 = jelek (F*)</p>	<p>R*: tradisi rendah. S*: tradisi sedang. F*: tradisi tinggi</p>

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
Faktor Pemungkin		Jumlah skor variable :Peranan Si Kerei, Ketergantungan pada ramuan tradisional.	Ordinal Jumlah skor : - minimum : 3 - maksimum : 21 Kategori : 3 – 8 = baik (R*) 9 – 15 = sedang (S*) 16 – 21 = jelek (T*)	R*: F. pemungkin rendah. S*: F. pemungkin sedang. T*: F. pemungkin tinggi.
	Peranan SiKerei (dukun)	Suku Mentawai baik laki-laki maupun perempuan yang menurut pengakuan responden bisa: 1. melakukan mutilasi gigi <i>anterior</i> . 2. mengobati penyakit. 3. mengusir roh jahat. 4. memimpin upacara adat. yang meliputi apakah pernah memakai jasa Si Kerei, untuk keperluan apa memakai jasa Si Kerei, kemudian dikelompokkan dan diberi skor : - Apakah pernah memakai jasa Si Kerei Skor 1 : Pernah Skor 2 : Tidak pernah - Untuk keperluan apa memakai jasa Si Kerei : 1. Upacara adat. 2. Mengusir roh jahat, mengobati penyakit. 3. Mutilasi gigi <i>anterior</i> .	Ordinal Jumlah skor : - minimum : 2 - maksimum : 5 Kategori : 2 = baik (R*) 3 – 4 = sedang (S*) 5 = jelek (T*)	R*: peran rendah. S*: peran sedang. T*: peran tinggi

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		Skor 1 : variasi jawaban : 2. Skor 2 : variasi jawaban : 1. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2. Skor 4 : variasi jawaban : 1,2,3.		
	Ketergantungan Pada Ramuan Tradisional	Jumlah skor campuran tanaman yang diyakini berkhasiat obat untuk perawatan dan pengobatan gigi, meliputi apakah pernah memakai ramuan tradisional, pendapat tentang ramuan tradisional, cara mendapatkan bahan ramuan tradisional., kemudian dikelompokkan dan di beri skor : - Apakah mengetahui adanya ramuan tradisional. Skor 1: Tidak tahu. Skor 2: Tahu. - Apakah pernah memakai ramuan tradisional . Skor 1 : Pernah. Skor 2 : Tidak pernah. - Jumlah ramuan yang dikonsumsi sekali pakai : makan / minum / oles : Skor 1 : 1 - 5 lembar daun. Skor 2 : > 5 - 10 lembar daun. Skor 3 : > 10 lembar daun.	Jumlah skor : - minimum : 1 - maksimum : 16 Kategori : 1 - 5 - baik (R*) 6 - 11 - sedang (S*) 12 - 16 - jelek (T*)	R* : ketergantungan rendah S* : ketergantungan sedang T* : ketergantungan tinggi

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>- Berapa kali sehari penggunaan ramuan tradisional :</p> <p>Skor 1 : 1 x Skor 2 : 2 x Skor 3 : 3 x</p> <p>- Pendapat anda tentang ramuan tradisional :</p> <p>Skor 1 : Baik Skor 2 : Tidak baik</p> <p>- Cara mendapatkan bahan ramuan tradisional :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Di halaman rumah. 2. Di ladang, di hutan. 3. Beli di pasar. <p>Skor 1 : variasi jawaban : 1. Skor 2 : variasi jawaban : 2. Skor 3 : variasi jawaban : 1,2. Skor 4 : variasi jawaban : 3</p>		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
Faktor Pendorong		Seseorang atau sekelompok orang yang mendorong responden menjalani mutilasi gigi <i>anterior</i> . Jumlah skor variabel : suami, isteri, orang tua, mertua, <i>peer group</i> , tokoh masyarakat, petugas kesehatan dikelompokkan dan diberi skor. Skor 1 : Tokoh masyarakat dan atau petugas kesehatan. Skor 2 : Mertua dan atau <i>peer group</i> . Skor 3 : Suami / isteri dan atau orang tua. Skor 4 : Diri sendiri.	Ordinal Jumlah skor : - minimum : 1 - maksimum : 4 Kategori : 1 = baik (R*) 2 - 3 = sedang (S*) 4 = jelek (T*)	R* : dorongan rendah. S* : dorongan sedang. T* : dorongan tinggi.
	Suami	Menurut pengakuan responden setelah perkawinan		
	Isteri	Menurut pengakuan responden setelah perkawinan		
	Orang Tua	Menurut pengakuan responden hubungan kekeluargaan kandung / angkat.		
	Mertua	Menurut pengakuan responden.		
	<i>Peer Group</i>	Kelompok sebaya, diketahui secara pengamatan.		
	Tokoh Masyarakat	Orang yang dihormati, terpuja dalam masyarakat menurut responden dan masyarakat setempat.		
Petugas kesehatan.	Petugas kesehatan yang bekerja di Puskesmas.			
	Mutilasi gigi	Keadaan gigi <i>anterior</i> baik pada rahang atas maupun rahang bawah yang diruncingkan.		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Perubahan pola kontak gigi anterior	<p>Ada tidaknya kontak pada gigi anterior sewaktu oklusi normal, yang akan dilihat dengan kertas artikulasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor 1 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>incisivus centralis</i>, <i>incisivus lateralis</i> dan <i>caninus</i>. - Skor 2 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>incisivus centralis</i> dan <i>incisivus lateralis</i>. - Skor 3 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>incisivus centralis</i> atau <i>lateralis</i> dengan <i>caninus</i>. - Skor 4 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>incisivus centralis</i>. - Skor 5 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>incisivus lateralis</i>. - Skor 6 : terdapat adanya kontak pada gigi <i>caninus</i>. - Skor 7 : tidak terdapat kontak antara gigi anterior atas dan bawah. 	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor : - minimum : 1 - maksimum : 7</p> <p>Kategori : 1 – 3 : Baik 4 – 5 : Sedang 6 – 7 : Jelek</p>	
	Gigi anterior	<p>Gigi anterior terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 buah gigi pada rahang atas : <i>incisivus centralis</i> kanan dan kiri, <i>incisivus lateralis</i> kanan dan kiri, <i>caninus</i> kanan dan kiri. - 6 buah gigi pada rahang bawah: <i>incisivus centralis</i> kanan dan kiri, <i>incisivus lateralis</i> kanan dan kiri, <i>caninus</i> kanan dan kiri. 		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Atrisi gigi posterior	<p>Kecadaan berkurangnya permukaan gigi (aus) pada gigi <i>posterior</i> baik atas maupun bawah yang disebabkan proses pengunyahan dengan beberapa tanda : permukaan keras, halus dan mengkilat dengan keausan mencapai : enamel, dentin, pulpa.</p> <p>Skor 1. Bila pada 1 atau >1 gigi <i>posterior</i> hanya terdapat atrisi dengan kedalaman enamel saja.</p> <p>Skor 2. Bila pada 1 atau >1 gigi <i>posterior</i> terdapat atrisi dengan kedalaman dentin.</p> <p>Skor 3. Bila pada 1 atau >1 gigi <i>posterior</i> terdapat atrisi dengan kedalaman pulpa.</p> <p>Besarnya atrisi pada satu gigi : jumlah skor dari luasnya permukaan gigi yang terkena atrisi Daerah permukaan atrisi : oklusal, mesial, distal, bukal / labial, lingual / palatinal.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor : - minimum : 1 - maksimum : 3</p> <p>Kategori : 1 : Baik 2 : Sedang 3 : Jelek</p>	
	Gigi posterior	<p>Yang dimaksud gigi <i>posterior</i> di sini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 buah gigi pada rahang atas : <i>premolar</i> satu kanan kiri, <i>premolar</i> dua kanan kiri, <i>molar</i> satu kanan kiri dan <i>molar</i> dua kanan kiri - 8 buah gigi pada rahang bawah : <i>premolar</i> satu kanan kiri, <i>premolar</i> dua kanan kiri, <i>molar</i> satu kanan kiri, <i>molar</i> dua kanan kiri. 		

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
	Oral Hygiene	<p>Kebersihan mulut, diukur dengan <i>OHI-S (Oral Hygiene Index Simplified)</i>.</p> <p>Cara pengukuran kebersihan mulut, dengan mengukur <i>debris index</i> dan <i>calculus index</i> menurut <i>Green and Vermillion (1964)</i>, dikelompokkan dan diberi skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor 1 : <i>OHI-S</i> = 0 - 1,2 - Skor 2 : <i>OHI-S</i> = 1,3 - 3 - Skor 3 : <i>OHI-S</i> = 3,1 - 6 	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimum : 1 - maksimum : 3 <p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : Baik 2 : Sedang 3 : Jelek 	
	Kerusakan jaringan periodontal pada gigi posterior	<p>Kerusakan yang terjadi pada jaringan periodontal Diukur dengan : <i>CPTN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)</i></p> <p><i>CPTN</i> : Index penyakit periodontal dan perkiraan akan kebutuhan perawatannya yang dipergunakan secara resmi oleh <i>WHO</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 : Jaringan periodontal sehat, tidak ada perdarahan, tidak ada poket, tidak ada karang gigi. - 1 : Ada perdarahan spontan atau selang beberapa saat setelah diperiksa dengan sonde - 2 : Terasa adanya karang gigi sub / supra gingiva, daerah hitam pada sonde terlihat seluruhnya. - 3 : Poket 4-5 mm, tepi gusi terletak pada daerah hitam sonde. 	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimum : 1 - maksimum : 3 <p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : Baik 2 : Sedang 3 : Jelek 	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>- 4 : Poket > 6 mm, warna hitam pada sonde tidak terlihat.</p> <p>Dari hasil skor di atas, dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>Skor 1 : CPITN = 0</p> <p>Skor 2 : CPITN = 1 - 2.</p> <p>Skor 3 : CPITN = 3 - 4.</p>		
	Karies gigi	Lobang pada gigi.		
	Gigi tanggal	<p>Gigi yang sudah dicabut atau lepas dari tempatnya.</p> <p>Karies gigi dan gigi tanggal, diukur dengan DMFT yaitu keadaan gigi seseorang yang pernah mengalami kerusakan, hilang, perbaikan yang disebabkan oleh karies.</p> <p>U=Decayed, M=Missing, F=Filling, T=Teeth</p> <p>Nilai DMFT dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>- Skor 1 : DMFT : 0 .</p> <p>- Skor 2 : DMFT : 1 - 3</p> <p>- Skor 3 : DMFT : > 3</p>	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor :</p> <p>- minimum : 1</p> <p>- maksimum : 3</p> <p>Kategori :</p> <p>1 : Baik</p> <p>2 : Sedang</p> <p>3 : Jelek</p>	
	Makanan yang dikonsumsi	<p>Pola Makan dan pola pengolahan makanan seseorang dalam waktu 1 X 24 jam (dicatat dengan metode recall) , meliputi kekerasan, konsistensi , tekstur makanan, frekuensi makan sehari, jumlah makanan yang dikonsumsi, frekuensi pengunyahan,, cara mengolah makanan dikelompokkan dan diberi skor :</p>	<p>Ordinal</p> <p>Jumlah skor :</p> <p>- minimum : 5</p> <p>- maksimum : 15</p>	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		<p>1. Kekerasan, konsistensi, dan tekstur makanan (sagu) dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>Skor 1 : Lunak Skor 2 : Kenyal Skor 3 : Keras</p> <p>2. Frekuensi makan (sagu) sehari, dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>Skor 1 : Sekali Skor 2 : 2 X Skor 3 : ≥ 3 X</p> <p>3. Jumlah makanan pokok (sagu) yang dikonsumsi (dengan penimbangan) dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>Skor 1 : 0 gram - 100 gram Skor 2 : > 100 gram - 200 gram. Skor 3 : > 200 gram</p> <p>4. Frekuensi pengunyahan, dikelompokkan dan diberi skor :</p> <p>Skor 1 : 0 - 10 X Skor 2 : 11 - 20 X Skor 3 : > 20 X</p>	<p>Kategori :</p> <p>5 - 8 : Baik 9 - 11 : Sedang 12 - 15 : Jelek</p>	

Faktor	Variabel	Definisi Operasional / Skor / Kode	Skala Pengukuran / Kategorisasi	Keterangan
		5. Cara mengolah makanan, dikelompokkan dan diberi skor : Skor 1 : Direbus Skor 2 : Digoreng Skor 3 : Dibakar		

Keterangan : Jumlah skor semakin tinggi semakin jelek

4.7. Sumber dan Metode Pengumpulan Data

4.7.1. Sumber Data dan Jenis Data

Data pada penelitian ini berasal dari :

a. Data primer

Yaitu data yang diperoleh secara langsung di lapangan dengan cara : survei melalui kuesioner, observasi dan wawancara, pemeriksaan gigi : *OHIS, CPITN, DMF-T*, pencetakan gigi, wawancara mendalam (*In Depth Interview*), *FGD (Focus Group Discussion)*, memotret, mengumpulkan simplisia.

b. Data sekunder.

Yaitu data yang diperoleh dari penelusuran berbagai catatan (dokumentasi) secara tertulis, baik yang berasal dari instansi pemerintah Kabupaten, Kecamatan, Kantor Desa, Instansi terkait (Puskesmas, Kantor Taman Nasional Siberut), maupun dari hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan obyek kajian. Fungsi data sekunder dapat membantu memberi keterangan dalam mengungkap masalah, bisa sebagai data pelengkap dan data pembanding.

4.7.2. Metode Pengumpulan Data

Nomor	Metode	Tujuan
1	<p>Observasi dan wawancara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cara pengumpulan data dengan pengamatan langsung. 2. Peneliti menetap dan terlibat langsung dengan kehidupan Suku Mentawai (<i>Participation observation</i>) 3. Wawancara di lapangan. Obyek yang diamati adalah suku Mentawai dengan dan tanpa mutilasi gigi anterior 	<p>Mengidentifikasi suku Mentawai dengan mutilasi gigi anterior :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui tentang pemahaman mutilasi gigi anterior : alasan dan manfaatnya bagi mereka. - Mengetahui tentang pemahaman mutilasi gigi anterior dan manfaatnya bagi kesehatan gigi. - Mengetahui pemahaman mereka tentang atrisi gigi posterior. <p>Mengidentifikasi suku Mentawai tanpa mutilasi gigi anterior :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui tentang pemahaman mutilasi gigi anterior : alasan kenapa mereka tidak melakukan mutilasi gigi anterior. - Menggali berbagai informasi tentang pengetahuan, sikap, persepsi mereka melihat orang dengan mutilasi gigi anterior - Mengetahui manfaat apa yang didapat tanpa mutilasi gigi anterior. - Mengetahui pemahaman mereka tentang atrisi gigi posterior.
2.	Pemeriksaan gigi dan mulut :	<ul style="list-style-type: none"> - <i>OHI-S</i> : untuk mengetahui oral hygiene - <i>CPITN</i> : untuk mengetahui penyakit periodontal - <i>DMF-T</i> : untuk mengetahui jumlah : karies, tambalan, gigi tanggal. - Untuk mengetahui adanya mutilasi gigi anterior dan atrisi gigi posterior
3.	Pencetakan gigi.	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengukur derajat atrisi gigi posterior pada suku Mentawai. Pencetakan dilakukan pada rahang atas dan rahang bawah untuk melihat keadaan mutilasi gigi anterior dan atrisi gigi posterior pada suku Mentawai.

Nomer	Metode	Tujuan
4.	<p>Wawancara mendalam (<i>In depth Interview</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cara mengumpulkan data melalui tatap muka dengan informan. - Dilakukan dengan pertanyaan terbuka agar informan dengan bebas dapat menjelaskan kepada peneliti untuk memperoleh informasi secara mendalam. - Menggunakan pedoman wawancara mendalam. 	<p>Mengidentifikasi informan (dari Ketua Adat, Tokoh Masyarakat, Orang yang mengetahui banyak tentang suku Mentawai) untuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggali informasi yang lebih dalam, apa adanya sesuai dengan pemahaman dan pengetahuan yang dimiliki tentang mutilasi gigi <i>anterior</i> pada suku Mentawai. - Menggali informasi yang lebih dalam, bagaimana pandangan mereka terhadap semakin sedikitnya orang dengan mutilasi gigi <i>anterior</i> dan pandangan mereka terhadap orang tanpa mutilasi gigi <i>anterior</i>. - Menggali informasi yang lebih dalam mengenai pengetahuan mereka tentang atrisi gigi <i>posterior</i>. - Menggali informasi yang lebih dalam bagaimana pandangan mereka tentang orang dengan mutilasi gigi <i>anterior</i>, pengaruh mutilasi gigi <i>anterior</i> terhadap kesehatan gigi. - Menggali informasi yang lebih dalam bagaimana pandangan mereka tentang orang dengan mutilasi gigi <i>anterior</i>, pengaruh mutilasi gigi <i>anterior</i> terhadap kesehatan gigi. - Menggali informasi yang lebih dalam, apa adanya sesuai dengan pemahaman dan pengetahuan yang dimiliki tentang mutilasi gigi <i>anterior</i> pada suku Mentawai.

Nomer	Metode	Tujuan
5.	<p><i>FGD (Focus Group Discussion).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cara pengumpulan data melalui diskusi dalam kelompok dengan fokus permasalahan mutilasi gigi anterior dan atrisi gigi posterior. - Peserta kelompok sebanyak 8 – 10 orang terdiri dari beberapa orang yang mengetahui tentang adanya mutilasi gigi anterior - Menggunakan pedoman <i>FGD</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Menggali berbagai informasi tentang pengetahuan, sikap, persepsi dan perilaku mutilasi gigi anterior selama ini. - Menggali berbagai informasi tentang gangguan penyakit gigi yang dialami saat ini, waktu dan setelah mutilasi gigi anterior dilakukan - Menggali berbagai informasi mengenai pengetahuan mereka tentang atrisi gigi posterior. - Menggali berbagai informasi tentang obat-obatan yang dipergunakan. - Kesimpulan yang diperoleh didasarkan pada hasil diskusi kelompok (berbagai variasi persepsi, sikap dan perilaku suku Mentawai yang terlihat dalam diskusi.
6	Memotret	<p>Untuk dokumentasi dan identifikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan di pulau Siberut - Manusia dan kegiatannya yang terkait dengan mutilasi gigi anterior - Alam dan isinya misalnya : halaman, rumah, pembagian ruangan, tanaman yang dipergunakan untuk pengobatan gigi. - Alat / benda yang dipergunakan untuk mutilasi gigi anterior.
7.	Mengumpulkan simplisia	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui khasiat obat yang terkandung di dalam tanaman obat yang dipakai oleh suku Mentawai : daun, bunga, batang, buah, akar, umbi dan biji

No	Metode	Tujuan
8.	<p>Mengukur volume bagian gigi yang dimutilasi dengan <i>pygrometer</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil cetakan gigi responden dengan mutilasi gigi <i>anterior</i> (dalam model gips) dilakukan rekonstruksi dengan malam merah, sehingga terbentuk mahkota gigi secara utuh. - Model gigi dipotong sebatas servikal untuk dilakukan pemisahan dari masing-masing gigi. - Model gigi hasil rekonstruksi dilapis dengan malam merah supaya gips tidak mengisap air, kemudian diukur volumenya. - Malam merah pelapis diambil dan diukur volumenya. - Volume mahkota gigi utuh = volume gigi hasil rekonstruksi yang dilapis malam merah dikurangi volume malam merah pelapis. - Volume bagian gigi yang dimutilasi = volume malam merah yang mengisi bagian gigi yang hilang. 	<p>Untuk mengetahui berapa volume mahkota gigi utuh dan berapa volume bagian gigi yang dimutilasi.</p>

4.8. Pengolahan Data.

4.8.1. Pengolahan Data Kualitatif.

Pengolahan data kualitatif dilakukan dengan beberapa tahapan, yaitu *open coding*, *axial coding* dan *selective coding* (Yuwana, 2000)

a Tahap *open coding*

Di sini peneliti berusaha memperoleh sebanyak-banyaknya variasi data yang terkait dengan budaya yang dipelajari, yaitu yang berhubungan dengan mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior*. Kegiatan pada tahap ini meliputi memproses dan merinci (*breaking down*), memeriksa atau menguraikan (*examining*), membandingkan (*comparing*), mengkonseptualisasikan (*conceptualizing*) dan mengkatagorsasikan data (*categorizing*)

b Tahap *axial coding*.

Pada tahap ini hasil yang diperoleh dari *open coding* diorganisir kembali berdasarkan kategori untuk dikembangkan ke arah proposisi, kemudian dilakukan analisis hubungan antar kategori untuk dikembangkan

c Tahap *selective coding*.

Pada tahap ini mengklasifikasikan proses pemertiksaan kategori dikaitkan dengan kategori lainnya

Dengan ke tiga tahap di atas, diharapkan dapat dihasilkan suatu deskripsi mengenai budaya mutilasi gigi *anterior* dan kaitannya dengan atrisi gigi *posterior*

4.8.2. Pengolahan Data Kuantitatif.

Data kuantitatif diolah secara manual dengan melakukan *editing*, *skoring*, *kategorisasi*, *cutting* dan *cleaning*. Data kuantitatif yang diperoleh tersebut kemudian diolah dengan menggunakan komputer. Data dianalisa dengan *test Goodman and Kruskal tau*



BAB 5**ANALISIS HASIL PENELITIAN****5.1. Gambaran Daerah Penelitian dan Karakteristik Responden.****5.1.1. Gambaran Daerah Penelitian.**

Di kecamatan Siberut Utara, daerah Simatalu yang terletak di sebelah barat pulau Siberut adalah daerah dimana penduduknya masih memegang teguh tradisi Mentawai dibandingkan dengan daerah lainnya. Lubaga adalah salah satu desa di daerah Simatalu yang sangat terpencil, terasing dari segala keramaian. Lubaga termasuk suatu daerah yang sulit didarangi (Lihat Lampiran 1: Peta pulau Siberut). Untuk mengunjungi Desa Lubaga yang terletak di sebelah hulu dan Sungai Simatalu, dari Sikabalu, ibu kota kecamatan Siberut Utara, diperlukan waktu 2 hari perjalanan darat, laut dan sungai. Dari Sikabalu menuju Betaet, dusun terakhir yang bisa dicapai dengan perahu motor tempel, melalui lautan Hindia yang terkenal berombak ganas, selama lebih kurang 5 jam perjalanan laut. Pantai di dusun Betaet mudah sekali, perjalanan laut dilanjutkan dengan perjalanan darat berjalan kaki menelusuri pantai berpasir putih yang masih murni belum tercemar polusi. Perjalanan malam menelusuri pantai lebih disenangi penduduk setempat daripada siang hari yang panas membakar kulit. Alam memberi penerangan pada perjalanan ini dengan mengurni banyak bintang berstar dan kadang diselangi dengan bulan yang menampakkan jati dirinya. Di dusun Seikoat, ada sebuah bangunan gereja yang belum selesai dibangun yang dapat dipergunakan untuk menginap para pendatang. Perjalanan ke arah pedalaman ke Desa Lubaga harus menelusuri sungai, mendaki bukit, menerobos hutan serta

meniti puluhan batang kayu yang tumbang, berlumut dan hitam. Menjelang dusun Lubaga, sebuah sampan kecil, boleh disewa dan pemiliknya. Keadaan medan yang sulit, transportasi yang langka serta lokasi pemukiman yang menyebar dan penduduk yang sering tidak berada di rumah, mengakibatkan jumlah responden yang didapatkan di kecamatan Siberut Utara lebih sedikit dari jumlah responden di kecamatan Siberut Selatan.

Di kecamatan Siberut Selatan, daerah hulu yang dikenal masih memegang tradisi Mentawai diantaranya adalah Desa Madobag yang terdiri dari beberapa dusun : Ugai, Butu, Rogdog dan beberapa desa lain disekitarnya seperti Matotonan. Untuk mencapai daerah tersebut bisa dipakai kapal motor dari Muara Siberut, ibu kota Siberut Selatan, selama sekitar 5 jam perjalanan sungai, bila air sungai besar yaitu pada musim hujan. Pada musim kemarau, air sungai kecil, sehingga menyulitkan atau bahkan tidak bisa dilewati dengan perahu motor, karena baling-baling mesin perahu akan mengenai dasar sungai yang akan mengakibatkan mesin perahu rusak dan tidak bisa dipergunakan, sehingga beberapa desa di hulu hanya bisa didatangi dengan berjalan kaki yang memakan waktu 1 - 2 hari. Dalam perjalanan ke hulu diperlukan operator perahu yang handal dan berpengalaman, mengingat sepanjang sungai yang dilalui sering banyak terdapat batang kayu yang melintang. Kalau operator perahu tidak berhati-hati, baling-baling mesin perahu yang berada di dalam air dapat menghantam batang kayu yang tidak tampak di dalam air sungai, yang bisa mengakibatkan mesin perahu pecah bahkan perahunipun bisa terbalik karenanya. Penduduk dari daerah hulu bila pergi ke muara untuk suatu keperluan, sering hanya memakai sampan yang didayung dan memakan waktu sehari, sedangkan kembalinya ke

hulu dibutuhkan waktu dua hari karena perjalanan menentang arus yang amat berat. Sarana transportasi di wilayah kecamatan Siberut Selatan lebih mudah didapatkan daripada di kecamatan Siberut Utara dan keadaan medan yang relatif lebih mudah menyebabkan sampel yang diperoleh di selatan lebih banyak daripada di utara.

5.1.1.1. Keekerabatan Masyarakat Suku Mentawai (*mentogaf*).

Masyarakat Mentawai, pada umumnya hidup dalam suatu kelompok kekerabatan yang terdiri dari satu keturunan atau nenek moyang yang diperhitungkan menurut garis keturunan laki-laki, yang sering disebut dengan patrilineal. Kelompok keluarga yang terdiri dari satu keturunan nenek moyang yang sama dapat dikatakan sebagai suatu klen. Umumnya keanggotaan dari klen di masyarakat Mentawai ditandai dengan adanya nama yang sama sebagai nama suku atau klennya, sehingga dengan adanya nama yang sama akan mudah bagi masyarakat untuk membedakannya dengan kelompok lain. Misalnya nama klen Sabagelet.

Fungsi dan tujuan dari klen ini secara umum untuk mengatur dan menyelenggarakan kehidupan kepercayaan dengan suatu upacara dari seluruh anggota kelompok. Fungsi lainnya adalah untuk mengatur perkawinan yang ada dan mengatur hak serta kewajiban dari para anggota masyarakat secara lebih luas. Penyelenggaraan upacara yang berkaitan dengan keyakinan kelompok masyarakat sangat diperlukan untuk membangkitkan solidaritas dari anggota klennya.

5.1.1.2. Sistem Perkawinan Suku Mentawai.

Ciri khas dalam sistem perkawinan suku Mentawai ialah dengan adanya eksogami klen (kawin dengan perempuan dan klen lain), yang membatasi laki-laki untuk kawin dengan :

- seluruh saudara perempuan (*Si*)
- seluruh anak perempuan (*Da*)
- seluruh anak perempuan dari saudara perempuan ibunya dan saudara perempuan ayahnya (*MoSiDa, FaSiDa*)
- seluruh saudara perempuan ibunya dan saudara perempuan ayahnya (*MoSi, FaSi*)
- seluruh anak perempuan saudara perempuan dan saudara laki-laknya (*SiDa, BrDa*)

Keterangan *Si* = sister *Mo* = mother *Da* = daughter
Br = brother *Fa* = father

Perkawinan yang ideal yang berlaku di masyarakat adalah perkawinan *Cross Cousin Marriage*, yaitu seorang laki-laki kawin dengan anak perempuan dari saudara laki-laki ibunya (*MoBrDa*). Pada kasus tertentu, perkawinan bisa simetris, terutama bila seorang laki-laki yang hendak kawin tetapi tidak punya mas kawin, sehingga dia dapat memberikan adik perempuannya kepada saudara laki-laki dan calon isterinya.

Kebiasaan di Mentawai, orang tua akan mencarikan jodoh untuk anak perempuannya. Jika si anak perempuan sudah dikat dengan pertunangan, maka ia akan selalu dikuti oleh beberapa aturan adat yang bila dilanggar akan didenda. Sebagai contoh seorang anak perempuan sudah bertunangan ditemukan sedang berhubungan dengan laki-laki lain meskipun hanya berbicara saja dan diketahui

oleh keluarga calon suaminya, maka ia akan didenda. Biasanya denda berupa satu *long gouk-gouk* (induk ayam beserta anak-anaknya) yang akan diberikan si perempuan kepada keluarga calon suaminya.

Oleh karena rumitnya aturan adat bagi perempuan yang sudah bertunangan, maka kebanyakan perempuan Mentawai mencari sendiri laki-laki yang disenanginya dan diajak menikah serta tinggal di rumah sendiri sebagai *rusuk*. Keluarga *rusuk* ini akan mengumpulkan mas kawin untuk menikah secara adat nantinya yang memakan waktu sekitar empat sampai lima tahun. Sebagai contoh mas kawin adalah sejumlah tertentu dari *sainuk* (babi), *gouk-gouk* (ayam), pohon buah-buahan: *pusinosa*, *mikuk* (durian), *babaet* (rambutan), pohon keladi, kuali besar untuk masak, *lajau* (parang), kelambu, pakaian yang akan diberikan oleh keluarga laki-laki kepada keluarga perempuan. Setelah persyaratan mas kawin mencukupi sesuai yang diminta oleh keluarga perempuan, mereka baru menikah secara adat yang dipimpin oleh *rimata*. Keluarga *rusuk* ini kemudian disebut *lalep*.

5.1.13. Rumah Suku Mentawai.

Rumah asli penduduk dibuat dari kayu yang berdiri di atas tanah sekitar 1–2 meter dengan memakai tonggak kayu. Untuk kerangka rumah dipergunakan kayu bakau, lantai rumah digunakan kayu ribung yang dipotong pipih membentuk papan. Dinding rumah memakai kulit kayu dari pohon durian dan daun rumbia dipergunakan untuk atap (Gambar 5.1.)



Gambar 5.1. Rumah asli suku Mentawai

Sekitar tahun 1980, Pemerintah memberikan bantuan untuk membuat rumah yang pada umumnya dinding dan lantai terbuat dari papan, sedangkan atapnya terbuat dari seng. Rumah ini biasanya terletak di atas tanah kurang dari 1 meter. Pada umumnya orang kurang senang tinggal di rumah bantuan pemerintah, sebab pada siang hari terasa panas dan suara berisik pada atap seng yang kena air pada waktu hujan. Beberapa penduduk merobah rumah bantuan pemerintah itu dengan bentuk seperti rumah asli Mentawai. Bahkan beberapa penduduk lebih senang kembali ke rumah mereka di hutan.

Rumah yang dihuni oleh suku Mentawai ada 3 macam *uma*, *lalep* dan *rusak* atau *sapanu*.

a. Uma

Uma merupakan bangunan yang besar dan luas dengan panjang 20-25 meter dan lebar sekitar 10 meter. *Uma* merupakan rumah panggung yang lantai rumahnya berada di atas beberapa tiang yang tingginya 1 - 2 meter di atas tanah. Atapnya dibuat dari rumbia, dindingnya dari kulit kayu dan beberapa bagian lain dari kayu bakau. Untuk masuk ke *uma* orang harus melalui tangga yang dibuat dari sebuah pohon utuh yang diberi beberapa cekungan untuk menapakkan kaki dan terletak di bagian depan dan samping rumah. Setiap rumah memiliki serambi terbuka yang mengelilingi seluruh bangunan (Gambar 5.2).

Uma adalah rumah penting yang menunjukkan sebuah klen dalam satu suku. Di dalam *uma* terdapat dua sampai enam ruangan untuk tempat tinggal dan dua ruangan untuk upacara adat. Dua ruangan yang digunakan untuk upacara adat yaitu *labokat* dipakai untuk menerima tamu, untuk istirahat, untuk membuat kerajinan dan untuk pertemuan. Ruangan lainnya adalah *puturukat*, dipakai untuk menari. Pada *puturukat*, ruangan ini lantai kayunya tidak dipaku secara penuh, gunanya agar pada waktu menari, lantai itu berbunyi seutama dengan hentakan kaki para penari. Di dekat *puturukat* terdapat tempat untuk membuat perapian yang disebut dengan *purusuat*.

Di tengah *uma* terdapat beberapa ruangan, dua sampai enam ruangan pada sisi kiri dan kanan lorong. Ruang pertama untuk kepala suku yang biasanya juga seorang dukun dan ruang lainnya untuk keluarga lainnya yang satu suku. Di dalam ruangan kepala suku tersimpan benda sakral milik suku. Di bagian paling belakang dari *uma* terdapat dapur yang disebut dengan *halapat ka tei-tei*. Jumlah

dapur ini ada yang satu ada juga yang dua yang terletak di samping kiri dan kanan



Gambar 5.2 Uma

b. Lalep.

Lalep terletak di sekitar *uma*, yang dihuni oleh keluarga yang sudah menikah sah secara adat dan keagamaan. *Lalep* hanya dihuni oleh satu keluarga dengan seorang kepala keluarga dan anggota keluarganya. *Lalep* dibangun karena di dalam *uma* sudah tidak muat lagi dihuni oleh banyak keluarga, sehingga keluarga yang sudah lebih dahulu menikah akan keluar dari *uma* dan membuat *lalep* disekelilingnya (Gambar 5.3)



Gambar 5.3 *Lalep*

c. *Rusuk* atau *Sapou*.

Rusuk atau *sapou* dahulu ditempati oleh keluarga yang belum menikah sah secara adat dan keagamaan atau ditempati oleh para pemuda dan para janda. Pada saat sekarang *rusuk* atau *sapou* merupakan rumah yang terletak di dalam hutan (yang biasanya merupakan daerah perladangan) dengan binatang peharaan berada di bawah rumah dan di sekitar rumah, seperti babi dan ayam dalam jumlah yang banyak. Biasanya suku Mentawai lebih menyenangi tinggal di *rusuk* atau *sapou*, karena dekat dengan ladang sehingga mereka mudah untuk mengerjakannya dan dekat dengan binatang peliharaannya sehingga mudah untuk menjaga dan memeliharanya (Gambar 5.4). Mereka pulang ke *uma* atau ke *lalep* hanya pada waktu tertentu saja, misalnya saat ada *punen* atau *lia*.

Gambar 5.4 *Nopeni* - *rusuk*

5.1.1.4. Mata Pencabarian.

Mata pencabarian suku Mentawai ada beberapa macam, antara lain berburu binatang hutan untuk keperluan makan dan untuk kegiatan yang bersifat sakral. Untuk kegiatan yang sakral, biasanya sebelum berburu, kelompok yang akan berburu melakukan upacara ritual yang dipimpin oleh si *Keret*. Upacara ini dilakukan supaya roh binatang yang hendak diburu dapat diberi tahu agar tidak pergi kemana-mana karena hendak diburu. Berburu untuk makan seban-hari tidak memerlukan upacara sakral. Berburu dikerjakan oleh kaum laki-laki. (Gambar 5.5.)

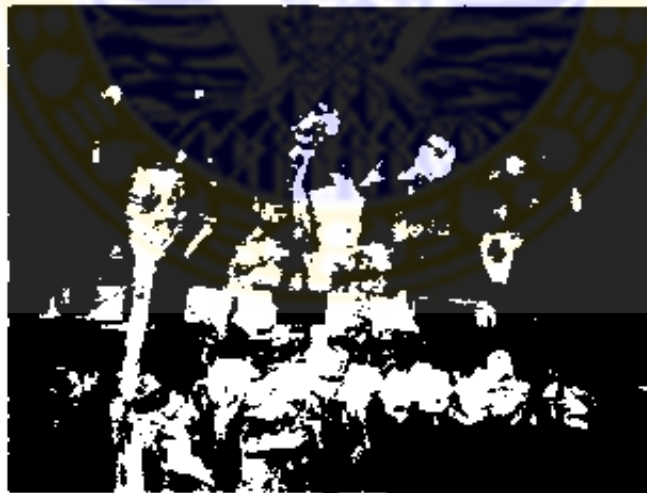


Gambar 5.5 Peneliti ketemu dengan keluarga pemburu

Binatang yang diburu antara lain kera, kijang, penyu, buaya (buaya sekarang sudah tidak ada lagi). Mereka berburu kijang dan kera dengan menggunakan panah, sedangkan untuk menangkap penyu dipergunakan jaring. Dagingnya akan dimakan bersama satu klen. Tengkorak binatang tersebut akan dipajang di *uma* yang gunanya untuk menjaga agar roh binatang tersebut betah untuk tinggal di *uma* dan apabila hendak diburu, roh tersebut akan memberi tahu kepada temannya agar mudah untuk diburu (Gambar 5.6, 5.7, 5.8, 5.9)



Gambar 5.6 Tengkorak monyet



Gambar 5.7 Tengkorak kijang



Gambar 5.8 Tengkorak buaya



Gambar 5.9 Tempurung penyu

Mata pencaharian lainnya adalah beternak *samak* (babi) dan *gouk-gouk* (ayam) untuk upacara adat dan untuk membayar denda (*tulou*), untuk mas kawin. Upacara adat biasanya menggunakan babi, upacara yang besar akan menggunakan jumlah babi yang banyak. Karena untuk upacara adat babi begitu pentingnya, sehingga babi jarang dipakai untuk makanan sehari-hari. Mencari ikan baik di sungai maupun di laut dengan jaring atau alat penjebak ikan (*leggeu*) seperti bubu, mencari kerang, udang, siput, menanam keladi, pisang untuk keperluan sehari-hari dan menanam rulam untuk dijual ke pedagang pengumpul di pedalaman biasanya dilakukan oleh kaum perempuan. Meskipun begitu tidak menutup kemungkinan untuk masing-masing mengerjakan yang bukan pekerjaannya, misalnya jika seseorang sedang sakit atau pergi ke desa lain.

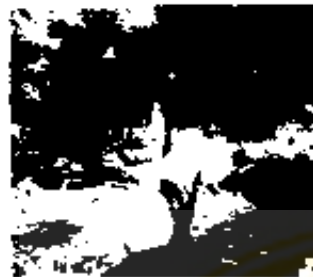
Mengolah sagu untuk makanan pokok sehari-hari dilakukan oleh kaum laki-laki. Proses pengolahan sagu dari menebang sebatang pohon sagu sampai menjadi tepung sagu bisa mencapai 2 - 3 minggu yang dikerjakan oleh 2 - 4 orang laki-laki dewasa, dimana satu pohon sagu bisa dikonsumsi untuk satu keluarga dengan 2 anak selama kira-kira 6 bulan (Gambar 5.10, sampai dengan Gambar 5.24).



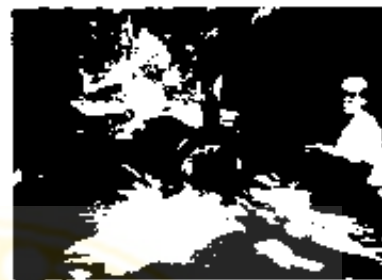
Gambar 5.10. Hutan sagu



Gambar 5.11. Peralatan untuk menyagu.



Gambar 5.12 Penebangan pohon sagu



Gambar 5.13. Penyerutan dengan gergaji



Gambar 5.14 Penggergajian akhir.



Gambar 5.15 Pencangkulan batang.



Gambar 5.16. Serat sagu



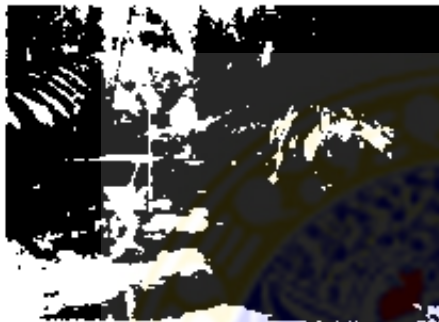
Gambar 5.17 Pencacahan serat



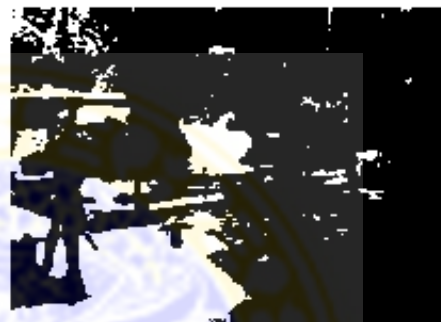
Gambar 5.18 Cacahan batang sagu



Gambar 5.19. Dibawa ke pengolahan



Gambar 5.20 Tempat pengolahan sagu



Gambar 5.21. Sampan penampungan sagu.



Gambar 5.22



Gambar 5.23



Gambar 5.24

- Keterangan
- Gambar 5.22 Endapan sagu.
 - Gambar 5.23 Memasukkan sagu dalam *tampi*.
 - Gambar 5.24 Memadatkan sagu dengan *luluglug*.

Proses pengolahan sagu dimulai dengan menebang pohon sagu yang sudah berumur sekitar 7 – 10 tahun dengan *papaek simoitok* (kapak). Selanjutnya batang sagu dipotong dengan kapak sepanjang kira-kira 1,5 meter (Gambar 5.12). Potongan batang sagu ini kemudian dikupas kulitnya dengan *papakru* (alat untuk mengupas kulit sagu terbuat dari kayu) baru kemudian dilakukan penyerutan dengan *gagaji* (semacam gergaji yang dibuat sendiri dari sebatang kayu yang pada salah satu sisinya dipenuhi banyak paku untuk menggergaji) (Gambar 5.13 dan Gambar 5.14.) Setelah satu potong batang sagu itu habis diserut, bagian paling bawah yang masih menempel pada kulitnya yang tidak bisa diserut, harus dicangkul dengan *lukuluk* (semacam cangkul buatan sendiri yang terbuat dari kayu) (Gambar 5.15) dan akan menghasilkan serat sagu (Gambar 5.16). Serat sagu yang masih kasar ini selanjutnya dicacah dengan *lajau* (parang) (Gambar 5.17) sampai dihasilkan cacahan yang halus (Gambar 5.18) Cacahan sagu yang halus ini kemudian dimasukkan ke dalam *botobok* (keranjang) (Gambar 5.19) dan dibawa ke tempat pengolahan sagu (Gambar 5.20). Cacahan sagu dimasukkan ke dalam *dereat* (kotak kayu yang didalamnya terdapat saringan yang terbuat dari kain) yang terletak di atas panggung yang dibawahnya ada air yang menggenang, kemudian orang yang akan menyagu mengambil air dengan *pupupu* (suatu alat semacam gayung air berbentuk kerucut yang terbuat dari daun sagu yang dianyam dan diberi tangkai kayu). Air disiramkan berulang kali ke *dereat* yang berisi cacahan sagu sambil diinjak-injak. Biasanya mereka melakukan itu sambil bernyanyi. Air perasan sagu ini akan mengalir ke sampan untuk menampung dan mengendapkannya selama sekitar 3 hari, sementara air di atas endapan sagu diberi jalan untuk mengalirkannya keluar dari sampan (Gambar 5.21) Setelah



mengendap, endapan sagu yang berwarna putih padat tetapi lunak (Gambar 5.22) dimasukkan ke dalam *tampi* (anyaman keranjang terbuat dari daun sagu untuk menyimpan sagu)(Gambar 5.23). kemudian sagu ini dipadatkan dengan *luluglug* (alat untuk memadatkan sagu dalam *tampi* terbuat dari kayu)(Gambar 5.24) Sagu di dalam *tampi* ini kemudian ditutup dan dikat dengan rotan, lalu disimpan di dalam sungai agar bisa tahan lama sekitar 6 bulan. Bila mereka membutuhkan sagu untuk dimasak, maka mereka mengambil secukupnya, sedangkan sisanya disimpan dan dimasukkan kembali ke sungai.

5.1.2. Karakteristik Responden.

Tabel 5.1. Hubungan Jenis Kelamin dan Lokasi Penelitian

Kecamatan	Jumlah			Persen (%)		
	L	P	Total	L	P	Total
Siberut Utara	25	16	41	13,97	8,94	22,91
Siberut Selatan	79	59	138	44,13	32,96	77,09
Total	104	75	179	58,1	41,9	100

Goodman and Kruskal tau = 0,001 , *p* = 0,672

Pada penelitian yang dilakukan pada masyarakat suku Mentawai di pulau Siberut, dengan teknik pengambilan sampel secara *accidental*, didapatkan sampel sejumlah 179 responden yang terdiri dari daerah kecamatan Siberut Utara sebanyak 41 responden (22,91 %) dan dari kecamatan Siberut Selatan sebanyak 138 responden (77,09 %) Responden terdiri dari 104 laki-laki (58,1 %) dan 75 perempuan (41,9 %) Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan lokasi penelitian

Tabel 5.2. Hubungan Jenis Kelamin dan Kelompok Umur.

Kelompok Umur	Jenis kelamin	Jumlah			Persen (%)		
		L	P	Total	L	P	Total
> 35 tahun		43	13	56	24,02	7,26	31,3
25 tahun - 35 tahun		39	35	74	21,79	19,55	41,3
< 25 tahun		22	27	49	12,29	15,08	27,4
Total		104	75	179	58,1	41,9	100

Goodman and Kruskal tau = 0,069 , *p* = 0,002

Responden terbanyak ditemukan pada kelompok umur antara 25 tahun – 35 tahun yaitu 74 (41,3 %) yang terdiri dari 39 (21,79 %) laki-laki dan 35 (19,55 %) perempuan. Didapatkan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kelompok umur.

Tabel 5.3. Hubungan Jenis Kelamin dan Pendidikan.

Pendidikan	Jumlah			Persen (%)		
	L	P	Total	L	P	Total
Tidak tamat PT	1	0	1	0,56	0	0,56
Tamat SMU	6	0	6	3,35	0	3,35
Tidak tamat SMU	3	1	4	1,68	0,56	2,24
Tamat SMP	6	4	10	3,35	2,23	5,58
Tidak tamat SMP	0	2	2	0	1,12	1,12
Tamat SD	13	9	22	7,26	5,03	12,29
Tidak tamat SD	34	27	61	18,99	15,08	34,07
Tidak sekolah	41	32	73	22,91	17,88	40,79
Total	104	75	179	58,1	41,9	100

Goodman and Kruskal tau = 0,048 , *p* = 0,289

Pendidikan responden bervariasi, mulai dari tidak sekolah : 73 (40,79 %) dan tidak tamat Sekolah Dasar : 61 (34,07 %), tamat Sekolah Dasar : 22 (12,29 %), sampai tidak tamat perguruan tinggi. Selain itu tampak bahwa pendidikan responden yang laki-laki lebih tinggi dibanding yang perempuan.

Tingginya masyarakat yang tidak sekolah 73 (40,79 %) dapat disebabkan oleh keberadaan sekolah itu sendiri yang jarang. Di daerah pedalaman / hulu,

kalaupun ada Sekolah Dasar adalah milik swasta (misionaris agama) dengan biaya tinggi dan masyarakat sering tidak mampu untuk membayarnya. Kendala yang lain adalah lokasi Sekolah Dasar yang jauh dari tempat tinggal atau berada di desa tetangga, sehingga menyebabkan orang tua tidak mau mengirim anaknya ke sekolah. Kebutuhan tenaga untuk membantu mengurus ladang dan ternak mereka juga merupakan sebab mengapa orang tua enggan menyekolahkan anaknya. Sekolah Dasar ini biasanya hanya sampai kelas 3 atau 4 dengan jumlah guru satu atau dua orang. Di dalam satu ruangan kadang dipakai oleh 2 kelas sekaligus dengan guru hanya satu orang. Cara memberi pelajaran secara bergantian, misalnya : bila murid kelas tiga diberi pelajaran, maka murid kelas empat mengerjakan tugas tertentu. Untuk melanjutkan sampai kelas enam dan ikut ujian Sekolah Dasar, murid harus pergi ke ibu kota kecamatan yang jarak tempuhnya memakan waktu kadang sampai beberapa hari dari pedalaman / tulu, oleh karena itu banyak responden yang tidak tamat Sekolah Dasar : 61 (34,07 %). Tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan pendidikan .

Tabel 5.4. Hubungan Jenis Kelamin dan Pekerjaan.

Pekerjaan	Jumlah			Persen (%)		
	L	P	Total	L	P	Total
Aparat Desa	6	0	6	3,35	0	3,35
Guru	5	0	5	2,79	0	2,79
Pegawai non aparat	8	2	10	4,47	1,12	5,6
Menyagu	73	0	73	40,78	0	40,78
Berladang	0	73	73	0	40,78	40,78
Kuli	5	0	5	2,79	0	2,79
Tidak bekerja	7	0	7	3,91	0	3,91
Total	104	75	179	58,1	41,9	100

Goodman and Kruskal tau = 0,963 . $p = 0,000$

Dalam Tabel 5.4. tampak pekerjaan responden ada beberapa macam , sebagai : aparat desa : 6 (3,35 %), guru : 5 (2,79 %), pegawai non aparat desa : 10

(5,6%) Di pulau Siberut terdapat Taman Nasional Siberut yang mengangkat putra daerah di pedalaman sebagai tenaga kerja atau kader Pekerjaan menyagu 73 (40,78 %), berladang 73 (40,78 %), kuli 5 (2,79 %), tidak bekerja 7 (3,91%) Pekerjaan menyagu : 73 (40,78 %) dilakukan oleh laki-laki, mulai dari menebang pohon sagu kemudian diolah sampai siap menjadi tepung sagu. Berladang 73 (40,78 %) misalnya menanam pisang, talas, ketela pohon, dilakukan oleh kaum perempuan. Didapatkan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan pekerjaan

Tabel 5.5. Hubungan Jenis Kelamin dan Status Sosial.

Status Sosial	Jumlah			Persen (%)		
	L	P	Total	L	P	Total
Kepala Desa	1	0	1	0,56	0	0,56
Kepala Dusun	2	0	2	1,12	0	1,12
Ketua Dewan Adat	2	0	2	1,12	0	1,12
Si Kerei	27	4	31	15,10	2,24	17,34
Penduduk biasa	72	71	143	40,20	39,66	79,86
Total	104	75	179	58,1	41,9	100

Goodman and Kruskal tau = 0,100 . p = 0,001

Status sosial responden, misalnya sebagai Kepala Desa : 1 (0,56%), Kepala Dusun 2 (1,12 %), Ketua Dewan Adat 2 (1,12 %), Kerei : 31 (17,34 %), dan sebagai penduduk biasa 143 (79,86 %) Keberadaan si Kerei amat penting bagi suku Mentawai, karena mereka akan memimpin upacara adat dan mengobati penyakit. Didapatkan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan status sosial

5.2. Alasan, Manfaat dan Akibat Tindakan Mutilasi Gigi Anterior.

Untuk mendapatkan data ini, metode yang dipergunakan adalah wawancara mendalam dan *FGID (Focus Group Discussion)*.

5.2.1. Alasan Tindakan Mutilasi Gigi *Anterior*

a. Wawancara Mendalam.

Wawancara mendalam dilakukan dengan memilih informan yang bisa dan mau memberikan banyak informasi dengan sejas-jelasnya tentang mutilasi gigi *anterior* di pulau Siberut. Ada beberapa informan yang didapatkan untuk keperluan ini. Semua nama informan yang ada di sini adalah fiktif.

Robaogok (laki-laki, 50 tahun).

Kenka ditemui tanpa sengaja di dusun Ugat, jauh dari tempat tinggalnya yang berada di dusun Rogdog, Robaogok mau menceritakan tentang sejarah terjadinya *piat sot*. Sejarah terjadinya *piat sot*, seperti yang diceritakan oleh Robaogok kepada saya.

"Pada jaman dulu ada seorang wanita yang tidak cantik tetapi mempunyai bentuk gigi depan yang runcing. Suatu hari wanita tersebut makan buah. (tidak diketahui buah apa) sehingga pada buah tersebut terdapat bekas gigitan giginya yang runcing. Sisa buah yang tidak habis dimakan dan ada bekas gigitan giginya dibuang ke sungai. Oleh aliran sungai dibawah sisa buah tersebut ke muara. Alkisah tersebutlah seorang pemuda rupawan yang tengah melamun di pinggir sungai. Dia melihat sisa buah tersebut dan mengambilnya. Dilihatnya ada bekas gigitan gigi yang runcing yang menurut dia sangat indah sekali. "Siapakah gerangan orang yang mempunyai gigi seindah ini dia mesti cantik sekali secantik gigi yang dimilikinya " begitu lamunan si pemuda "Saya harus menemukan pemilik gigi ini, saya akan mencarinya". Kemudian pergilah pemuda tersebut ke arah hulu arah dari mana sisa buah tersebut berasal. Di desa yang dikunjunginya dia mulai mencari pemilik gigi runcing tersebut dengan mengadakan pertunjukan yang lucu-lucu dengan memainkan tempurung kelapa, sehingga orang-orang yang menontonnya dibuat tertawa. Pada waktu tertawa itulah akan tampak gigi orang tersebut dan dari situ ketahuanlah orang yang mempunyai gigi runcing. Beberapa desa sudah dikunjungi, tetapi pemilik gigi runcing belum ditemukan. Dia terus melanjutkan pencariannya tanpa kenal lelah dari desa ke desa lain. Akhirnya sampailah di sebuah desa ketika dia mengadakan pertunjukan tampaklah olehnya seorang wanita yang tertawa melihat tontonannya dan terlihatlah sederetan gigi depan yang runcing yang dimilikinya. Terpesonalah si pemuda rupawan tersebut melihat keindahan deretan gigi-gigi yang runcing yang dimiliki oleh wanita didepannya. Kemudian diutarakanlah niatnya untuk menikahi wanita tersebut. Semenjak itu

masyarakat Mentawai membuat gigi-gigi depannya runcing, supaya tampak cantik ”

Sapelegu (laki-laki, 55 tahun)

Sapelegu ditemui di desanya Dusun Madobag Sebagai seorang *Kerei*, Sapelegu mau menceritakan pengetahuannya tentang *piat sat*, dan mau menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan Di bawah ini adalah keterangan yang diberikan oleh Sapelegu

” Orang Mentawai melakukan *piat* karena *piat* adalah adat dari suku Mentawai Disamping sebagai adat yang dilakukan sejak nenek moyang kami, dengan *piat* kami merasa lebih cakap, lebih tampan dan ini bisa menjadi daya tarik untuk lawan jenis Dengan gigi yang runcing akan lebih memudahkan kami untuk makan makanan yang berupa daging buruan *Piat* biasanya dilakukan atas kemauan sendiri sebagai orang Mentawai, tanpa paksaan dan tidak ada hukuman apapun bila tidak melakukannya. *Piat* dilakukan pada umur kira-kira 11 – 13 tahun, sebelum menikah Sebagai tanda suku Mentawai yang lain adalah *titi* (*tattoo*) yang biasanya dilakukan setelah *piat* ”

” Waktu yang tepat untuk *piat* adalah pagi atau siang hari, supaya tampak jelas. Ada rasa ngilu waktu di *piat*, kemudian kami menggigit *tairok* (Minang *pisang batu*, Jawa : *pisang kepok*, Latin : *Musa acuminata*) selama beberapa jam sampai sehabis hingga rasa ngilu itu berkurang Selama beberapa hari kami tidak makan yang asam-asam karena ngilu. Kami juga tidak makan yang keras-keras karena sakit Kami makan keladi. Setelah *piat*, biasanya kami hanya istirahat saja, tidak bekerja yang berat. Setelah *piat*, sebagai orang Mentawai kami merasa lebih mantap ”

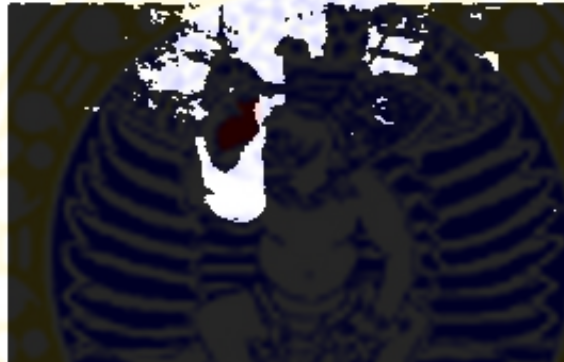
Salefeobajak (laki-laki, 47 tahun) ditemui di dusun Simatalu, kecamatan Siberut Utara, memberikan informasi tentang mutilasi gigi *anterior* sebagai berikut

” *Piat* adalah tanda suku Mentawai, adat Mentawai Kalau bukan *piat* berarti bukan orang Mentawai Tahun enam puluhan .. tepatnya tahun berapa saya lupa, kami di sini harus di *piat*, karena yang tidak *piat* berarti bukan si Mentawai dan itu dibilang PKI Orang PKI masuk ke sini, kami harus hati-hati. Atas kemauan sendiri kami melakukan *piat* ”

b. FGD (Focus Group Discussion)

Focus Group Discussion dilakukan di desa Madobag yang dihadiri oleh 9 orang Suku Mentawai Peserta ditentukan dengan memilih siapa saja yang

sekiranya mengetahui dan bisa memberikan informasi baik yang dialaminya sendiri maupun pendapat mereka tentang mutilasi gigi. *Focus Group Discussion* dilakukan di beranda rumah penduduk. Mereka ada yang duduk di lantai kayu atau di tempat duduk yang sudah menyatu dengan rumah. Waktu yang digunakan adalah siang hari sesudah jam 12.00, sehingga biasanya mereka sudah pulang dari menyagu, dari ladang atau sedang istirahat siang. Lama penyelenggaraan *Focus Group Discussion* sekitar 2 jam. Dengan membawa tembakau yang menjadi kegemaran suku Mentawai, sebagai alat untuk memperlancar komunikasi dengan mereka, maka *Focus Group Discussion* bisa dilaksanakan dengan baik. Selama tembakau masih ada, pembicaraanpun bisa tidak ada hentinya. Pada diskusi kelompok tersebut diberikan topik pembicaraan tentang mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior*. Dari yang hadir mereka diminta untuk menceritakan pengetahuan, pengalaman yang diketahui dan komentar tentang mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior*.



Gambar 5.25 Suasana *FGD*, empat peserta duduk di lantai kayu.



Gambar 5.26. Suasana *FGD*: dua peserta duduk di kursi panjang.
(Karena lokasi sempit, foto diambil dari dua arah yang berbeda)

1. Mengapa giginya dimutilasi / di *piat* ?

Rengot (laki-laki, biasa, 40 tahun)

“Gigi aku di *piat* karena aku orang Mentawai. *Piat* adalah tanda sebagai orang Mentawai, seperti *titi* (*tattoo*). Orang-orang di *piat*, dia pasti orang Mentawai. Sebagai orang Mentawai aku jadi lebih mantap”

Ailakog (laki-laki, biasa, 35 tahun)

“*Piat* adalah tradisi di Mentawai. *Piat* dilakukan sejak *siburuk* (jaman dulu), jadi aku harus juga di *piat*”

Tokaeleu (laki-laki, kerei, 50 tahun)

“Ya, . . . aku harus di *piat*, karena *piat* adalah tanda suku Mentawai. Kalau aku tidak di *piat*, nanti aku dibilang orang *sare-reu* (bukan orang Mentawai)”.

Saepu (laki-laki, kerei, 50 tahun)

“*Piat* adalah tanda suku Mentawai, dulu aku di *piat* di samping sebagai tanda si Mentawai, juga supaya bisa untuk melirik lawan jenis ha ha”

Malointeu (laki-laki, kerei, 55 tahun)

“Dulu kalau tidak di *piat*, tidak ada anak gadis yang tertarik ke kita . . . jadi aku minta di *piat*”. Tanda sebagai orang Mentawai, itu sudah pasti”

Sabagale (perempuan, kerei, 47 tahun)

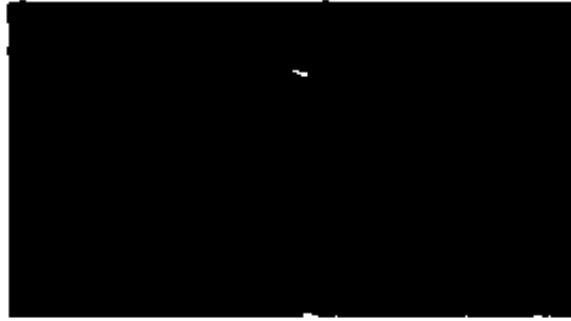
“Iya, aku di *piat* juga supaya dilirik laki-laki, disamping juga sebagai tanda si Mentawai”

Teremon (laki-laki, kerei, 55 tahun)

“Kalau di *piat* kan tambah cakap, kalau tidak di *piat* kita jadi jelek, nanti tidak bisa untuk main mata ha ha Jaman *siburuk* (jaman dulu) orang melakukan *piat*, maka saya juga melakukan *piat* sebagai tanda si Mentawai”

Lengurun (laki-laki, biasa, 40 tahun)

“Gigi jadi tambah kuat kalau di *piat*, lagi pula untuk makan lebih mudah”

Gambar 5.27 *Balugui* dari Siberut UtaraGambar 5.28 *Balugui* dari Siberut Selatan

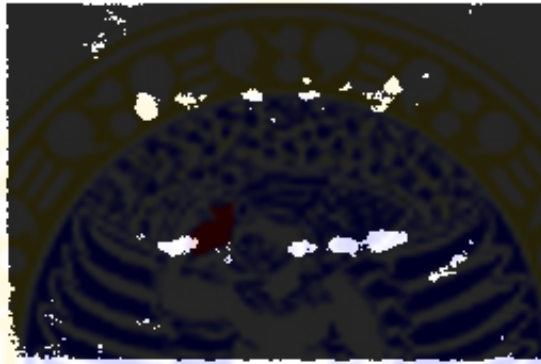
Balugui adalah pisau kecil yang bertangkai melengkung yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk melakukan mutilasi gigi *anterior*. Kecuali untuk alat *piat* (mutilasi gigi *anterior*), *balugui* juga dipergunakan untuk kegiatan lain suku Mentawai, misalnya untuk menyerut rotan. Cara melakukan mutilasi gigi *anterior*, *balugui* diletakkan di gigi yang akan dimutilasi kemudian *balugui* dipukul dengan sebatang kayu (sembarang kayu) (Gambar 5.29 dan Gambar 5.30).



Gambar 5.29 Peragaan cara melakukan mutilasi gigi (Siberut Utara)



Gambar 5.30 Peragaan cara melakukan mutilasi gigi (Siberut Selatan)



Gambar 5.31 Mutilasi gigi anterior *piat sot*

2. Pada umur berapa dilakukan mutilasi gigi .

Ailakog (laki-laki, biasa, 35 tahun)

“ Aku dulu di *piat* umur sekitar 12 tahun, sebelum mumpi basah. *Piat* dilakukan di rumah si Kerei, waktunya siang hari supaya tampak jelas. Waktu itu aku belum menikah ”

Tokaelu (laki-laki, kerei, 50 tahun)

“ Ya, aku dulu di *piat* antara umur 11-13 tahun, pokoknya sebelum menikah ”

Sabagale (perempuan, kerei, 47 tahun)

“ Ya, aku waktu itu kira-kira umur 13 tahun di *piat*, sebelum menikah. *Piat* dilakukan pada pagi hari, sebelum matahari *tnygi* (belum begitu panas) supaya gigi tidak

jadi cepat rusak, kalau hari sudah panas nanti bisa menyebabkan gigi cepat rusak ”

3. Pendorong untuk melakukan mutilasi gigi.

Rengot (40 tahun) :

“ Aku di *piat* atas kemauan sendiri. Sebagai orang Mentawai aku ingin melakukan itu. Waktu itu yang melakukan *piat* adalah ahli *piat*, orang yang biasa melakukan *piat*. Kami tidak ada bayar apa-apa padanya ”.

Ailakog (35 tahun) :

“ Tidak ada orang yang menyuruh-nyuruh aku untuk di *piat*, itu keinginan aku sendiri. *Piat* adalah adat kami orang Mentawai. Aku minta tolong pada si Kerei untuk melakukan *piat* dan tidak bayar apa-apa”

4. *Tattoo* dan mutilasi gigi.

Rengot (40 tahun):

“ Aku di *piat* dulu baru di *titi* (*tattoo*). Waktu di *piat*, satu kali datang langsung selesai untuk gigi-gigi atas dan bawah. *Tattoo* tidak dilakukan satu kali, tetapi beberapa kali datang. Misalnya bagian tangan dulu, baru kaki, dada, perut dan wajah. Urutannya tidak selalu begitu. Lagi pula biaya untuk *titi* (*tattoo*) mahal, bisa berupa *gouk-gouk* (ayam) atau keladi, kalau *piat* tidak harus bayar apa-apa. *Tattoo* dan *piat* gunanya sama, yaitu sebagai tanda suku Mentawai. Jaman dulu semua orang di *tattoo* dan di *piat*, tetapi sekarang tidak lagi ”

Ailakog (35 tahun) :

“ Aku di *piat* sebelum menikah, masih kecil. Baru kemudian setelah dewasa aku di *titi* (*tattoo*) sebagian-sebagian, tergantung biaya yang aku punya. Rasanya sakit sekali, tetapi *tattoo* dan *piat* harus aku lakukan karena itu sebagai tanda si Mentawai. Setelah dilarang oleh pemerintah, orang yang di *piat* dan di *titi* (*tattoo*) sudah jarang. Kalau masih ada, mereka melakukannya dengan sembunyi-sembunyi, takut ”

5.2.2. Manfaat Tindakan Mutilasi Gigi Anterior.

a. Wawancara Mendalam

Sapelegu (laki-laki, 55 tahun)

“Bagi orang Mentawai, *piat* itu penting sekali yaitu untuk tanda si Mentawai. Kalau tidak di *piat* itu berarti *sareneu* (bukan si Mentawai). *Piat* adalah salah satu tanda si Mentawai, juga *titi* (*tattoo*) Tapi sekarang orang sudah tidak lagi melakukan itu, karena sakit dan juga tidak boleh oleh pemerintah.”

b. FGD (Focus Group Discussion).

1. Manfaat tindakan mutilasi gigi *anterior*.

Tenguru (40 tahun)

“Gigi saya menjadi lebih kuat setelah di *piat*.”

Maloteu (55 tahun)

“Karena di *piat*, aku dapat punya isteri.”

2. Apakah mutilasi gigi *anterior* perlu dipertahankan?

Tokaeleu (50 tahun).

“*Piat* perlu dipertahankan, karena *piat* merupakan tradisi kami orang Mentawai. Kalau dihilangkan, nanti kami tidak punya tanda lagi.”

Saepeu (50 tahun).

“*Piat* tidak perlu dilakukan lagi, sebab sakit sekali waktu di *piat* itu. Lagi pula orang lain sekarang juga sudah jarang yang di *piat*. *Piat* adalah adat lama yang tidak perlu dipertahankan lagi. Orang yang tidak di *piat* juga tidak apa-apa.”

Tenguru (40 tahun) :

“Kalau saya terserah mereka, mau di *piat* atau tidak itu bukan masalah.”

5.2.3. Akibat Tindakan Mutilasi Gigi *Anterior*.

a. Wawancara Mendalam.

Sapelegu (laki-laki, 55 tahun)

“Akibat dari *piat sor*, tidak ada itu. Kami biasa-biasa saja, tidak ada apa-apa. Tidak ada masalah.”

b. FGD (Focus Group Discussion)

1. Apakah pernah sakit gigi?

Rengot (40 tahun)

“ Aku pernah sakit gigi, *mabesik* (sakit). Aku sampai tidak bisa tidur nyenyak beberapa hari *Mukom* (makan) tidak bisa. Aku sampai tidak bisa pergi menyagu”

Ailakog (35 tahun)

“ Aku pernah *mabesik sot* (sakit gigi), *mabesik mabesik* (sakit). Aku sampai menangis. Tidak bisa ke ladang ke tempat sagu, tidak bisa *mukom* (makan). Aku pergi ke si Kere: minta *lagek* (obat). Aku diberi daun-daun, aku tempel ke *sot* (gigi) aku yang sakit, sakit berkurang, beberapa hari tak *mabesik* lagi ”

Sabagale (47 tahun) .

“ Waktu aku *mabesik sot* (sakit gigi), aku tiduran saja di rumah, tidak pergi kemana-mana. Pipi aku pegang terus karena *mabesik* (sakit). *Mukom* (makan) tidak mau, tidur tidak enak. Aku ke si Kere: minta *lagek* (obat), diberi daun-daun, diremas-remas terus aku tempel ke *sot* aku (gigi) yang *mabesik* (sakit). Beberapa hari *mabesik* hilang ”

2. Atrisi Gigi Posterior.

Rengot (40 tahun).

“ Aku tidak tahu apa itu gigi aus, aku juga tidak tahu kalau *sot* (gigi) aku itu ada yang aus. Aku tidak merasa apa-apa dengan *sot* (gigi) aku yang dibilang aus itu, aku tidak tahu apa sebab. Pokoknya bisa untuk *mukom* (makan), tidak *mabesik* (sakit). aku tidak peduli dengan aus itu ”

Tokaeleu (50 tahun) .

“ Iya ya, apa itu aus, aku tidak tahu menurut aku gigi aku itu utuh-utuh saja, tidak ada yang rusak. Eh waktu diperiksa kok dibilang rusak aku tidak tahu itu. Apa yang jadi penyebabnya ya, aku tidak tahu itu. Gigi yang lobang dan sakit itulah gigi yang rusak menurut aku. Gigi yang lain tidak tahulah aku ”.

Tubu Gorlok (52 tahun)

“ Baru saya tahu setelah gigi saya diperiksa kalau gigi saya yang sebelah belakang itu rusak. Aus katanya, tidak utuh lagi, ada bagian yang hilang. Saya kok tidak tahu dan tidak merasa apa-apa ya. Aneh ini namanya. Sakit juga tidak, untuk makan enak-enak saja. Kalau untuk makan buah yang asam, yah ngilu sedikit tapi tidak apa-apa, hanya sedikit dan tidak jadi masalah, biasa-biasa saja ”

Ketika ditanya pendapatnya tentang keberadaan si Kerei, Sapelegu yang juga seorang Kerei memberikan penjelasan sebagai berikut :

“ Si Kerei ? Meski pun saya ini juga si Kerei, saya pernah meminta tolong kepada Kerei lainnya bila menghadapi kesulitan. Kehidupan kami tidak bisa dipisahkan darinya. Si Kereilah yang memimpin berbagai upacara adat di sini. Kepada si Kereilah orang berobat bila sakit. Di sini jauh dari puskesmas, orang puskesmas jarang sekali yang ke sini. Kalau ada orang sakit, dari si Kerei didapatkan obat. Obat-obatan yang dipakai biasanya daun-daunan yang didapat di hutan. Pengobatan bisa juga dengan doa dan mantera serta dengan menyembelih *gouk-gouk* (ayam) atau *sainak* (babi), tergantung jenis penyakitnya. Pada pengobatan penyakit yang berat bisa juga dilakukan dengan banyak tarian ”

“ Masing-masing kelompok Kerei mempunyai wilayah kerja tertentu. Bila suatu saat ada orang sakit di suatu wilayah dan sedang ada upacara pengobatan oleh si Kerei dari kelompok tersebut, maka Kerei dari kelompok lain tidak boleh mendatanginya, meski hanya menjenguk saja. Mereka meyakini bahwa bila mereka datang ke tempat yang bukan wilayahnya dan di situ sedang ada upacara pengobatan, maka ilmu kesaktian mereka akan hilang. Lain halnya bila saat itu tidak sedang ada upacara pengobatan, mereka dapat datang bertandang tanpa ada sangsi apapun ”

Bagaimana dengan kebiasaan makan ?

“Makanan pokok sehari-hari kami adalah sagu. Cara memasaknya . tepung sagu dibungkus dengan daun sagu atau dimasukkan ke dalam bambu kemudian dibakar. Kadang bisa diberi kelapa parut, tetapi biasanya hanya sagu saja. Kalau kami punya ikan, *taet* (ulat kayu) atau *tamra* (ulat sagu) bisa dimakan bersama, tetapi kalau tidak ada yang lain ya kami biasanya hanya makan sagu saja tanpa apa-apa. Untuk sagu yang dibungkus daun sagu karena keras, kami mengunyahnya lebih lama, *kalabai* (ibu) ini aneh, kami tak pernah menghitung, mungkin 10 - 15 kali kunyahan sebelum ditelan, tetapi kalau yang dimasak di bambu, kami mengunyahnya cepat-cepat saja, kira-kira 5 - 7 kali pengunyahan sebelum ditelan ”

“ Kami jarang makan sayur, kadang-kadang daun ketela pohon direbus, atau daun paku direbus. Kalau buah-buahan di sini, wah banyak, tergantung musimnya misalnya *tuk-tuk* (durian), *babaet* (rambutan), *pegu* (cempedak), *siamung* (langsat), manggis. *Tairok* (Minang; *pisang batu*, Jawa : *pisang kepok*, Latin : *Musa acuminata*) bisa dimakan seup saat. Air minum kami ambil di sungai ”

Apakah pernah sakit gigi ? Bagaimana pengobatannya ?

“ Saya pernah sakit gigi, dan saya obati sendiri dengan daun-daunan yang diremas kemudian ditempelkan ke gigi yang sakit, terus rasa sakit berangsur kurang. Gigi saya belum pernah ditambal, belum pernah

dicabut Saya tidak pernah gosok gigi hahahahaha hanya kadang *gujuk-gujuk* saja (kumur-kumur) Kalau tidur gigi saya tidak pernah bunyi "

Bagaimana halnya dengan ramuan tradisional ?

" Ramuan tradisional di sini banyak sekali jenisnya dan biasanya hanya si Kereiilah yang tahu dan itu merupakan rahasia darinya yang orang lain tidak boleh mengetahuinya. Setiap Kerei mempunyai ramuan sendiri yang tidak diketahui Kerei lain. Bila seorang Kerei tidak sanggup mengobati suatu penyakit, maka bisa saja ia minta tolong kepada Kerei lainnya untuk bersama-sama mengobati suatu penyakit. Kami sangat tertolong dengan ramuan-ramuan ini yang mempunyai khasiat sangat baik. Bila ada petugas puskesmas datang ke sini, kami juga berobat pada mereka. Si Kerei juga tidak menolak pengobatan modern, bahkan dia sendiri juga berobat. Jadi hubungan Kerei dengan petugas kesehatan tidak berlawanan, tetapi saling membantu "

Bagaimana jika Gigi tidak dimutilasi ?

Rengot (40 tahun):

" Ada orang yang tidak di *piat*, itu terserah mereka. Ada yang bilang karena takut *mabesik* (sakit). Di *piat* memang *mabesik* (sakit), tapi itu tanda suku Mentawai, jadi aku harus melakukannya "

Ailakog (35 tahun):

" Orang tidak mau di *piat* itu memang terserah mereka, biasanya mereka takut karena *mabesik* (sakit). Seperti *titi* (*tattoo*) itu juga *mabesik*, jadi orang sekarang pada tidak mau melakukannya. Kalau orang tidak di *piat*, itu tidak jadi masalah, tidak ada sanksi atau hukuman apa-apa untuk mereka. Aku di *piat* karena aku orang Mentawai "

Tokaeleu (50 tahun):

" Pada tahun delapan puluhan tahun berapa tepatnya ya , aku lupa, ada larangan dari pemerintah Indonesia yang melarang orang di sini melakukan *piat* dan *titi* (*tattoo*), jadi sekarang sudah jarang. Aku di *piat* sebagai tanda si Mentawai "

Tubu Gorlok (laki-laki, kerei, 52 tahun)

" Meskipun saya si Kerei, saya tidak mau di *piat*, saya tidak mau sakit. Saya juga tidak di *titi* (*tattoo*), karena di *titi* (*tattoo*) itu sakit. Tidak ada sanksi apapun, mau di *piat* atau

tidak, mau di *tin* (*taroo*) atau tidak Terserah mereka Saya punya isteri jadi meski tidak di *puat*, ada juga perempuan yang mau menjadi isteri saya, tetapi isteri saya sudah meninggal, saya punya beberapa anak dan punya beberapa cucu Saya mau cari isteri lagi kalau ada yang mau ha ha ha

5.3. Status Kesehatan Gigi Suku Mentawai.

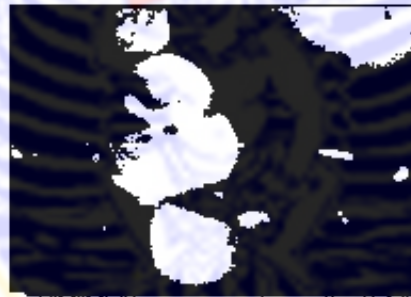
5.3.1. Kejadian mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior*.



Gambar 5.32. *Sipiat Sot*



Gambar 5.33. *Sipiat Sot*



Gambar 5.34. Atrisi gigi *posterior*.

Tabel 5.6. Hubungan Mutilasi Gigi *Anterior* dengan Kejadian Atrisi Gigi *Posterior*.

	Atrisi		Tidak atrisi		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mutilasi	95	53,07	1	0,56	96	53,63
Tidak mutilasi	50	27,93	33	18,44	83	46,37
Total	145	81	34	19	179	100

Fisher and Kruskal tau = 0,242 . *p* = 0,000

Terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan kejadian atrusi gigi *posterior*.

Tabel 5.7. Hubungan Mutilasi Gigi *Anterior* dengan Jenis Kelamin.

	Laki-laki		Perempuan		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mutilasi	57	31,84	39	21,79	96	53,63
Tidak mutilasi	47	26,26	36	20,11	83	46,37
Total	104	58,1	75	41,9	179	100

Goodman and Kruskal tau = 0,001 ; *p* = 0,711

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan jenis kelamin.

Tabel 5.8. Hubungan Mutilasi Gigi *Anterior* dengan Kelompok Umur.

Kelompok Umur	Mutilasi gigi <i>anterior</i>		Total
	Mutilasi	Tidak mutilasi	
> 35 tahun	45 (25,14 %)	11 (6,15 %)	56 (31,29 %)
25 – 35 tahun	36 (20,11 %)	38 (21,23 %)	74 (41,34 %)
< 25 tahun	15 (8,38 %)	34 (18,99 %)	49 (27,37 %)
Total	96 (53,63 %)	83 (46,37 %)	179 (100 %)

Goodman and Kruskal tau = 0,070 ; *p* = 0,000

Terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan kelompok umur

Tabel 5.9. Hubungan Mutilasi Gigi *Anterior* dengan Status Sosial.

Status sosial	Mutilasi gigi <i>anterior</i>		Total
	Mutilasi	Tidak mutilasi	
Kepala desa	0 (0 %)	1 (0,56 %)	1 (0,56 %)
Kepala dusun	1 (0,56 %)	1 (0,56 %)	2 (1,12 %)
Ketua dewan adat	2 (1,12 %)	0 (0 %)	2 (1,12 %)
Si Kerei	28 (15,64 %)	3 (1,68 %)	31 (17,32 %)
Penduduk biasa	65 (36,31 %)	78 (43,57 %)	143 (79,88 %)
Total	96 (53,63 %)	83 (46,37 %)	179 (100 %)

Goodman and Kruskal tau = 0,101 ; *p* = 0,000

Terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan status sosial.

Tabel 5.10. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dengan Pendidikan.

Pendidikan	Mutilasi gigi <i>anterior</i>		Total
	Mutilasi	Tidak mutilasi	
Tidak tamat PT	0 (0%)	1 (0,56%)	1 (0,56%)
Tamat SMU	0 (0%)	6 (3,35%)	6 (3,35%)
Tidak tamat SMU	0 (0%)	4 (2,23%)	4 (2,23%)
Tamat SMP	0 (0%)	10 (5,59%)	10 (5,59%)
Tidak tamat SMP	2 (1,12%)	0 (0%)	2 (1,12%)
Tamat SD	6 (3,35%)	16 (8,94%)	22 (12,29%)
Tidak tamat SD	27 (15,08%)	34 (18,99%)	61 (34,08%)
Tidak sekolah	61 (34,08%)	12 (6,70%)	73 (40,78%)
Total	96 (53,63%)	83 (46,37%)	179 (100%)

Goodman and Kruskal tau = 0,106 , $p = 0,000$

Terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan pendidikan.

Tabel 5.11. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dengan Pekerjaan

Pekerjaan	Mutilasi gigi <i>anterior</i>		Total
	Mutilasi	Tidak Mutilasi	
Aparat Desa	2 (1,12%)	4 (2,24%)	6 (3,36%)
Guru	0 (0%)	5 (2,79%)	5 (2,79%)
Pegawai non aparat	0 (0%)	10 (5,58%)	10 (5,58%)
Menyagu	50 (27,93%)	23 (12,85%)	73 (40,78%)
Berladang	39 (21,78%)	34 (19%)	73 (40,78%)
Kuli	0 (0%)	5 (2,79%)	5 (2,79%)
Tidak bekerja	5 (2,8%)	2 (1,12%)	7 (3,92%)
Total	96 (53,63%)	83 (46,37%)	179 (100%)

Goodman and Kruskal tau = 0,031 , $p = 0,000$

Terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan jenis pekerjaan

Tabel 5.12. Volume Mahkota Gigi dan Volume Bagian Gigi yang Dimutilasi.

Nomer Gigi	Volume mahkota gigi	Volume bagian gigi yang dimutilasi
13	290 μ l	22 μ l (7,59%)
12	207 μ l	37 μ l (17,87%)
11	344 μ l	44 μ l (12,79%)
21	340 μ l	40 μ l (11,76%)
22	282 μ l	32 μ l (11,35%)
23	325 μ l	25 μ l (7,69%)
43	268 μ l	20 μ l (7,46%)
42	230 μ l	30 μ l (13,04%)
41	225 μ l	28 μ l (12,44%)
31	220 μ l	32 μ l (14,55%)
32	235 μ l	33 μ l (14,04%)
33	256 μ l	26 μ l (10,16%)

Volume bagian gigi yang dimutilasi berkisar antara 7,46% - 17,87% dari masing-masing gigi *anterior* yang mempunyai ukuran volume mahkota yang berbeda yaitu berkisar antara 220 μ l - 344 μ l. Hasil pengukuran ini adalah estimasi karena pengukuran dilakukan pada suatu model cetakan

Tabel 5.13. Hubungan Atrisi Gigi Posterior dengan Jenis Kelamin

Atrisi gigi posterior	Laki-laki		Perempuan		Total %	
	N	%	N	%	N	%
Atrisi	84	46,93	61	34,08	145	81,01
Tidak atrisi	20	11,17	14	7,82	34	18,99
Total	104	58,1	75	41,9	179	100

Goodman and Kruskal tau = 0,000 , *p* = 0,925

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara atrisi gigi *posterior* dengan jenis kelamin

Tabel 5.14. Hubungan Kedalaman Atrisi Gigi Posterior dengan Jenis Kelamin.

Kedalaman atrisi	Jumlah			Persen (%)		
	L	P	Total	L	P	Total
Enamel	23	23	46	15,86	15,86	31,72
Dentin	59	38	97	40,69	26,21	66,9
Pulpa	2	0	2	1,38	0	1,38
Total	84	61	145	57,93	42,07	100

Goodman and Kruskal tau = 0,009 , *p* = 0,256

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedalaman atrisi gigi *posterior* dengan jenis kelamin

Tabel 5.15. Hubungan Kedalaman Atrisi Gigi Posterior Menurut Kelompok Umur.

Kelompok umur	Kedalaman atrisi gigi <i>posterior</i>		
	Email	Dentin	Pulpa
> 35 tahun	46 (31,72%)	97 (66,9%)	2 (1,38%)
25 - 35 tahun	9 (6,21%)	46 (31,72%)	1 (0,69%)
≤ 25 tahun	26 (17,93%)	33 (22,76%)	1 (0,69%)
< 25 tahun	11 (7,59%)	18 (12,41%)	0

Keterangan: Jumlah responden dengan atrisi gigi *posterior* sebanyak 145 (81%)
Floodman and Kruskal tau = 0,069, *p* = 0,001

Terdapat hubungan yang signifikan antara kedalaman atrisi gigi *posterior* dengan kelompok umur

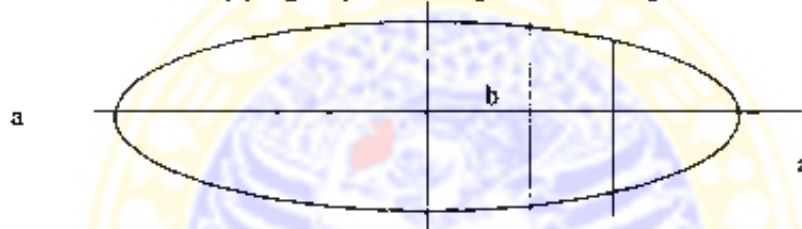


Gambar 5.35 Hasil cetakan gigi yang dimutilasi

5.3.2. Permukaan atrisi gigi berdasarkan : keliling, luas dan volume rata-rata.

Kerusakan dalam hal ini atrisi gigi merupakan peristiwa kegagalan material padat akibat interaksi mekanik sehingga menyebabkan hilangnya masa dari benda tersebut. Interaksi yang terjadi berlangsung secara kontinyu dan dalam waktu yang relatif lama. Peristiwa tersebut biasanya terjadi akibat adanya gaya gesek antara benda satu dan lainnya.

Kegagalan material akibat keausan dapat dilihat dari besarnya massa yang hilang atau terjadinya perubahan volume. Pada gigi, kerusakan akibat keausan cenderung memiliki kontur permukaan berbentuk elip. Hal tersebut dapat ditunjukkan dari beberapa contoh kerusakan gigi akibat keausan khususnya pada bagian gigi yang mempunyai bentuk cenderung kearah bentuk elip. Dengan fakta tersebut volume yang hilang akibat peristiwa keausan dapat didekati dengan model *ellipsoid* (volume elip) (Williams dkk, 1971). Cekungan dan kontur kerusakan yang terjadi berdasarkan pendekatan di atas dapat dinyatakan sebagai setengah volume elip. Berdasarkan analisa yang menggunakan pendekatan elemen volume elip yang dinyatakan dengan model sebagai berikut :



Gambar 5.36. Pendekatan dengan *ellipsoid*

a = sumbu mayor
b = sumbu minor

Diperoleh persamaan volume elip sebagai berikut .

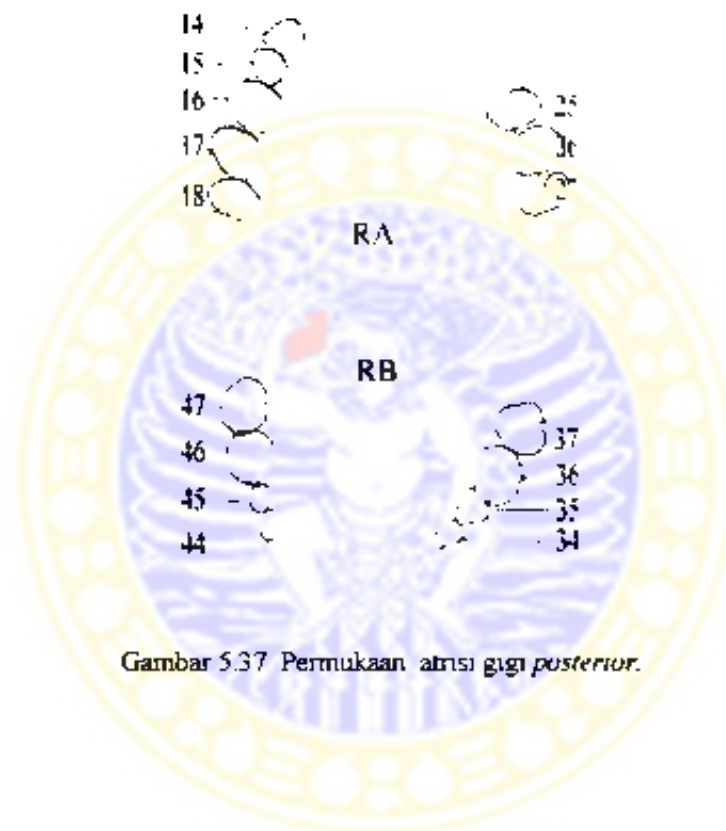
Volume elip = $\pi \cdot b \cdot b \cdot a \cdot \frac{4}{3}$

Setengah volume elip = $\pi \cdot b \cdot b \cdot a \cdot \frac{2}{3}$ (Dosen Matematika ITS, 2002).

Gigi yang mengalami keausan akan dikur volume keausannya. Mengingat bentuk keausan yang cekung, maka pengukuran volume kita dekati dengan pengukuran volume elips yang dibagi dua. Kita tidak mengetahui berapa besar bagian gigi yang hilang karena mengalami keausan. Data yang ada adalah keadaan gigi yang sudah mengalami keausan. Untuk mengetahui berapa besar

keausan yang terjadi, maka gigi tersebut akan diukur volume keausannya pasca aus. Mengingat terdapat beberapa bentuk keausan, cekung, datar, cembung, maka pengukuran volume kita dekat dengan pengukuran elip yang dibagi dua.

Untuk pengukuran luas dan keliling permukaan atnisi dihitung dengan komputer program *autocat* dengan membuat *digit-digit* pada permukaan atnisi gigi yang sudah ditransfer ke kertas yang kemudian di *scanning* untuk dilakukan proses penghitungan.



Gambar 5.37 Permukaan atnisi gigi *posterior*.

Tabel 5.16. Distribusi Permukaan Gigi yang Mengalami Atrisi Dilihat dari Luas, Keliling dan Volume Rata-rata .

Nomer Gigi	Keliling atrisi rata-rata	Luas atrisi rata-rata	Volume atrisi rata-rata
47	2,4925 cm	0,4367 cm ²	1,0617 cm ³
46	2,3915 cm	0,4255 cm ²	1,0662 cm ³
45	1,5966 cm	0,2047 cm ²	0,2427 cm ³
44	1,4401 cm	0,1525 cm ²	0,1511 cm ³
37	2,4201 cm	0,4175 cm ²	0,9229 cm ³
36	2,3327 cm	0,3877 cm ²	1,1067 cm ³
35	1,5733 cm	0,1890 cm ²	0,2510 cm ³
34	1,3762 cm	0,1402 cm ²	0,1528 cm ³
17	2,6273 cm	0,5098 cm ²	1,2928 cm ³
16	2,5399 cm	0,4892 cm ²	1,2295 cm ³
15	1,8759 cm	0,2756 cm ²	0,3949 cm ³
14	1,6566 cm	0,2026 cm ²	0,2660 cm ³
27	2,5315 cm	0,4647 cm ²	1,1337 cm ³
26	2,3917 cm	0,4397 cm ²	0,9740 cm ³
25	1,7741 cm	0,2491 cm ²	0,3603 cm ³
24	1,5259 cm	0,1689 cm ²	0,2607 cm ³

Keterangan : jumlah sampel 20 cetakan gigi rahang atas dan rahang bawah.

5.3.3. Distribusi Faktor Penyebab Mutilasi Gigi Anterior.

Tabel 5.17. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dengan Mobilitas.

Mutilasi gigi anterior	Mobilitas				Total	
	Rendah		Sedang		N	%
	N	%	N	%		
Mutilasi	62	34,64	34	18,99	96	53,63
Tidak mutilasi	53	29,61	30	16,76	83	46,37
Total	115	64,25	64	35,75	179	100

Goodman and Kruskal tau = 0,000 , p = 0,920

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara mutilasi gigi *anterior* dengan mobilitas.

Tabel 5.18. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dengan Tingkat Faktor Predisposisi.

Mutilasi gigi <i>anterior</i>	Faktor Predisposisi				Total	
	Sedang		Tinggi		N	%
	N	%	N	%		
Mutilasi	55	57,29	41	42,71	96	100
Tidak mutilasi	0	0	0	0	0	0
Total	55	57,29	41	42,71	96	100

Goodman and Kruskal tau = 1,000 ; $p = 0,000$

Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor predisposisi dengan terjadinya mutilasi gigi *anterior*.

Faktor predisposisi pada tingkat tinggi terdapat pada 41 responden (42,71 %), pada tingkat sedang terdapat pada 55 responden (57,29 %). Semakin tinggi tingkat faktor predisposisi seseorang, maka kemungkinan yang bersangkutan akan melakukan tindakan mutilasi semakin besar. Ini berarti bila dipandang dari ilmu kesehatan gigi akan berakibat semakin jelek terhadap kesehatan gigi responden, tetapi kenyataannya justru responden dengan faktor predisposisi sedang, lebih banyak yang mengalami mutilasi

Tabel 5.19. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dengan Tingkat Faktor Pemungkin.

Tingkat faktor pemungkin	Jumlah	Persen (%)
Tinggi	29	30,21
Sedang	67	69,79
Total	96	100

Goodman and Kruskal tau = 1,000 ; $p = 0,000$

Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor pemungkin dengan terjadinya mutilasi gigi *anterior*.

Faktor pemungkin pada tingkat tinggi ada 29 responden (30,21%), pada tingkat sedang ada 67 responden (69,79%). Secara teoritis, semakin tinggi tingkat faktor pemungkin, semakin besar orang untuk melakukan mutilasi gigi, dimana hal ini dipandang dari ilmu kesehatan gigi akan berakibat jelek bagi kesehatan gigi yang bersangkutan, tetapi kenyataannya yang mengalami mutilasi justru pada tingkat peringkat sedang

Sementara itu sebagai faktor pendorong, seluruh responden (96 = 100%) dengan mutilasi gigi menjawab bahwa yang mendorong untuk mutilasi gigi anterior adalah dirinya sendiri, bukan orang lain. Ini berarti *locus of control* untuk menentukan mutilasi atau tidak, ada pada diri responden sendiri

5.3.4. Distribusi OHI-S

Tabel 5.20. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Jenis Kelamin dengan OHI-S.

Jenis kelamin	Mutilasi				Tidak Mutilasi				Total			
	L		P		L		P		L		P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OHI-S												
Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sedang	19	10,6	22	12,3	39	21,8	36	20,1	58	32,4	58	32,4
Buruk	38	21,2	17	9,5	8	4,5	0	0	46	25,7	17	9,5
Total	N	57	39	47	36	104	75					
	%	31,8	21,8	26,3	20,1	58,1	41,9					

Laki-laki Goodman and Kruskal tau = 0,026, p = 0,001

Perempuan Goodman and Kruskal tau = 0,040, p = 0,000

Terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan responden mutilasi gigi anterior dengan OHI-S.

Tabel 5.21. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Kelompok Umur dengan OHI-S.

Kelompok umur \ OHI-S	Mutilasi			Tidak Mutilasi			Total			
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	
Baik	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	
Sedang	90 5	24 13.4	8 4.5	6 3.4	37 20.7	32 17.8	15 8.4	61 34.1	40 22.3	
Buruk	36 20.1	12 6.7	7 3.9	5 2.8	1 0.6	2 1.1	41 22.9	13 7.3	9 5	
Total	N %	45 25.1	36 20.1	15 8.4	11 6.2	38 21.3	34 18.9	56 31.3	74 41.4	49 27.3

A : Goodman and Kruskal tau = 0,017 ; p = 0,487

B : Goodman and Kruskal tau = 0,029 ; p = 0,009

C : Goodman and Kruskal tau = 0,030 ; p = 0,164

Keterangan : A = > 35 tahun

B = 25 tahun – 35 tahun

C = < 25 tahun

Terdapat hubungan yang signifikan antara kelompok umur 25 tahun – 35 tahun dari responden yang dimutilasi dengan OHI-S. Sementara untuk kelompok umur > 35 tahun dan < 25 tahun tidak terdapat hubungan yang signifikan dari responden yang dimutilasi dengan OHI-S.

5.3.5. Distribusi *DMF-T*Tabel 5.22. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Jenis Kelamin dengan *DMF-T*.

<i>DMF-T</i>	Jenis kelamin	Mutilasi				Tidak Mutilasi				Total			
		L		P		L		P		L	P		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0		2		7		9		9		11		16	
			1,12		3,91		5,03		5,03		6,15		8,94
1		18		24		20		13		38		37	
			10,06		13,41		11,17		7,26		21,23		20,67
2		0		0		0		0		0		0	
			0		0		0		0		0		0
3		0		0		0		0		0		0	
			0		0		0		0		0		0
4		3		4		4		1		7		5	
			1,68		2,23		2,23		0,56		3,91		2,79
5		27		4		14		8		41		12	
			15,09		2,23		7,82		4,47		22,91		6,70
6		0		0		0		0		0		0	
			0		0		0		0		0		0
7		0		0		0		0		0		0	
			0		0		0		0		0		0
8		7		0		0		5		7		5	
			3,91		0		0		2,79		3,91		2,79
Total	N	57		39		47		36		104		75	
	%		31,86		21,78		26,25		20,11		58,11		41,89

Laki-laki : *Goodman and Kruskal tau* = 0,026 ; *p* = 0,007Perempuan : *Goodman and Kruskal tau* = 0,041 ; *p* = 0,009

Terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dari responden yang dimutilasi dengan *DMF-T*.

Tabel 5.23. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Kelompok Umur dengan DMF-T.

Kelompok umur	Mutilasi			Tidak Mutilasi			Total		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
<i>DMF-T</i>	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
0	0	5	4	2	5	11	2	10	15
	0	2,79	2,23	1,12	2,79	6,15	1,12	5,59	8,38
1	20	16	2	3	19	20	23	35	22
	11,17	8,94	1,12	1,68	10,61	11,17	12,85	19,55	12,29
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	3	3	1	4	2	0	7	5	1
	1,68	1,68	0,56	2,23	1,12	0	3,91	2,79	0,56
5	20	10	6	0	10	1	20	20	7
	11,17	5,59	3,35	0	5,59	0,56	11,17	11,17	3,91
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	2	2	2	2	2	2	4	4	4
	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	2,23	2,23	2,23
Total	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
	45 25,14	36 20,11	15 8,38	11 6,15	38 21,23	34 18,99	56 31,29	74 41,34	49 27,37

A : Goodman and Kruskal tau = 0,013 ; p = 0,671

B : Goodman and Kruskal tau = 0,006 ; p = 0,848

C : Goodman and Kruskal tau = 0,065 ; p = 0,014

Keterangan : A = > 35 tahun

B = 25 tahun – 35 tahun

C = < 25 tahun

Terdapat hubungan yang signifikan antara kelompok umur < 25 tahun dan responder yang dimutilasi dengan DMF-T. Sementara untuk kelompok umur > 35 tahun dan 25 tahun – 35 tahun tidak terdapat hubungan yang signifikan dari responden yang dimutilasi dengan DMF-T

5.3.6. Distribusi CPITN

Tabel 5.24. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Jenis Kelamin dengan CPITN.

Jenis kelamin	Mutilasi				Tidak Mutilasi				Total	
	L		P		L		P		L	P
CPITN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	2	1,12	9	5,03	9	5,03	10	5,59	11	6,15
1	13	7,26	9	5,03	12	6,7	14	7,82	25	13,96
2	29	16,21	20	11,17	23	12,85	12	6,7	52	29,06
3	13	7,26	1	0,56	3	1,67	0	0	16	8,93
Total	N 57		39		47		36		104	75
	% 31,85		21,79		26,25		20,11		58,1	41,9

Laki-laki Goodman and Kruskal tau = 0,020 ; p = 0,106

Perempuan Goodman and Kruskal tau = 0,023 ; p = 0,168

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan responden yang dimutilasi dengan CPITN.

Tabel 5.25. Hubungan Mutilasi Gigi Anterior dan Kelompok Umur dengan CPITN.

Kelompok umur	Mutilasi			Tidak Mutilasi			Total		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
CPITN	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
0	0 0	3 2,79	6 3,35	0 0	6 3,35	13 7,27	0 0	11 6,14	19 10,62
1	8 4,47	9 5,03	5 2,79	2 1,11	12 6,7	12 6,7	10 5,58	21 11,73	17 9,49
2	23 12,85	22 12,3	4 2,23	6 3,35	20 11,17	9 5,03	29 16,2	42 23,47	13 7,26
3	14 7,83	0 0	0 0	3 1,68	0 0	0 0	17 9,51	0 0	0 0
Total	N 45	36	15	11	38	34	56	74	49
	% 25,15	20,12	8,37	6,14	21,22	19	31,29	41,34	27,37

A Goodman and Kruskal tau = 0,001 ; p = 0,963

B Goodman and Kruskal tau = 0,005 ; p = 0,686

C Goodman and Kruskal tau = 0,000 ; p = 0,989

Keterangan : A = > 35 tahun

B = 25 tahun - 35 tahun

C = < 25 tahun

Tidak terdapat hubungan yang signifikan pada semua kelompok umur dari responden yang dimutilasi dengan *CPITN*.

5.4. Makanan Pokok dan Cara Pengolahan Makanan.

5.4.1. Distribusi Makanan.

Tabel 5.26. Jenis Makanan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai .

Jenis makanan	Responden	
	Jumlah	Persen (%)
Makanan pokok saja	3	1,7
Makanan pokok, buah/sayur.	125	69,8
Makanan pokok, buah/sayur, lauk.	29	16,2
Makanan pokok, buah/sayur, makanan tambahan.	18	10,1
Makanan pokok, buah/sayur, lauk, makanan tambahan.	4	2,2
Total	179	100

Masyarakat Suku Mentawai pada kehidupan sehari-hari biasanya hanya makan makanan pokok dan buah-buahan dan sayur. (69,8 %) Pada hasil penelitian ini hanya 5 responden (2,8 %) yang mengkonsumsi sayur (Tabel 5. 31.) Mereka jarang sekali makan sayur, lauk sebagai pengiring untuk makanan pokok juga jarang dikonsumsi.

Tabel 5.27. Jenis Makanan Pokok yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai .

Makanan pokok	Responden	
	Jumlah	Persen (%)
Sagu	179	100
Talas	51	28,5
Ubi kayu	53	29,6
Waluh	5	2,8
Mi	2	1,1

Keterangan : N = jumlah responden = 179

Semua responden mengkonsumsi sagu sebagai makanan pokok yang dimakan setiap harinya. Talas, ubi kayu, waluh dan mi tidak dikonsumsi oleh semua responden. Pada saat mereka makan, sebagai makanan pokok yang

terhidang bisa berupa sagu saja, talas saja, ubi kayu saja, waluh saja atau campuran dari beberapa bahan tersebut. Sagu dimasak dengan dibakar, talas dengan direbus, ubi kayu bisa dibakar atau direbus, waluh dengan direbus. Sementara itu mi yang bukan merupakan makanan asli suku Mentawai, dimasak dengan merebusnya dan dimakan bersama dengan sagu bakar. Sebagai contoh, pada saat makan pagi mereka mengkonsumsi sagu bakar saja dan minum air putih, saat makan siang mereka makan ubi kayu bakar dan sagu bakar, pisang serta minum air putih, malam harinya kembali mereka makan sagu bakar saja dan minum air putih. Data ini diambil dengan *metode recall 1 x 24 jam*.

Tabel 5. 28. Jenis Buah-buahan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai .

Jenis buah \ Responden	Jumlah	Persen (%)
Pisang	171	95,5
Jeruk	1	0,6
Rambutan	81	45,3
Durian	13	7,3
Cempedak	7	3,9
Langsat	31	17,3
Manggis	9	5
Kokosan	41	22,9

Keterangan : N = jumlah responden = 179.

Pisang tersedia setiap saat, tidak tergantung musim. Sementara buah-buahan yang lain tergantung musim berbuah. Cara makan pisang ada yang direbus, dibakar atau dimakan mentah saja. Buah-buahan yang lain langsung dimakan, tidak perlu dimasak. Buah-buahan ini pada saat musim berbuah dikonsumsi sangat banyak, sehingga bisa menggantikan kedudukan makanan pokok. Misalnya dalam satu hari hanya makan durian saja, atau rambutan saja. Konsumsi buah-buahan dalam jumlah banyak akan membuat konsumsi makanan pokok menjadi lebih hemat sehingga persediaan sagu bisa menjadi lebih lama.

Tabel 5.29. Jenis Rasa Buah yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai .

Jenis rasa buah-buahan	Jumlah	Persen (%)
Asam (jeruk, rambutan, langsung, manggis, kokosan)	0	0
Manis (pisang, duri, cempedak)	36	20,34
Asam dan manis (terdiri dari buah rasa asam dan buah rasa manis)	141	79,66
Total	177	100

Keterangan : N = jumlah responden = 179

Jumlah responden yang makan buah 177 orang, jadi ada 2 responden yang tidak mengonsumsi buah sewaktu pencarian data dengan *metode recall* dilakukan. Masyarakat Mentawai senang sekali mengonsumsi buah-buahan seperti rambutan, langsung, manggis, kokosan yang semuanya berasa asam, meskipun buah-buahan itu hanya dikonsumsi pada musimnya saja. Jenis rambutan adalah rambutan hutan yang berkulit sangat tebal, manggis juga manggis hutan yang bentuknya agak lonjong berbeda dengan manggis pada umumnya yang buldar (Gambar 5.38 dan Gambar 5.39).



Gambar 5.38 Kokosan (kiri, kulit kuning) dan rambutan hutan (kanan, kulit merah)



Gambar 5.39 Manggis hutan

Tabel 5.30. Hubungan Atrisi Gigi Posterior dengan Rasa Buah.

Jenis Rasabuah	Atrisi gigi posterior		Tidak Atrisi		Total	
	N	%	N	%	N	%
Asam	0	0	0	0	0	0
Manis	33	18,64	3	1,69	36	20,33
Asam dan manis	110	62,15	31	17,52	141	79,67
Total	N 143	% 80,79	34	19,21	177	100

Goodman and Kruskal tau = 0,001 , *p* = 0,938

Keterangan N = jumlah responden = 177

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara rasa buah yang dikonsumsi dengan terjadinya atrisi gigi posterior. Besarnya responden mengkonsumsi buah dengan rasa asam dan manis 141 (79,67 %) dikarenakan terdapat 171 responden (95,5 %) (Tabel 5.28) mengkonsumsi pisang yang mempunyai rasa manis ditambah pada saat penelitian di lokasi ditemukan sedang musim buah rambutan, manggis, langsung dan kokosan yang berasa asam

Tabel 5.31. Jenis Sayur-sayuran yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai.

Jenis sayur-sayuran	Responden	Persen (%)
Daun paku	1	0,6
Daun ubi kayu	4	2,2
Jumlah	5	2,8

Keterangan : N = jumlah responden = 179

Jumlah responden yang mengonsumsi sayur-sayuran hanya 5 orang (2,8 %), selebihnya mereka tidak mengonsumsi sayur-sayuran. Meskipun alam menyediakan sayuran yang tumbuh secara liar di hutan, misalnya daun paku, tetapi mereka kurang menyenangi untuk dikonsumsi. Daun ubi kayu yang ditanam jarang dimakan sebagai sayur. Di ladang, mereka juga tidak menanam sayur-sayuran. Ladang mereka hanya ditanami talas, ubi kayu dan pisang. Mereka tidak biasa makan sayur-sayuran yang memerlukan waktu untuk mengolahnya meskipun hanya direbus saja.

Tabel 5.32. Jenis Lauk yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai.

Jenis lauk	Jumlah	Persen (%)
Daging babi	4	2,2
Daging ayam	2	1,1
Telur ayam	2	1,1
Keong / siput	6	3,4
Ikan	14	7,8
Udang sungai	2	1,1
Kepiting sungai	2	1,1
Jumlah	32	17,8

Keterangan : N = jumlah responden = 179

Terdapat 17,8 % responden mengonsumsi lauk, selebihnya mereka makan tidak memakai lauk. Daging babi dan ayam biasanya dimakan pada saat ada pesta upacara adat. Pada saat itu disembelih hewan sebagai syarat suatu upacara dilakukan, kemudian dagingnya dimakan bersama-sama. Cara mengolah daging babi, ayam yaitu dengan direbus. Lemak babi disimpan di dalam bambu

untuk sewaktu-waktu dimakan bersama sagu bakar setelah terlebih dahulu dipanaskan dengan membakar bambunya. Udang, kepiting, keong/siput, telur, dimakan dengan merebusnya, tetapi ditemukan juga udang langsung dimakan segera setelah ditangkap di sungai. Ikan biasanya dimasak dengan memasukkannya ke dalam bambu, kemudian diberi air, lalu dibakar dan dimakan bersama sagu bakar. Responden yang waktu pengumpulan data dengan metode *recall* ditemukan mengonsumsi daging babi dan daging ayam adalah responden yang sehari sebelumnya mengikuti upacara adat.

Tabel 5.33 : Jenis Makanan Tambahan yang Dikonsumsi Responden Suku Mentawai .

Jenis makanan , minuman	Responden	Persen (%)
Teh manis	17	9,5
Kopi manis	4	2,2
Biskuit	2	1,1
Total	23	12,8

Keterangan : N = jumlah responden = 179

Responden yang mengonsumsi makanan, minuman tambahan ada 23 (12,8 %). selebihnya mereka tidak mengonsumsi makanan atau minuman tambahan. Mereka tidak setiap hari mengonsumsi makanan atau minuman tambahan. Bila mereka mempunyai uang yang didapat dengan mencari hasil hutan yang kemudian dijual ke pedagang pengumpul di pedalaman, lalu dibelikan atau ditukar dengan teh, kopi, gula, baru mereka mengkonsumsinya, itupun jarang dilakukan. Mereka lebih senang menukar hasil hutannya dengan tembakau.

Tabel 5.34. Kandungan Rata-rata Zat yang Terdapat Pada Pola Makan /Orang / Hari.

Kandungan zat pada pola makan	Jumlah rata-rata / orang / hari	Angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan *
Kalori	1183,6536 kkal.	2000 kkal – 3600 kkal
Protein	9,7175 gr.	48 mg – 66 gr
KH	282,8659 gr.	-
Lemak total	2,5304 gr.	-
Vit A total	305,7088 RE = 2000 IU retinol	500 mg – 600 gr
Vit B1	0,19724 mg	1 mg – 1,2 mg
Vit C	106,1631 mg	60 mg
Kalsium	107,7240 mg	500 mg – 600 mg
Besi	6,7156 mg	13 mg – 26 mg
Phospor	146,8559 mg	450 mg – 500 mg

Keterangan : * = (per orang per hari) untuk orang dewasa 16 tahun -59 tahun (LIPI,1994)

Semua zat yang terkandung pada pola makan Suku Mentawai dibawah angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan kecuali kandungan vit C : 106,1631 mg yang lebih tinggi dari angka yang dianjurkan yaitu 60 mg.

5.4.2. Cara Pengolahan Makanan Pokok.

Tabel 5.35. Hubungan Atrisi Gigi Posterior dengan Cara Pengolahan Makanan Pokok .

Cara pengolahan makanan pokok: sagu (dengan dibakar)	Atrisi gigi posterior		Jumlah					
			Atrisi		Tidak		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimasukkan dalam barbu lalu dibakar	35	19,55	11	6,15	46		25,70	
Dibungkus daun sagu, lalu dibakar dan dimasukkan dalam bambu lalu dibakar.	14	7,82	4	2,23	18		10,05	
Dibungkus dengan daun sagu lalu dibakar.	96		19	10,62	115		64,25	
	53,63							
Total	N 145	% 81	34	19	179		100	

Goodman and Kruskal tau = 0,007 ; p = 0,523

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara cara pengolahan makanan pokok dengan atrisi gigi posterior.



Gambar 5.42.



Gambar 5.43.

Keterangan

- Gambar 5.40 Tepung sagu dibaluskan dengan *gogojai* (pengayak sagu)
- Gambar 5.41 Tepung sagu dibungkus dengan daun sagu.
- Gambar 5.42 : Bungkusannya diikat dengan daun sagu.
- Gambar 5.43 : Bungkusannya sugu dibakar dengan kayu bakar.



Gambar 5 44. Sagu masak yang dibungkus daun sagu.



Gambar 5 45. Sagu yang dibakar di dalam bambu.



Gambar 5 46 Cara makan sagu bakar

5.5. Variabel Dependen dan Variabel Independen.

Tabel 5.36. Variabel Karakteristik dan Variabel yang Berhubungan Dengan Terjadinya Mutilasi Gigi Anterior.

Kelompok umur dan seks	Variabel Independen	Variabel Dependen	Goodman and Kruskal tau test	SE	App Sig (p)	S/ NS
	Seks	Daerah	0,001	0,005	0,672	NS
	Seks	Umur	0,069	0,036	0,002	S
	Seks	Pendidikan	0,048	0,009	0,289	NS
	Seks	Pekerjaan	0,963	0,017	0,000	S
	Seks	Status sosial	0,100	0,032	0,001	S
	Mobilitas	Mutilasi	0,000	0,001	0,920	NS
	F Presisposisi	Mutilasi	1,000	0,000	0,000	S
	F Pemungkin	Mutilasi	1,000	0,000	0,000	S
	F Pendorong	Mutilasi	1,000	0,000	0,000	S
	Seks	Mutilasi	0,001	0,004	0,711	NS
	Kel. Umur	Mutilasi	0,152	0,050	0,000	S
	Status sosial	Mutilasi	0,131	0,034	0,000	S
	Pendidikan	Mutilasi	0,339	0,052	0,000	S
	Pekerjaan	Mutilasi	0,176	0,031	0,000	S
Laki-laki	Mutilasi	OHI-S	0,026	0,009	0,001	S
Perempuan	Mutilasi	OHI-S	0,040	0,011	0,000	S
> 35 tahun	Mutilasi	OHI-S	0,017	0,012	0,487	NS
25-35 thn	Mutilasi	OHI-S	0,029	0,012	0,009	S
< 25 tahun	Mutilasi	OHI-S	0,030	0,016	0,164	NS
Laki-laki	Mutilasi	DMF-T	0,026	0,011	0,007	S
Perempuan	Mutilasi	DMF-T	0,041	0,028	0,009	S
> 35 tahun	Mutilasi	DMF-T	0,013	0,011	0,671	NS
25-35 thn	Mutilasi	DMF-T	0,006	0,010	0,848	NS
< 25 tahun	Mutilasi	DMF-T	0,065	0,041	0,014	S
Laki-laki	Mutilasi	CPITN	0,020	0,011	0,106	NS
Perempuan	Mutilasi	CPITN	0,023	0,025	0,168	NS
> 35 tahun	Mutilasi	CPITN	0,001	0,005	0,963	NS
25-35 thn	Mutilasi	CPITN	0,005	0,014	0,686	NS
< 25 tahun	Mutilasi	CPITN	0,000	0,003	0,989	NS

Tabel 5.37. Variabel yang Berhubungan dengan Terjadinya Atrisi Gigi Posterior.

Variabel Independen	Variabel Dependen	Goodman and Kruskal tau test	SE	App. Sig. (p)	S/ NS
Mutilasi	Atrisi	0,242	0,047	0,000	S
Seks	Atrisi	0,000	0,001	0,925	NS
Seks	Kedalaman atrisi	0,009	0,015	0,256	NS
Kelompok umur	Kedalaman atrisi	0,069	0,038	0,001	S
Rasa buah	Atrisi	0,001	0,004	0,938	NS
Cara pengolahan	Atrisi	0,007	0,013	0,523	NS
Kalsium	Atrisi	0,800	0,014	0,335	NS
Vit C	Atrisi	0,760	0,034	0,145	NS

Sagu bakar yang dibungkus daun sagu akan masak dalam keadaan keras sehingga bisa dipegang seperti tongkat. Sagu ini biasa dimakan tanpa lauk apapun, jika mempunyai ikan, atau lauk yang lain, maka mereka akan makan lebih lahap. Sagu yang dibakar di dalam bambu akan masak lebih lunak dari pada sagu yang dibungkus dengan daun sagu (Gambar 5.44)

5.6. Tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk pengobatan penyakit gigi.

5.6.1. Aspek farmakognosi tanaman.

5.6.1.1. Tanaman untuk pengobatan setelah mutilasi gigi.

Tanaman yang dipakai adalah *tairok* (Mentawai) (Minang: *pisang batu*, Jawa: *pisang kepok*, Latin: *Musa acuminata*). Bagian yang dipergunakan adalah buahnya yang masih mentah (belum masak). Cara pemakaian. Buah dikupas, kemudian digigitkan di deretan gigi depan yang baru saja dimutilasi selama 2-3 jam bahkan ada yang sampai sehan. Menurut penuturan responden, dengan menggigit *tairok* setelah *piat*, maka rasa sakit menjadi berkurang.



Gambar 5-47. Pisang (*Musa acuminata*).

Buah pisang (*Musa acuminata colla*) mempunyai kandungan saponin, flavonoid, tanin (Hutapea J R. 1994)

5.6.1.2. Tanaman untuk pengobatan penyakit gigi.

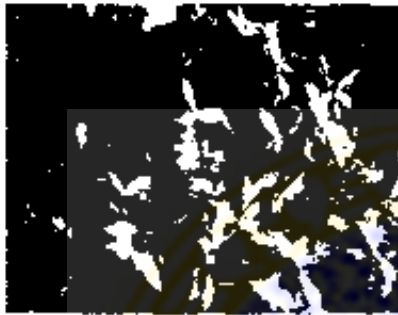
Berdasarkan hasil temuan di lapangan terdapat beberapa tanaman yang dipergunakan untuk pengobatan penyakit gigi, yaitu *Species Merremia peltata* (L.) Merr. dari *Familia Convolvulaceae* (Mentawai: bag-bag, toroi, Minang: Aka sambang), *Species Pleomele elliptica* dari *Familia Agavaceae* (Mentawai: tabeleiki), *Species Hedycheum coronatum* Linn. *Hedycheum chrysoleucum* Hook dan *Familia Zingiberaceae* (Mentawai: bulukanikonan), *Species Craptophyllum pictum* hijau dari *Familia Acanthaceae* (Mentawai: ateleppei simuhulo hijau), *Species Craptophyllum pictum* merah dan *Familia Acanthaceae* (Mentawai: ateleppei simuhulo merah)



Gambar 5.48 Pohon *bag-hag*.



Gambar 5.49 Daun *bag - hag*



Gambar 5.50 Pohon *Taberletki*



Gambar 5.51 Daun *Taberletki*.



Gambar 5.52 *Alepet* merah dan hijau



Gambar 5.53 Pohon *Bulkanikoman*

5.6.2. Aspek Farmakologi.

Untuk mengetahui secara garis besar kandungan golongan senyawa yang ada di dalam tanaman, maka dilakukan pemeriksaan skrining fitokimia tanaman

5.6.2.1. Skrining alkaloida

Hasil tidak terdapat noda jingga, jadi tidak terdeteksi senyawa golongan alkaloid.

5.6.2.2. Skrining senyawa golongan flavonoida

Hasil terdapat noda kuning pada ekstrak *Merremia peltata (L) Merr* yang intensif. Noda lemah terdapat pada ekstrak *Hedychium Coronarium Linn*, *Craptophyllum pictum* hijau dan *Craptophyllum pictum* merah



- Keterangan
1. *Craptophyllum pictum* merah.
 2. *Craptophyllum pictum* hijau.
 3. *Hedychium coronarium* Linn. - *Hedychium chrysoleucum* Hook.
 4. *Pleomelle elliptica*.
 5. *Merremia peltata (L) Merr*.

Kesimpulan ekstrak tersebut mengandung senyawa golongan flavonoid

5.6.2.3. Skrining senyawa golongan terpenoid, steroid, minyak atsiri.

Hasil terdapat noda berwarna ungu kuat pada ekstrak *Craptophyllum pictum* hijau. Noda ungu dijumpai pada ekstrak yang lain tetapi tidak begitu kuat.



Gambar 5.55. Skriming terpenoid

- Keterangan
- 1 *Cryptophyllum pictum* merah
 - 2 *Cryptophyllum pictum* hijau
 - 3 *Hedychnum coronarium* Linn / *Hedychnum chrysoleucum* Hook
 - 4 *Pleomelle elliptica*.
 - 5 *Merremia peltata* (L.) Merr

Kesimpulan: ekstrak *Merremia peltata* (L.) Merr., *Pleomelle elliptica*, *Hedychnum coronarium* Linn., *Cryptophyllum pictum* hijau dan *Cryptophyllum pictum* merah mengandung senyawa terpenoid, steroid atau minyak atsiri. Tidak dilakukan identifikasi lebih spesifik karena keterbatasan bahan penelitian.

Tabel 5.38. Kandungan Zat pada Tanaman Berkhasiat Obat di Pulau Siberut yang Dipergunakan untuk Pengobatan Penyakit Gigi.

Nama Tanaman	Kandungan zat						
	Terpenoid	Steroid	Minyak atsiri	Alkaloid	Flavonoid	Sapogenin	Tannin
<i>Musa Acuminata</i> Colla *	-	-	-	-	-	-	+
<i>Merremia peltata</i> (L.) Merr (Bag-bag, Forou) *	-	-	-	-	-	-	-
<i>Pleomelle elliptica</i> (Jabulekti) *	-	-	-	-	-	-	-
<i>Hedychnum Coronarium</i> Linn (Balukanakanan) *	-	-	-	-	-	-	-
<i>Cryptophyllum Pictum</i> (merah) (Ailelepet) *	-	-	-	-	-	-	-
<i>Cryptophyllum Pictum</i> (hijau) (Ailelepet) *	-	-	-	-	-	-	-

- Sumber : # · Hutapea J.R., 1994.
- Hasil pemeriksaan pada Laboratorium Bahan Alam, Fakultas Farmasi Universitas Airlangga Surabaya.

Terpenoid terdapat pada semua tanaman yang diperiksa kecuali *Musa acuminata colla*. Pada golongan terpenoid misalnya thymol, berkhasiat sebagai anti jamur, anti bakteri, anti septik dan analgetik. Contoh lain adalah tanaman *chanomile* yang berkhasiat sebagai anti spasmodik dan anti inflamasi. Tanaman *artemisinin* dipakai sebagai obat malaria. Sementara itu tanaman *fever few* dipakai sebagai anti prenk, obat sakit kepala dan pencegah migrain (Robbers JF, dkk., 1996). Di Indonesia tanaman sambileto (*Andrographis Paniculata Nees*), daunnya dipergunakan secara tradisional untuk mengobati penyakit malaria, tifus, difteri, diabetes, faringitis, tonsilitis, demam, gatal, digigit serangga atau ulat berbisa, disentri dan penambah nafsu makan (Heyne, 1987). Beberapa khasiat farmakologis dari tanaman ini telah banyak diteliti, antara lain sebagai antimalaria, antibakteri, antidiare, immunomodulator, hepatoprotektor, antikanker, demam, flu, antifertilitas dan analgesik (<http://www.alcancer.com/andean.htm>). Tanaman johar (*Cassia Siamea*), daunnya secara tradisional dipakai sebagai obat antimalaria (Heyne, 1987).

Steroid terdapat pada semua tanaman yang diperiksa kecuali *Musa acuminata colla*. Golongan steroid berguna untuk penyembuhan *cardio tonics*, *vitamin D precursors*, *oral contraceptive agents*, *anti inflamasi agen* dan *anabolic agents*. (Robbers JE, dkk., 1996). Daun katuk (*Sauropus Androgynus (L) Merr*) yang dimakan sebagai lalap atau dimasak sebagai sayur, secara tradisional juga dipergunakan untuk obat bisul, borok, darah kotor dan pelancar air susu.

Akarnya dipergunakan untuk menurunkan panas badan pada penderita demam dan sebagai pelunh air seni (Agil dkk, 2004)

Minyak atsiri terdapat pada semua tanaman yang diperiksa kecuali *Musa acuminata colla*. Alkaloid tidak terdapat pada semua tanaman yang diperiksa. Flavonoid terdapat pada semua tanaman yang diperiksa kecuali *Pleomelle elliptica* (Mentawai : *tabelleiki*). Sebagai contoh dari golongan flavonoid adalah tanaman *rutin* yang berkhasiat untuk obat demam (Robbers JE, dkk , 1996). Daun jambu biji (*Psidium Guajava*) secara tradisional dipakai untuk pengobatan demam berdarah (Kusumawati I., 2003). Gandarusa (*Justicia Gendarussa*) secara tradisional di pedalaman Papua dipergunakan sebagai bahan kontrasepsi pria (Muso dan Agus, 1985). Lempuyang Wangi (*Zingiber Aromaticum*) termasuk suku *Zingiberaceae*, secara tradisional dipergunakan untuk mengobati penyakit lambung dan potensial dikembangkan sebagai antimikroba penghambat infeksi *helicobacter pylori* (Heyne, 1987) Masyarakat menggunakan tanaman ini untuk obat sakit perut, maag, memperkuat lambung, mencegah mual dan muntah, perut kembung dan berbagai rasa yang tidak enak di perut

Saponin dan tanin hanya terdapat pada *Musa acuminata colla*. Contoh dari golongan saponin adalah tanaman *glycyrrhiza* yang berguna untuk anti inflamasi pada pengobatan penyakit kulit, untuk pengobatan *peptic ulcer*, penyakit jantung dan hipertensi. Contoh lain adalah tanaman ginseng yang berfungsi sebagai anti stress. Sementara itu tanin berfungsi sebagai *astringent*, untuk pengobatan sakit pencernaan dan untuk pengobatan aberasi kulit (Robbers JE, dkk , 1996)

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian.

6.1.1. Pengambilan sampel dengan cara *accidental*

Lokasi penelitian yang sulit didatangi terutama di Siberut Utara dengan tempat tinggal penduduk yang menyebar, serta mereka jarang di rumah sehingga responden yang didapat amat terbatas. Walaupun mereka sudah dikumpulkan di suatu perkampungan yang dibuat oleh pemerintah, tetapi mereka lebih senang tinggal di dekat ladang dan temaknya di hutan. Perkampungan itu sendiri lebih sering kosong, mereka datang dari ladang sesekali saja, kadang sebulan sekali, tiga bulan sekali, tergantung kebutuhan mereka. Misalnya mereka membutuhkan tembakau, garam yang harus dibeli atau ditukar dengan hasil hutan pada pedagang yang ada di perkampungan. Karena lokasi keberadaan penduduk yang tidak menentu, maka untuk mendapatkan sampel sulit ditemukan. Ini berarti sampel yang didapat terdiri dari antara lain mereka yang secara kebetulan ditemui di perkampungan itu sendiri. Mereka harus secepatnya dilakukan wawancara dengan panduan kuesioner dan pemeriksaan gigi, karena mereka hanya tinggal sebentar saja sekitar 1-2 jam untuk keperluan mereka. Meskipun untuk penelitian ini sudah dengan persetujuan mereka, tetapi toh ada rasa mengganggu karena mereka harus segera pergi lagi meninggalkan desa sebelum hari menjadi gelap. Lokasi penemuan sampel yang lain yaitu di tengah hutan, saat mereka sedang melakukan perjalanan ke desa lain maupun sedang mencari hasil hutan atau berburu. Sampel juga ditemukan di rumah mereka dekat kandang babi di hutan. Kemudian ada sampel yang ditemukan disaat mereka menelusuri sungai dengan jalan kaki di

tengah hutan. Yang menarik sekali yaitu sewaktu sampel ditemukan disaat mengarungi sungai Simatalu di Siberut Utara, ibu beranak dua yang sedang berduka karena kematian suaminya beberapa hari yang lalu mau menjadi sampel bersama anak laki-lakinya. Wawancara dengan panduan kuesioner dan pemeriksaan gigi dilakukan di tengah sungai diantara dua sampam, mengharukan sekali

6.1.2. *Focus Group Discussion (FGD).*

FGD dilakukan pada orang yang dimutilasi dan yang tidak dimutilasi. Di Siberut Selatan peserta *FGD* yang tidak dimutilasi hanya satu orang, hal ini disebabkan sulitnya mengumpulkan orang pada waktu yang bersamaan, mengingat keberadaan mereka di kampung hanya sesekali dan dalam waktu yang singkat. Sementara itu peserta *FGD* di Siberut Utara terdiri dari tujuh orang yaitu tiga orang dimutilasi dan empat orang tidak dimutilasi

6.1.3. *Pemeriksaan Laboratorium.*

Pada pemeriksaan bahan tanaman berkhasiat obat hanya bisa dilakukan sebatas pemeriksaan skrining fitokimia, sehingga hanya bisa diketahui kandungan zat berkhasiat obat saja, sedangkan khasiat dari tanaman itu sendiri secara rinci belum diketahui. Untuk mengetahuinya perlu pemeriksaan yang lebih spesifik. Tanaman yang diperiksa adalah tanaman yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk pengobatan penyakit gigi. Tanaman yang mengandung terpenoid ada yang berfungsi sebagai analgetik, anti inflamasi, obat sakit kepala, anti piretik. Sakit gigi bisa membuat kepala menjadi sakit, pipi menjadi bengkak, badan menjadi panas, jadi kemungkinan karena khasiat inilah maka tanaman tersebut

dipergunakan untuk obat penyakit gigi. Begitu pula golongan saponin yang mempunyai khasiat sebagai anti inflamasi dan anti stres serta golongan tanin yang berfungsi sebagai *astringent*, dimana kedua golongan ini terdapat pada *musa* yang digigit setelah dilakukan mutilasi untuk mengurangi rasa sakit. Gigi yang dimutilasi tentunya akan mengalami benturan : gesekan antara alat untuk mutilasi dan gigi itu sendiri yang akan menimbulkan panas, *astringent* dari tanin akan mendinginkan rasa panas itu. Rasa stres yang ditimbulkan karena mutilasi bisa diatasi dengan anti stres yang terdapat pada saponin. Ini semua masih perlu penelitian lebih lanjut untuk mengetahui khasiat dari beberapa tanaman yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk pengobatan penyakit gigi.

6.2. Hasil dan Pembahasan.

6.2.1. Alasan, manfaat dan akibat terjadinya mutilasi gigi anterior.

Dari hasil penelitian secara kualitatif ditemukan bahwa alasan mereka melakukan mutilasi gigi adalah karena mutilasi gigi atau *sipiat sot* / *mapiat sot* adalah tradisi, adat dan budaya serta merupakan tanda dari suku Mentawai yang harus mereka lakukan, sehingga saat berikutnya mereka melakukan dengan tanpa alasan apapun. Mereka juga tidak mau dianggap sebagai *sareweu* (bukan orang Mentawai). Anggapan lain bahwa mereka yang dimutilasi merasa menjadi lebih tampan atau lebih cantik sehingga akan diirik lawan jenisnya dan akan mendapatkan jodoh, hal ini senada dengan sejarah terjadinya *sipiat sot* yang dicenterakan dari nenek moyang mereka bahwa seorang gadis akan tampak lebih cantik bila giginya *dipiat* dan segera mendapatkan jodoh.

Jadi dapat disimpulkan di sini bahwa mutilasi gigi *anterior* adalah merupakan suatu peralihan status dari masa anak menjadi dewasa untuk persiapan perkawinan.

Dengan mutilasi gigi *anterior* :

- a. Bagi yang bersangkutan merupakan prakondisi psikologis bahwa dia sudah memasuki usia reproduksi. Jadi sikap dan perlakuannya diharapkan mulai menyesuaikan dan belajar sebagai orang dewasa pada umumnya.
- b. Bagi masyarakat umum, hal ini merupakan pembertahuan / informasi / *woro-woro*, bahwa anak yang bersangkutan sudah layak untuk mendapatkan jodohnya

Namun seiring dengan masuknya budaya luar atau karena mobilitas mereka sehingga mereka melihat, mengetahui dan akhirnya meniru budaya lain yang ditemui dimana orang tidak melakukan mutilasi, maka adat mereka tentang mutilasi lambat laun akan terkikis. Hal ini juga disebabkan adanya aturan pemerintah yang melarang adanya *titi* (*tattoo*) dan *piat* (mutilasi), di samping pengaruh mobilitas penduduk keluar daerah atau orang *non* Mentawai yang berdagang atau tugas di Mentawai

Masyarakat suku Mentawai begitu bangga memiliki gigi yang dimutilasi (*dipiat*). Dengan *dipiat* giginya, itulah tanda bahwa mereka adalah orang Mentawai – si Mentawai bukan *sareneu* (orang selain suku Mentawai).

Meskipun dari bidang kesehatan gigi bahwa jika kehilangan sebagian dari enamel dan atau dentin, maka gigi akan menjadi lebih cepat rusak, tetapi suku Mentawai merasa bahwa dengan di *piat*, yang berarti kehilangan sebagian enamel dan dentinnya, mereka justru merasa gigi mereka menjadi lebih kuat, tidak cepat rusak. Hal ini bisa dimungkinkan karena sisa makanan tidak mudah terselip

diantara gigi depan yang di *piat*, sehingga proses perusakan gigi akibat makanan yang menumpuk di gigi bisa dihindari

Pada umumnya mereka tidak mengetahui adanya kerusakan gigi yang dinamakan atresi. Mereka menganggap bahwa bila gigi tidak menimbulkan rasa sakit, maka gigi tersebut sehat adanya

Piat dan *titi (tattoo)* sudah merupakan bagian dari kehidupan mereka, bagian dari adat istiadat dan budaya suku Mentawai yang tidak bisa dipisahkan. Walaupun saat ini gigi yang di *piat* dan *titi (tattoo)* sudah semakin jarang, tetapi setidaknya bahwa kebiasaan itu ada dan akan menjadi catatan sejarah tersendiri.

Menurut teori belajar / Pemahaman sosial (*Social Learning Theory*) dari Bandura (1986), seseorang harus mempunyai perhatian terhadap sesuatu untuk dapat belajar melalui pengamatan (dalam hal ini perhatian terhadap individu yang tidak mengalami mutilasi gigi *anterior*). Supaya dapat meniru perilaku tersebut, maka individu harus mengingat beberapa kali dan menilai untung rugi hal tersebut bagi dirinya. Apabila individu sudah mempunyai motivasi dan keyakinan yang kuat, maka individu akan meniru perilaku individu tanpa mutilasi gigi *anterior*.

Faktor seks tidak berpengaruh terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior*. Mutilasi gigi *anterior* terdapat pada perempuan 21,79 % dan laki-laki 31,84 %. Faktor umur berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior*. Kelompok umur terbanyak yang melakukan mutilasi gigi *anterior* adalah > 35 tahun sebanyak 25,14 %, diikuti kelompok umur 25-35 tahun 20,11 % dan < 25 tahun 8,38 %. Tampak di sini mutilasi gigi *anterior* ditemukan paling sedikit pada kelompok umur < 25 tahun. Fakta ini disebabkan karena adanya pergeseran nilai mutilasi pada suku Mentawai. Mereka tak takut tidak dapat jodoh, bahkan si Kere! mengartikan hal ini: (Lihat halaman 138). Terjadinya pergeseran nilai berarti terjadi pula pergeseran budaya mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai. Hal ini sesuai dengan penurunan kejadian mutilasi gigi di daerah

lain, bahkan di Bali kebiasaan mutilasi gigi (*matatah*) masih ada tetapi sifatnya hanya ritual sebagai tanda inisiasi perubahan status dari anak-anak menjadi akil baliq. Secara teoritis ini merupakan informasi perubahan status dari anak, yang berarti yang bersangkutan dinilai masyarakat layak untuk berpacaran (*legitimasi*).

Status sosial seseorang berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi anterior. Mutilasi gigi anterior terbanyak ditemukan pada penduduk biasa 36,31 %, diikuti dengan *si Kere* 15,64 %. Status sosial dari Kepala Dusun, Ketua Dewan Adat terhadap terjadinya mutilasi gigi anterior adalah kecil yaitu 0,56 % dan 1,12 %, hal ini disebabkan jumlah Kepala Dusun dan Ketua Dewan Adat di sebuah dusun hanyalah seorang dan tidak semua Kepala Dusun dan Ketua Dewan Adat diperiksa karena keterbatasan penelitian.

Faktor pendidikan berpengaruh signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi anterior. Mutilasi gigi anterior terbanyak ditemukan pada responden yang tidak sekolah 34,08 % diikuti responden yang tidak tamat Sekolah Dasar 15,08 %. Tampak di sini bahwa mereka yang tidak berpendidikan dan yang tidak tamat Sekolah Dasar banyak melakukan mutilasi gigi anterior, sementara itu yang berpendidikan lebih baik sudah tidak dimutilasi (tamat Sekolah Dasar 3,35 % dan tidak tamat SMP 1,12 %). Hal ini sesuai dengan Teori Perilaku Terencana bahwa sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan. Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seberapa sulit dan mudahnya untuk melakukan perilaku tersebut (dalam hal ini perilaku melakukan mutilasi gigi anterior). Makin tinggi pendidikan berarti makin luas pengetahuan dan pengalamannya, sehingga mereka mampu menilai untung rugi melakukan mutilasi

gigi *anterior*. Hal ini akan mempengaruhi norma subyektif dan sikap yang bersangkutan yang selanjutnya mempengaruhi intensi / niat untuk berperilaku melakukan tindakan mutilasi gigi *anterior*. Untuk mengurangi terjadinya mutilasi gigi *anterior*, maka pelayanan pendidikan perlu ditingkatkan. Pelayanan pendidikan yang mendesak adalah informal, misalnya dalam bentuk meningkatkan mobilitas penduduk *in and out* daerah Mentawai serta peningkatan volume informasi dan sarana komunikasi yang menggunakan baterai / aki, karena tidak adanya sarana listrik di pedalaman.

Faktor pekerjaan berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi anterior. Mutilasi gigi anterior terbanyak ditemukan pada mereka yang bekerja menyagu yaitu 27,93 % diikuti dengan pekerjaan berladang 21,79 %. Menyagu adalah pekerjaan yang dilakukan oleh kaum laki-laki dan berladang adalah pekerjaan yang biasanya dilakukan oleh perempuan. Kedua macam pekerjaan ini adalah pekerjaan yang dilakukan oleh mereka secara rutin untuk mencukupi kebutuhan hidup setiap harinya dan tidak mengandung unsur mobilitas keluar.

Pada penelitian secara survei, mobilitas suku Mentawai dengan mutilasi gigi *anterior* adalah rendah (34,64 %) dan sedang (18,99 %). Tampak bahwa pada mobilitas suku Mentawai yang rendah lebih banyak ditemukan mutilasi daripada yang mobilitasnya sedang. Faktor mobilitas tidak berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior*. Mobilitas suku Mentawai memang hanya di daerah sekitar desa mereka saja. Mereka jarang bepergian jauh karena medan yang sulit dan sarana transportasi yang tidak memadai serta mahal untuk ukuran mereka. Hal ini sesuai dengan Teori Pembelajaran dari Pengalaman

(*Experiential Learning Theory*) yaitu adanya pengalaman konkrit yang dialami individu, kemudian mereka amati dan diuji untuk memecahkan masalah yang ada. Pada kasus suku Mentawai, hal itu sangat terbatas pada hal rutin saja.

Peningkatan sarana transportasi baik di dalam pulau Siberut sendiri maupun di luar pulau Siberut akan membuat suku Mentawai terpapar kemajuan pembangunan daerah lain yang akan memperkaya pengalaman konkrit mereka. Dengan demikian proses pembelajaran informal akan terjadi dengan sendirinya sesuai dengan teori tersebut di atas.

Untuk mengurangi terjadinya mutilasi gigi *anterior* maka perlu ditingkatkan pelayanan pendidikan untuk mengubah pengetahuan, nilai, kepercayaan dan sikap mereka terhadap mutilasi gigi *anterior*. Hal ini akan mempercepat hilangnya tradisi mutilasi gigi *anterior* suku Mentawai. Apalagi kalau mobilitas ditingkatkan, jelas akan mempengaruhi penurunan angka kejadian mutilasi gigi. Peraturan larangan mutilasi gigi merupakan faktor untuk mengurangi angka kejadian ini. Sedangkan faktor pemungkin dapat dimodifikasi dengan jalan melatih si Kerei untuk memberi informasi bahaya / akibat mutilasi gigi yang lebih besar daripada manfaat yang didapat. Melatih si Kerei dengan mengajak mereka melihat dunia luar akan meningkatkan status sosial mereka di mata masyarakat Mentawai. Hal ini akan merupakan *inner motivation* bagi si Kerei untuk giat melarang mutilasi gigi *anterior*. Membawa mereka ke daerah lain yang tidak dimutilasi ataupun mendatangkan individu tanpa mutilasi gigi *anterior* ke daerah mereka, dengan menambah pengetahuan, melihat kenyataan di daerah lain, ataupun melihat orang lain yang datang ke daerah mereka tanpa

mutilasi gigi *anterior*, diharapkan bisa mengurangi terjadinya mutilasi gigi *anterior*.

Faktor predisposisi terjadinya mutilasi gigi *anterior* (seperti yang dijelaskan dalam definisi operasional) pada tingkat tinggi ditemukan sebanyak 42,71 % sedangkan pada tingkat sedang ditemukan 57,29 %. Semakin tinggi tingkat faktor predisposisi semakin besar kemungkinan seseorang untuk melakukan tindakan mutilasi gigi *anterior*. Faktor predisposisi berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior*.

Faktor pemungkin terjadinya mutilasi gigi *anterior* (seperti yang dijelaskan dalam definisi operasional) pada tingkat tinggi ditemukan sebanyak 30,21 %, sedangkan pada tingkat sedang ditemukan 69,79 %. Semakin tinggi tingkat faktor pemungkin, semakin besar orang untuk melakukan mutilasi gigi *anterior*. Faktor pemungkin berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior*. Faktor pendorong semuanya berasal dari diri mereka sendiri. Jadi mereka melakukan mutilasi itu tidak ada yang menyuruh, mereka melakukannya secara suka rela. Hal ini sesuai dengan teori Green, bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Masalahnya dalam hal ini ketiga faktor tersebut saat penelitian dilakukan pada responden, masih mengarah ke pelaksanaan mutilasi gigi *anterior*. Hal ini sesuai dengan Teori *Stimulus Organisme Respons (SOR)* yaitu terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berinteraksi dengan organisme misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara, sangat menentukan keberhasilan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Untuk menghilangkan hal ini, maka melatih para *Keresi* sebagai

kader, para guru SD, para petugas kesehatan tentang cara menjaga kesehatan gigi dengan baik sangat perlu dilakukan

6.2.2. Mutilasi gigi *anterior* dan atrisi gigi *posterior*.

Ditemukan pengaruh yang signifikan dan mutilasi gigi *anterior* terhadap terjadinya atrisi gigi *posterior*. Pada mutilasi gigi *anterior* terjadi pola perubahan mengunyah, beban pengunyahan ke *posterior* menjadi lebih berat sehingga menyebabkan terjadinya atrisi gigi *posterior*. Jadi salah satu penyebab terjadinya atrisi gigi *posterior* pada suku Mentawai adalah karena adanya kebiasaan mutilasi gigi *anterior*. Atrisi gigi *posterior* lebih sering terjadi pada mutilasi gigi *anterior* (53,07 %) dibanding tanpa mutilasi gigi *anterior* (27,93 %) (Tabel 5.6)

Kejadian atrisi gigi *posterior* akan berpengaruh pada proses pengunyahan, makanan tidak bisa dikunyah dengan baik, sehingga akan menimbulkan gangguan pada pencernaan. Mutilasi gigi *anterior* sudah mulai jarang, meskipun demikian perlu diteliti lebih mendalam penyebab terjadinya atrisi gigi *posterior* selain karena mutilasi gigi *anterior* pada suku Mentawai di pulau Siberut supaya kejadian atrisi gigi *posterior* bisa dikurangi.

6.2.3. Status kesehatan gigi dengan mutilasi dan tanpa mutilasi.

OHI-S mempunyai hubungan yang signifikan dengan mutilasi gigi *anterior* pada kelompok umur antara 25 tahun – 35 tahun dan tidak signifikan pada kelompok umur > 35 tahun dan < 25 tahun. *DMF-T* mempunyai hubungan yang signifikan dengan mutilasi gigi *anterior* pada kelompok umur < 25 tahun dan tidak signifikan pada kelompok umur > 35 tahun dan 25 tahun – 35 tahun. *CPIITN* tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan mutilasi gigi *anterior* pada semua kelompok umur

OHI-S pada tingkat buruk (Skor >3) ditemukan sebanyak 35,2 % dan pada tingkat sedang (Skor $>1,2-3$) . 64,8 %. Tidak ditemukan seorangpun dengan tingkat *OHI-S* baik (Tabel 5.20) Hal ini bisa dimengerti, mengingat sebagian besar responden tidak menggosok gigi karena mereka tidak punya sikat gigi dan dalam wawancara dengan mereka diketahui bahwa mereka tidak memiliki kebiasaan menggosok gigi dengan bahan yang ada di alam (misal : rumput, sabut kelapa, kayu yang dimemarkan). Mereka hanya mempunyai kebiasaan *gujuk-gujuk* (kumur-kumur) Sasaran *WHO* sampai tahun 2010 untuk *OHI-S* adalah < 1 , untuk Depkes RI adalah < 2 (Depkes.RI., 2002 a) Untuk mencapai sasaran ini perlu peningkatan penyuluhan dengan memberi contoh ke suku Mentawai guna memanfaatkan bahan dari alam pulau Siberut untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut

Pada pemeriksaan *DMF-I* ditemukan responden dengan karies gigi sebesar 41,90 % dan gigi tanggal 36,31 % (Tabel 5.22) Sasaran *WHO* sampai tahun 2010 untuk anak umur 5-6 tahun adalah bebas karies sampai 90 % dan untuk umur 18 tahun ke atas tidak ada gigi yang dicabut karena penyakit periodontal, jumlah gigi lengkap serta bebas karies 100 %. Sedangkan sasaran Depkes. RI, sampai tahun 2010 untuk anak umur 5 - 6 tahun 50 % bebas karies dan untuk umur 18 tahun ke atas bebas karies 85 % (Depkes.RI., 2002 b) Dari hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa prosentase karies gigi hampir mendekati separo jumlah responden dan tidak ditemukan responden dengan tumpatan gigi serta prosentase gigi tanggal sebesar 36,31 %, maka dirasa perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan gigi ke daerah pedalaman untuk melakukan perawatan karies gigi sehingga gigi tersebut masih dapat

dipertahankan dan dipergunakan untuk pengunyahan. Sesuai dengan program pemerintah dalam penanganan kesehatan gigi yang dilakukan secara preventif, maka seiring dengan pelayanan kesehatan gigi, untuk mencegah terjadinya kerusakan gigi lebih lanjut perlu ditingkatkan program penyuluhan kesehatan gigi terutama pada anak usia sekolah dan juga pada ibu rumah tangga serta masyarakat luas dan mengusahakan cara untuk membersihkan / menggosok gigi dengan bahan yang ada di Mentawai untuk bisa diusahakan secara maksimal sehingga kebersihan gigi bisa ditingkatkan supaya bisa didapatkan kesehatan gigi yang lebih baik

6.2.4. Kebiasaan *Oral Hygiene*.

Kebiasaan membersihkan gigi pada suku Mentawai sangat dirasa kurang, mengingat keadaan mereka yang masih sangat tertinggal sehingga untuk kepentingan kebersihan mulut pada umumnya dan kebersihan gigi pada khususnya dirasakan amat kurang. Mereka kebanyakan hanya kumur-kumur saja, tidak semua orang memiliki sikat gigi. Kebiasaan kumur perlu diarahkan kapan saat kumur yang baik untuk dilakukan, misal sesudah makan. Mereka mempunyai kebiasaan mengisap tembakau, sehingga tampak warna gigi yang coklat kehitaman. Kebiasaan membersihkan gigi secara tradisional tidak ditemui. Karena di pedalaman pulau Siberut banyak ditemui pohon kelapa, dimana sabutnya hanya dibuang begitu saja, barangkali dengan sabut kelapa ini bisa diajarkan kepada mereka guna menggantikan sikat gigi yang tidak terbeli untuk membersihkan gigi.

6.2.5. Pola makan dan pengolahan makanan dengan atrisi gigi *posterior*.

Pada pola makan, ditemukan makanan yang dikonsumsi mengandung kalsium untuk kekuatan gigi. Kalsium tidak berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya atrisi gigi *posterior*. Cara memasak makanan pokok (sagu) dengan dihalak, sehingga waktu masak menjadi kasar dan keras, tidak berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya atrisi gigi *posterior*. Secara teoritis makanan yang kasar dan keras merupakan salah satu penyebab terjadinya atrisi gigi. Apakah sagu bakar yang kasar dan keras itu setelah tercampur dengan saliva di dalam mulut akan menjadi lunak, untuk ini perlu penelitian lebih lanjut.

Hubungan antara faktor umur dengan kejadian atrisi gigi *posterior* berpengaruh secara signifikan. Kejadian atrisi ditemui paling banyak pada responden kelompok umur 25 tahun - 35 tahun (41,58 %), diikuti dengan kelompok umur > 35 tahun (38,62 %) dan kelompok umur < 25 tahun (20 %) dengan kedalaman atrisi sampai ke dentin ditemui terbanyak pada kelompok umur > 35 tahun (31,72 %), diikuti kelompok umur 25 - 35 tahun (22,76 %) dan kelompok < 25 tahun (12,41 %). Tingginya angka atrisi gigi *posterior* dengan kedalaman dentin pada kelompok umur 25 - 35 tahun yang menduduki peringkat ke dua (22,76 %) cukup mengkhawatirkan. Hal ini harus menjadi peringatan kepada kita semua dan petugas kesehatan untuk mencegah kejadian atrisi gigi *posterior* supaya tidak menjadi bertambah parah yang akan memperburuk pada proses pengunyahan yang akhirnya akan menimbulkan gangguan pada pencernaan.

6.2.6. Manfaat tanaman berkhasiat obat.

Beberapa tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan untuk mengobati penyakit gigi yaitu *Species Merremia peltata (L.) Merr.*, dari *Familia Convolvulaceae* (Mentawai : bag-bag, taroi, Minang *Aka sambaung*), *Species Pleomele elliptica* dari *Familia Agavaceae* (Mentawai *tabeleiki*), *Species Hedychium Coronarium Linn - Hedychium chrysoteucum Hook* dari *Familia Zingiberaceae* (Mentawai : *bulukanikonan*), *Species Craptophyllum pictum* hijau dan *Familia Acanthaceae* (Mentawai *aleleper simabulo* hijau), *Species Graptophyllum pictum* merah dan *Familia Acanthaceae* (Mentawai *aleleper simaingo* : merah) ternyata mempunyai kandungan : flavonoid , terpenoid, steroid dan minyak atsiri yang bermanfaat untuk pengobatan beberapa macam penyakit. Sementara *musa* yang dipergunakan setelah mutilasi gigi *anterior* mempunyai kandungan tanin, saponin dan flavonoid. Pada penelitian tanaman berkhasiat obat hanya dilakukan skrining fitokimia saja. Untuk mengetahui khasiat apa saja yang terdapat pada beberapa tanaman di atas, perlu pemeriksaan lanjutan.

Tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan oleh suku Mentawai untuk mengobati penyakit gigi, cara penggunaannya dengan menumbuk daun tersebut lalu ditempelkan ke gigi yang sakit. Buah pisang yang biasa dimakan setiap hari mempunyai kandungan tanin dan saponin yang dapat dipergunakan sebagai adstringen.

BAB 7

PENUTUP

Kesimpulan dan Saran.

7.1. Kesimpulan

- 1 Alasan dan manfaat suku Mentawai melakukan mutilasi gigi *anterior* adalah karena merupakan adat mereka yang dilakukan secara turun temurun. Tampak sudah ada pergeseran budaya kearah tidak melakukan mutilasi gigi *anterior*.
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara responden dengan mutilasi gigi *anterior* terhadap *OHI-S* pada kelompok umur 25-35 tahun dan pada *DMF-T* pada umur < 25 tahun. Budaya mutilasi gigi *anterior* tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap *OHI-S* pada kelompok umur > 35 tahun dan < 25 tahun dan *DMF-T* pada umur >35 tahun serta 25 -35 tahun. Budaya mutilasi gigi *anterior* tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap *CPITN* pada semua kelompok umur *OHI-S* pada tingkat buruk (Skor >3) ditemukan sebanyak 35,2 % dan pada tingkat sedang (Skor : >1,2- 3): 64,8 % . Tidak ditemukan seorangpun dengan tingkat *OHI-S* baik (Tabel 5 20) Pada pemeriksaan *DMF-T* ditemukan responden dengan karies gigi sebesar 41,90 % dan gigi tanggal 36,31 % (Tabel 5 22) *CPITN* dengan kondisi jaringan periodontal 2 sebesar 46,93 %, berarti dibutuhkan penyuluhan tentang kesehatan gigi (Tabel 5.24).
- 3 Suku Mentawai tidak mempunyai kebiasaan membersihkan gigi secara tradisional, kebiasaan mereka merokok sejak kecil baik laki-laki maupun perempuan membuat gigi mereka coklat kehitaman dan tampak kotor.

4. Mutilasi gigi *anterior* berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya atresi gigi *posterior*. Atresi gigi *posterior* lebih sering terjadi pada mutilasi gigi *anterior* dibanding tanpa mutilasi gigi *anterior*.
5. Pola makan dan cara pengolahan makanan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya atresi gigi *posterior*.
6. Tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan suku Mentawai untuk pengobatan penyakit gigi sangat bermanfaat bagi mereka yang membutuhkan pertolongan. Tanaman tersebut secara laboratorium telah diuji secara skemung fitokimia dan ditemukan adanya kandungan zat berkhasiat seperti flavonoid, minyak atsiri, terpenoid dan steroid.

7.2. Saran

Seiring dengan perubahan budaya bahwa mutilasi gigi *anterior* sekarang sudah jarang dilakukan sehingga dari segi kesehatan gigi keadaan ini merupakan hal yang menggembirakan. Penyuluhan kesehatan pada umumnya dan kesehatan gigi pada khususnya perlu ditingkatkan melalui para kader kesehatan sehingga didapatkan kesehatan gigi yang optimal. Bagi masyarakat suku Mentawai yang masih menjalankan mutilasi gigi sebagai tradisi, untuk ini perlu dilakukan penyuluhan kepada para ahli mutilasi agar melakukan mutilasi gigi sesedikit mungkin, sehingga kerusakan gigi bisa dikurangi. Ketidaktahuan mereka tentang atresi gigi perlu dimasyarakatkan sehingga mereka mengetahui bahwa atresi gigi adalah salah satu bentuk kerusakan dari gigi yang perlu dicegah. Kader untuk awalnya dapat direkrut dari para *Kerei* dan selanjutnya mereka yang akan memberi arahan pada masyarakat.

Mengingat kondisi pola makan dan cara pengolahan makanan yang dikonsumsi oleh suku Mentawai masih seperti layaknya jaman dulu sehingga kebutuhan akan nilai gizi makanan kurang, maka disarankan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai untuk melakukan penelitian tentang jenis makanan dan pelatihan tentang cara pengolahan makanan dengan bahan yang sudah disediakan oleh alam Mentawai, sehingga bisa didapatkan makanan yang lebih bervariasi untuk mencukupi kebutuhan gizi masyarakat suku Mentawai

Mengingat banyaknya tanaman berkhasiat obat yang dipergunakan untuk mengobati penyakit pada umumnya dan penyakit gigi pada khususnya, maka perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui khasiat tanaman tersebut sehingga bisa ditemukan formula obat tertentu dari pulau Siberut yang nantinya bisa dimanfaatkan oleh masyarakat luas

Mengingat faktor pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya mutilasi gigi *anterior* dan melihat kenyataan di lapangan bahwa sarana pendidikan amat minim yaitu :

- Dari beberapa dusun yang tersebar dan amat jauh jaraknya satu sama lain (harus ditempuh beberapa jam dengan berjalan kaki) hanya terdapat sebuah Sekolah Dasar swasta sampai kelas tiga dengan hanya seorang guru yang merangkap semua tugas.
- Untuk melanjutkan ke kelas ataupun sekolah yang lebih tinggi mereka harus pergi ke ibu kota kecamatan yang harus ditempuh selama beberapa hari dengan berjalan kaki
- Biaya untuk menyekolahkan anak dirasa amat berat bagi orang tua

yang kebanyakan tidak mempunyai penghasilan tetap.

Dengan hasil penelitian tersebut, maka disarankan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai untuk

- Meningkatkan sarana pendidikan baik formal maupun informal misalnya pelatihan praktis dan sederhana yang dibutuhkan mereka, belajar keaksaraan fungsional agar pemerataan pendidikan bermanfaat bagi kehidupan di pedalaman yang sangat terpencil.
- Peningkatan mobilitas dengan perbaikan sarana transportasi darat, laut dan sungai.
- Peningkatan sarana komunikasi melalui radio, televisi dengan baterai, aki atau dengan menggunakan generator.



DAFTAR PUSTAKA

- Agil M., W Aty, E. Wiwied, K. Idha, H.S. Mulja, E.W. Bambang Prajogo, 2004, *Pengembangan Andrographis paniculata, Cassia siamea, Justicia gendarussa, Melaleuca leucadendr, Psidium guajava, Sauropus androgynus dan Zingiber aromaticum Sebagai Obat Asli Indonesia*, Bagan Ilmu Bahan Alam, Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, Surabaya.
- Ajzen I., M. Fishbein, 1980 *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Albandar J.M., L.J. Brown, J.A. Brunelle, H. Loe, 1996 Gingival State and Dental Calculus in Early on Set Periodontitis, *J. Periodontol. Oct.* ; 67 (10) : p 953-9
- Albandar J.M., M.B. Muranga, T.E. Rams, 2002 : Prevalence of Aggressive Periodontitis in School Attendees in Uganda, *J. Clin. Periodontol. Sep.*; 29 (9): p. 823 -31
- Ansai T., Y Yamashita Adimihardja K., 1993 *Kebudayaan dan Lingkungan, Ilam Jaya*, Bandung.
- Arndt P., 1954: *Gesellschaftliche Verhältnisse der Ngadha*, Verlag der Missiondruckerei St. Gabriel, Wien Modling, p 133-141.
- Ash M.M., B.N. Gitlin dan W.A. Smith, 1964: Correlation Between Plaque and Gingivitis, *Journal of Periodontology* 35, p 424-427
- Ash M.M. dan S.P. Ramfjord, 1982: *An Introduction to Functional Occlusion*, WB Saunders Co, Philadelphia-London-Tokyo.
- Bali oleh Bali, Sent Kriya Upakara, *Majalah Sarad*, <http://saradbali.com/sarad/s1101/upakara.html> 03 09.2002 09.23 am.
- Bandura A., 1986 *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall
- Becker W., L.Berg dan B.E. Becker, 1979 Untreated Periodontal Disease A Longitudinal Study, *Journal of Periodontology* 50, p 234-238.
- Benjamin E.M., A.L. Russell dan K.D. Smalley, 1957: Periodontal Disease in Rural Children of 25 Indian Countries. *Journal of Periodontology* 28, p 294-297

- Berg B.L., 1995: **Qualitative Research Methods for The Sosial Science 2nd ed.**, Allyn and Bacon, Boston-London-Toronto-Sydney-Tokyo-Singapore.
- Bernard H.R., 1994: **Research Methods in Anthropology. 2nd ed.**, Qualitative and Quantitative Approaches, Sage Publications, Thousand Oaks-London-New Delhi.
- Borrell L.N., J. Lynch, H. Neighbors, B.A. Burt, B.W. Gillespie, 2002 : Is There Homogeneity in Periodontal Health Between African Americans and Mexican Americans ?, *Ethn. Dis.* Winter; 12 (1) p. 97-110.
- Boucher D.G., 1975. **Prosthodontic Treatment for Edentulous 7 th ed.** St. Louis Mosby Co., p. 4-5
- Brandtzaeg P dan H.C. Jamison, 1964 A Study of Periodontal Health and Oral Hygiene in Norwega Army Recruits, *Journal of Periodontology* 35, p 302-307
- Burnett G.W. and H.W. Scherp , 1964 Oral Micro Biology and Infectious Disease, **A Text Book for Students and Practitioners of Dentistry**, 2nd ed., Oxford Book Co, Calcuta, p. 328 – 350
- Cameron M.E. and W.A van Staveren. 1988 **Manual on Methodology for Food Consumption Studies.** Oxford University Press
- Carranza Jr F.A., 1979: **Glickman's Clinical Periodontology 5 th. ed.**, Igaku Shoin Ltd., Tokyo, p 319-346
- Coronese S., 1986 : **Kebudayaan Suku Mentawai**, PT Grafidian Jaya, Jakarta.
- Dahlberg A.A. dan W. Kinsley, 1962 Etude Microscopique de L'abrasion et de L'attrition Sur La Surface des Dents . *Balt.Group.Int.Rech.Sc.Stomat.* 5., p. 242-251.
- Davies G.N , 1963: Sosial Customs and Habits and Their Effect on Oral Disease, *J. Dent. Res.* 42 (Suppl to No 1), p 209-232
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1977 : **Buku Penuntun Ilmu Gizi Umum II**, Direktorat Gizi, Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- 1992 **Undang Undang Kesehatan No. 23 Pengobatan Tradisional**, Jakarta
- 1994. **Profil Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia Pada Pelita V**, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Direktorat Kesehatan Gigi, Jakarta.

- 1995: **Tata Cara Kerja Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas**, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Direktorat Kesehatan Gigi, Jakarta
- 2002 a : **Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat UKGM. Cet. 2**, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Jakarta.
- 2002 b: **Pedoman Survei Dasar Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia**, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Jakarta.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, 1994. **Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi 2 Cetakan ke 3**, Balai Pustaka Jakarta.
- Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, 1990. **Pertemuan Kerja Nasional Usaha Kesehatan Tradisional**, Depkes R.I Bekerja sama dengan WHO, Ciawi
- Djunc S M., 2001: Dental Paleopathology in A Serbian Medieval Population, **Anthropol. Anz. Jun; 59(2):** p 113-22
- Dolby A E., D.M Walker and N Matthews . 1981 . **Introduction to Oral Immunology**, Edward Arnold Ltd , London, p 1-37
- Dosen Matematika ITS, 2002 . **Buku Ajar Kalkulus I**, Jurusan Matematika FMIPA ITS, Surabaya
- 2002 **Buku Ajar Kalkulus II**, Jurusan Matematika FMIPA ITS, Surabaya.
- Dyson P L., 1979 . **Sistem dan Motivasi Gotong Royong pada Suku Bangsa Dayak Tanjung di Desa Jubanasa Kabupaten Kutai Kalimantan Timur**, Fakultas Sastra Universitas Indonesia, Jakarta, h 86-87.
- Eduardo Qusumbing, 1978 : **Medicinal Plants of the Philippines**. Katha Pubhshing Co. Inc. p. 183 - 186, 1079
- Elvery M.W., N.W Savage, W.B Wood, 1998 Radiographic Study of The Broadbeach Aboriginal Dentition, **Am.J.Phys.Anthropol. Oct;107(2):** p. 211-9
- 1984 **Ensiklopedi Indonesia**, Ichtiar Baru van Hoeve, Jakarta
- 1990 **Ensiklopedi Nasional Indonesia Jilid 10**, PT Cipta Adi Pustaka, Jakarta, hal 255-258
- Erlandsson A.L dan B Backman . 1999 A Case of Dental Mutilation, **ASDC J. Dent. Child., Jul-Aug. 66(4)** p 278-9
- Foster G.M dan B.G. Anderson, 1986 **Antropologi Kesehatan**, U I Press, Jakarta, h. 3-25.

- Finn S.B., 1973 : **The Etiology of Dental Caries, Clinical Pedodontics**, 4th ed., WB Saunders Co., Philadelphia-London-Toronto, p. 475-492
- Ganong W.F., 1989: **Review of Medical Physiology**. 14th ed., Prentice Hall International, London, p. 316
- Glanz K., B.K. Rimer, 1997 : **Health Behavior and Health Education**. Jossey-Bash Publisher, San Francisco
- Glickman I., 1972. **Clinical Periodontology** 4th ed., W.B Saunders Co, p. 290-327
- Glinka J., 1978 **Gestalt und Herkunft**. Verlag des Anthropos Instituts. St Augustin bei Bonn, p. 138-139
- Gochman D.S., 1988 . **Health Behavior, Emerging Research Perspectives**, Plenum Press, New York and London, p. 3-17, 62-66
- Goldhaber P., 1988 Oral Manifestations of Disease in Harrison's **Principles of Internal Medicine** 11th ed. Mc Graw Hill Book Co, New York, p. 163-164.
- Goldman H.M dan D.W. Cohen, 1980 Methods of Assessing Periodontal Disease in Large Populations, **Periodontal Therapy** 6th ed., Mosby, p. 64-66
- Goldstein R.E., 2002. **Esthetics in Dentistry**. 2nd ed. vol. 2, BC Decker Inc., Hamilton-London
- Graeff M.J dan E.M. Booth., 1993 **Communication for Health and Behavior Change**, Jossey-Bash Publisher, San Francisco.
- Green L., 1980 : **Health Education Planning, A Diagnostic Approach**, The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co
- Green L.W., 1991 : **Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach**, Mayfield Publishing Company, Mountain View-Toronto-London.
- Greene J.C., 1960: Periodontal Disease in India Report of An Epidemiological Study, **Journal of Dental Research** 39, p. 302-312.
- Greene J.C., 1963 Oral Hygiene and Periodontal Disease, **Am. Journal of Public Health** 53, p. 913-922
- Greene J.C dan J.R. Vermillion. 1964 The Simplified Oral Hygiene Index, **Journal of American Dental Association** 72, p. 106-112.
- Gross M.D dan J.D Mathews, 1982 **Occlusion in Restorative Dentistry Technique and Theory**, Ednburg. Longman Grou, p. 1-2.

- Gupta G.P., 1964: Epidemiological Study of Periodontal Disease in Travendrum India. **Journal of Dental Research** 43, p. 876
- Guyton A.C. 1991: **Text Book of Medical Physiology 8th ed**, W.B. Saunders. Philadelphia, p. 698
- Handi Chandra, 2002. **7 Jam Belajar Autocad 2002 Untuk Orang Awam** CV Maxikom. Palembang
- Handi Chandra, 2002. **Belajar Sendiri Autocad 2002 Tingkat Lanjut** PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia Jakarta
- Hargono D., 1991. Menghadap: Tantangan Dalam Bidang Obat Tradisional, **Buletin Ditjen. POM. Departemen Kesehatan RI** Vol. 13. No. 3. Desember, Jakarta
- Haviland W.A., 1985. **Anthropology 4th ed.**, CBS College Publishing, New York
- Heyne K., 1987 : **Tumbuhan Berguna Indonesia Jilid 3**, Terjemahan Badan Litbang Kehutanan, Jakarta hal. 926-927
- Hidayah Z., 1996. **Ensiklopedi Suku Bangsa di Indonesia**, LP3ES, Jakarta, h. 182-184
- Hobdell M.H., A. Sheiham dan C.R. Cowell, 1970. The Prevalence of Full and Partial Dentures in British Populations, **British Dental Journal** 128, p. 437-442
- Hughes H.J., G.E.J. Meyers, 1972. Practical Aspects of Occlusion in Restorative Dentistry, **Aust. Dent. J.** 17, p. 284-292
- Hutapea J.R., 1994. **Inventaris Tanaman Obat Indonesia III**, Depkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, h. 155 - 156
- Ihromt T.O. (Editor), 2000 : **Pokok-Pokok Antropologi Budaya**, 11th Ed, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta, h. 1-50
- Johnson E.S., J.E. Kelly dan L.E. van Kirk, 1965. Selected Dental Findings for Adults, **US/HEW Vital and Health Statistics Series 11**, p. 1-35
- Jordaan R.E., 1985. **Folk Medicine in Madura**, Dissertation, Faculty of Social Sciences, University of Leiden
- Kalsbeek H., G.J. Truin, J.H. Poorterman, 1998. Oral Health and Gender, **Ned. Tijdschr. Tandheelkd.** Nov.; 105 (11) p. 408-11

- Kashket S., J. Zhang, J. Van Houte. 1996: Accumulation of Fermentable Sugars and Metabolic Acids in Food Particles That Become Entrapped on The Dentition, *J. Dent. Res.*, Nov, 75(11) p.1885-1891.
- Kasl S.V., S. Cobb., 1966 : Health Behavior, Illness Behavior and Sick-role Behavior : II. Sick-role behavior *Archives of Environmental Health*, 12, 531-541.
- Kidd E.A.M dan S.J. Bechal, 1992 : **Dasar-Dasar Karies, Penyakit dan Pencegahannya**, Penerbit EGC, h 1-92
- Ki Padmosusetia, 1980 : **Tata Cara**, Di Indonesiakan oleh Soenarko H Puspito, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Proyek Penerbitan Buku Bacaan Sastra Indonesia dan Daerah, Jakarta, 86-89.
- Klatsky M., 1939: Dental Attrition, *J.Am. Dental Assoc.* 26, p. 73-84
- Koentjaraningrat, 1986: **Pengantar Ilmu Antropologi cet. 6**, Aksara Baru, Jakarta
- Koentjaraningrat, 1992: **Beberapa Pokok Antropologi Sosial**, Dian Rakyat, Jakarta.
- Koentjaraningrat, 1993: **Kebudayaan Mentalitas dan Pembangunan, Cet. 16**, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Koernati I., 1998: **Kebiasaan Pemotongan Gigi pada Penduduk Asli di Pulau Siberut Kepulauan Mentawai**, Bagian Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang.
- Konig K.G and J.M. Navia, 1995 Nutritional Role of Sugars in Oral Health, *Am J. Clin.Nutr.* Jul 62 (1Suppl) p 275S-282S, Discussion p. 282S-283S.
- Konoth, T.W. dan A.G Hannam, 1994 Mandibular Forces During Simulated Tooth Clenching, *Journal of Orofacial Pain.* 8, p. 178
- Kornfeld M., 1974: **Mouth Rehabilitation Clinical and Laboratory Prosedur's vol I**, 2 nd ed., St Louis. Mosby Co., p. 160.
- Kristofferson K., P.Axelsson , D Birkhed dan D Brathall, 1986 . Caries Prevalence, Salivary, Streptococcus Mutans and Dietary Scores in 13 Year Old Swedish School Children, *Community Dent. Oral Epidemiol.*,14 p. 202-205
- Kristofferson T., 1970: Periodontal Conditions in Norwegian Soldiers, An Epidemiological and Experimental Study, *Scandinavian Journal of Dental Research* 78, p 34-53
- Kumagai H., T Suzuki, T.Hamada, P Sondang, M.Fujitani, H Nikawa. 1999: Occlusal Force Distribution on The Dental Arch During Various Levels of Clenching, *Journal of Oral Rehabilitation* 26, p. 932-935

- Kusumawati I., 2003 : Uji Aktivitas Produk Ekstrak Etanol Terstandar Daun Jambu Biji (*Psidium guajava L*) Sebagai Obat Demam Berdarah (Aspek Immunologi). Laporan Penelitian *Project Grand-QUE Project* Tahun 200. Fakultas Farmasi Universitas Airlangga Surabaya.
- Langsoen O.M., 1996: Dental Effects of Diet and Coca Leaf Chewing on Two Prehistoric Cultures of Northern Chile. *Am. J.Phys. Anthropol. Dec*; **101(4)**: p. 475-89
- Lebar F.M., 1972 : *Ethnic Groups of Insular South East Asia*, vol 1., Human Relations Area Files Press, New Haven, p. 41.
- Lehner T., 1995 : *Imunologi pada Penyakit Mulut* , Alih Bahasa Ratna Farida dan Suryadhana, Penerbit EGC. h 8-61.
- Lestari M. s.a : *Anatomi Morfologi Tumbuhan II* , Organologi Tumbuhan. Laboratorium Botani, Farmasi Farmakognosi, Jurusan Biologi Farmasi. Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Lilienthal B., V. Amerens dan G. Gregory, 1965: An Epidemiological Study of Chronic Periodontal Disease, *Archives of Oral Biology* **10**, p. 553-566.
- Lincoln I.S dan E.G. Guba, 1985: *Naturalistic Inquiry*, Sage Publications, Beverly Hills-London-New Delhi
- LIPi 1994 : *Risalah Widyakarya Pangan dan Gizi V*, LIPI, Jakarta, h 421 - 450.
- Loe H., A. Anerus, H. Boysen dan M. Smith, 1978: The Natural History of Periodontal Disease in Man, The Rate of Periodontal Destruction Before 40 Years of Age. *Journal Periodontology* **49**, p. 607-620.
- Loesche W.J., 1985 : The Rationale for Caries Prevention Through The Use of Sugar Substitutes, *Int. Dent. J.* **35**, p. 1-8.
- Manly R.S. 1951: Factors Affecting Masticatory Performance and Efficiency Young Adult, *J. Dent.Res.* **30** p 874-882.
- Manly R.S dan P. Vinton, 1951 A Survey of The Chewing Ability of Denture Wearers. *J. Dent.Res.* **30** p 315-321
- Marshall Day C.D., R.G. Stephen, L.F. Quigley Jr., 1955: Periodontal Disease : Prevalence and Incidence, *Journal of Periodontology* **29**, p.185-203.
- Mc. Ardle W.D., F.E. Katch dan V L Katch, 1986: *Exercise Physiology Energy, Nutrition and Human Performance* 2 nd ed., Philadelphia Lea Febriger, p. 376.

- Mc. Guire W.J., 1984 : **Public Communication as A Strategy for Inducing Health Promoting Behavioral Change**, Preventive Medicine
- Mechanic D., 1972 : **Response Factors in Illness . The Study of Illness Behavior.** in E.G. Jaco (Ed.), **Patients, physicians and illness : A sourcebook in behavioral science and health (2nd ed.)**, New York : Free Press. (Reprinted from Social Psychiatry, 1966, 1, 11-20)
- Mechanic D., 1978 : **Medical Sociology, 2nd Ed** New York, Free Press
- Melalatos J.M., 1995 **Ensiklopedi Suku Bangsa di Indonesia**, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, Jakarta, h 547-550
- Menacker L. dan J.R. Mc Ghee, 1982 . **Dental Caries in Dental Microbiology**, Mc Ghee J.R, S.H. Michalek and G.H. Gassel (1982), Harper and Row Publisher Inc 1, Philaladelphia, p 35-37, 691-713.
- Moeso S. dan P. Agus 1985 : **Laporan perjalanan ke Jayapura Sentani (Irian Jaya)**, Fakultas Biologi UGM, Yogyakarta, hal 19
- Monks F.J dan A.M.P. Knoers, 2002: **Psikologi Perkembangan, Tegemahan .** Siti Rahayu Haditono, Gadjah Mada University Press Cet 14, Yogyakarta, h. 262-263
- Moyuahan P.J dan R.D. Hold, 1996 . **The National Diet and Nutrition Survey of 1,5 to 4,5 Year Olds Children . Summary of The Findings of The Dental Survey, Br.Dent. J. Nov.9 ,181(9): p. 328-332.**
- Muhleman H.R., 1976: **Introduction to Oral Preventive Medicine A Program for The First Clinical Experience, Die Quintessence J.Periodont.61-64, p. 215-233**
- Naidoo S., U.M. Chikte, H. Mooia, K. Steyn. 2001 : **Perceptions of Oral Health : The South African Demographic and Health Survey of 1998, SADJ Nov; 56 (11) : p. 505-10**
- Neiburger E.J., 1977 (a). **Flat Plane Occlusion in The Development of Man. J.Prosthet.Dent.38(4), p 459-469**
- Neiburger E.J., 1977 (b). **The Evolution of Human Occlusion (I) , Quintessence Int 7, p 75-84.**
- Nikiforuk G and F. Pulver , 1969 : **Practical Aspects of Current Caries Research and Epidemiological Data, ASDC Journal of Dentistry for Children, Vol XXXVI, No. 4 p 23-26**
- Notoatmodjo S., 1981 . **Komponen Pendidikan pada Penyuluhan Kesehatan**, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM UI, Jakarta, h 4-10

- Notoatmodjo S., 1993 : **Metodologi Penelitian Kesehatan**, PT Rineka Cipta , Jakarta, h. 83.
- Notoatmodjo S , 1993 : **Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan**, Andi Offset, Yogyakarta, h. 101-107.
- Plasschaert A.J.M., T. Folmer, J.L.M van den Heuvel, J Jansen, L van Opynen dan S.L.J. Wouters, 1978. An Epidemiologic Survey of Periodontal Diseases in Dutch Adults, **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 6, p 65-70
- Posselt U.L.F., 1968: **Physiology of Occlusion and Rehabilitation 2nd ed.**, Blackwell Scientific Publication, Oxford, p. 66-67
- Powers J.M. dan I.I.A. Koran, 1973 The Wear of Hard Dental Tissue, Review of The Literature **J.Mich. Dent. Assoc** 55, p. 119-126.
- Ramfjord S.P dan M.M Ash, 1971. **Occlusion 1st ed.**, W.B Saunders Co., Philadelphia, p 4-21.
- Ramfjord S. dan M.M. Ash, 1983: **Occlusion 3th ed.**, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Reynolds J.M., 1970. Occlusion Wear Facets, **J. Prosthet.Dent.** 24(4), p. 367-372
- Ricketts R.M., 1969: Occlusion the Medium of Dentistry, **J. Prosthet.Dent.** 21, p 39-60
- Robbers J.E., M.K Speedie., V.E Tyler , 1996 **Pharmacognosy and Pharmacobiotechnology**, Williams & wilkins, Baltimore, Maryland USA, p.55-62,79-104,107-120,138-139,143-182.
- Roeslan B O dan M.H. Sadono, 1997 : Aspek Biokimia Proses Terjadinya Karies Gigi, **Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, Edisi Khusus, KPPIKG XI 4** h 804-810
- Rogers E.M., 1983 : **Diffusion of Innovations 3th ed.**, The Free Press New York, p 17 - 32.
- Rogers E.M , F.F Shoemaker , **Communication of Innovations 2nd ed.**, The Free Press New York, Collier - Macmillan Ltd. London., p 10 - 55
- Rosen S, 1991 **Dental Caries Essential Dental Microbiology, Appleton and Lange A Publishing Division of Prentice Hall**, p. 341-355
- Rosenberg P A 1981: Occlusion and Endodontia Treatment in Dental, **Clin.J.North.Am.** 25, p 423-437

- Rosenstock I.M., 1982 : Decision Making by Individuals in **The Sophe Heritage Collection of Health Education Monographs**, Vol 1, by Paul R. 3rd Party Publishing Co., Oakland California, p 164 - 180
- Ross S.H., P.R. Mico, 1980 . **Theory and Practice in Health Education**, Mayfield Publishing Company, USA
- Russel A.L . 1965 Some Epidemiological Characteristics of Periodontal Disease in A Series of Urban Populations. **Journal of Periodontology** 28 , p 286-293
- Russell A.L . 1967 Epidemiology of Periodontal Disease, **International Dental Journal** 17 , p 282-285
- Russell A.L., E.C Leatherwood dan C.F Consolazio, 1965 Periodontal Disease and Nutrition in South Vietnam. **Journal of Dental Research** 44, p 775-782
- Sakashita R., M. Inoue, N. Inoue, Q. Pan, H. Zhu, 1997 Dental Disease in The Chinese Yin-Shang Period With Respect to Relationship Between Citizens and Slaves, **Am.J.Phys.Anthropol. Jul**; 103(3): p. 401-8
- Sarwono S., 1993 **Sosiologi Kesehatan**, Gadjah Mada University Press, Cet 1, Yogyakarta
- Sauther M.L., R.W Sussman, F. Cuozzo, 2002 Dental and General Health in A Population of Wild Ring Tailed Lemurs, a Life History Approach, **Am.J.Phys. Anthropol. Feb**; 117(2) p 122-132
- Schei O., J Waerhaug, A. Lovdal dan A. Arne, 1959 Alveolar Bone Loss as Related to Oral Hygiene and Age, **Journal of Periodontology** 30, p. 7-9
- Schlager S., R.A. Yuodelis dan R.C Page, 1977 Epidemiology of Periodontal Disease In : **Periodontal Disease** Lea & Febiger, Philadelphia , p 74-82
- Sheiham A . 1969: **A Statistical Survey of Periodontal Disease in Nigerian Juveniles Parodontopathies (Geneva)** 18, p 34-37
- Silverstore L.M., N.W. Johnson, J.M Harde and R.A.D Williams, 1982 **Dental Caries, Aethiology, Pathology and Prevention**, The Mac Millan Press Ltd., London and Basingstoke, p 4-15, 19-42
- Soesilo, 1990) **Penataran Pembina Pengembangan Obat Tradisional**, Depkes RI, Jakarta
- Spiegel M.R . 1984 **Statistik**, Penerbit Erlangga, Surabaya

- Spradley J.P., 1980: **Participant Observation**. Holt Rinehart and Winston, New York-Chicago-San Francisco-Dallas-Montreal-Toronto-London-Sydney
- Spradley J.P., 1997 : **Metode Etnografi**, Diterjemahkan oleh Misbah Zulfa Elizabeth, PT Tiara Wacana, Yogyakarta.
- Stanley B., P.H. William, W.F. Josef, R.M. Michael, H. Klaus, E.J. Baxter, 1995 **A Study of Maximum Bite Force During Growth and Development**. <http://199.245.200.128/66-496/braun.html>
- Suchman E.A., 1972 : Stages of illness and medical care. In E. G. Jaco (Ed.), **Patients, Physicians and Illness : A Sourcebook in Behavioral Science and Health (2nd ed.)** New York . Free Press. (Reprinted from **Journal of Health and Human Behavior**, 1965, 6, 114-128)
- Sudarti , 1988 **Persepsi Masyarakat Tentang Sehat - Sakit dan Posyandu** Survei Keluarga Berencana Kesehatan di Kabupaten Indramayu, Jabar, Pusat Penelitian Kesehatan, Lembaga Penelitian U.I., Depok.
- Sukadana A.A., 1970 : **Persamaan Mutilasi Dentisi pada Kerangka-Kerangka Prasedjarah dan Liang Bua, Lewoleba dan Melolo, Serta Beberapa Tjataan Anthropologis Mengenai Penemuan-Penemuan Itu.**, **M.K.G.S.**, Vol. 3, Apr-Jun 1970. h 13-30.
- Swasono M.F., 1995 : **Makanan Kelompok Lanjut Usia Dalam Konteks Budaya**. Widya Karya Nasional : Khasiat Makanan Tradisional, Jakarta
- Taylor R.M.S., 1984. **Reading the Dentition the Place of Tooth Wear**, **New Zealand Dent. J.** 80, p 66-72.
- Thomson H., 1975: **Occlusion**, John Wright And Sons Limited, Bristol
- Waerhaug J., 1966: **Epidemiology of Periodontal Disease**. In **World Workshop in Periodontics**, Ann Arbor Michigan, p 179-221
- Walker P.L., 1978 **A Quantitative Analysis of Dental Attrition Rates in The Santa Barbara Channel Area**, **Am. J. Phys. Anthropol.** 48, p. 101-106.
- Weiner M., sa, **Modemusasi Dinamika Pertumbuhan**, **Voire of America**. Forum Lectures.
- WHO*, 1961 **Periodontal Disease, Technical Report Series 207.**
- . 1978 **Epidemiology, Etiology and Prevention of Periodontal Diseases, Technic al Report Series 621.**

- 1981 : **Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by The Year 2000**, Geneva.
- Williams J C., D.F. Kelsall., A. Lieberman., 1971 : **Dynamic Shape Factors of Particles**. *Powder Technology* vol. 4. No. 3. March., Elsevier Segnoia s.a. Lausanne. Netherlands. p. 117 – 138.
- Wise M.D., 1977: **Occlusion and Restoration Dentistry**, *Br. Dent. J.* 143 (2), p. 45-52.
- Yuwana S., 1997 : **Metode Penelitian Kebudayaan**, Citra Kencana, Surabaya.
- Zivko B.J., J. Panduric, V. Jerolimov, M. Mloc, L. Pizeta, M. Jakovac, 2002: **Bite Force in Subjects with Complete Dentition**, *Coll. Anthropol. Jun;* 26(1): p. 293-302



LAMPIRAN 2

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Nama U.P
 Umur tahun
 Pekerjaan
 Pendidikan Status Sosial
 Alamat
 Mutilasi RA, RB / tidak
 Atrisi / tidak

A. Pertanyaan untuk yang mutilasi gigi :

Pengetahuan tentang mutilasi gigi :

- 1 Alasan mengapa dilakukan mutilasi gigi ?
- 2 Apakah ada yang menyuruh melakukan mutilasi gigi ? Ada / tidak ada
 Jika ada, siapa yang menyuruh ?
- 3 Siapa yang melakukan mutilasi gigi ?
- 4 Kapan / pada umur berapa dilakukan mutilasi gigi ?
- 5 Apakah waktu mutilasi gigi sebelum / sesudah menikah ?
- 6 Apakah waktu mutilasi gigi dilakukan bersamaan dengan *tattoo* ?
 Mana yang lebih dulu ?
7. Waktu mutilasi gigi apakah ada rasa sakit / ngilu ? Ada / tidak.
 Jika sakit : ngilu , tindakan apa yang dilakukan ?
 - a. Di obati dengan :
 - Nama obat
 - Jenis obat
 - Di dapat dari mana
 - Apakah ada yang jual
 - Terdiri dari
 - Cara pembuatan
 - Cara pemakaian
 - Reaksinya bagaimana
 - b. Dibiarkan saja.
 - c.
- Sampai berapa lama rasa sakit / ngilu tersebut hilang ?
- Kalau rasa sakit tidak hilang, tindakan apa yang dilakukan selanjutnya ?
- Setelah mutilasi gigi dilakukan, adakah gigi tersebut pernah sakit ? jika pernah tandakah apa yang dilakukan ?
8. Apa yang dilakukan setelah mutilasi gigi?
 - a. Tiduran Mengapa ?
 - b. Tidak bekerja Mengapa ?
 - c. Bekerja ringan Mengapa ?
 - d. Bekerja seperti biasa Mengapa ?
- 9 Bagaimana penerimaan lingkungan anda setelah dimutilasi giginya ?
 Apakah ada peningkatan status sosial ?

Pengetahuan tentang si Kerei :

10. Apakah anda pernah mempergunakan jasa si Kerei ?
 Untuk keperluan apa ?
 - Upacara adat Adat apa, caranya bagaimana ?
 - Mengusir roh jahat di mana, caranya bagaimana ?
 - Mengobati penyakit : penyakitnya apa ?
 Apakah diobati dengan jampi-jampi (doa dan mantera) ? Caranya ?
 Apakah diobati dengan cara yang lain ?
 Caranya : - diminum
 - dimakan
 - dioleskan
 -
 Berapa lama ?
 Hasilnya bagaimana ?

Pengetahuan tentang ramuan tradisional :

11. Apakah anda mengetahui tentang ramuan tradisional di smu ?
 Apa saja jenisnya ?
 Untuk apa ?
 Bagaimana cara membuatnya ?
 12. Apakah anda pernah memakai ramuan tradisional tersebut ?
 Untuk apa ?
 Bagaimana pengalamannya ?
 Berapa kali pemakaiannya ? Terus menerus ?
 Bagaimana khasiatnya ?
 13. Bagaimana pendapat anda tentang ramuan tradisional ? Mengapa ?

Pengetahuan tentang pola makan dan pola pengolahan makanan:

14. Apakah makanan pokok sehari-hari ?
 Bagaimana cara memasaknya ?
 15. Berapa kali mengunyah sebelum makanan ditelan ?
 16. Apa saja lauk yang dimakan ?
 17. Sayuran apa yang biasa dimakan ?
 18. Buah-buahan apa yang biasa dimakan ?
 19. Sumber air minum / memasak dari mana ?

B. Pertanyaan untuk yang mutilasi gigi dan yang tidak mutilasi gigi .**Pengetahuan tentang kesehatan gigi**

20. Selama ini apakah pernah menderita sakit gigi ? Pernah / tidak.
 Kalau pernah, tindakan apa yang dilakukan ?
 a. Berobat ke
 b. Diobati sendiri dengan
 c. Dibiarkan saja.
 d.
 21. Apakah pernah giginya ditambal ? Pernah / tidak.
 Kalau pernah siapa yang menambal ? Di mana ?

22. Apakah pernah giginya dicabut? Pernah / tidak
Kalau pernah, siapa yang mencabut giginya?
Mengapa giginya harus dicabut?
23. Kalau membersihkan gigi dengan apa?
Berapa kali sehari membersihkan gigi?
Kapan saja membersihkan gigi?
24. Apakah dari penuturan orang lain, selama ini ada kebiasaan kerot? Ada / tidak
Kalau ada, kapan saja kerot dilakukan?

C. Pertanyaan untuk yang tidak mutilasi gigi :

25. Alasan mengapa tidak dilakukan mutilasi gigi?



LAMPIRAN : 3**PEDOMAN FOCUS GROUP DISCUSSION**

Pada diskusi kelompok yang dihadiri oleh 8 – 10 orang suku Mentawai, diberikan topik pembicaraan tentang mutilasi gigi dan atrisi gigi. Dari yang hadir diminta untuk menceritakan pengetahuan, pengalaman yang diketahui tentang mutilasi gigi dan atrisi gigi. Panduan diskusi adalah sebagai berikut :

a. Mutilasi gigi :

1. Mengapa dilakukan mutilasi gigi
2. Pada umur berapa dilakukan mutilasi gigi ?
Dimana ? Pagi / siang/ sore/ malam ? Mengapa dilakukan pada waktu tersebut ?
3. Mutilasi gigi dilakukan sebelum atau sesudah menikah.
4. Manfaat apa yang didapatkan dengan tindakan mutilasi gigi.

b. Pendorong tindakan mutilasi gigi :

1. Siapa yang melakukan mutilasi gigi, apakah ada hubungan persaudaraan ?
Mengapa ?
2. Siapa yang memutuskan untuk melakukan mutilasi gigi? Mengapa ?
3. Apakah tindakan mutilasi gigi dilakukan karena paksaan orang lain atau suka rela.
4. Apakah tindakan mutilasi gigi perlu dipertahankan ?
 - Perlu : Mengapa ?
 - Tidak perlu : Mengapa ?

c. Kendala gigi :

Apakah pernah sakit gigi ?

Kapan seseorang dinyatakan sakit gigi (konsep sehat .. sakit)

d. Gigi tidak di mutilasi :

1. Mengapa ada orang yang tidak dilakukan mutilasi gigi.

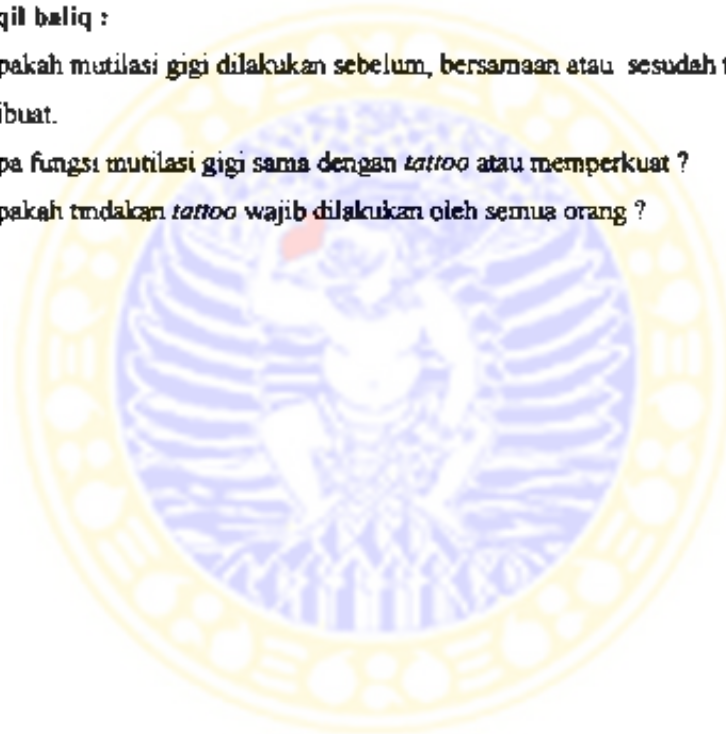
2. Kalau tidak dilakukan mutilasi gigi, apa akibatnya secara sosial budaya?
Apakah akan dikucilkan?

e. Atrisi gigi :

1. Apakah yang diketahui tentang atrisi gigi (misnya gigi karena proses pengunyahan).
2. Apakah penyebab terjadinya atrisi gigi menurut mereka.
3. Apakah atrisi gigi menyebabkan sakit atau ngilu bagi mereka

f. *Tattoo* pada tubuh sebagai tanda suku Mentawai yang dilakukan pada saat *aqil baliq* :

- Apakah mutilasi gigi dilakukan sebelum, bersamaan atau sesudah *tattoo* dibuat.
- Apa fungsi mutilasi gigi sama dengan *tattoo* atau memperkuat?
- Apakah tindakan *tattoo* wajib dilakukan oleh semua orang?



LAMPIRAN : 4

**KUESIONER PENELITIAN
PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR**

- Nama L : P
- Umur tahun
- Alamat
- Pendidikan
- Pekerjaan Status sosial
- Mutilasi RA, RB / tidak (Bila jawaban tidak, hanya sampai dengan pertanyaan nomer 7)
- Mobilitas Suku Mentawai.**
1. Apakah anda pernah bepergian ke lain desa ?
 1. Pernah (bila jawaban pernah dilanjutkan ke pertanyaan nomer 2, dst)
 2. Tidak pernah (stop)
 2. Ke mana anda bepergian ?
 1. Ke desa tetangga
 2. Ke ibu kota kecamatan
 3. Ke lain pulau besar di kepulauan Mentawai
 4. Ke lain pulau di luar kepulauan Mentawai
 3. Untuk keperluan apakah anda pergi ?
 1. Berburu, mencari hasil hutan
 2. Duta wisata.
 3. Bertandang, kunjungan kekeuargaan
 4. Berdagang, *barter* barang.
 5. Berobat
 6. Sekolah
 4. Jika anda bepergian untuk keperluan berobat, apakah jenis pengobatannya ?
 1. Medis - Kesehatan umum
- Kesehatan gigi - perawatan , - pencabutan, - lainnya
 2. Non Medis

5. Kapan anda bepergian terakhir kali ?
- 1 Agustus 2003
 - 2 Juli 2003
 - 3 Juni 2003.
6. Berapa banyak frekuensi bepergian anda
- 1 1 minggu sekali
 - 2 > 1 minggu - 1 bulan sekali
 - 3 > 1 bulan sekali
7. Berapa lama anda bepergian ?
1. 1 - 3 hari
 2. 4 - 7 hari
 3. > 7 hari

Faktor Predisposisi

a. Pengetahuan tentang mutilasi gigi.

8. Apakah anda pernah mendengar tentang mutilasi gigi ?
- 1 Pernah (bila jawaban pernah, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 9)
 2. Tidak pernah (stop).
9. Dari mana anda mengetahui tentang mutilasi gigi ?
- 1 Kakek / nenek, orang tua
 2. Teman
10. Menurut anda, adakah pengaruh dari tindakan mutilasi gigi terhadap kesehatan gigi ?
- 1 Ada (jika jawaban ada, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 11)
 2. Tidak.
11. Bagaimana pengaruh tindakan mutilasi gigi terhadap kesehatan gigi ?
- 1 Baik
 - 2 Buruk

b. Nilai

12. Menurut anda, apakah ada bedanya sebelum dan setelah mutilasi gigi ?

1. Ada (jika jawaban ada dilanjutkan ke pertanyaan nomer 13)
2. Tidak ada

13. Menurut anda apakah bedanya gigi setelah dimutilasi ?

1. Gigi menjadi lebih baik / rapi
2. Gigi menjadi lebih mudah dibersihkan
3. Bangga

14. Menurut anda apakah manfaat mutilasi gigi ?

1. Sebagai jati diri suku Mentawai
2. Untuk kecantikan, untuk gaya
3. Untuk makan, supaya seperti gigi binatang buas
4. Tradisi suku Mentawai

15. Menurut anda apakah mutilasi gigi baik untuk kesehatan gigi ?

1. Baik (jika jawaban baik, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 16)
2. Tidak baik (jika jawaban tidak baik, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 17)
3. Tidak tahu.

16. Menurut anda mutilasi gigi baik untuk kesehatan gigi, karena :

1. Rapi
2. Mudah membersihkan.
3. Gigi menjadi lebih sehat dan kuat

17. Menurut anda mutilasi gigi tidak baik untuk kesehatan gigi, karena :

1. Sakit
2. Merusak gigi
3. Jelek
4.

c. Kepercayaan.

18. Menurut anda, apakah mutilasi gigi harus dilakukan ?

1. Harus dilakukan (jika jawaban harus dilakukan dilanjutkan ke nomer 19)
2. Ragu-ragu (lanjutan ke pertanyaan nomer 21)
3. Tidak harus dilakukan (jika jawaban tidak harus dilakukan dilanjutkan ke nomer 20)

19. Menurut anda mutilasi gigi harus dilakukan, karena
1. Merupakan budaya suku Mentawai
 2. Mutilasi gigi harus dilestakan
 3. Tanda khas suku Mentawai
20. Menurut anda mutilasi gigi tidak harus dilakukan, karena
1. Kuno
 2. Orang lain tidak melakukan mutilasi gigi
 3. Hak masing-masing individu/orang
21. Jika mutilasi gigi tidak dilakukan, apakah akibatnya bagi anda?
1. Tidak ada akibat apapun
 2. Dikucilkan dari lingkungan.
 3. Dianggap orang asing/bukan orang Mentawai
- d. Sikap**
22. Menurut anda tindakan mutilasi gigi perlu dipertahankan
1. Perlu (jika jawaban perlu, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 23, 24)
 2. Tidak perlu (jika jawaban tidak perlu, dilanjutkan ke pertanyaan nomer 25, 26)
23. Menurut anda tindakan mutilasi gigi perlu dipertahankan, karena
1. Sebagai jati diri suku Mentawai
 2. Merupakan budaya suku Mentawai
24. Menurut anda, bagaimana caranya mempertahankan mutilasi gigi?
1. Menyuruh penduduk suku Mentawai untuk dimutilasi giginya.
 2. Mendidik orang untuk bisa melakukan mutilasi gigi
25. Menurut anda tindakan mutilasi gigi tidak perlu dipertahankan, karena
1. Sakit
 2. Orang yang bisa melakukan mutilasi sudah jarang
 3. Dilarang pemerintah
26. Jika mutilasi gigi tidak perlu dipertahankan, apakah tindakan anda?
1. Diabaikan saja
 2. Melarang orang untuk melakukan mutilasi gigi
 3. Terserah masing-masing individu

e. Tradisi

27. Apakah ada pada keluarga anda yang dimutilasi giginya ?

1. Ada (Jika ada dilanjutkan ke pertanyaan nomor 28)
2. Tidak ada.

28. Keluarga anda yang dimutilasi giginya adalah

1. Kakek, nenek
2. Bapak, ibu, saudara kandung bapak dan atau ibu
3. Saudara kandung, saudara sepupu

29. Kapan anda di mutilasi ? Pada umur berapa dimutilasi ?

1. Sesudah akil balig, umur tahun
2. Sebelum akil balig, umur tahun

30. Siapa yang melakukan mutilasi gigi ?

1. Ahli mutilasi gigi
2. Si Kerei

Faktor Pemungkin : **a. Peran si Kerei.**

31. Apakah anda pernah mempergunakan jasa Si Kerei ?

1. Pernah (jika pernah dilanjutkan ke pertanyaan nomor 32)
2. Tidak pernah

32. Untuk keperluan apakah anda mempergunakan jasa Si Kerei ?

1. Upacara adat
2. Mengusir roh jahat, Mengobati penyakit
3. Mutilasi gigi.

b. Ketergantungan pada ramuan tradisional.

33. Apakah anda mengetahui tentang adanya ramuan tradisional di sini ?

1. Tahu
2. Tidak tahu (stop).

34. Apakah anda pernah memakai ramuan tradisional tersebut ?

1. Pernah
2. Tidak pernah

35. Sekali minum / makan / oles, berapa banyak ramuan yang anda gunakan ?
- 1 1 - 5 lembar daun.
 - 2 > 5 - 10 lembar daun.
 - 3 > 10 lembar daun
36. Berapa kali sehari anda memakai / mengkonsumsi ramuan tradisional ?
- 1 3 x
 - 2 2 x
 - 3 1 x
37. Apakah pendapat anda tentang ramuan tradisional ?
- 1 Baik
 - 2 Tidak baik
38. Di mana anda mendapatkan bahan ramuan tradisional ?
- 1 Di halaman rumah
 - 2 Di ladang, di hutan
 - 3 Beli di pasar.

Faktor Pendorong :

39. Siapakah yang mendorong anda melakukan mutilasi gigi ?
- 1 Suami / isteri dan atau orang tua
 - 2 Mertua dan atau *peer group*
 - 3 Tokoh masyarakat dan atau petugas kesehatan
 - 4 Diri sendiri

LAMPIRAN : 6

FORMULIR PENCATATAN *OHIS*

Nama L / P

Umur tahun

Pekerjaan

Alamat

Tanggal

Mutilasi / Tidak Mutilasi

Atrisi / tidak atrisi.

Oral Hygiene

1. *Debris*

2. *Calculus*

16	11	26
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	41	36

16	11	26
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	41	36

Debris Score

Calculus Score

ORAL HYGIENE INDEX SIMPLIFIED

(*Debris Score* - *Calculus Score*)

LAMPIRAN : 7**FORMULIR DMF-T**

Nama L / P
 Umur tahun
 Pekerjaan
 Alamat
 Tanggal
 Mutilasi / tidak
 Atrisi / tidak

	18	17	16	15	14	13	12	11	10	22	23	24	25	26	27	28	RA
DMF-T	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	RB

Kondisi Status	DMF-T
- Sehat	0
- Gigi lubang / karies	1
- Tumpatan dengan karies	2
- Tumpatan tanpa karies	3
- Gigi dicabut oleh karena karies	4
- Gigi dicabut oleh sebab lain	5
- Sealant, varnish	6
- Abutment, mahkota khusus	7
- Gigi tidak tumbuh	8
- Gigi tidak termasuk kriteria di atas	9

Cara menghitung Index DMF-T:

Komponen *D (Decay)*, meliputi gigi kode 1 dan 2

Komponen *M (Missing)*, meliputi gigi kode 4 dan 5

Komponen *F (Filling)*, meliputi gigi kode 3 - 6

Dasar perhitungan DMF-T adalah 32 gigi tetap

LAMPIRAN : 8

FORMULIR CPITN

Nama L / P
 Umur tahun
 Pekerjaan
 Alamat
 Tanggal
 Mutilasi / tidak
 Atrisi / tidak

Status periodontal CPITN

17/16 11 26/27
 :
 :
 47/46 31 36/37

Kondisi periodontal :

0 = sehat
 1 = berdarah
 2 = kalkulus
 3 = poket 4 - 5 mm
 4 = poket > 6 mm
 x = sextan tidak diperiksa.

NO	KONDISI PERIODONTAL	JARINGAN	NILAI	KEBUTUHAN PERAWATAN
1	Jaringan periodontal sehat tak ada perdarahan, tak ada poket, tak ada karang gigi		0	Tidak memerlukan perawatan
2	Ada perdarahan spontan atau selang beberapa saat setelah diperiksa dengan sonde		1	Penyuluhan tentang kesehatan gigi
3	Terasa adanya karang gigi sub supra gingiva, daerah hitam pada sonde terlihat seluruhnya		2	Penyuluhan dan pembersihan karang gigi
4	Poket 4-5 mm tepi gusi terletak pada daerah hitam sonde		3	Penyuluhan dan pembersihan karang gigi
5	Poket > 6 mm, warna hitam pada sonde tidak terlihat		4	Penyuluhan dan perawatan

LAMPIRAN : 9.**Persetujuan Sukarela Berpartisipasi Sebagai Subyek Penelitian.**

1. Saya, Isnindiah Koerniati drg, mahasiswa Program Doktor Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, mohon dengan hormat kepada Bapak / Ibu / Saudara untuk ikut berpartisipasi secara sukarela pada penelitian saya yang berjudul : **Beberapa faktor yang mempengaruhi mutilasi gigi anterior dengan terjadinya atrisi gigi posterior pada suku Mentawai di pulau Siberut.**
Untuk keperluan ini maka akan dilakukan wawancara terstruktur dengan kuesioner, metode *recall*, *focus group discussion*, wawancara mendalam, pengumpulan tumbuhan berkhasiat obat, pemeriksaan gigi dan pencetakan gigi rahang atas dan rahang bawah.
2. Hasil penelitian ini akan diumumkan pada pertemuan ilmiah
3. Identitas responden yang diperoleh selama penelitian ini akan dirahasiakan
4. Jika ada yang tidak jelas dan ingin ditanyakan, saya bisa dihubungi Isnundiah Koerniati drg
Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Jl Perintis Kemerdekaan
Padang – Sumatera Barat

Surat Persetujuan Ikut Serta Dalam Penelitian.

Setelah memperoleh keterangan yang lengkap, jelas serta mengerti sepenuhnya tujuan dan manfaat dari penelitian yang berjudul :

Beberapa faktor yang mempengaruhi mutilasi gigi anterior dengan terjadinya atrisi gigi posterior pada suku Mentawai di pulau Siberut.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama L / P
 Umur tahun
 Pekerjaan
 Alamat
 Untuk Diri sendiri / anak / orang tua / isteri / suami / lainnya

Nama responden L / P
 Umur Tahun
 Alamat

Dengan ini menyatakan sesungguhnya membenarkan persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian ini, termasuk dilakukannya pemeriksaan gigi dan pencetakan gigi pada rahang atas dan rahang bawah, dengan catatan apabila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini

Peneliti Siberut,

Isnindiah Koerniati drg (.....)
 Nama terang

Saksi (.....)
 (.....)



PEMERINTAH KABUPATEN KEPULAUAN MENTAWAI

SEKRETARIAT DAERAH

Tuapejat - Sipora

Nomor 070/138 /Pem-2003
 Lampiran -
 Perihal Rekomendasi Izin
Melaksanakan Penelitian

Tuapejat, 27 Agustus 2003

Kepada,
 Yth. 1. Sdr. Camat Siberut Selatan
 2. Sdr. Camat Siberut Utara
 di -

JAMPANG

Dengan hormat,

Berdasarkan surat Direktur Universitas Airlangga Nomor 5856 JG3 / PT 2003, tanggal 25 Juli 2003, perihal Izin Melaksanakan Penelitian, dengan ini diberitahukan kepada Saudara, bahwa nama tersebut di atas akan melaksanakan Penelitian untuk Disertasi peserta Program Doktor Program Studi Ilmu Kedokteran angkatan tahun 1999-2000 Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga di Wilayah Saudara, yaitu :

Nama : Isnindiah Koerniat
 Nim : 099913630 D
 Judul Penelitian : "Seberapa Faktor yang Mempengaruhi Mutiasi Gigi dengan Terjadinya Atrisi pada Suku Mentawai di Pulau Siberut"
 Lokasi Tempat Penelitian : Pulau Siberut
 Waktu Penelitian : Bulan Agustus s.d Oktober 2003

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka serta tujuan penelitian.
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukan surat - surat keterangan yang berhubungan dengan itu, serta melaporkan diri sebelum meninggalkan Daerah penelitiannya kepada Pemerintah Kabupaten setempat.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat serta kebijaksanaan masyarakat setempat.
4. Mengirimkan laporan hasil penelitiannya sebanyak 1 (satu) Eks kepada Bupati Kepulauan Mentawai Cq. Bagian Pemerintahan Pemda Kabupaten Kepulauan Mentawai
5. Bila terjadi penyimpangan / pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka Surat Rekomendasi ini akan dicabut kembali.

Demikianlah rekomendasi Izin Penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana



Tembusan, Kpd Yth .

- 1 Bpk. Gubernur Propinsi Sumatera Barat di Padang
- 2 Bpk. Kepala Badan Kesbang Linmas Propinsi Sumatera Barat di Padang
- 3 Bpk. Bupati Kepulauan Mentawai (sebagai laporan)
- 4 Bpk. Muspida Kab. Kepulauan Mentawai
- 5 Yang Bersangkutan
- 6 Arsip



DEPARTEMEN KEHUTANAN
DIREKTORAT JENDERAL PERLINDUNGAN HUTAN DAN KONSERVASI ALAM
BALAI TAMAN NASIONAL SIBERUT

Jl. Raden Saleh No 8C, P.O. BOX 159, Padang, Telp/Fax (0751)442309. E-mail : tsiberut@indosat.net.id
 Maulappet - Muara Siberut, Kecamatan Siberut Selatan, Kabupaten Kepulauan Mentawai Telp(0759) 21057.



SURAT IZIN MASUK KAWASAN KONSERVASI (SIMAKSI)

Nomor : 74 /BTN.Sbr/1/2003

Dasar : 1 Surat Penugasan An. Dir. Bidang Akademik Universitas Airlangga Program Pascasarjana
 Nomor : 5856/J03.4/PP/2003

Dengan ini memberikan izin masuk kawasan konservasi

Kepada : 1 Isnindiah Koerniati/099913630/D

Untuk : Melaksanakan penelitian tentang "Beberapa faktor yang mempengaruhi mutiasi gigi dengan terjadinya atresi pada suku mentawai dipulau Siberut

Lokasi : Kawasan Taman Nasional Siberut dan sekitarnya

Waktu : Dari tanggal 22 Agustus 2003 s/d selesai.

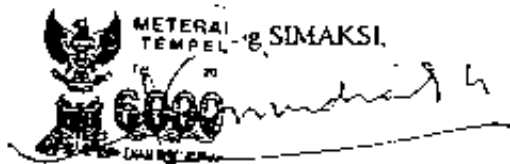
Dengan ketentuan

1. Sebelum memasuki lokasi kawasan wajib melapor kepada Kepala Balai Taman Nasional setempat.
2. Didampingi petugas dari Balai Taman Nasional pengelola kawasan yang dikunjungi dengan beban tanggung jawab dari pemegang SIMAKSI ini.
3. Menyerahkan kepada Direktorat Jenderal PHKA :
 - a. Copy laporan tertulis hasil kegiatan penelitian / pendidikan / penjelajahan / cinta alam / kegiatan jurnalistik atau
 - b. Copy film / video / foto jadi untuk pembuatan film / video / pengambilan foto.
4. Segala resiko yang terjadi dan timbul selama berada di lokasi sebagai akibat dari kegiatan yang dilaksanakan menjadi tanggung jawab pemegang SIMAKSI ini.
5. Komersialisasi hasil kegiatan penelitian (pengadaan buku hasil penelitian yang dijual kepada umum) harus seizin instansi yang berwenang dan wajib menyeter hasil komersialisasi kepada negara yang besarnya sesuai ketentuan yang berlaku melalui rekening kas negara pada bank-bank pemerintah.
6. Khusus untuk pembuatan film/video wajib membuat tulisan Direktorat Jenderal PHKA dan logo Departemen Kehutanan dalam film atau video yang dibuat.
7. Memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. SIMAKSI ini berlaku setelah pemohon membubuhkan materai Rp. 6.000 (enam ribu rupiah) dan menandatangani.

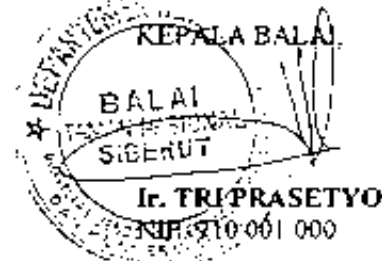
Demikian Surat Izin Masuk Kawasan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : PADANG

Pada Tanggal : 26 Agustus 2003



ISNINDIAH KOERNIATI



Tembusan : Kepada Yth,

1. Direktur Jenderal PHKA di Jakarta.
2. Pemerintahan Daerah Kabupaten Mentawai di Tua Pejat
3. Muspika Siberut Utara dan Siberut Selatan di Siberut
4. Kepala Seksi Siberut Selatan dan Siberut Utara di Siberut



HERBARIUM UNIVERSITAS ANDALAS

(a n d a)

Kampus Unand Limau Manis, Padang, Sumatera Barat, Indonesia, 25163
Telp. (0751) 71343, Fax. (0751) 73118, e-mail far-ua@padang.wasantara.net.id

HASIL IDENTIFIKASI

Specimen dari ISNINDIAH K
Mahasiswa S3 Kedokteran Gigi Surabaya
Lokasi sampel: Daerah Siberut Utara, Kabupaten Mentawai
Sumatera Barat

No.	Family	Species	Keterangan
1	Convolvulaceae	<i>Merremia peltata (L.) Merr</i>	Bag-bag, toroi (Mentawai) Aka sambaing (Minang)
2	Agavaceae	<i>Pleomele elliptica</i>	Tabalciki (Mentawai) Daun suji (Minang)
3	Gleicheniaceae	<i>Neprolepis hirsutula (Vorst) Pr</i>	Tebak (Mentawai) Paku Andam (Indonesia)
4	Acanthaceae	<i>Craptophyllum pictum</i>	Aclepet (Mentawai) Pudiang itam (Minang)
5	Zingiberaceae	<i>Hedycheum coronarium Linn.</i> <i>Hedycheum chrysoleucum Hook.</i>	Bulukani konan (Mentawai)

Padang, 22 Mei 2004

KEPALA HERBARIUM UNIVERSITAS ANDALAS



RUSJDI TAMIN

Tentang

Items analyzed:	Code
250 grm tepung sagu	54
100 grm pisang ambon	340
7 grm teh	410
1200 grm rambutan	347
10 grm gula pasir	393
100 grm talas	46

Weight: 1667 Grams (58.8 oz.) Water weight: 1147 G

Calories	1953	Vitamin B6	Mg
Protein	17 G	Vitamin B12	Mcg
Carbohydrates	493 G	Folic	Mcg
Dietary Fiber	G	Pantothenic	Mg
Fat-Total	2.15 G	Vitamin C	703 Mg
Fat-Saturated	G	Vitamin E	Mg
Fat-Mono	G	Calcium	306 Mg
Fat-Poly	G	Copper	Mg
Cholesterol	Mg	Iron	12.1 Mg
Vit A-Carotene	RE	Magnesium	Mg
Vit A-Preformed	RE	Phosphorus	332 Mg
Vit A-Total	313 RE	Potassium	Mg
Thiamin-B1	.236 Mg	Selenium	Mcg
Riboflavin-B2	Mg	Sodium	Mg
Niacin-B3	Mg	Zinc	Mg

Calories from protein: 3% Poly/Sat = 0.0:1
 Calories from carbohydrates: 96% Sod/Pot = 0.0:1
 Calories from fats: 1% Ca/Phos = 0.9:1

RAMIN'S NUTRITION PROGRAM

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Nama Daerah	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Seks * Nama Daerah Crosstabulation

Count

		Nama Daerah		Total
		1 Siberut Utara	2 Siberut Selatan	
Seks	1 Laki-laki	25	79	104
	2 Perempuan	16	59	75
Total		41	138	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		Seks Dependent	.000	.000	b	b
		Nama Daerah Dependent	.000	.000	b	b
Goodman and Kruskal tau		Seks Dependent	.001	.005		.672 ^c
		Nama Daerah Dependent	.001	.005		.672 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

c. Based on chi-square approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Umur Responden	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Seks * Umur Responden Crosstabulation

Count

		Umur Responden			Total
		1 >35 tahun	2 25 tahun - 35 tahun	3 < 25 tahun	
Seks	1 Laki-laki	43	39	22	104
	2 Perempuan	13	35	27	75
Total		56	74	49	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.050	.062	.766	.431
		Seks Dependent	.067	.090	.715	.474
		Umur Responden Dependent	.038	.085	.442	.659
	Goodman and Kruskal tau	Seks Dependent	.069	.036		.002 ^c
		Umur Responden Dependent	.033	.017		.003 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Pendidikan Responden	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Seks * Pendidikan Responden Crosstabulation

Count

		Pendidikan Responden				
		1. Tidak Tamat Perguruan Tinggi	2. Tamat SMU	3. Tidak Tamat SMU	4. Tamat SMP	5. Tidak Tamat SMP
Seks	1 Laki-laki	1	6	3	6	0
	2 Perempuan	0	0	1	4	2
Total		1	6	4	10	2

Seks * Pendidikan Responden Crosstabulation

Count

		Pendidikan Responden			Total
		6. Tamat SD	7. Tidak Tamat SD	8. Tidak Sekolah	
Seks	1 Laki-laki	13	34	41	104
	2 Perempuan	9	27	32	75
Total		22	61	73	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.011	.008	1.422	.155
		Seks Dependent	.027	.019	1.422	.155
	Goodman and Kruskal tau	Pendidikan Responden Dependent	.000	.000		^c
		Seks Dependent	.048	.009		.289 ^d
		Pendidikan Responden Dependent	.002	.002		.898 ^d

- a Not assuming the null hypothesis
- b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero
- d Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Pekerjaan Responden	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Seks * Pekerjaan Responden Crosstabulation

Count

		Pekerjaan Responden					
		1. Aparat Desa	2. Guru	3. Pegawai Non Aparat	4. Menyagu	5. Beradang	6. Kuli
Seks	1 Laki-laki	6	5	8	73	0	5
	2 Perempuan	0	0	2	0	73	0
Total		6	5	10	73	73	5

Seks * Pekerjaan Responden Crosstabulation

Count

		Pekerjaan	Total
		7. Tidak bekerja	
Seks	1 Laki-laki	7	104
	2 Perempuan	0	75
Total		7	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.867	.033	11.103	.000
		Seks Dependent	.973	.019	11.103	.000
		Pekerjaan Responden Dependent	.689	.045	11.103	.000
	Goodman and Kruskal tau	Seks Dependent	.963	.017		.000 ^c
		Pekerjaan Responden Dependent	.537	.041		.000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Status Sosial Responden	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Seks * Status Sosial Responden Crosstabulation

Count

		Status Sosial Responden					Total
		1. Kepala Desa	2. Kepala Dusun	3. Ketua Dewan Adat	4. Si Kerei	5. Penduduk biasa	
Seks	1. Laki-laki	1	2	2	27	72	104
	2 Perempuan	0	0	0	4	71	75
Total		1	2	2	31	143	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		Seks Dependent	.000	.000	b	b
		Status Sosial Responden Dependent	.000	.000	b	b
	Goodman and Kruskal tau	Seks Dependent	.100	.032		.001 ^c
		Status Sosial Responden Dependent	.079	.030		.000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

c. Based on chi-square approximation.

Crosstabs

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TKMOB * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

TKMOB * Mutilasi Crosstabulation

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
TKMOB	rendah	62	53	115
	sedang	34	30	64
Total		96	83	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		TKMOB Dependent	.000	.000	b	b
		Mutilasi Dependent	.000	.000	b	b
Goodman and Kruskal tau		TKMOB Dependent	.000	.001		.920 ^c
		Mutilasi Dependent	.000	.001		.920 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TKPRE * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

TKPRE * Mutilasi Crosstabulation

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
TKPRE		0	83	83
	sedang	55	0	55
	tinggi	41	0	41
Total		96	83	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.771	.031	24.546	.000
		TKPRE Dependent	.573	.050	8.910	.000
		Mutilasi Dependent	1.000	.000	12.440	.000
	Goodman and Kruskal tau	TKPRE Dependent	.589	.010		.000 ^c
		Mutilasi Dependent	1.000	.000		.000 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TKPEM * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

TKPEM * Mutilasi Crosstabulation

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
TKPEM		0	83	83
	sedang	67	0	67
	tingg.	29	0	29
Total		95	63	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.638	.028	30.428	.000
		TKPEM Dependent	.698	.047	10.348	.000
		Mutilasi Dependent	1.000	.000	12.440	.000
	Goodman and Kruskal tau	TKPEM Dependent	.634	.026		.000 ^c
		Mutilasi Dependent	1.000	.000		.000 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TKPEN * Mutiasi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

TKPEN * Mutiasi Crosstabulation

Count

		Mutiasi		Total
		1. Mutiasi	2. Tidak Mutiasi	
TKPEN	rendah	0	83	83
	tingg	96	0	96
Total		96	83	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nomina by Nomina	Lambda	Symmetric	1.000	.000	12.440	.000
		TKPEN Dependent	1.000	.000	12.440	.000
		Mutiasi Dependent	1.000	.000	12.440	.000
Goodman and Kruskal tau		TKPEN Dependent	1.000	.000		.000 ^c
		Mutiasi Dependent	1.000	.000		.000 ^c

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- Based on chi-square approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Mutiasi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Seks * Mutiasi Crosstabulation

Count

		Mutiasi		Total
		1. Mutiasi	2. Tidak Mutiasi	
Seks	1. Laki laki	57	47	104
	2. Perempuan	39	36	75
Total		96	83	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		Seks Dependent	.000	.000	b	b
		Mutilasi Dependent	.000	.000	b	b
	Goodman and Kruskal tau	Seks Dependent	.001	.004		.711 ^c
		Mutilasi Dependent	.001	.004		.711 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero

c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur Responden * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Umur Responden * Mutilasi Crosstabulation

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
Umur Responden	1 >35 tahun	45	11	56
	2. 25 tahun - 35 tahun	36	38	74
	3 < 25 tahun	15	34	49
Total		96	83	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.160	.082	1.822	.068
		Umur Responden Dependent	.086	.082	1.003	.316
		Mutilasi Dependent	.253	.115	1.913	.056
	Goodman and Kruskal tau	Umur Responden Dependent	.070	.024		.000 ^c
		Mutilasi Dependent	.152	.050		.000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Sosial Responden * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Status Sosial Responden * Mutilasi Crosstabulation

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
Status Sosial Responden	1 Kepala Desa	0	1	1
	2 Kepala Dusun	1	1	2
	3 Ketua Dewan Adat	2	0	2
	4 Si Kerei	28	3	31
	5 Penduduk biasa	65	78	143
Total		96	83	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.118	.095	1,171	.242
		Status Sosial Responden Dependent	.000	.000	c	c
		Mutilasi Dependent	.169	.132	1,171	.242
Goodman and Kruskal tau		Status Sosial Responden Dependent	.101	.034		.000 ^d
		Mutilasi Dependent	.131	.034		.000 ^d

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan Responden * Mutilasi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
Pendidikan Responden	1 Tidak Tamat Perguruan Tinggi	0	1	1
	2 Tamat SMU	0	6	6
	3 Tidak Tamat SMU	0	4	4
	4 Tamat SMP	0	10	10
	5 Tidak Tamat SMP	2	0	2
	6 Tamat SD	6	16	22
	7 Tidak Tamat SD	27	34	61
	8 Tidak Sekolah	61	12	73
Total		96	83	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.317	.064	4.265	.000
		Pendidikan Responden Dependent	.208	.057	3.343	.001
		Mutilasi Dependent	.458	.090	3.880	.000
Goodman and Kruskal tau		Pendidikan Responden Dependent	.106	.028		.000 ^c
		Mutilasi Dependent	.339	.052		.000 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on chi-square approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan Responden * Mutilasi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Count

		Mutilasi		Total
		1. Mutilasi	2. Tidak Mutilasi	
Pekerjaan Responden	1. Aparat Desa	2	4	6
	2. Guru	0	5	5
	3. Pegawai Non Aparat	0	10	10
	4. Menyagu	50	23	73
	5. Berladang	39	34	73
	6. Kuli	0	5	5
	7. Tidak bekerja	5	2	7
Total		96	63	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.175	.041	3.763	.000
		Pekerjaan Responden Dependent	.104	.067	1.486	.143
		Mutilasi Dependent	.265	.053	4.558	.000
Goodman and Kruskal tau		Pekerjaan Responden Dependent	.031	.014		.000 ^c
		Mutilasi Dependent	.176	.031		.000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * OHIS * Seks	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Mutilasi * OHIS * Seks Crosstabulation

Count

			OHIS				
			1.50	1.67	1.83	2.00	2.16
1. Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	0	0	1	0	0
		2. Tidak Mutilasi	1	1	1	4	5
	Total			1	1	2	4
2. Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi				1	5
		2. Tidak Mutilasi				2	1
	Total					3	6

Count

Seks	OHIS						
	2.33	2.50	2.67	2.83	2.87		
1. Laki-Laki	Mutilasi	1 Mutilasi	0	1	2	6	
		2 Tidak Mutilasi	2	5	3	6	
	Total		2	6	5	14	
2. Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	1	4	0	1	1
		2. Tidak Mutilasi	2	9	7	7	0
	Total		3	13	7	8	1



Count

Seks			OHIS				
			3.00	3.10	3.16	3.33	3.50
1. Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	9		15	3	9
		2. Tidak Mutilasi	9		4	0	2
	Total		18		19	3	11
2. Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	9	1	5	2	4
		2. Tidak Mutilasi	8	0	0	0	0
	Total		17	1	5	2	4



Count

Seks			OHIS		Total
			3.67	3.83	
1 Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	5	6	57
		2. Tidak Mutilasi	1	1	47
	Total		6	7	104
2 Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	1	4	39
		2. Tidak Mutilasi	0	0	36
	Total		1	4	75

Directional Measures

Seks				Value	Asymp Std. Error ^a
1 Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.189	.045
			Mutilasi Dependent	.426	.059
			OHIS Dependent	.059	.041
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.342	.054
			OHIS Dependent	.026	.009
2 Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.223	.076
			Mutilasi Dependent	.556	.108
			OHIS Dependent	.017	.070
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.483	.065
			OHIS Dependent	.040	.011

Seks				Approx. T ^b	Approx. Sig.
1. Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	3.727	.000
			Mutilasi Dependent	3.422	.001
		Goodman and Kruskal tau	OHIS Dependent	1.400	.162
			Mutilasi Dependent		.001 ^c
2. Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	2.643	.008
			Mutilasi Dependent	3.735	.000
		Goodman and Kruskal tau	OHIS Dependent	.243	.808
			Mutilasi Dependent		.001 ^c
	OHIS Dependent		.000 ^c		

- a. Not assuming the null hypothesis
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * OHIS * Umur Responden	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Mutilasi * OHIS * Umur Responden Crosstabulation

Count

Umur Responden			OHIS			
			1.50	1.67	1.83	2.00
1 >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi				
		2. Tidak Mutilasi				
	Total					
2 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	0		1	0
		2. Tidak Mutilasi	1		1	2
	Total		1		2	2
3 < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		0		1
		2. Tidak Mutilasi		1		4
	Total			1		5

Count

Umur Responden		OHIS			
		2.16	2.33	2.50	2.67
1 >35 tahun	Mutilasi	1		0	1
	1. Mutilasi			1	0
	2. Tidak Mutilasi			1	1
	Total	2		1	1
2 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	3	1	4	1
	1. Mutilasi		3	6	5
	2. Tidak Mutilasi	1	4	10	6
	Total	4	4	10	6
3 < 25 tahun	Mutilasi	1	0	1	0
	1. Mutilasi		1	7	5
	2. Tidak Mutilasi	4	1	6	5
	Total	5	1	6	5



Count

Umur Responden		OHIS			
		2.83	2.87	3.00	3.10
1 >35 tahun	Mutilasi	3		4	
	1. Mutilasi				
	2. Tidak Mutilasi	1		3	
	Total	4		7	
2 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	2	1	11	1
	1. Mutilasi				
	2. Tidak Mutilasi	9	0	9	0
	Total	11	1	20	1
3 < 25 tahun	Mutilasi	2		3	
	1. Mutilasi				
	2. Tidak Mutilasi	5		5	
	Total	7		8	



Count

Umur Responden			OHIS			
			3.16	3.33	3.50	3.67
1. >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	10	3	8	5
		2. Tidak Mutilasi	3	0	1	0
	Total		13	3	9	5
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	6	2	3	0
		2. Tidak Mutilasi	0	0	0	1
	Total		6	2	3	1
3. < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	4		2	1
		2. Tidak Mutilasi	1		1	0
	Total		5		3	1



Count

Umur Responden			OHIS	Total
			3.83	
1. >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	10	45
		2. Tidak Mutilasi	1	11
	Total			11
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		36
		2. Tidak Mutilasi		38
	Total			
3. < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		15
		2. Tidak Mutilasi		34
	Total			

Directional Measures

Umur Responden				Value	Asymp. Std. Error ^a
1. >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.019	.048
			Mutilasi Dependent	.091	.087
			OHIS Dependent	.000	.057
	Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.200	.080	
		OHIS Dependent	.017	.012	
2. 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.189	.086
			Mutilasi Dependent	.472	.126
			OHIS Dependent	.000	.079
	Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.361	.066	
		OHIS Dependent	.029	.012	
3. < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.143	.076
			Mutilasi Dependent	.333	.183
			OHIS Dependent	.073	.053
	Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.304	.108	
		OHIS Dependent	.030	.016	

Umur Responden				Approx. T ^b	Approx. Sig.
1 >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.378	.705
			Mutilasi Dependent	1.009	.313
			OHIS Dependent	.000	1.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent		.275 ^a
			OHIS Dependent		.487 ^a
2 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	2.016	.044
			Mutilasi Dependent	2.870	.004
			OHIS Dependent	.000	1.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent		.024 ^c
			OHIS Dependent		.009 ^c
3 < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	1.759	.079
			Mutilasi Dependent	1.716	.086
			OHIS Dependent	1.367	.172
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent		.148 ^c
			OHIS Dependent		.164 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * DMFT * Seks	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Mutilasi * DMFT * Seks Crosstabulation

Count

Seks			DMFT				
			0	1	2	3	4
1 Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	2	3	16	12	7
		2. Tidak Mutilasi	7	12	14	9	4
	Total		9	15	30	21	11
2 Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	7	5	19	3	4
		2. Tidak Mutilasi	9	3	9	4	1
	Total		16	18	28	7	5

Count

Seks			DMFT				Total
			5	6	7	8	
1. Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	10	3	2	2	57
		2. Tidak Mutilasi	1	0	0	0	47
	Total		11	3	2	2	104
2. Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	1				39
		2. Tidak Mutilasi	0				36
	Total		1				75

Directional Measures

Seks				Value	Asymp Std Error ^a
1. Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.116	.036
			Mutilasi Dependent	.298	.087
			DMFT Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.223	.059
			DMFT Dependent	.026	.011
2. Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.181	.104
			Mutilasi Dependent	.306	.148
			DMFT Dependent	.085	.095
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.136	.073
			DMFT Dependent	.041	.028

Seks				Approx. T ^b	Approx. Sig.
1. Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	2.977	.003
			Mutilasi Dependent	2.977	.003
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent		.003 ^d
			DMFT Dependent		.007 ^d
2. Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	1.617	.106
			Mutilasi Dependent	1.753	.080
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.857	.391
			DMFT Dependent		.073 ^d
				.009 ^d	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero
 d. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * DMFT * Umur Responden	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Mutilasi * DMFT * Umur Responden Crosstabulation

Count

Umur Responden			DMFT			
			0	1	2	3
1. >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		1	13	7
		2. Tidak Mutilasi		2	3	2
	Total		3	16	9	
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	5	6	14	7
		2. Tidak Mutilasi	5	9	12	10
	Total		10	15	26	17
3. < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	4	1	8	1
		2. Tidak Mutilasi	11	14	8	1
	Total		15	15	16	2

Count

Umur Responden			DMFT			
			4	5	6	7
1. >35 tahun	Mutiasi	1. Mutiasi	7	10	3	2
		2. Tidak Mutiasi	3	1	0	0
	Total		10	11	3	2
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutiasi	1. Mutiasi	3	1		
		2. Tidak Mutiasi	2	0		
	Total		5	1		
3. < 25 tahun	Mutiasi	1. Mutiasi	1			
		2. Tidak Mutiasi	0			
	Total		1			



Count

Umur Responden		DMFT		Total
		8		
1. >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	2	45
		2. Tidak Mutilasi	0	11
	Total		2	56
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		36
		2. Tidak Mutilasi		38
	Total			74
3. < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		15
		2. Tidak Mutilasi		34
	Total			49

Directional Measures

Umur Responden			Value	Asymp. Std. Error ^a	
1. >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.020	.033
			Mutilasi Dependent	.091	.150
			DMFT Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.132	.090
			DMFT Dependent	.013	.011
2. 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.048	.075
			Mutilasi Dependent	.111	.170
			DMFT Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.033	.031
			DMFT Dependent	.006	.010
3. < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.146	.149
			Mutilasi Dependent	.067	.281
			DMFT Dependent	.182	.129
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.196	.086
			DMFT Dependent	.065	.041

Umur Responden				Approx T ^b	Approx. Sig.
1. >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.579	.563
			Mutilasi Dependent DMFT Dependent	.579 ^c	.563 ^c
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent DMFT Dependent		.400 ^d .671 ^d
2 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.619	.536
			Mutilasi Dependent DMFT Dependent	.619 ^c	.536 ^c
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent DMFT Dependent		.792 ^d .848 ^d
3 < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.935	.350
			Mutilasi Dependent DMFT Dependent	.230 1.301	.818 .193
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent DMFT Dependent		.052 ^d .014 ^d

- a Not assuming the null hypothesis.
- b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * CPITN * Seks	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Mutilasi * CPITN * Seks Crosstabulation

Count

Seks			CPITN				Total
			0	1	2	3	
1. Laki-laki	Mutilasi	1. Mutilasi	2	13	29	13	57
		2. Tidak Mutilasi	9	12	23	3	47
	Total		11	25	52	16	104
2. Perempuan	Mutilasi	1. Mutilasi	9	9	20	1	39
		2. Tidak Mutilasi	10	4	12	0	36
	Total		19	23	32	1	75

Seks				Value	Asymp. Std. Error ^a
1. Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.071	.031
			Mutilasi Dependent	.149	.065
			CPITN Dependent	.000	.000
	Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.102	.049	
		CPITN Dependent	.020	.011	
2. Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.101	.119
			Mutilasi Dependent	.167	.164
			CPITN Dependent	.047	.116
	Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.054	.048	
		CPITN Dependent	.023	.025	



Seks				Approx. T ^b	Approx. Sig.
1. Laki-laki	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	2.157	.031
			Mutilasi Dependent	2.157	.031
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent		.015 ^d
			CPITN Dependent		.106 ^d
2. Perempuan	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.820	.412
			Mutilasi Dependent	.931	.352
		Goodman and Kruskal tau	CPITN Dependent	.393	.695
			Mutilasi Dependent		.264 ^d
	CPITN Dependent		.168 ^d		

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutilasi * CPITN * Umur Responden	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Mutilasi * CPITN * Umur Responden Crosstabulation

Count

Umur Responden			CPITN				Total
			0	1	2	3	
1. >35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi		8	23	14	45
		2. Tidak Mutilasi		2	6	3	11
	Total			10	29	17	56
2. 25 tahun - 35 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	5	9	22		36
		2. Tidak Mutilasi	6	12	20		38
	Total		11	21	42		74
3. < 25 tahun	Mutilasi	1. Mutilasi	6	5	4		15
		2. Tidak Mutilasi	13	12	9		34
	Total		19	17	13		49

Umur Responden				Value	Asymp. Std. Error ^a
1. >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000
			Mutilasi Dependent	.000	.000
			CPITN Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.001	.009
			CPITN Dependent	.001	.005
2. 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.029	.094
			Mutilasi Dependent	.056	.175
			CPITN Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.008	.020
			CPITN Dependent	.005	.014
3 < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000
			Mutilasi Dependent	.000	.000
			CPITN Dependent	.000	.000
		Goodman and Kruskal tau	Mutilasi Dependent	.000	.006
			CPITN Dependent	.000	.003



Umur Responden				Approx. T ^b	Approx. Sig.
1. >35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric Mutlasi Dependent CPITN Dependent	c	c
		Goodman and Kruskal tau	Mutlasi Dependent CPITN Dependent		.969 ^d .963 ^d
2. 25 tahun - 35 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric Mutlasi Dependent CPITN Dependent	.309 .309 c	.757 .757 c
		Goodman and Kruskal tau	Mutlasi Dependent CPITN Dependent		.758 ^d .686 ^d
3. < 25 tahun	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric Mutlasi Dependent CPITN Dependent	c c c	c c c
		Goodman and Kruskal tau	Mutlasi Dependent CPITN Dependent		.990 ^d .989 ^d

- a Not assuming the null hypothesis.
- b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mutlasi * Atrisi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

Mutlasi * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
Mutlasi	1 Mutlasi	95	1	96
	2 Tidak Mutlasi	50	33	83
Total		145	34	179

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.274	.030	6.017	.000
		Mutilasi Dependent	.366	.055	6.017	.000
		Atrisi Dependent	.000	.000		
Goodman and Kruskal tau		Mutilasi Dependent	.242	.040		.000 ^d
		Atrisi Dependent	.242	.047		.000 ^d

- a. Not assuming the null hypothesis
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Atrisi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

Seks * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
Seks	1. Laki-laki	84	20	104
	2. Perempuan	61	14	75
Total		145	34	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000		
		Seks Dependent	.000	.000		
		Atrisi Dependent	.000	.000		
Goodman and Kruskal tau		Seks Dependent	.000	.001		.925 ^c
		Atrisi Dependent	.000	.001		.925 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis
- b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Seks * Kedalamn atrisi	145	81.0%	34	19.0%	179	100.0%

Seks * Kedalamn atrisi Crosstabulation

Count

		Kedalamn atrisi			Total
		1. email	2. Dentin	3 Pulpa	
Seks	1 Laki-laki	23	59	2	84
	2 Perempuan	23	38	0	61
Total:		46	97	2	145

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		Seks Dependent	.000	.000	b	b
		Kedalamn atrisi Dependent	.000	.000	b	b
Goodman and Kruskal tau		Seks Dependent	.021	.017		.229 ^c
		Kedalamn atrisi Dependent	.009	.015		.256 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
RASABUAH * Atrisi	152	84.9%	27	15.1%	179	100.0%

RASABUAH * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
RASABUAH	1 Asam	103	29	132
	2. Manis	12	3	15
	3. Asam dan manis	4	1	5
Total		119	33	152

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		RASABUAH Dependent	.000	.000	b	b
		Atrisi Dependent	.000	.000	c	b
Goodman and Kruskal tau		RASABUAH Dependent	.000	.002		.969 ^c
		Atrisi Dependent	.000	.003		.981 ^c

- a Not assuming the null hypothesis
- b Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero
- c Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CARAMASA * Atrisi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

CARAMASA * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
CARAMASA	1. Dengan bambu.	35	11	46
	2. Dengan daun sagu dan bambu	14	4	18
	3. Dengan daun sagu	96	19	115
Total		145	34	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.000	.000	b	b
		CARAMASA Dependent	.000	.000	b	b
		Atrisi Dependent	.000	.000	b	b
Goodman and Kruskal tau		CARAMASA Dependent	.005	.010		.384 ^c
		Atrisi Dependent	.007	.013		.523 ^c

- a Not assuming the null hypothesis.
- b Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- c Based on chi-square approximation

Crosstabs

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KALSIUM * Atrisi	179	100.0%	0	0%	179	100.0%

KALSIUM * Atrisi Crosstabulation

Count:

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
KALSIUM	29 00	2	0	2
	30 00	2	0	2
	32 70	1	0	1
	34 50	3	0	3
	34 70	1	0	1
	35 50	1	0	1
	35 70	0	1	1
	38 30	1	0	1
	38 50	1	0	1
	39 00	1	0	1
	39 70	1	0	1
	40 20	1	0	1
	40 90	1	0	1
	42 50	1	0	1
	43 00	1	0	1
	44 50	1	0	1
	45 00	2	0	2
	46 50	3	0	3
	46 70	2	0	2
	49 80	1	0	1
	52 00	1	0	1
	53 50	2	1	3
	58 00	1	0	1
	62 00	1	0	1
	62 70	0	1	1
	63 00	1	0	1
	64 50	1	0	1
	65 00	1	0	1
	66 00	1	0	1
	66 50	1	0	1
	66 60	1	0	1
	66 70	1	0	1
	67 50	1	0	1
	67 70	1	0	1
	68 20	1	0	1
	69 40	0	1	1
	69 50	1	0	1
	70 10	1	0	1
	70 50	0	1	1
	75 00	2	0	2

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
KALSIUM	75.90	1	0	1
	77.50	3	0	3
	77.90	0	1	1
	78.00	0	1	1
	78.20	0	1	1
	79.00	0	1	1
	79.30	0	1	1
	79.50	1	0	1
	81.00	1	1	2
	81.50	0	1	1
	83.00	1	0	1
	83.20	0	1	1
	84.00	1	0	1
	84.50	0	1	1
	84.60	1	0	1
	85.60	2	0	2
	86.00	0	1	1
	86.60	1	0	1
	87.50	1	0	1
	87.90	0	1	1
	88.00	0	1	1
	88.30	1	0	1
	89.00	2	0	2
	89.50	1	0	1
	90.00	1	0	1
	90.50	1	0	1
	90.80	2	0	2
	91.60	0	1	1
	92.00	1	0	1
	93.00	1	1	2
	93.50	1	1	2
	94.50	1	0	1
	95.50	1	0	1
	95.60	2	0	2
	96.00	2	1	3
	96.50	1	0	1
	97.00	1	0	1
	97.90	1	0	1
	98.00	1	1	2
	99.00	1	0	1
	99.30	1	0	1
	99.40	1	0	1
	99.80	1	0	1
	99.90	1	0	1
	100.00	0	1	1
	102.00	2	0	2
	103.00	0	1	1

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
KALSIUM	104.00	2	1	3
	105.00	2	0	2
	106.00	1	0	1
	108.00	1	0	1
	111.00	2	0	2
	112.00	2	0	2
	114.00	1	1	2
	115.00	1	0	1
	116.00	1	0	1
	117.00	2	0	2
	119.00	2	0	2
	121.00	1	0	1
	122.00	1	0	1
	123.00	3	0	3
	126.00	3	0	3
	127.00	2	0	2
	131.00	1	1	2
	132.00	1	0	1
	134.00	0	1	1
	135.00	1	0	1
	137.00	1	0	1
	139.00	2	0	2
	142.00	1	0	1
	143.00	2	0	2
	144.00	1	0	1
	145.00	0	1	1
	147.00	1	0	1
	148.00	1	0	1
	149.00	0	1	1
	156.00	1	0	1
	162.00	0	1	1
	194.00	1	0	1
	197.00	1	0	1
	198.00	1	0	1
	199.00	1	0	1
	201.00	1	1	2
	202.00	1	0	1
	204.00	2	0	2
	209.00	0	1	1
	239.00	1	0	1
	257.00	1	0	1
	259.00	0	1	1
	260.00	1	0	1
	273.00	1	0	1
	274.00	1	0	1
	308.00	1	0	1
	318.00	1	0	1

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
KALSIUM	333.00	1	0	1
	350.00	1	0	1
	509.00	1	0	1
Total		145	34	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.119	.021	5.156	.000
		KALSIUM Dependent	.006	.006	1.003	.316
		Atrisi Dependent	.706	.078	5.265	.000
Goodman and Kruskal tau		KALSIUM Dependent	.005	.000		.833 ^c
		Atrisi Dependent	.800	.014		.335 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VITC * Atrisi	179	100.0%	0	.0%	179	100.0%

VITC * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
VITC	2.00	4	0	4
	2.25	1	0	1
	3.00	3	0	3
	3.20	1	0	1
	3.40	2	0	2
	3.50	2	0	2
	4.00	2	0	2
	4.50	1	0	1
	6.00	2	0	2
	7.00	1	0	1
	7.25	1	0	1
	8.00	1	1	2
	8.40	1	0	1

VTC * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
VTC 9.00	2	0	2	
9.50	1	0	1	
10.00	2	0	2	
10.50	1	0	1	
11.00	2	1	3	
11.20	2	0	2	
11.40	0	1	1	
11.50	1	0	1	
12.00	4	1	5	
12.80	1	0	1	
13.00	0	2	2	
13.30	1	0	1	
13.40	0	1	1	
13.50	0	1	1	
13.80	1	0	1	
14.00	2	0	2	
15.00	1	0	1	
16.50	1	0	1	
17.00	4	0	4	
17.50	0	1	1	
18.00	1	1	2	
19.00	1	2	3	
19.40	1	0	1	
20.00	2	0	2	
20.20	1	0	1	
20.40	1	0	1	
20.60	1	0	1	
20.80	1	0	1	
21.00	1	0	1	
23.00	1	1	2	
24.00	0	3	3	
26.00	1	0	1	
28.80	1	0	1	
29.00	1	0	1	
34.00	2	0	2	
35.00	1	0	1	
36.50	1	0	1	
36.80	1	0	1	
38.80	1	0	1	
44.00	0	1	1	
51.20	1	0	1	
60.00	3	0	3	
60.40	0	1	1	
61.50	1	0	1	
64.00	1	0	1	
64.20	1	0	1	
67.00	1	0	1	

VITC * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
VITC	68.00	1	0	1
	69.60	1	0	1
	77.00	1	0	1
	88.50	1	0	1
	102.00	0	1	1
	103.00	0	1	1
	108.00	1	0	1
	110.00	2	0	2
	112.00	1	0	1
	116.00	2	0	2
	117.00	1	0	1
	118.00	0	1	1
	119.00	2	1	3
	120.00	2	0	2
	121.00	1	4	5
	122.00	1	0	1
	123.00	1	0	1
	124.00	1	0	1
	125.00	1	1	2
	126.00	1	1	2
	130.00	0	1	1
	135.00	2	0	2
	138.00	1	0	1
	144.00	1	0	1
	163.00	1	0	1
	167.00	0	1	1
	173.00	1	0	1
	174.00	1	0	1
	175.00	1	0	1
	177.00	2	0	2
	180.00	1	0	1
	181.00	2	0	2
	182.00	1	0	1
	183.00	1	0	1
	187.00	1	0	1
	188.00	3	0	3
	189.00	0	1	1
	190.00	1	0	1
	191.00	4	0	4
	192.00	1	0	1
	193.00	1	0	1
	194.00	2	0	2
	195.00	2	0	2
	198.00	1	0	1
	231.00	1	0	1
	235.00	1	0	1
	244.00	0	1	1

VITC * Atrisi Crosstabulation

Count

		Atrisi		Total
		1. Atrisi	2. Tidak Atrisi	
VITC	293.00	1	0	1
	294.00	4	0	4
	297.00	1	0	1
	304.00	0	1	1
	305.00	1	0	1
	351.00	1	0	1
	353.00	1	0	1
	409.00	1	0	1
	490.00	1	0	1
	527.00	1	0	1
	583.00	1	1	2
	585.00	1	0	1
	703.00	1	0	1
Total		145	34	179

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.125	.029	3.910	.000
		VITC Dependent	.017	.021	.834	.404
		Atrisi Dependent	.676	.087	4.690	.000
Goodman and Kruskal tau		VITC Dependent	.006	.002		.001 ^c
		Atrisi Dependent	.760	.034		.145 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

c. Based on chi-square approximation

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur Responden * Kedalaman atrisi	145	81.0%	34	19.0%	179	100.0%

Umur Responden * Kedalaman atrisi Crosstabulation

Count

		Kedalaman atrisi			Total
		1. email	2. Dentin	3. Pulpa	
Umur Responden	1. >35 tahun	10	49	2	61
	2. 25 tahun - 35 tahun	30	39	0	69
	3. < 25 tahun	6	9	0	15
Total		46	97	2	145

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.097	.073	1.272	.203
		Umur Responden Dependent	.158	.115	1.272	.203
	Kedalaman atrisi Dependent	Umur Responden Dependent	.000	.000	c	c
		Kedalaman atrisi Dependent	.068	.030		.001 ^d
Goodman and Kruskal tau		Umur Responden Dependent	.068	.038		.001 ^d

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero

d. Based on chi-square approximation

LAMPIRAN 15.

4/4

TOBBOU' MENTAWAI

$\underline{5.5}$ 3 $\underline{1}$ $\underline{2.1}$ $\underline{7.6}$ 5 . $\underline{5.5}$ 3 $\underline{1}$ $\underline{2.1}$ $\underline{7.1}$ 2 . $\underline{5.5}$ |
 Sanga mut ku tobbou sigoi sok Sipung a nang katengan laut Sisa

3 $\underline{1}$ $\underline{2.1}$ $\underline{7.6}$ 5 . $\underline{5.5}$ $\underline{6.6}$ $\underline{7.7}$ $\underline{6.7}$ 1 . . 5 |
 ra lenta kasi-a tobou nen da tobbou Menta wai Oi

5 $\underline{5}$ 3 4 | 5 . . 1 | 2 $\underline{1}$ 7 6 | 5 . . 5 |
 tob hou Menta-wai bulat si mae- ru A-

1 $\underline{5}$ 1 3 | 2 . . 5 | 2 $\underline{2}$ 1 2 | 3 . . 5 |
 -nu ake ka kai bulat si ma e ru Oi

5 $\underline{5}$ 3 4 | 5 . . 1 | 2 $\underline{1}$ 7 6 | 5 . . 3 |
 tobbou Menta-wai bulat si ma e - ru Ta-

4 $\underline{4}$ 5 4 | 3 . . 2 1 | 7 $\underline{7}$ 1 7 6 7 | 1 . . 5 |
 ku -kali pogi kai pa kai pai jananku Oi

5 $\underline{5}$ 3 4 | 5 . . 1 | 2 $\underline{1}$ 7 6 | 5 . . 5 |
 tobbou Menta-wai laggai si ma tangeu Ke

1 $\underline{5}$ 1 3 | 2 . . 5 | 2 $\underline{2}$ 1 2 | 3 . . 5 |
 rep deple e keu ka puek pangan ku Oi

5 $\underline{5}$ 3 4 | 5 . . 1 | 2 $\underline{1}$ 7 6 | 5 . . 3 |
 tobbou Menta wai laggai si ma e ru Nge

4 $\underline{4}$ 5 4 | 3 . . 2 1 | 7 $\underline{7}$ 1 7 6 7 | 1 . . . |
 na ake a ku kutoi li kapuek panganku

Notasi oleh : Dr. Jusak Nugraha dr. MS SpPK L.mm. Lmar.

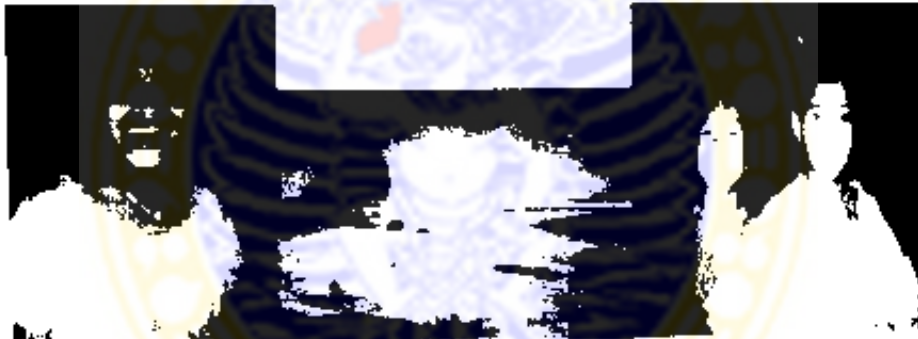
Terjemahan

TOBBOU MENTAWAI
(Pulau Mentawai)

Satu bukit pulau yang kecil
Yang melintang di tengah laut
Sendirian dia di sana
Pulau itu pulau Mentawai
Oh pulau Mentawai kampungku yang sunyi
Engkau kasih tanahku yang subur

Oh pulau Mentawai
Yang kusayangi
Tak kan kulupakan kemanapun aku pergi

Oh pulau Mentawai kampungku yang sunyi
Kuingat engkau di perantauanku
Oh pulau Mentawai kampungku yang sunyi
Tunggulah aku pulang dari rantau



LAMPIRAN 16

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

1 Nama Lengkap	Isnindiah Koerniati
2 NIP	131 479 974
3 Tempat / Tanggal Lahir	Surakarta, 11 Oktober 1957
4 Agama	Islam
5 Nama Bapak	Soekarta Bratamidjaja (almarhum)
6 Nama Ibu	Soepari (almarhumah)
7. Alamat Kantor	Bagian Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / SMF Gigi dan Mulut RSUP dr M Djamil Jl Perintis Kemerdekaan Padang - Sumatera Barat
8 Alamat Rumah	Perumahan Universitas Andalas Griya Andalas Bukit Golf B1 - 01 - 19, Ulu Gadut - Padang - Sumatera Barat.
9 Alamat E-mail	isnindiahkoerniati@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

Tahun 1961 - 1963	Taman Kanak-kanak Pusaka - Surakarta.
Tahun 1963 - 1969	SD Negeri 20 Sidokare - Surakarta
Tahun 1969 - 1972	SMP Negeri 3 Surakarta
Tahun 1972 - 1975	SMA Negeri 3 Surakarta.
Tahun 1977 - 1983	Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada - Yogyakarta
Tahun 1990 - 1992	Pendidikan lanjutan di bagian <i>Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Klinikums der Johannes Gutenberg Universitaet Mainz Deutschland - Jerman</i>
Tahun 1999 / 2000 - 2004	Program Doktor Ilmu Kedokteran Pascasarjana - Universitas Airlangga Surabaya

RIWAYAT PEKERJAAN

Tahun 1983 - 1985	Asisten klinik, di Bagian Bedah Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada - Yogyakarta
Tahun 1986 - sekarang	Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang - Sumatera Barat.