



**HUBUNGAN PRAKTEK PENCEGAHAN
PENULARAN DENGAN KEJADIAN FILARIASIS DI
KELURAHAN JENGGOT KOTA PEKALONGAN
TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Novia Wulandari

NIM. 6411411182

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

Juli 2015

ABSTRAK

Novia Wulandari

Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis Dengan Kejadian Filariasis di Kota Pekalongan Tahun 2015

Filariasis merupakan penyakit yang tersebar luas di pedesaan dan perkotaan. Penyakit ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Di Kelurahan Jenggot ditemukan 89 kasus positif mikrofilaria dari tahun 2004. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan menghilangkan habitat nyamuk penular, mencegah gigitan nyamuk, menemukan dan mengobati penderita, serta upaya pengobatan massal pada daerah tertentu.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara praktek pencegahan penularan filariasis dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot. Jenis penelitian ini analitik observasional dengan rancangan penelitian *case control*. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 90 responden yang terdiri dari 45 kelompok kasus dan 45 kelompok kontrol yang diperoleh dengan metode *purposive sampling*.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan menggunakan obat nyamuk (0,031) dengan kejadian filariasis. Sementara yang tidak berhubungan dengan kejadian filariasis adalah kebiasaan keluar malam (0,670), kebiasaan menggunakan kelambu (1,000), praktek membersihkan semak-semak (0,134), dan penggunaan kawat kassa (0,133). Saran yang dapat dilakukan adalah penyuluhan tentang pencegahan filariasis dan pemberdayaan kader filariasis.

Kata Kunci : Filariasis, Praktek Pencegahan Penularan.

Kepustakaan : 32 (2000 – 2014)

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

Juli 2015

ABSTRACT

Novia Wulandari

Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis Dengan Kejadian Filariasis di Kota Pekalongan Tahun 2015

Filariasis is a disease that is widespread in rural and urban areas. This disease is a serious public health problem in Indonesia. In the Village of Beard found 89 positive cases microfilariae of 2004. Prevention efforts can be done by eliminating the mosquito-borne habitat, prevent mosquito bites, find and treat patients, as well as the efforts of mass treatment in certain areas.

The purpose of this study was to determine the relationship between the practice of prevention of transmission of filariasis with the incidence of filariasis in Sub Beard. This type of research is analytic observational with case control study design. The number of samples in this study were 90 respondents consisting of 45 cases and 45 controls were obtained by purposive sampling method.

These results indicate there is a relationship between the habit of using insect repellent (0.031) with the incidence of filariasis. While that is not associated with the incidence of filariasis is a habit out the night (0.670), the habit of using mosquito nets (1000), the practice of clearing bushes (0.134), and the use of wire gauze (0.133). Suggestions to do is counseling about prevention and empowerment cadre filariasis filariasis.

Keywords : Filariasis, Infection Prevention Practices.

Literature : 32 (2000 – 2014)

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Agustus 2015



Penulis

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Novia Wulandari, NIM : 6411411182, dengan judul "Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis dengan Kejadian Filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015".

Pada hari : Selasa

Tanggal : 8 September 2015

Panitia Ujian



Ketua Panitia,

Dr. H. Harry Pramono, M. Si.
NIP. 19591019 198503 1 001

Sekretaris,

Irwan Budiono, SKM, M. Kes (Epid)
NIP. 19751217 200501 1 003

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji	 1. <u>Eram Tunggal Pawenang, SKM, M.Kes</u> NIP. 19740928 200312 1 001	<u>29/9 - 15</u>
Anggota Penguji	 2. <u>Sofwan Hadarjo, SKM, M. Kes</u> NIP. 19760719 200812 1 002	<u>29/9 - 15</u>
Anggota Penguji	 3. <u>Arum Siwendrayanti, SKM, M. Kes</u> NIP. 19800909 200501 2 002	<u>23/9 - 2015</u>

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

Semangat adalah kepingan-kepingan bara kemauan yang kita sisipkan pada setiap celah kerja keras kita, untuk mencegah masuknya kemalasan dan penundaan.

PERSEMBAHAN :

Karya ini Ananda Persembahkan untuk :

1. Ayahanda dan Ibunda sebagai Dharma Bakti Ananda.
2. Adik tercinta.
3. Almamaterku UNNES.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi yang berjudul “Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis dengan Kejadian Filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan Tahun 2015”, disusun untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan dengan bantuan berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. H. Harry Pramono., M.Si, atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bapak Irwan Budiono., S.KM., M.Kes (Epid)., atas ijin penelitian.
3. Pembimbing Skripsi, Ibu Arum Siwiendrayanti., S.KM., M.kes., atas bimbingan, arahan dan saran dalam penyelesaian skripsi.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, Bapak dr. Dwi Heri Wibawa., M.Kes., atas ijin penelitian.
5. Lurah Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan, Bapak H. Fathkurrohman, atas ijin penelitian.
6. Ayahanda Kuwat Santoso dan Ibunda Sri Rohyati, atas do’a, cinta, ketulusan, pengorbanan, dorongan dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

7. Keluargaku di Kawulo Alit Desi, Rani, Dita, Nuryati, semangat dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
8. Sahabat Shinta, Laras, Ayu, Defi, Evanda dan Eling atas motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
9. Teman satu peminatan dan teman diskusi Arni, Helda, Dwi Ratna, atas motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
10. Teman satu tim penelitian Emi, Inna, Febi, Gilang, Mumun, dan Wulan, atas kerjasama dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang terlibat, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Agustus 2015.



Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Lampiran	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.4. Manfaat Hasil Penelitian	7
1.5. Keaslian Penelitian	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	9
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat	9
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu	9
1.6.3. Ruang Lingkup Materi	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Landasan Teori.....	10
2.1.1 Pengertian Filariasis	10
2.1.2 Siklus Hidup.....	10
2.1.3 Gejala Klinis.....	11
2.1.4 Patogenesis	14

2.1.5	Diagnosis	16
2.1.6	Epidemiologi	18
2.1.7	Vektor	19
2.1.8	Hospes	19
2.1.9	Rantai Penularan Filariasis	20
2.1.10	Faktor Lingkungan	22
2.1.11	Praktek Pencegahan Penularan Filariasis	28
2.2.	Kerangka Teori.....	33
BAB III METODE PENELITIAN.....		34
3.1.	Kerangka Konsep	34
3.2.	Variabel Penelitian	34
3.3.	Hipotesis Penelitian	34
3.4.	Definisi Operasional dan Skala	
	Pengukuran Variabel	36
3.5.	Jenis dan Rancangan Penelitian	39
3.6.	Populasi dan Sampel Penelitian	40
3.7.	Sumber Data Penelitian	44
3.8.	Instrumen Penelitian dan Teknik	
	Pengambilan Data	44
3.9.	Teknik Analisis Data	46
DAFTAR PUSTAKA		50
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Keaslian Penelitian	8
3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	36
3.2. Tabulasi Distribusi Frekuensi Observasional Berdasarkan Faktor Risiko dan Efek	48
4.1. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Jenis Kelamin	52
4.2. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin	52
4.3. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Tingkat Pendidikan	53
4.4. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan	54
4.5. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Jenis Pekerjaan	54
4.6. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Pekerjaan	55
4.7. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Umur	56
4.8. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur	57
4.9. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan	

Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari	58
4.10. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari	59
4.11. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk	59
4.12. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk.....	60
4.13. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Kebiasaan Menggunakan Kelambu.....	61
4.14. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Kebiasaan Menggunakan Kelambu.....	61
4.15. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Praktek Membersihkan Semak-semak	62
4.16. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Praktek Membersihkan Semak-semak	62
4.17. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kasus Berdasarkan Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	63
4.18. Tabel Distribusi Responden Kelompok Kontrol Berdasarkan Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	63
4.19. Tabel Hubungan antara Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari Dengan Kejadian Filariasis	65
4.20. Tabel Hubungan antara Kebiasaan Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk Dengan Kejadian Filariasis	66

4.21. Tabel Hubungan antara Kebiasaan Menggunakan Kelambu Dengan Kejadian Filariasis	67
4.22. Tabel Hubungan antara Praktek Membersihkan Semak-semak Dengan Kejadian Filariasis	68
4.23. Tabel Hubungan Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi Dengan Kejadian Filariasis	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Teori H.L. Blum	32
2.2 Kerangka Teori	32
3.1. Kerangka Konsep	33
3.2. Rancangan Penelitian	40

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1: Surat Tugas Pembimbing	84
Lampiran 2: <i>Ethical Clearance</i>	85
Lampiran 3: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	86
Lampiran 4: Surat Ijin Penelitian dari Ristekin	87
Lampiran 5: Surat Ijin Penelitian dari Dinkes Kota Pekalongan	88
Lampiran 6: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	89
Lampiran 7: Kuesioner Penelitian.....	90
Lampiran 8: Datar Identitas Responden.....	94
Lampiran 9: Data Hasil Penelitian	99
Lampiran 10: Hasil Analisis Data	102
Lampiran 11: Dokumentasi.....	120

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Filariasis atau *elephantiasis* atau yang dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai penyakit kaki gajah adalah penyakit yang disebabkan karena infeksi cacing filaria. Filariasis disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari 3 (tiga) spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Penyakit ini menginfeksi jaringan limfe (getah bening). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital (Profil Kesehatan Indonesia 2010). Di dunia terdapat 1,3 miliar penduduk yang berisiko tertular penyakit kaki gajah di lebih dari 83 negara dan 60% kasus berada di Asia Tenggara. Penyakit ini tersebar luas di pedesaan dan perkotaan. Dapat dan menyerang semua golongan tanpa mengenal usia dan jenis kelamin. Penyakit ini merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia (Kemenkes RI, 2010).

Diperkirakan sampai tahun 2009 penduduk berisiko tertular filariasis, lebih dari 125 juta orang yang tersebar di 337 kabupaten/kota endemis filariasis dengan 11.914 kasus kronis yang dilaporkan dan diestimasikan prevalensi microfilaria 19%, kurang lebih penyakit ini akan mengenai 40 juta

penduduk (Kemenkes RI, 2010). Di Indonesia sampai dengan tahun 2004 diperkirakan 6 juta orang telah terinfeksi filariasis dan 8.243 diantaranya klinis kronis. Secara keseluruhan jumlah kasus filariasis di Indonesia sampai tahun 2008 mengalami peningkatan 11.699 penderita (Depkes RI, 2008).

Provinsi Jawa Tengah merupakan provinsi yang terdapat kasus filariasis dengan jumlah kasus dari tahun ke tahun semakin meningkat. Penemuan kasus filariasis pada tahun 2010 di Jawa Tengah berjumlah 451 penderita yang masing-masing tersebar di 25 kabupaten/kota dan terdapat 2 kabupaten/kota yang endemis yaitu Kota Pekalongan dan Kabupaten Pekalongan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011). Secara kumulatif, jumlah kasus filariasis pada tahun 2011 ditemukan sebanyak 537 penderita, dengan 141 kasus baru yang tersebar di 9 kabupaten/kota. Untuk tahun 2012 kasus filariasis Jawa Tengah terdapat sebanyak 565 penderita dengan 10 kasus baru di 8 kabupaten/kota. Salah satu Kota yang memiliki banyak kasus filriasis adalah Kota Pekalongan sebanyak 125 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Salah satu faktor yang menunjang terjadinya penularan penyakit filariasis adalah keberadaan nyamuk *Culex quenequefasciatus* dan adanya penderita positif *mikrofilaria*. Untuk mencegah terjadinya penularan, perlu dilakukan upaya pencegahan dengan menghilangkan habitat nyamuk penular, mencegah gigitan nyamuk, menemukan dan mengobati penderita, serta upaya pengobatan massal pada daerah tertentu (Bina Ikawati dan Tri Wijayanti, 2010).

Pencegahan Filariasis dapat dilakukan dengan cara membersihkan tempat perindukan nyamuk seperti kakus yang terbuka, ban-ban bekas, batok kelapa dan membunuh larva dengan larvasida. Jika ditemukan *Mansonia* sebagai vektor pada suatu daerah, tindakan yang dilakukan adalah dengan membersihkan kolam-kolam dari tumbuhan air (*Pistia*) yang menjadi sumber oksigen bagi larva tersebut, kemudian menutup barang-barang bekas, menguras tempat-tempat penampungan air, penyemprotan massal, menggunakan pelindung diri saat bekerja dikebun misalnya menggunakan baju lengan panjang, menggunakan kelambu di saat tidur, tidak keluar di saat malam hari, menutup ventilasi dengan kawat kasa, dan menggunakan obat nyamuk bakar maupun semprot atau mengolesi kulit dengan obat anti nyamuk (Bina Ikawati dan Tri Wijayanti, 2010).

Program eliminasi filariasis di Indonesia ini menerapkan strategi Global Elimination Lymphatic Filariasis dari WHO. Program akselerasi eliminasi filariasis akan terus diupayakan sampai dengan tahun 2020. Dalam program ini Kota Pekalongan telah melaksanakan POMP filariasis sejak tahun 2011 dan akan berakhir pemberiannya pada tahun kelima yaitu tahun 2015. Namun jika dilihat dari angka kasus, belum terlihat bahwa POMP filariasis benar-benar mampu menurunkan angka kasus filariasis (Kemenkes RI, 2010).

Cakupan POMP di Kota Pekalongan pada tahun 2011 terdapat 10.109 penduduk yang tidak minum obat dan pada tahun 2012 terdapat 8.479 penduduk yang tidak minum obat. Dalam masa tidak minum obat maupun

penundaan minum obat, kelompok penduduk tersebut juga berpotensi untuk menjadi jalan penularan filariasis (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, 2012).

Berdasarkan data per puskesmas Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan merupakan salah satu kelurahan endemis filariasis pada kurun waktu tahun 2004-2012, dengan adanya 89 kasus positif mikrofilariasi. Orang atau manusia yang di dalam darahnya mengandung mikrofilaria merupakan sumber penularan utama dalam rantai penularan filariasis. Sedangkan menurut data cakupan POMP Filariasis per Puskesmas tahun 2012 partisipasi masyarakat kelurahan Jenggot dalam kepatuhan minum obat masih rendah yaitu hanya 86,66% (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, 2012).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 20 warga menunjukkan hasil bahwa 10% responden menggunakan kelambu sewaktu tidur, 25% menggunakan ventilasi dengan kawat kassa, dan 10% responden memiliki kebiasaan keluar pada malam hari. Sedangkan untuk studi lingkungan di Kelurahan Jenggot diketahui bahwa kondisi lingkungan di Kelurahan Jenggot masih banyak terdapat semak-semak disekitar rumah, baik di sebelah maupun di belakang rumah, banyak terdapat genangan air baik itu berasal dari saluran air maupun dari air hujan yang menggenang, selain itu saluran pembuangan air limbah di beberapa tempat yang tidak mengalir dan dalam keadaan kotor. Kasus filariasis di Kelurahan Jenggot cenderung mengelompok di wilayah tertentu, dari 53 kasus positif mikrofilaria 20 kasus berada di RW 05 dan 33 kasus berada di RW 11. Wilayah RW 05 dan RW 11 bersebelahan dengan Kelurahan Kertoharjo, dimana Kelurahan Kertoharjo merupakan Kelurahan

endemis filariasis dengan Mf Rate tertinggi di Kota Pekalongan yaitu 4,8% pada tahun 2012.

Upaya pencegahan terhadap filariasis yang selama ini dilakukan oleh masyarakat adalah menggunakan obat anti nyamuk untuk menghindari gigitan nyamuk, akan tetapi dengan kondisi lingkungan yang kurang baik dan tidak adanya upaya untuk memperbaiki maka pencegahan filariasis masih belum optimal. Masyarakat masih belum mengetahui tentang peranan nyamuk dalam penularan filariasis sehingga aspek perlindungan diri terhadap gigitan nyamuk serta kondisi lingkungan yang dapat menjadi perindukan nyamuk tidak pernah menjadi perhatian mereka. Kurangnya pengetahuan masyarakat yang mengakibatkan minimnya peranan masyarakat dalam pencegahan filariasis menyebabkan target penurunan Mf Rate secara bertahap menjadi <1% belum tercapai termasuk juga terdapat 69% dari 8.479 penduduk pada tahun 2012 yang tidak minum obat ternyata sengaja berpergian ketika hari diliburkan untuk pembagian POMP, sementara 15% menolak minum obat dan 16% dengan alasan lain (Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, 2013).

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti bermaksud ingin mengkaji tentang Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis dengan Kejadian Filariasis di Kelurahan Jenggot. Penelitian ini merupakan penelitian yang dipayungi oleh penelitian Ibu Arum Siwiendrayanti S.KM., M.Kes , Eram Tunggul Pawenang S.KM., M.Kes dan Sofwan Indarjo S.KM., M.Kes dalam penelitian tentang Program *AKTIF-MANDIRI* (Aksi Tindakan Filariasis-Media Baca Hindari Filariasis) Sebagai Penyempurna Akselerasi Eliminasi

Filariasis Dalam Menurunkan Mf-Rate Wilayah Endemis Filariasis di Kota Pekalongan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Adakah hubungan antara kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan?
2. Adakah hubungan kebiasaan menggunakan obat nyamuk dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan?
3. Adakah hubungan kebiasaan menggunakan kelambu dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan?
4. Adakah hubungan praktek membersihkan semak-semak dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan?
5. Adakah hubungan penggunaan kawat kassa pada ventilasi dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui hubungan antara kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.
2. Mengetahui hubungan antara kebiasaan menggunakan obat nyamuk dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.
3. Mengetahui hubungan antara penggunaan kelambu dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.

4. Mengetahui hubungan antara praktek membersihkan semak-semak dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.
5. Mengetahui hubungan penggunaan kawat kassa pada ventilasi dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

1.4.1 Untuk masyarakat Kelurahan Jenggot

Manfaat hasil penelitian ini adalah dapat memperoleh informasi tentang hubungan praktek pencegahan penularan filariasis, sehingga masyarakat dapat melakukan pencegahan terhadap penyakit tersebut.

1.4.2 Untuk Dinas Kesehatan Kota Pekalongan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan kepada Dinas Kesehatan Kota Pekalongan tentang data hasil penelitian yang meliputi penggunaan obat nyamuk, kebiasaan keluar malam, penggunaan kelambu, pemakaian kawat kassa pada ventilasi dan praktek penataan lingkungan sebagai pencegahan penularan filariasis.

1.4.3 Untuk Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Manfaat hasil penelitian ini adalah dapat menambah pengetahuan dan wacana serta dapat dijadikan sebagai referensi pada penelitian berikutnya yang ada hubungannya dengan penelitian ini dan dapat menambah kepustakaan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1: Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Hubungan Faktor Lingkungan Rumah dan Perilaku Dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Pekalongan Tahun 2009.	Aini Ulfana	2009	Jenis penelitian analitik dengan menggunakan studi <i>case control</i> .	Variabel bebas : lingkungan luar rumah (keberadaan tanaman air, keberadaan semak-semak, keberadaan parit/selokan, keberadaan sawah). Lingkungan dalam rumah (keadaan ventilasi rumah, keadaan langit-langit rumah, keadaan dinding) Perilaku (penggunaan kelambu, kebiasaan pakai repelen, kebiasaan keluar pada malam hari, pengetahuan).	Ada hubungan antara keberadaan tanaman air, keberadaan semak-semak, keberadaan parit/selokan, keberadaan sawah, keadaan ventilasi, keadaan langit-langit, keadaan dinding, kebiasaan memakai kelambu pada saat tidur, kebiasaan memakai repelen, kebiasaan beraktivitas pada malam hari, pengetahuan dengan kejadian filariasis. Tidak ada hubungan
2.	Faktor-faktor Lingkungan	Nasrin	2008	Jenis penelitian	Variabel bebas : genangan air mengandung	Ada hubungan antara jenis pekerjaan,

	n dan Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Bangka Barat.			observasi dengan rancangan studi kasus kontrol.	jentik, keberadaan tanaman air, keberadaan ikan predator, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat penghasilan, tingkat pengetahuan, kebiasaan keluar rumah pada malam hari, kebiasaan menggunakan obat yamuk, kebiasaan menggunakan kelambu, dan kebiasaan menggunakan kelambu yang dicelup insektisida. Variabel terikat :kejadian filariasis klinis.	tingkat penghasilan, keberadaan rawa, penggunaan anti nyamuk, pengetahuan responden tentang gejala filariasis, pengetahuan tentang penularan filariasis, pengetahuan tentang pencegahan filariasis dengan kejadian filariasis klinis.
--	---	--	--	---	--	---

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Variabel dalam penelitaian ini adalah perilaku masyarakat tentang pencegahan penularan filariasis.
2. Penelitian ini dilakukan pada bulan Febuari sampai dengan bulan Agustus tahun 2015.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari sampai bulan Agustus 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi dalam penelitian ini adalah praktek pencegahan penularan filariasis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Pengertian Filariasis

Filariasis adalah suatu infeksi sistemik yang disebabkan oleh cacing filaria yang cacing dewasanya hidup dalam kelenjar limfe dan darah manusia, ditularkan oleh serangga (nyamuk) secara biologik, penyakit ini bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan akan menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki (disebut *elephantiasis* / kaki gajah), pembesaran lengan, payudara dan alat kelamin wanita maupun laki-laki (Akhsin Zulkoni, 2011:55).

2.1.2 Siklus Hidup

Semua parasit filaria yang hidup dalam tubuh manusia mempunyai siklus hidup yang sama yaitu mempunyai 5 tingkat perkembangan larva: tiga pada hospes perantara yaitu nyamuk dan dua pada manusia. Masing-masing tingkat perkembangan ditandai dengan adanya pertumbuhan dan pertukaran kulit.

Cacing betina dewasa dapat menghasilkan 50.000 mikrofilaria setiap hari. Apabila mikrofilaria termakan oleh nyamuk yang cocok, mereka dengan cepat akan menembus dinding lambung nyamuk dan berpindah melalui jaringan sehingga mencapai sel yang cocok untuk perkembangannya. Seperti larva *W.bancrofti*, hanya akan berkembang pada otot dada nyamuk. Disini, dalam waktu 12 hari, terbentuk

mikrofilaria yang hasil dengan panjang 250 μm , kemudian berubah menjadi larva tingkat tiga yang infeksi dengan panjang 1500 μm . Pada saat ini nyamuk menjadi infeksi dan bila menggigit manusia, larva yang infeksius secara aktif akan menembus kulit di tempat gigitan dan dengan cepat akan sampai ke saluran limfe, dalam beberapa bulan akan mengalami dua kali pergantian kulit sebelum menjadi dewasa.

Ini berbeda dengan malaria, sporozoit masuk ke dalam tubuh manusia secara pasif yaitu sewaktu nyamuk menggigit manusia, sporozoit disemprotkan bersama ludah nyamuk ke dalam pembuluh darah. Tidak ada multiplikasi cacing filaria pada manusia, sehingga banyaknya cacing dan beratnya infeksi secara proporsional bergantung kepada banyaknya larva yang infeksi. Keadaan ini biasanya terjadi dalam waktu yang lama. Jadi kronisitas dan komplikasi *elephantiasis* pada *lymphatic filariasis* dan kebutaan pada *onchocerciasis* hanya terlihat pada orang yang tinggal di daerah endemik dalam waktu yang lama (Sumarmo S. Poewo Soedarmo dkk, 2012:400).

2.1.3 Gejala Klinis

Gejala klinis filariasis terdiri dari gejala klinis akut dan kronis. Pada dasarnya gejala klinis filariasis yang disebabkan oleh infeksi *W.Bancroft*, *B. Malayi* dan *B. Timori* adalah sama, tetapi gejala klinis akut tampak lebih jelas dan lebih berat pada infeksi oleh *B. Malayi* dan *B. Timori*. Infeksi *W.bancrofti* dapat menyebabkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin, tetapi infeksi oleh *B. Malayi* dan *B. Timori* tidak

menimbulkan kelainan pada saluran kemih dan alat kelamin (Depkes RI, 2008:3).

2.1.3.1 Gejala Klinis Akut :

Gejala klinis akut berupa limfadenitis, limfangitis, adenolimfangitis yang disertai demam, sakit kepala, rasa lemah dan timbulnya abses. Abses dapat pecah dan kemudian mengalami penyembuhan dengan meninggalkan parut, terutama didaerah lipat paha dan ketiak. Parut lebih sering terjadi pada infeksi *B.malayi* dan *B.timori* dibandingkan karena infeksi *W.bancrofti*, demikian juga dengan timbulnya limfangitis dan limfadenitis, tetapi sebaliknya, pada infeksi *W.bancrofti* sering terjadi peradangan buah pelir (orkitis), peradangan epididimus (epididimitis) dan peradangan funikulus spermaticus (funikulitis) (Depkes RI, 2008:4).

2.1.3.2 Gejala Klinis Kronis :

Gejala klinis kronis terdiri dari limfedema, lymph scrotum, kiluria, hidrokel (Depkes RI, 2008:5)

a. Limfedema

Pada infeksi *W.bancrofti*, terjadi pembengkakan seluruh kaki, seluruh lengan, skrotum, penis, vulva vagina dan payudara, sedangkan pada infeksi *Brugia*, terjadi pembengkakan kaki dibawah lutut, lengan di bawah siku dimana siku dan lutut masih normal.

b. Lymp Scrotum

Adalah pelebaran saluran limfe superfisial pada kulit scrotum, kadang-kadang pada kulit penis, sehingga saluran limfe tersebut mudah pecah dan cairan limfe mengalir keluar dan membasahi pakaian. Ditemukan juga lepuh (vesicles) besar dan kecil pada kulit, yang dapat pecah dan membasahi pakaian. Ini mempunyai risiko tinggi terjadinya infeksi ulang oleh bakteri dan jamur, serangan akut berulang dan dapat berkembang menjadi limfedema skrotum. Ukuran skrotum kadang-kadang normal kadang-kadang sangat besar.

c. Kiluria

Adalah kebocoran atau pecahnya saluran limfe dan pembuluh darah di ginjal (pelvis renal) oleh cacing filaria dewasa spesies *W.bancrofti*, sehingga cairan limfe dan darah masuk kedalam saluran kemih.

Gejala yang timbul adalah sebagai berikut :

- 1) Air kencing seperti susu karena air kencing banyak mengandung lemak, dan kadang-kadang disertai darah (haematuria).
- 2) Sukar kencing.
- 3) Kelelahan tubuh.
- 4) Kehilangan berat badan.

d. Hidrokel

Adalah pelebaran kantung buah zakar karena terkumpulnya cairan limfe di dalam tunica vaginalis testis. Hidrokel dapat terjadi pada satu

atau dua kantung buah zakar, dengan gambaran klinis dan epidemiologis sebagai berikut :

- 1) Ukuran skrotum kadang-kadang normal tetapi kadang-kadang sangat besar sekali, sehingga penis tertarik dan tersembunyi.
- 2) Kulit pada skrotum normal, lunak dan halus.
- 3) Kadang-kadang akumulasi cairan limfe disertai dengan komplikasi, yaitu komplikasi dengan Chyle (Chylocele), darah (Haematocele) atau nanah (Pyocele). Uji transiluminasi dapat digunakan untuk membedakan hidrokel dengan komplikasi dan hidrokel tanpa komplikasi. Uji transiluminasi ini dapat dikerjakan oleh dokter puskesmas yang sudah dilatih.
- 4) Hidrokel banyak ditemukan di daerah endemis *W.bancrofti* dan dapat digunakan sebagai indikator adanya infeksi *W.bancrofti*.

2.1.4 Patogenesis

Perkembangan klinis filariasis dipengaruhi oleh faktor kerentanan individu terhadap parasit, seringkali mendapat tusukan nyamuk, banyaknya larva infeksi yang masuk ke dalam tubuh dan adanya infeksi sekunder oleh bakteri atau jamur. Secara umum perkembangan klinis filariasis dapat dibagi menjadi fase dini dan fase lanjut.

Pada fase dini timbul gejala klinis akut karena infeksi cacing dewasa bersama-sama dengan infeksi oleh bakteri dan jamur. Pada fase lanjut terjadi kerusakan saluran limfe kecil yang terdapat di kulit. Pada dasarnya perkembangan klinis filariasis tersebut disebabkan karena cacing filaria

dewasa yang tinggal dalam saluran limfe menimbulkan pelebaran (dilatasi) saluran limfe dan penyumbatan (obstruksi), sehingga terjadi gangguan fungsi sistem limfatik :

1. Penimbunan cairan limfe menyebabkan aliran limfe menjadi lambat dan tekanan hidrostatisnya meningkat, sehingga cairan limfe masuk ke jaringan menimbulkan edema jaringan. Adanya edema jaringan akan meningkatkan kerentanan kulit terhadap infeksi bakteri dan jamur yang masuk melalui luka-luka kecil maupun besar. Keadaan ini dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
2. Terganggunya pengangkutan bakteri dari kulit atau jaringan melalui saluran limfe ke kelenjar limfe. Akibatnya bakteri tidak dapat dihancurkan (*fagositosis*) oleh sel *Reticulo Endothelial System* (RES), bahkan mudah berkembang biak dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
3. Kelenjar limfe tidak dapat menyaring bakteri yang masuk dalam kulit. Sehingga bakteri mudah berkembang biak yang dapat menimbulkan peradangan akut (*acute attack*).
4. Infeksi bakteri berulang menyebabkan serangan akut berulang (*recurrent acute attack*) sehingga menimbulkan berbagai gejala klinis sebagai berikut:
 - a. Gejala peradangan lokal, berupa peradangan oleh cacing dewasa bersama-sama dengan bakteri, yaitu :
 - a) Limfangitis, peradangan di saluran limfe.

- b) Limfadenitis, peradangan di kelenjar limfe
 - c) Adeno limfangitis, peradangan saluran dan kelenjar limfe.
 - d) Abses
 - e) Peradangan oleh spesies *W. bancrofti* di daerah genital (alat kelamin) dapat menimbulkan epididimitis, funikulitis dan orkitis.
- b. Gejala peradangan umum, berupa; demam, sakit kepala, sakit otot, rasa lemah dan lain-lainnya.
5. Kerusakan sistem limfatik, termasuk kerusakan saluran limfe kecil yang ada di kulit, menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengalirkan cairan limfe dari kulit dan jaringan ke kelenjar limfe sehingga dapat terjadi limfedema.
6. Pada penderita limfedema, adanya serangan akut berulang oleh bakteri atau jamur akan menyebabkan penebalan dan pengerasan kulit, hiperpigmentasi, hiperkeratosis dan peningkatan pembentukan jaringan ikat (fibrouse tissue formation) sehingga terjadi peningkatan stadium limfedema, dimana pembengkakan yang semula terjadi hilang timbul (pitting) akan menjadi pembengkakan menetap (non pitting) (Depkes RI, 2008:3).

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis dibuat berdasarkan gejala klinis dan dipastikan dengan pemeriksaan laboratorium.

1. Diagnosis parasitologi

- Deteksi parasit menemukan mikrofilaria didalam darah, cairan hidrokul atau cairan kuleria pada pemeriksaan sediaan darah tebal, teknik konsentrasi Knott, membran filtrasi dan tes provokatif DEC. Pada pemeriksaan histopatologi, kadang-kadang potongan cacing dewasa dapat dijumpai di saluran dan kelenjar limfe dari jaringan yang dicurigai sebagai tumor.
- Diferensiasi spesies dan stadium filaria, yaitu dengan menggunakan pelacak DNA yang spesies spesifik dan antibodi monoklonal untuk mengidentifikasi larva filaria dalam cairan tubuh dan dalam tubuh nyamuk vektor sehingga dapat membedakan antara larva filaria yang menginfeksi manusia dengan yang menginfeksi hewan. Penggunaannya masih terbatas pada penelitian dan survei.

2. Radiodiagnosis

- Pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) pada skrotum dan kelenjar getah bening inguinal pasien akan memberikan gambaran cacing yang bergerak-gerak. Ini berguna terutama untuk evaluasi hasil pengobatan.
- Pemeriksaan limfosintigrafi dengan menggunakan dekstran atau albumin yang ditandai dengan zat radioaktif menunjukkan adanya abnormalitas sistem limfatik sekalipun pada penderita yang asimtomatik mikrofilaremia.

3. Diagnosis imunologi

Dengan teknik ELISA dan immunochromathographic test (ICT). Kedua teknik ini pada dasarnya menggunakan antibodi monoklonal yang

spesifik untuk mendeteksi antigen *W.bancrofti* dalam sirkulasi. Hasil tes yang positif menunjukkan adanya infeksi aktif walaupun mikrofilaria tidak ditemukan dalam darah.

Pada stadium obstruktif, mikrofilaria sering tidak ditemukan lagi didalam darah. Kadang-kadang mikrofilaria tidak dijumpai di dalam darah, tetapi ada di dalam cairan hidrokel atau cairan kiluria (Akhsin Zulkoni, 2011).

2.1.6 Epidemiologi

Penyakit filariasis terutama ditemukan di daerah khatulistiwa dan merupakan masalah di daerah dataran rendah. Tetapi kadang-kadang dapat ditemukan di daerah bukit yang tidak terlalu tinggi. Di Indonesia penyakit ini lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan. Yang terdapat di kota hanya *W.bancrofti* yang telah ditemukan di kota Jakarta, Tangerang, Pekalongan dan Semarang dan mungkin di beberapa kota lainnya.

Di Indonesia filariasis tersebar luas; daerah endemi terdapat di banyak pulau di seluruh Nusantara, seperti di Sumatera dan sekitarnya, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, N.T.T., Maluku dan Irian Jaya. Masih banyak daerah yang belum diselidiki.

Prevalensi infeksi sangat variabel; ada daerah yang non-endemik dan ada pula daerah-daerah dengan derajat endemi yang tinggi seperti di Irian Jaya dan pulau Buru dengan derajat infeksi yang dapat mencapai 70%. Prevalensi infeksi dapat berubah-ubah dari masa ke masa dan pada umumnya ada tendensi menurun dengan adanya kemajuan dalam

pembangunan yang menyebabkan perubahan lingkungan. Untuk dapat memahami epidemiologi filariasis, perlu diperhatikan faktor-faktor seperti hospes, hospes reservoir, vektor dan keadaan lingkungan yang sesuai untuk menunjang kelangsungan hidup masing-masing (Srisasi Gandahusada dkk, 2000:42).

2.1.7 Vektor

Banyak spesies nyamuk yang berperan sebagai vektor filariasis, tergantung pada jenis cacing filariannya. Di Indonesia ada 23 spesies nyamuk yang diketahui bertindak sebagai vektor yaitu dari genus; *Mansonia*, *Culex*, *Anopheles*, *Aedes* dan *Armigeres*, karena inilah filariasis dapat menular dengan sangat cepat. Secara rinci vektor nyamuk itu adalah :

- *Wuchereria bancrofti* perkotaan dengan vektor *Culex quinquefasciatus*.
- *Wuchereria bancrofti* pedesaan dengan vektor *Anopheles*, *Aedes* dan *Armigeres*.
- *Brugia malayi* dengan vektor *Mansonia* spp, dan *Anopheles barbirostris*.
- *Brugia timori* dengan vektor *Anopheles barbirostris* (Srisasi Gandahusada, 2000:43).

2.1.8 Hospes

Manusia yang mengandung parasit selalu dapat menjadi sumber infeksi bagi orang lain yang rentan (suseptibel). Biasanya pendatang baru ke daerah endemi (transmigran) lebih rentan terhadap infeksi filariasis dan

lebih menderita daripada penduduk asli. Pada umumnya laki-laki lebih banyak yang terkena infeksi, karena lebih banyak kesempatan untuk mendapat infeksi (*exposure*). Juga gejala penyakit lebih nyata pada laki-laki, karena pekerjaan fisik yang lebih berat (Srisasi Gandahusada, 2000:43).

2.1.8.1 Hospes Reservoir

Tipe B.malayi yang dapat hidup pada hewan merupakan sumber infeksi untuk manusia. Yang sering ditemukan mengandung infeksi adalah kucing dan kera terutama jenis *Presbytis*, meskipun hewan liar mungkin juga terkena infeksi (Srisasi Gandahusada, 2000:43).

2.1.9 Rantai Penularan Filariasis

Penularan filariasis dapat terjadi apabila ada tiga unsur, yaitu :

1. Adanya sumber penular, yakni manusia atau hospes reservoir yang mengandung mikrofilaria dalam darahnya.
2. Adanya vektor, yakni nyamuk yang dapat menularkan filariasis.
3. Adanya manusia yang rentan terhadap filariasis.

Seseorang dapat tertular filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk infeksi, yaitu nyamuk yang mengandung larva infeksi (larva stadium 3 = L3). Pada saat nyamuk infeksi menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar dari probosis dan tinggal di kulit sekitar lubang gigitan nyamuk. Pada saat nyamuk menarik probosisnya, larva L3 akan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju ke sistim limfe. Berbeda dengan penula, pada malaria dan demam berdarah, cara

penularan tersebut menyebabkan tidak mudahnya penularan filariasis dari satu orang ke orang lain pada suatu wilayah tertentu, sehingga dapat dikatakan bahwa seseorang dapat terinfeksi filariasis, apabila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk ribuan kali.

Larva L3 *Brugia malayi* dan *Brugia timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu kurang lebih 3,5 bulan, sedangkan *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu kurang lebih 9 bulan.

Disamping sulit terjadinya penularan dari nyamuk ke manusia, sebenarnya kemampuan nyamuk untuk mendapatkan mikrofilaria saat menghisap darah yang mengandung mikrofilaria juga sangat terbatas, nyamuk yang menghisap mikrofilaria terlalu banyak dapat mengalami kematian, tetapi jika mikrofilaria yang terhisap terlalu sedikit dapat memperkecil jumlah mikrofilaria stadium larva L3 yang akan ditularkan.

Kepadatan vektor, suhu dan kelembaban sangat berpengaruh terhadap penularan filariasis. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap umur nyamuk, sehingga mikrofilaria yang telah ada dalam tubuh nyamuk tidak cukup waktunya untuk tumbuh menjadi larva infeksi L3 (masa inkubasi ekstrinsik dari parasit). Masa inkubasi ekstrinsik untuk *Wuchereria bancrofti* antara 8-10 hari.

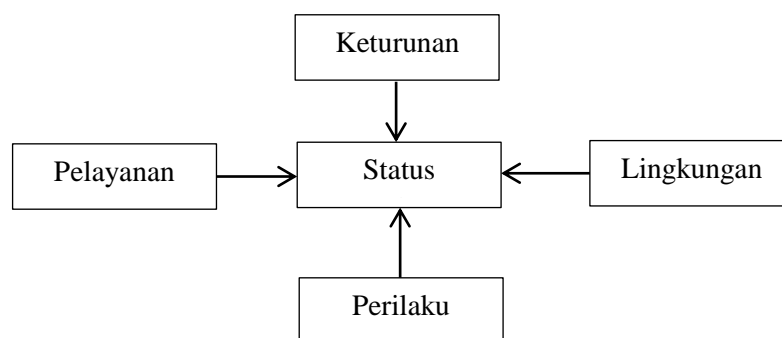
Peridositas mikrofilaria dan perilaku menggigit nyamuk berpengaruh terhadap resiko penularan. Mikrofilaria yang bersifat periodik nokturna (mikrofilaria hanya terdapat di dalam darah tepi pada waktu malam) memiliki vektor yang aktif mencari darah pada waktu malam, sehingga

penularan juga terjadi pada malam hari. Di daerah dengan mikrofilaria sub periodik nokturna dan non periodik, penularan dapat terjadi siang dan malam hari.

Dismaping faktor-faktor tersebut diatas mobilitas penduduk dari daerah endemis filariasis ke daerah lain atau sebaliknya, berpotensi menjadi media terjadinya penyebaran filariasis antar daerah (Depkes RI, 2008:19).

2.1.10 Teori H.L Blum

Menurut H.L Blum, derajat kesehatan masyarakat merupakan resultante dari empat faktor, yaitu : (1) lingkungan, (2) perilaku yang dihubungkan dengan *ecological balance*, (3) keturunan yang dipengaruhi oleh populasi dan distribusi penduduk, serta (4) pelayanan kesehatan. Dari keempat faktor tersebut lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang dominan pengaruhnya terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan karena faktor gaya hidup yang lebih dominan dibandingkan dengan faktor lingkungan karena faktor lingkungan hidup manusia juga sangat dipengaruhi oleh gaya hidup masyarakat. Berikut ini gambar konsep H.L Blum yang menggambarkan status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 4 faktor :



Gambar 2.1 Teori H.L Blum

2.1.11 Faktor Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap distribusi kasus filariasis dan mata rantai penularannya. Biasanya daerah endemis *B. malayi* adalah daerah dengan hutan rawa, sepanjang sungai atau badan air lain yang ditumbuhi tanaman air. Sedangkan daerah endemis *W. bancrofti* tipe perkotaan (urban) adalah daerah-daerah perkotaan yang kumuh, padat penduduknya dan banyak genangan air kotor sebagai habitat dari vektor yaitu nyamuk *Cx. quinquefasciatus*. Sedangkan daerah endemis *W. bancrofti* tipe pedesaan (rural) secara umum kondisi lingkungannya sama dengan daerah endemis *B. malayi*.

Secara umum lingkungan dapat dibedakan menjadi lingkungan fisik, lingkungan biologik dan lingkungan sosial, ekonomi dan budaya.

2.1.11.1 Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik mencakup antara lain keadaan iklim, keadaan geografis, struktur geologi dan sebagainya. Lingkungan fisik erat kaitannya dengan kehidupan vektor, sehingga berpengaruh terhadap munculnya sumber-sumber penularan filariasis. Lingkungan fisik dapat menciptakan tempat-tempat perindukan dan beristirahatnya nyamuk. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap pertumbuhan, masa hidup serta keberadaan nyamuk. Lingkungan dengan tumbuhan air di rawa-rawa dan adanya hospes reservoir (kera, lutung, dan kucing) berpengaruh terhadap penyebaran *B. malayi* sub periodik nokturna dan non periodik (Depkes RI, 2008:16).

2.1.11.1.1 Keberadaan Semak-Semak

Semaksemak/kandang ternak/pakaian yang digantung merupakan tempat peristirahatan vektor nyamuk filariasis sebelum dan sesudah kontak dengan manusia, karena sifatnya terlindung dari cahaya matahari dan lembab. *Culex quinquefasciatus* yang merupakan vektor filariasis di Kota Pekalongan, tempat istirahat nyamuk ini lebih menyukai istirahat di dalam rumah terutama pada pakaian yang digantung dan alat-alat rumah tangga yang berwarna gelap. Semak-semak merupakan tempat beristirahat bagi *Cx. quinquefasciatus* jika berada di luar rumah. Semakin dekat jarak rumah responden dengan semak maka semakin besar peluang responden kontak dengan *Cx. Quinquefasciatus*. Penelitian yang dilakukan oleh Ike Ani Widiastuti (2013) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keberadaan tempat istirahat nyamuk dengan kejadian filariasis (p-value =0,025, OR = 2,170 dan 95 % CI = 1,146-4,107). Responden yang di sekitar rumahnya terdapat tempat istirahat nyamuk memiliki risiko 2,170 kali lebih besar terkena filariasis dibandingkan dengan responden yang di sekitar rumahnya tidak terdapat tempat istirahat nyamuk (Ike Ani Widiastuti dkk, 2013).

2.1.11.1.2 Keberadaan Genangan Air

Keberadaan genangan air akan meningkatkan risiko tertular filariasis, karena dengan adanya genangan air di sekitar rumah dapat meningkatkan populasi/kepadatan nyamuk yang merupakan vektor penular filariasis.

Kondisi lingkungan yang terdapat genangan air di sekitar rumah akan menjadi tempat perkembangbiakan yang potensial terutama genangan air yang tidak terawat dan terdapat tumbuhan air. Risiko penularan filariasis dapat ditekan dengan membersihkan genangan air yang berada di sekitar rumah, mengalirkan air sehingga tidak tergenang atau menaburkan ikan pemakan jentik. Kegiatan tersebut dapat menghambat perkembangbiakan nyamuk vektor sehingga kepadatan nyamuk dapat ditekan sehingga penularan filariasis juga dapat ditekan.

Responden yang di sekitar rumahnya terdapat genangan air memiliki risiko 1,933 kali dibandingkan dengan responden yang tidak terdapat genangan air di sekitar rumahnya (Santoso, 2013).

2.1.11.1.3 Saluran Pembuangan Air Limbah

Menurut Mardiana dkk (2011) terjadinya filariasis pada orang yang tinggal dengan rumah tangga yang saluran air limbahnya terbuka memiliki resiko lebih besar yaitu 2,56 kali dibandingkan dengan rumah tangga yang saluran air limbahnya tertutup. Ini menunjukkan bahwa kejadian filariasis dengan kondisi saluran pembuangan air limbah, secara statistik memiliki hubungan yang signifikan. Dimana dalam rumah tangga yang saluran air limbahnya terbuka memiliki resiko lebih besar untuk terkena filariasis dibandingkan saluran air limbah tertutup (Mardiana dkk, 2011).

2.1.11.1.4 Keberadaan benda-benda bergantung

Keberadaan barang-barang bergantung seperti baju atau pakaian yang diketahui berhubungan dengan kejadian filariasis ini terkait dengan

resting place atau tempat beristirahat nyamuk sebagai vektor dari filariasis, karena pada umumnya pada daerah seperti ini akan bersifat lembab. Perilaku hidup nyamuk *Cx. quinquefasciatus* di dalam rumah biasanya pada benda yang tergantung dan berwarna gelap (Srisasi Gandahusada dkk, 2002:234).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Puji Juriastuti (2010) responden dengan keberadaan barang-barang bergantung di rumah, khususnya di kamar tidur akan berisiko 6,3 kali lebih besar menderita filariasis dibandingkan responden yang tidak ada barang-barang bergantung di rumahnya (Puji Juriastuti, 2010).

2.1.11.2 Lingkungan Biologik

Lingkungan biologik dapat menjadi rantai penularan filariasis. Contoh lingkungan biologik adalah adanya kepadatan vektor.

2.1.11.2.1 Kepadatan Vektor (*Breeding Site*)

Di Indonesia hingga saat ini telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu : **Mansonia**, **Anopheles**, **Culex**, **Aedes** dan **Armigeres** yang menjadi vektor filariasis. Sepuluh spesies nyamuk *Anopheles* diidentifikasi sebagai vektor *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan. *Culex quinquefasciatus* merupakan vektor *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan. Enam spesies *Mansonia* merupakan vektor *Brugia malayi*. Di Indonesia bagian timur, *Mansonia* dan *Anopheles barbirostris* merupakan vektor filariasis yang penting. Untuk melaksanakan pemberantasan vektor filariasis, perlu mengetahui bionomik (tata hidup) vektor yang mencakup

tempat berkembangbiak, perilaku menggigit (mencari darah) dan tempat istirahat (Depkes RI, 2008:13).

Dari penelitian yang dilakukan oleh Tri Ramdhani dan Bambang Yuniarto (2009) di Kelurahan Pabean Kota Pekalongan diketahui bahwa pola aktivitas menggigit nyamuk *Cx.quinquefasciatus* di dalam rumah dimulai sejak sore dan terus ditemukan sepanjang malam hingga pagi hari, dengan 3 puncak kepadatan yaitu pukul 20.00-21.00, 22.00-23.00 dan tengah malam 02.00-03.00. Sedangkan pola aktivitas menggigit di luar rumah nyamuk *Cx.quinquefasciatus* ada sepanjang malam dengan 3 puncak kepadatan yaitu pukul 21.00-22.00, 24.00-01.00 dan pukul 02.00-03.00. Dan untuk kepadatan nyamuk *Cx.quinquefasciatus* istirahat di dinding ditemukan sepanjang malam dengan kepadatan tertinggi pada pukul 18.00-19.00. Nyamuk *Cx.quinquefasciatus* aktif sepanjang malam menggigit orang di dalam maupun di luar rumah, dengan perilaku istirahat di dinding rumah dan sekitar kandang ternak. Aktivitas nyamuk *Cx.quinquefasciatus* di dalam dan diluar rumah sangat berkaitan dengan pola penularan filariasis (Tri Ramdhani dan Bambang Yuniarto, 2009).

Sedangkan untuk nyamuk *Mansonia* berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Santoso dkk (2014) di Desa Muaro Jambi menunjukkan bahwa puncak kepadatan nyamuk *Mansonia* yaitu pada pukul 18.00-19.00, dimana pada jam tersebut matahari mulai terbenam dan mulai gelap sehingga nyamuk mulai melakukan aktifitasnya. Secara keseluruhan perilaku nyamuk *Mansonia spp* memiliki perilaku menggigit di luar

rumah. Kebiasaan responden melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari juga memiliki resiko kontak dengan nyamuk *Anopheles* dengan puncak kepadatan pada pukul 20.00-21.00 (Risky Amelia, 2014:6). Orang-orang yang memiliki perilaku sering keluar pada malam hari akan memiliki resiko lebih besar untuk tertular filariasis (Santoso dkk, 2014).

2.1.11.3 Lingkungan Sosial, Ekonomi dan Budaya

Lingkungan sosial, ekonomi dan budaya adalah lingkungan yang timbul sebagai akibat adanya interaksi antar manusia, termasuk perilaku, adat istiadat, budaya, kebiasaan dan tradisi penduduk. Kebiasaan bekerja di kebun pada malam hari atau kebiasaan keluar pada malam hari, atau kebiasaan tidur perlu diperhatikan karena berkaitan dengan intensitas kontak dengan vektor. Insiden filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada insidens filariasis perempuan karena umumnya laki-laki lebih sering kontak dengan vektor karena pekerjaannya (Depkes RI, 2008:17).

2.1.11.3.1 Peran Serta Masyarakat

Warga masyarakat diharapkan bersedia datang dan mau diperiksa darah pada malam hari dan pada saat ada kegiatan pemeriksaan darah, bersedia minum obat anti-penyakit kaki gajah secara teratur sesuai dengan ketentuan yang diberitahukan oleh petugas, memberitahukan kepada kader atau petugas kesehatan bila menemukan penderita filariasis, dan bersedia bertanggung jawab membersihkan sarang nyamuk atau tempat perkembangbiakan nyamuk (Depkes RI, 2001).

2.1.12 Praktek Pencegahan Filariasis

2.1.12.1 Praktek Minum Obat

Cara pencegahan penyakit yang paling efektif adalah mencegah gigitan nyamuk pembawa mikrofilaria. Apabila suatu daerah sebagian besar terkena penyakit ini, maka pengobatan massal dengan DEC, ivermectin, atau albendasol dapat diberikan setahun sekali dan sebaiknya dilakukan paling sedikit selama lima tahun (Widoyono, 2005:141). Pemberian obat massal bertujuan untuk memutuskan rantai penularan filariasis, obat yang diberikan pada program POMP dapat membunuh mikrofilaria yang ada didalam darah (Depkes RI, 2008:3).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Kusumawardani (2009), faktor determinan yang berpengaruh terhadap perilaku minum obat pada Pengobatan Massal filariasis antara lain, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pengetahuan.

1) Jenis Kelamin

Proporsi minum obat pada jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan kebanyakan jenis kelamin laki-laki adalah pekerja sehingga memungkinkan responden sedang tidak ada di tempat saat pembagian obat berlangsung. Orang dengan jenis kelamin laki-laki juga tidak minum obat dikarenakan mereka adalah tulang punggung keluarga. Mereka tidak ingin pekerjaannya terganggu apabila setelah minum obat muncul efek samping seperti mengantuk dan mual.

2) Pekerjaan

Orang yang bekerja dan menerima obat lebih rendah dari pada orang yang tidak bekerja namun menerima obat. Hal ini bisa terjadi karena orang yang bekerja mempunyai lebih banyak kesibukan sehingga tidak ada di tempat saat pengobatan massal berlangsung dan kebanyakan mereka menganggap bahwa efek samping obat filariasis merupakan sesuatu yang negatif atau tidak mengenakan bagi dirinya karena dapat mengganggu pekerjaan mereka.

3) Pengetahuan

Pengetahuan memiliki pengaruh terhadap perilaku minum obat seseorang. Orang yang memiliki pengetahuan baik tentang filariasis lebih patuh minum obat dibandingkan dengan orang yang memiliki pengetahuan kurang baik.

2.1.12.2 Penggunaan Obat Anti Nyamuk

Salah satu cara untuk mencegah dari gigitan nyamuk adalah dengan cara penggunaan obat anti nyamuk. Metode perlindungan diri ini digunakan oleh individu atau kelompok kecil pada masyarakat untuk melindungi diri dari gigitan nyamuk, dimana peralatannya kecil, mudah dibawa dan sederhana dalam penggunaannya, diantaranya obat anti nyamuk seperti : bakar, koil, dan oles anti nyamuk (Ike Ani Widiastuti dkk, 2013).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Yudi Syuhada dkk (2012), bahwa penggunaan obat anti nyamuk secara statistik terbukti merupakan faktor risiko kejadian Filariasis, dengan nilai $p= 0,012$. OR= 2,956 dan 95% CI=1,249 – 6,997, artinya bahwa responden yang yang tidak menggunakan obat anti nyamuk mempunyai risiko menderita filariasis 2,96 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang menggunakan obat anti nyamuk (Yudi Syuhada, 2012).

2.1.12.3 Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari

Insiden filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan karena umumnya laki-laki lebih sering kontak dengan vektor karena pekerjaan dan kebiasaannya keluar rumah di malam hari hanya sekedar ngobrol dan meronda, sehingga kemungkinan terkena filariasis lebih besar. Kebiasaan responden untuk keluar rumah pada malam hari saat nyamuk *Cx quinquefasciatus* menggigit akan meningkatkan risiko kejadian filariasis.

Faktor tersebut terkait erat dengan spesies nyamuk yang ada. Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan bahwa puncak kepadatan nyamuk menggigit terjadi pada pukul 20.00 – 21.00. Aktivitas keluar rumah yang tinggi pada malam hari akan membuka peluang yang lebih besar untuk kontak dengan nyamuk *Cx quinquefasciatus* sehingga berisiko terkena filariasis, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Risky Amelia (2013) bahwa perhitungan risk estimate didapatkan OR 11,200 menunjukkan bahwa responden yang sering keluar rumah malam

hari mempunyai risiko 11,200 kali lebih besar menderita filariasis daripada responden yang tidak keluar rumah malam hari (Risky Amelia, 2013).

2.1.12.4 Kebiasaan Memakai Kelambu

Prinsip penggunaan kelambu adalah upaya untuk mencegah kontak dengan nyamuk, jenis kelambu manapun yang digunakan oleh responden pada saat tidur, tetap menjadi upaya penting dalam rangka mencegah penularan penyakit filariasis, namun penggunaan kelambu tidak akan berarti kalau tidak diikuti dengan pemakaian yang rutin oleh seseorang. Faktor kebiasaan menggunakan kelambu pada waktu tidur secara teoritis memiliki kontribusi dalam pencegahan filariasis, karena pada umumnya aktivitas menggigit nyamuk tertinggi pada malam hari.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hotagalung Jontari dkk (2010), dimana hasilnya menunjukkan bahwa orang yang tidak memiliki kebiasaan menggunakan kelambu sewaktu tidur memiliki risiko menderita filariasis 1,7 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan menggunakan kelambu (Hotagalung Jontari dkk, 2010).

2.1.12.5 Menggunakan Ventilasi Dengan Kawat Kassa

Dalam penularan suatu penyakit hal yang tidak bisa diabaikan adalah interaksi antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan disekitar manusia yang memiliki potensi menyebabkan penyakit. Kawat kasa yang dipasang pada semua ventilasi rumah dapat berfungsi sebagai *screening* untuk mencegah nyamuk masuk ke dalam rumah. Sehingga

dengan upaya pemasangan kawat kasa dapat mengurangi kontak antara nyamuk dengan penghuni yang ada dalam rumah.

Hal tersebut sesuai dengan hasil analisa yang telah dilakukan oleh Adrias dkk (2012), yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pemasangan kawat kasa pada ventilasi dengan kejadian filariasis (p-value =0,013). Responden yang tinggal di rumah dengan kondisi ventilasi yang tidak dipasang kasa mempunyai resiko untuk tertular penyakit filariasis 27,201 kali lebih besar dibanding dengan responden yang tinggal di rumah yang ventilasinya dipasang kasa (Adrias dkk, 2012).

2.1.12.6 Praktek Membersihkan Semak-semak

Pengelolaan lingkungan secara teoritis mempunyai hubungan dengan kejadian filariasis karena berhubungan dengan usaha untuk menghilangkan tempat perindukan dan peristirahatan nyamuk. Usaha pengelolaan yang dapat dilakukan yakni pengendalian secara rekayasa, yang pada hakekatnya ditujukan untuk mengurangi sarang insekta (*breeding places*). Pengendalian dilakukan dengan cara mengelola lingkungan (*environmental management*), yaitu memodifikasi atau memanipulasi lingkungan, sehingga terbentuk lingkungan yang tidak cocok (kurang baik) yang dapat mencegah atau membatasi perkembangan vektor. Modifikasi lingkungan merupakan cara yang paling aman terhadap lingkungan, yaitu tidak merusak keseimbangan alam dan tidak mencemari lingkungan, akan tetapi harus dilakukan secara terus menerus. Kegiatan

modifikasi lingkungan untuk memperbaiki kualitas lingkungan secara permanen antara lain pengeringan, penimbunan genangan, perbaikan tempat pembuangan sampah sementara maupun akhir (TPS,TPA), dan konstruksi serta pemeliharaan saluran drainase (Juli Soemirat Slamet, 2002:181).

Pengendalian juga dapat dilakukan dengan cara manipulasi lingkungan (*enviromental manipulation*), yakni berkaitan dengan pembersihan atau pemeliharaan sarana fisik yang telah ada supaya tidak terbentuk tempat-tempat perindukan atau tempat istirahat serangga, misalnya membuang atau mencabut tumbuh-tumbuhan air yang tumbuh di kolam atau rawa yang dapat menekan populasi *Mansonia spp* dan melancarkan air dalam got yang tersumbat agar tidak menjadi tempat perindukan *Culex* (Srisasi Gandahusada, 2000:224).

Praktek membersihkan semak-semak merupakan salah satu pencegahan dari gigitan nyamuk atau mengurangi kontak dengan vektor (Akhsin Zulkoni, 2011:63). Keberadaan semak-semak di sekitar rumah memiliki resiko lebih besar terkena filariasis, karena semak-semak merupakan tempat peristirahatan vektor nyamuk filariasis sebelum dan sesudah kontak dengan manusia, karena sifatnya yang terlindung dari cahaya matahari dan lembab (Ike Ani Windiastuti dkk, 2013:55). Oleh karena itu perilaku membersihkan semak-semak secara rutin menjadi penting dilakukan sebagai upaya menghilangkan habitat nyamuk.

2.1.13 Pelayanan Kesehatan

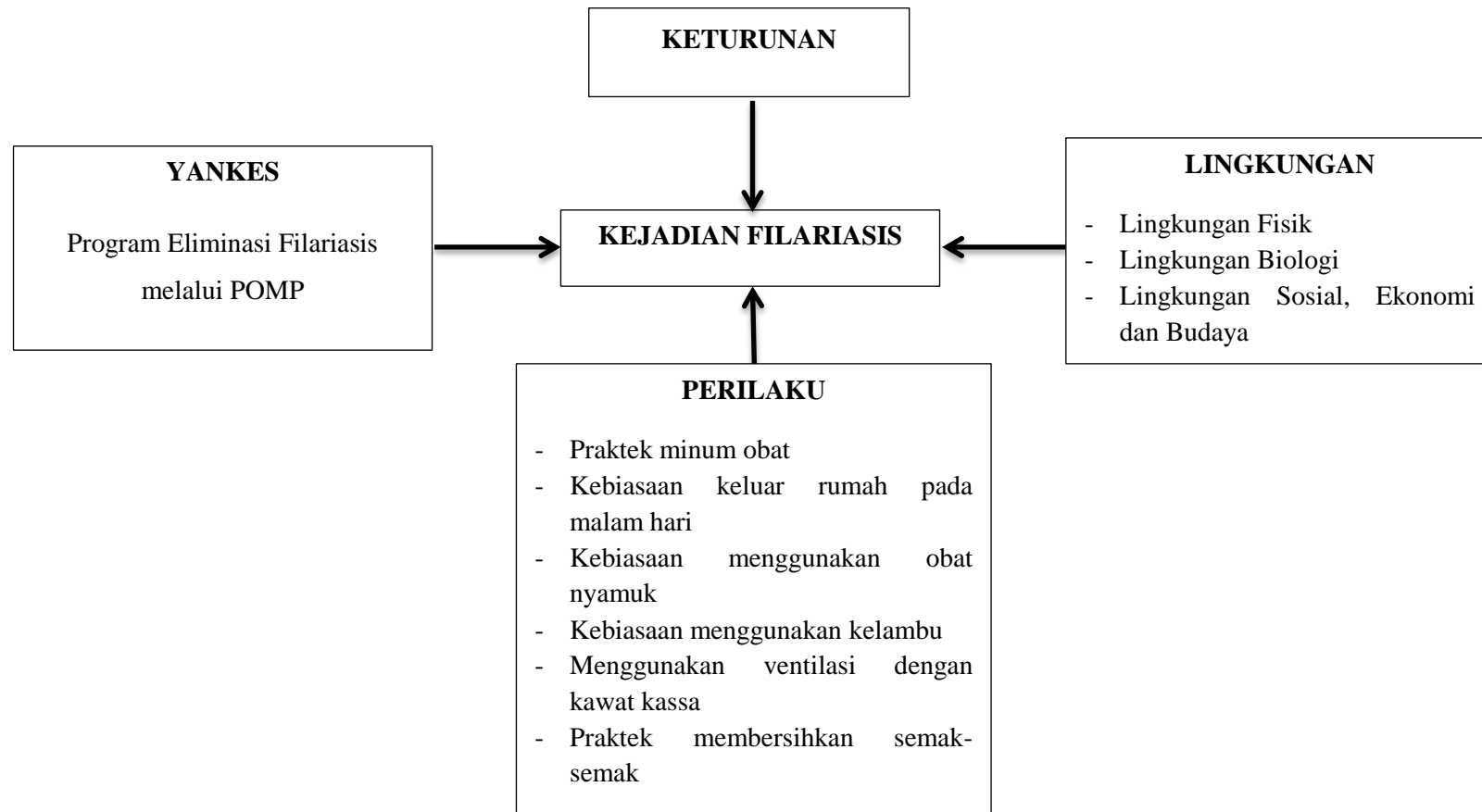
2.1.13.1 Program Eliminasi Filariasis Melalui POMP

Ketersediaan pelayanan kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana/prasarana, dan dana akan menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ini akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di suatu wilayah atau kelompok masyarakat.

Eliminasi Filariasis adalah tercapainya keadaan dimana penularan filariasis di tengah – tengah masyarakat sedemikian rendahnya sehingga penyakit ini tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat. Yang bertujuan untuk menurunkan angka mikrofilaria (mikrofilaria rate) menjadi kurang dari 1% di setiap Kabupaten/Kota dan mencegah serta membatasi kecacatan karena filariasis (Depkes RI, 2008).

Eliminasi filariasis melalui POMP atau Pemberian obat Massal Pencegah Filariasis adalah pemberian obat kepada semua penduduk di daerah endemis filariasis dengan DEC, *albendazole*, dan *parasetamol* sesuai takaran, setiap tahun sekali minimal selama 5 tahun berturut – turut, yang bertujuan untuk menghilangkan sumber penularan dan memutuskan mata rantai penularan filariasis di daerah ini (Depkes RI, 2008).

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori

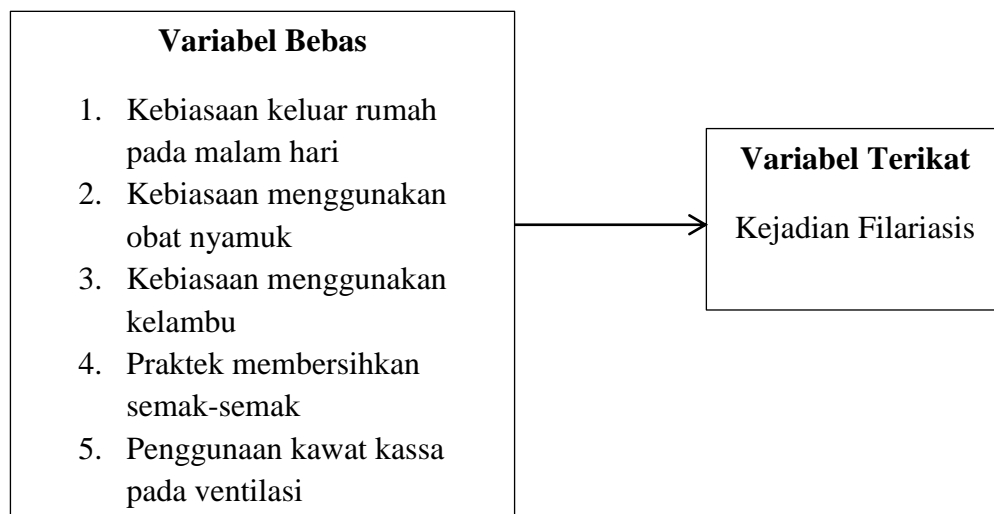
(Sumber : ¹ Ike Windi Astuti 2013, ² Santoso 2013, ³ Mardiana 2011, ⁴ Depkes RI 2008, Tri Ramdhani 2009 & Santoso 2014, ⁵ Depkes RI 2001, ⁶ Widoyono (2005), ⁷ Yudi Syuhada 2012, ⁸ Risky Amelia 2013, ⁹ Hotagalung Jontari 2010, ¹⁰ Adrias 2012, ¹¹ Puji Juriastuti 2010, ¹² Srisasi Gandahusada 2000 & Juli Soemirat Slamet 2002

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dirumuskan (Gambar3.1).



Gambar 3.1 : Kerangka konsep

3.2 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini variabel yang dipakai adalah :

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah penggunaan obat nyamuk, kebiasaan keluar pada malam hari, pemakaian kelambu, penggunaan kawat kassa dan praktek membersihkan semak-semak.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian filariasis.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2012). Hipotesis yang dapat diajukan dari penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan.
2. Ada hubungan antara kebiasaan menggunakan obat nyamuk dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan.
3. Ada hubungan antara kebiasaan menggunakan kelambu dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan.
4. Ada hubungan antara praktek membersihkan semak-semak dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan.
5. Ada hubungan antara penggunaan kawat kassa pada ventilasi dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggol Kota Pekalongan.

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Definisi operasional pada penelitian ini memberikan penjelasan dan batasan mengenai variabel yang akan diteliti (Tabel 3.1)

Tabel 3.1 : Definisi operasional dan skala pengukuran variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Kebiasaan keluar rumah pada malam hari.	Kebiasaan responden melakukan kegiatan di luar rumah	Kuesioner.	0 = keluar pada malam hari 1 = tidak keluar pada	Ordinal

		<p>pada malam hari antara pukul 18.00-03.00 (beresiko digigit nyamuk <i>Mansonia</i>), pukul 20.00-21.00 (beresiko digigit nyamuk <i>Anopheles</i>), pukul 21.00-03.00 (beresiko digigit nyamuk <i>Culex</i>) ≥ 3 kali dalam seminggu tanpa menggunakan repellent.</p>		malam hari	
2.	Kebiasaan menggunakan obat anti nyamuk	<p>Kebiasaan responden untuk menggunakan obat anti nyamuk semprot, obat anti nyamuk bakar, <i>repellent</i> dan elektrik saat tidur pada malam hari untuk menghindari dari gigitan nyamuk.</p>	Kuesioner	<p>0 = tidak menggunakan obat nyamuk 1 = menggunakan obat nyamuk</p>	Ordinal

3.	Kebiasaan menggunakan kelambu.	Kebiasaan responden menggunakan kelambu yang merupakan kain atau jaring yang digunakan untuk menghindari gigitan nyamuk yang terpasang pada tempat tidur dan membersihkan kelambu minimal 6 bulan sekali.	Kuesioner	0 = tidak menggunakan kelambu 1 = menggunakan kelambu	Ordinal
4.	Praktek membersihkan semak-semak.	Kegiatan membersihkan semak-semak berupa tanaman perdu dan rumput dengan ketinggian maksimal 2m yang merupakan tempat istirahat nyamuk, dengan jarak tidak lebih dari 100m dari tempat tinggal responden minimal 6 bulan sekali.	Kuesioner	0 = tidak membersihkan semak-semak 1 = membersihkan semak-semak	Ordinal

5.	Penggunaan kawat kasa pada ventilasi.	Keberadaan kawat kasa pada lubang dinding atau ventilasi rumah dan kebiasaan membersihkan kawat kasa minimal 1 bulan sekali.	Kuesioner	0 = tidak menggunakan kawat kasa 1 = menggunakan kawat kasa	Nominal
6.	Kejadian filariasis	Penderita filariasis yang berada di Kelurahan Jenggot dan telah di diagnosis positif mikrofilaria tahun 2011 dan 2012 oleh Puskesmas Jenggot.	Hasil survei darah jari (SDJ) tahun 2011 dan 2012.	1. Penderita filariasis 2. Bukan penderita filariasis.	Ordinal

*Variabel tersebut ditanyakan sebelum responden kasus sakit.

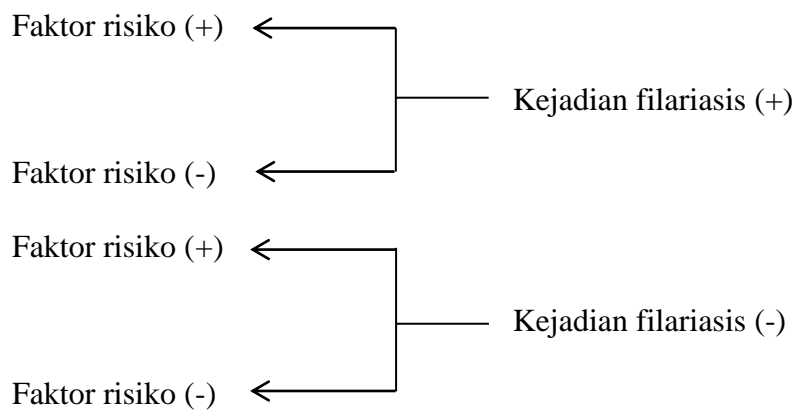
*Variabel tersebut ditanyakan sebelum responden kontrol menjalani survei darah jari(SDJ).

3.5 Jenis dan Rancangan Sampel Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional yang mengkaji hubungan antara efek dengan faktor risiko tertentu. Rancangan penelitian yang digunakan *case control*, adalah suatu penelitian (*survei*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Dimana kasus dan kontrol

diidentifikasi saat ini, kemudian faktor risiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (Soekidjo Notoatmodjo, 2010:41).

Dalam penelitian ini, yang digunakan sebagai kelompok kasus adalah orang yang menderita Filariasis. Penelitian ini dengan mengidentifikasi kelompok dengan kasus (orang yang menderita filariasis) dengan kelompok kontrol (orang yang tidak menderita filariasis), kemudian secara retrospektif (penelusuran ke belakang) diteliti faktor resiko yang mungkin dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol terkena paparan atau tidak.



Gambar 3.2: Rancangan Penelitian
(Sumber : Soekidjo Notoatmodjo, 2010:42)

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel pada penelitian ini adalah :

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2010: 115). Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita filariasis yang terdaftar dalam catatan

rekam medik tahun 2011 dan 2012 di Puskesmas Jenggog Kota Pekalongan yaitu 53 penderita.

3.6.2 Populasi Kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah orang penderita filariasis pada tahun 2011 dan 2012 yang terdaftar dalam catatan rekam medik dan bertempat tinggal di Kelurahan Jenggog Kota Pekalongan yaitu 53 orang.

3.6.3 Populasi Kontrol

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah orang yang bukan penderita filariasis yang hasil survei darah jari (SDJ) dinyatakan negatif yang bertempat tinggal di Kelurahan Jenggog Kota Pekalongan.

3.6.4 Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2010:115). Sampel selanjutnya disebut responden. Perhitungan besar sampel dengan tingkat kepercayaan 95% ($Z\alpha=1,96$) dan kekuatan penelitian 80% ($Z\beta=0,842$) serta berdasarkan nilai OR dan proporsi paparan pada kelompok kontrol (P_2) dari penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

$$n_1 = n_2 = \frac{(z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_2) + (OR \times P_2)}$$

(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofwan Ismael, 2002:187).

Keterangan :

$n_1 = n_2$: Besar sampel untuk kasus dan kontrol

$Z\alpha$: Tingkat kepercayaan (95%=1,96)

$Z\beta$: Kekuatan penelitian (80%=0,842)

P_1 : Perkiraan proporsi efek pada kasus

P_2 : Proporsi pada kelompok kontrol (dari penelitian Nasrin tahun 2008, $P_2=65,6\%$)

Q : 1-P

OR : dari penelitian Nasrin tahun 2008, nilai OR=5,063.

Dari penelitian yang dilakukan oleh Nasrin (2008) didapatkan nilai $P_2=65,6\%$ (0,656) dan nilai OR=5,063.

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_2) + (OR \times P_2)} = \frac{5,063 \times 0,656}{(1 - 0,656) + (5,063 \times 0,656)} = 0,90$$

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2) = \frac{1}{2} (0,90 + 0,656) = 0,778$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,778 = 0,222$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,90 = 0,1$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,656 = 0,344$$

$$Z\alpha = 1,96 \text{ dan } Z\beta = 0,842$$

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{(z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2} \\ &= \frac{(1,96\sqrt{2 \cdot 0,778 \cdot 0,222} + 0,842\sqrt{0,90 \cdot 0,1 + 0,656 \cdot 0,344})^2}{(0,90 - 0,656)^2} \\ &= \frac{(1,96 \cdot 0,587 + 0,842 \cdot 0,56)^2}{(0,244)^2} \\ &= \frac{(1,62887)^2}{(0,244)^2} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &= \frac{2,65322}{0,05954} \\ &= 44,56 \\ &= 45 \end{aligned}$$

Dari perhitungan sampel diketahui bahwa sampel minimal pada penelitian ini adalah 45. Metode perolehan sampel yang digunakan adalah *Purposive Sampling* dimana penentuan sampel dengan beberapa pertimbangan, sampel yang dipilih adalah mereka yang telah menjalani survei darah jari (SDJ) dinyatakan positif sebagai kelompok kasus dan mereka yang menjalani survei darah jari (SDJ) dinyatakan negatif sebagai kelompok kontrol.

Dari hasil perhitungan sampel minimal diperoleh jumlah sampel minimal yaitu 45 sampel. Perbandingan 1:1 untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol ($n_1 = n_2$), maka besar sampel yang diambil pada penelitian ini adalah 45 sampel kasus dan 45 sampel kontrol.

3.6.5 Sampel Kasus

Sampel kasus dalam penelitian ini adalah penderita filariasis yang terbukti survei darah jari (SDJ) dinyatakan positif mikrofilaria pada tahun 2011 dan 2012 yang terdaftar dalam catatan rekam medik Puskesmas Jenggol dan bertempat tinggal di Kelurahan Jenggol Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan tahun 2011 dan tahun 2012 yaitu sejumlah 45 orang.

Kriteria inklusi dan eksklusi pada sampel kasus adalah :

Kriteria inklusi

1. Bertempat tinggal di RW 05 dan RW 11 Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.

Kriteria eksklusi

1. Alamat tidak jelas atau dua kali didatangi tidak ditempat.
2. Tidak bersedia untuk mengikuti penelitian.

3.6.6 Sampel kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah orang yang bukan penderita filariasis yang tinggal tidak serumah dengan penderita yang bertempat tinggal di Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Tahun 2011 dan tahun 2012 yaitu sejumlah 45 orang.

Kriteria inklusi dan eksklusi pada sampel kontrol adalah :

1. Bukan penderita filariasis yang dibuktikan dengan hasil survei darah jari (SDJ) dinyatakan negatif mikrofilaria.
2. Bertempat tinggal di RW 05 dan RW 11 Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.

Kriteria eksklusi :

1. Alamat tidak jelas atau dua kali didatangi tidak ditempat.
2. Tidak bersedia mengikuti penelitian.

3.7 Sumber Data Penelitian

3.7.1 Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan mengenakan alat pengukuran atau alat pengambil data, langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari (Saryono, 2013:178). Data primer diperoleh melalui observasi dan wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subjek penelitiannya (Saryono, 2013:178). Data sekunder diperoleh dari data kasus filariasis klinis dari Puskesmas Jenggot dan Dinas Kesehatan Kota Pekalongan tahun 2011 dan 2012.

3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah (Saryono, 2013:185).

3.8.1.1 Kuesioner

Kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data tentang praktek pencegahan penularan filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan tahun 2015.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara

Wawancara secara langsung untuk memperoleh data praktik pencegahan penularan filariasis yang dilakukan oleh responden dalam upaya pencegahan penularan filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan tahun 2015.

3.9 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Teknik Pengolahan

Data yang telah diperoleh kemudian dikumpulkan, diolah sesuai dengan tujuan dan kerangka konsep penelitian. Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengoahan data. Pengolahan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

3.9.1.1 *Editing*

Sebelum diolah data yang sudah terkumpul perlu diperiksa terlebih dahulu. Data atau keterangan yang telah dikumpulkan yang berupa daftar pertanyaan dibaca sekali lagi dan diperbaiki jika dirasakan masih ada kesalahan dan keraguan data.

3.9.1.2 *Coding*

Data yang sudah dikumpulkan dapat berupa kalimat yang pendek atau panjang, untuk emudahkan analisa, maka jawaban tersebut perlu diberi kode, cara memberikan kode yaitu dengan memberikan angka pada tiap jawaban.

3.9.1.3 *Scoring*

Yaitu memberikan skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

3.9.1.4 Tabulasi

Tabulasi dimaksudkan untuk memasukan data kedalam tabel dan mengatur angka sehingga dapat dihitung dalam berbagai kategori.

3.9.1.5 *Entri Data*

Data yang telah dikode kemudian di masukan ke dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah.

3.9.2 Analisis Data

3.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat yaitu analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2010:182). Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan variabel bebas yaitu praktik pencegahan penularan filariasis dan variabel terikat yaitu kejadian filariasis.

3.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komparatif, asosiatif maupun korelatif (Saryono, 2013:189).

1. Analisis *Chi-Square* (Kai Kuadrat)

Dalam penelitian ini digunakan uji *Chi-Square* dengan bantuan SPSS for windows karena skala variabel berbentuk nominal, dan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Cara perhitungan dengan menggunakan tabel kontingensi 2x2 dengan *Confidence Interval (CI)* sebesar 95%.

2. Perhitungan *Odds Ratio* (OR)

Untuk mengetahui nilai *Odds Ratio* (OR), caranya dengan menghitung nilai OR tersebut. Hal ini bertujuan untuk mengetahui besar perbandingan antara peluang terjadinya efek dengan peluang tidak terjadinya efek pada kelompok dengan resiko dan kelompok tanpa resiko. Nilai OR menunjukkan berapa besar peran faktor risiko terhadap terjadinya penyakit filariasis. Taraf signifikan yang digunakan adalah 95% atau taraf kesalahan 0,05%. Nilai OR dihitung dengan menggunakan tabel 2x2 (*dummy table*) sebagai berikut :

Tabel 3.2: Tabulasi Distribusi Frekuensi Observasional Berdasarkan Faktor Risiko dan Efek

Faktor Risiko	Efek		Total
	Kasus	Kontrol	
1	2	3	4
Ya (+)	A	B	A+B
Tidak (-)	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N=A+B+C+D

Sumber : Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002:112.

Keterangan :

A = Kasus yang mengalami paparan

B = Kontrol yang mengalami pajanan

C = Kasus yang tidak mengalami pajanan

D = Kontrol yang tidak mengalami pajanan

Rumus perhitungan nilai OR :

OR = odds pada kelompok kasus : odds pada kelompok kontrol

$$= \frac{(\text{proporsi kasus dengan faktor risiko})/(\text{proporsi kasus tanpa faktor risiko})}{(\text{proporsi kontrol dengan faktor risiko})/(\text{proporsi kontrol tanpa faktor risiko})}$$

$$= \{A/(A+B) : B/(A+B)\} / \{C/(C+D) : D/(C+D)\}$$

$$= A/B : C/D = AD/BC$$

Interpretasi nilai OR dan 95% CI :

- a. Bila $OR > 1$ dan 95% CI tidak mencakup angka 1 : faktor yang diteliti merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
- b. Bila $OR > 1$ dan 95% CI mencakup angka 1 : faktor yang diteliti belum tentu merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
- c. Bila $OR = 1$, baik 95% CI tidak mencakup angka 1 maupun 95% CI mencakup angka 1 : faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
- d. Bila $OR < 1$ dan 95% CI tidak mencakup angka 1 : faktor yang diteliti merupakan faktor protektif yang dapat mengurangi terjadinya penyakit.
- e. Bila $OR < 1$ dan 95% CI mencakup angka 1 : faktor yang diteliti belum tentu merupakan faktor protektif yang dapat mengurangi terjadinya penyakit.

(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002:102).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan antara praktek pencegahan penularan filariasis dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015 diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara kebiasaan keluar pada malam hari dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015.
2. Ada hubungan antara kebiasaan menggunakan obat nyamuk dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015.
3. Tidak ada hubungan antara kebiasaan menggunakan kelambu dengan kejadian filariasis di Kelurahan jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015.
4. Tidak ada hubungan antara praktek membersihkan semak-semak dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015.
5. Tidak ada hubungan antara penggunaan kawat kassa pada ventilasi dengan kejadian filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015.

6.2 Saran

1. Diharapkan bagi Dinas Kesehatan Kota Pekalongan untuk memberikan penyuluhan tentang penggunaan obat nyamuk, kawat kassa pada ventilasi dan kelambu untuk mengurangi risiko mengalami kontak dengan nyamuk.

2. Bagi Kelurahan Jenggot disarankan membentuk pemberdayaan atau kelompok peduli filariasis, dengan kegiatan yang dapat dilakukan nantinya adalah mengajak masyarakat untuk sadar lingkungan dengan menggalakan jum'at bersih dan PSN sebagai upaya pencegahan filariasis untuk mengurangi tempat perkembangbiakan dan peristirahatan nyamuk.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini Ulfana, 2009, *Hubungan Faktor Lingkungan Rumah dan Perilaku Dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Pekalongan Tahun 2009*, Skripsi, Universitas Diponegoro.
- Ardias dkk, 2012, *Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Sambas*, Jurnal Kesehatan Lingkungan, Vol. 11, No.3.
- Bina Ikawati dan Tri Wijayanti, 2010, *Pengetahuan, Sikap dan Praktik Masyarakat Kelurahan Pabean, Kecamatan Pekalongan Utara Kota Pekalongan Tentang Filariasis Limfatik*, Vol. 6 No 1, Juni 2010.
- Dina Agustianingsih, 2013, *Praktik Pencegahan Filariasis*. (Online), KEMAS 8 (2) (2013) 190-197, diakses 7 Februari 2015, (<http://journal.unnes.ac.id/nju/indek.php/kemas>).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2001, *Pedoman Pelaksana Sanitasi Lingkungan Dalam Pengendalian Vektor*, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta : Depkes RI.
- _____, 2008, *Epidemiologi Filariasis*, Ditjen P2 & PL Depkes RI, Jakarta.
- _____, 2008, *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis*, Ditjen PP & PL Depkes RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Pekalongan, 2012, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Pekalongan*, Dinkes Kota Pekalongan, Pekalongan.
- _____, 2013, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Pekalongan*, Dinkes Kota Pekalongan, Pekalongan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah, 2011, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010*, Dinkes Provinsi Dati I Jateng, Semarang.
- _____, 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*, Dinkes Provinsi Dati I Jateng, Semarang.

- Hutagalung Jontari dkk, 2010, *Fakto-faktor Risiko Kejadian Penyakit Lymphatic Filariasis di Kabupaten Agam, Propinsi Sumatera Barat Tahun 2010*, OSIR, March 2014, Vol 7, Issue, p. 9-15, diakses 7 Febuari 2015, (<http://osirjournal.net/issue.php?id=52>).
- Inge Sutanto dkk, 2008, *Parasitologi Kedokteran*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Ike Ani Windiastuti, 2013, *Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah, Sosial Ekonomi, dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian Filariasis di Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan*, Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia, Volume 12, No 1.
- Juli Soemirat Slamet, 2011, *Kesehatan Lingkungan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2010, *Rencana Nasional Program Akselerasi Emiliasi Filariasis Di Indonesia*, Ditjen PP&PL : Jakarta.
- _____, 2010, *Buletin Jendela Epidemiologi Filariasis di Indonesia*, Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi : Jakarta.
- Mardiana dkk, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Filariasis di Indonesia (Data Riskesdas 2007)*, Jurnal Ekologi Kesehatan, Vol. 10 No. 2, Juni 2011: 83:92.
- Nasrin, 2008, *Faktor-Faktor Lingkungan dan Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Bangka Barat*, Tesis, Universitas Diponegoro.
- Puji Juriastuti dkk, 2010, *Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kelurahan Jati Sampurna*, Makara, Kesehatan, Vol.14, No.1, Juni.
- Risky Amelia, 2014, *Analisis Faktor Risiko Kejadian Penyakit Filariasis*, <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/upjph>, Universitas Negeri Semarang, Semarang.
- Santoso dkk, 2013, *Faktor Risiko Filariasis di Kabupaten Muaro Jambi*, Vol. 41, No. 3, 2013: 152-162.

- _____, 2014, *Penentuan Jenis Nyamuk Mansonia Sebagai Tersangka Vektor Filariasis Brugia Malayi dan Hewan Zoonosis Di Kabupaten Muaro Jambi*, Volume 24, No 4.
- Saryono dan Mekar Dwi, 2013, *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Srisasi Gandahusada, dkk, 2000, *Parasitologi Kedokteran*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sugiyono, 2010, *Metodologi Penelitian Pendidikan*, Alfabeta, Bandung.
- Sumarmo S. Poewo Soedarmo, 2012, *Infeksi dan Pediatri Tropis*, Badan Penerbit IDAI, Jakarta.
- Tri Ramdhani dan Bambang Yuniarto, 2009, *Aktivitas Menggigit Nyamuk Culex Quinquefasciatus di Daerah Endemis Filariasis Limfatik Kelurahan Pabean Kota Pekalongan Provinsi Jawa Tengah*, Volume 1, No 1.
- Widoyono, 2005, *Penyakit Tropis*, Erlangga, Jakarta.
- Yudi Syuhada, 2012, *Studi Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku Masyarakat Sebagai Faktor Risiko Kejadian Filariasis di Kecamatan Buaran dan Tirto Kabupaten Pekalongan*, Vol. 11, No.1.
- Yulius Sarungu, 2012, *Faktor Risiko Lingkungan dan Kebiasaan Penduduk Berhubungan Dengan Kejadian Filariasis di Distrik Windesi Kabupaten Kepulauan Yapen Provinsi Papua*, Vol. 11, No.1

Lampiran 1 : Surat Tugas Pembimbing.


KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 818/FIK/2015
Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2014/2015

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
 2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
 3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
 4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 19 September 2014

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:

Nama : Anum Siwiendriyanti, S.KM, M.Kes
 NIP : 198009092005012002
 Pangkat/Golongan : III/B
 Jabatan Akademik : Lektor
 Sebagai Pembimbing

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
 Nama : NOVIA WULANDARI
 NIM : 6411411182
 Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
 Topik : Penyakit menular

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
 1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
 2. Ketua Jurusan
 3. Petinggal


 DITETAPKAN DI : SEMARANG
 PADA TANGGAL : 23 September 2014
 Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
 NIP 195510191985031001


 6411411182
 FM-03-4KD-24/fiw.00

Lampiran 2 : *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 153/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis dengan Kejadian Filariasis di Kelurahan Jenggot Kota Pekalongan

Nama Peneliti Utama : Novia Wulandari
 Nama Pembimbing : Arum Siwiendrayanti, S.KM., M.Kes.
 Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
 Lokasi Penelitian : Kelurahan Jenggot, Kota Pekalongan
 Tanggal Persetujuan : 11 Juni 2015
 (bertaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 11 Juni 2015



 Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
 NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian dari Fakultas



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 5519/LAM.37.1.6/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpolinmas Kota Pekalongan
 di Kota Pekalongan

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : NOVIA WULANDARI
 NIM : 6411411182
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja), S1
 Topik : Penyakit menular

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 24 Juni 2015.

Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 196910191985031001

Lampiran 4 : Surat Ijin Penelitian dari Ristekin



**PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
KANTOR RISET, TEKNOLOGI DAN INOVASI**

Jalan Mataram No. 1 Pekalongan 51111 Telp. (0285) 423984/421093 fax (0285) 424061
Website: <http://www.ristekin.pekalongankota.go.id> email: ristekin@pekalongankota.go.id

SURAT REKOMENDASI RESEARCH / SURVEY

Nomor: 070/344/VII/2015

- I. DASAR :
1. Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah Nomor: 070/265/2004 tanggal 20 Februari 2009
- II. MEMBACA :
1. Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Nomor :5510/4437.1.6/LT/2015 tanggal 24 Juni 2015 Perihal Permohonan Ijin Penelitian
 2. Surat dari Kepala Kantor Keshbangpol Kota Pekalongan Nomor :070/313/VII/2015 tanggal 3 Juli 2015
- III. Yang bertandatangan di bawah ini Kepala Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan bertindak atas nama Walikota Pekalongan menyatakan **TIDAK KEBERATAN** atas pelaksanaan RESEARCH/SURVEY di wilayah Kota Pekalongan yang dilaksanakan oleh:
1. Nama : Novia Wulandari
 2. Instansi : Universitas Negeri Semarang
 3. Pekerjaan : Mahasiswa
 4. Alamat : Kemawi RT 05 RW 02 Kec. Somagede Kab.Banyumas
 5. Penanggung Jawab : Dr. H. Harry Pramono, M.Si
 6. Maksud dan Tujuan : Permohonan Ijin Penelitian dengan Judul "HUBUNGAN PRAKTEK PENCEGAHAN PENULARAN FILARIASIS DENGAN KEJADIAN FILARIASIS DI KELURAHAN JENGGOT KOTA PEKALONGAN TAHUN 2015 "
 7. Lokasi : Kota Pekalongan
 8. Lamanya : 03-07-2015 s.d. 03-10-2015
- Dengan ketentuan sebagai berikut :**
- a. Pelaksanaan research/survey tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintah;
 - b. Sebelum research/survey, supaya lapor dahulu kepada pengawas wilayah/camat setempat;
 - c. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini telah habis sedang pelaksanaannya belum selesai, maka perpanjangan waktu harus dilakukan kembali kepada Kepala Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan;
 - d. Setelah research/survey selesai, harus menyerahkan hasilnya kepada Kepala kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan.
- IV. Surat Rekomendasi ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila pemegang surat ini tidak menaati ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di : Pekalongan
Pada Tanggal : 03-07-2015


a.n. KEPALA KANTOR-RISET, TEKNOLOGI DAN INOVASI
KOTA PEKALONGAN
Kepala Seksi Riset



TEMBUSAN Dikirim Kepada YTH;

1. Walikota Pekalongan (Sebagai laporan);
2.;
3. Sdr....., tsb;
4. Arsip.

Lampiran 5 : Surat Ijin Penelitian dari Dinkes Kota Pekalongan


	PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN DINAS KESEHATAN	
	JL. JETAYU NO. 4 KOTA PEKALONGAN TELP./FAX. (0285) 421972 Kode Pos : 51141 Website : http://www.dinkes.pekalongankota.go.id E-mail : dinkes@pekalongankota.go.id	
	Pekalongan, 27 Juli 2015	
	No. : 800 / 02408.1 Lamp : - Hal : Ijin Penelitian	Kepada Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang di <p style="text-align: center;">SEMARANG</p>

Menindaklanjuti Surat Rekomendasi Research / Survey dari Kantor Riset, Teknologi dan Inovasi Kota Pekalongan tanggal 3 Juli 2015 nomor : 070/344/VII/2015 .

Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan memberikan ijin kepada :

Nama	: NOVIA WULANDARI
NIM	: 6411411182
Untuk	: Mencari data penelitian dengan judul " Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis Dengan Kejadian Filariasis Di Kelurahan jenggot Kota Pekalongan Tahun 2015".
Tanggal	: 03 Juli 2015 s/d 03 Oktober 2015
Keterangan	: Setelah selesai mencari data agar lapor ke Dinkes Kota Pekalongan.

Demikian untuk menjadikan periksa.



Dr. DWI HERI WIBAWA, M.Kes
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19630727 198803 1 004

Tembusan : Kepada Yth:

1. Kabid. P2P PI Dinkes Kota Pekalongan.
2. Kepala Puskesmas Jenggot Kota Pekalongan.
3. Lurah Jenggot Kota Pekalongan.
- ✓ 4. Yang bersangkutan.
5. Arsip.

Lampiran 6 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



**PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
KECAMATAN PEKALONGAN SELATAN
KELURAHAN JENGGOT**

Alamat : Jln. Pelita 3 Telp. (0285) 433962 PEKALONGAN

Pekalongan, 3 Agustus 2015

Nomor : 800/17 /
Lamp. :
Hal. : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Di

SEMARANG.

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan, menerangkan bahwa :

Nama : NOVIA WULANDARI

NIM : 6411411182

Judul : Hubungan Praktek Pencegahan Penularan Filariasis dengan kejadian Filariasis di Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan Tahun 2015

Tanggal : 03 Juli 2015 s/d 03 Agustus 2015

Keterangan : Telah selesai melaksanakan penelitian di Kelurahan Jenggot Kecamatan Pekalongan Selatan Kota Pekalongan.

Demikian untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya


H. FATKHURROHMAN
 NIP. 19620502 198503 1 018

Tembusan: Disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekaiongan
2. Kepala Puskesmas Jenggot
3. Arsip

Lampiran 7 : Instrumen Penelitian

INSTRUMEN PENELITIAN KASUS KONTROL

HUBUNGAN PRAKTIK PENCEGAHAN PENULARAN FILARIASIS

DENGAN KEJADIAN FILARIASIS DI KELURAHAN JENGGOT KOTA

PEKALONGAN TAHUN 2015

STATUS RESPONDEN : KASUS/KONTROL (coret salah satu)

Tanggal wawancara :

No. Responden :

Petunjuk :

1. Daftar isian diisi sesuai dengan jawaban yang sebenarnya.
2. Daftar pilihan diisi pada kolom-kolom yang tersedia dengan kode-kode yang sesuai atau coret salah satu pilihan jawaban.

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin : a. Laki-laki
b. Perempuan
4. Tingkat pendidikan : a. Tidak sekolah
b. Tidak tamat SD
c. Tamat SD
d. Tamat SMP

- e. Tamat SMU
- f. Tamat Akademi/PT
5. Jenis pekerjaan : a. Buruh
- b. Petani
- c. Pedagang
- d. Wiraswasta
- e. Pegawai Negeri
- f. Tidak Bekerja

II. RIWAYAT KEJADIAN FILARIASIS

Pertanyaan ini ditujukan kepada responden dalam kelompok kasus untuk mengetahui riwayat kejadian filariasis.

No.	Status filariasis	Sebelum SDJ 2011	Setelah SDJ 2011	Setelah SDJ 2012
1.	Sejak kapan Anda dinyatakan menderita filariasis?			

No.	Gejala filariasis	Ya	Tidak
1.	Demam		
2.	Pembengkakan kelenjar getah bening		
3.	Pembengkakan di lipatan paha		
4.	Pembengkakan pada ketiak yang tampak panas dan sakit		
5.	Terasa panas dan sakit yang menjalar dari pangkal ke arah ujung kaki atau lengan		
6.	Pembengkakan tungkai yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas		
7.	Pembengkakan payudara yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas		
8.	Pembengkakan skrotum yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas		
9.	Pembengkakan lengan yang terlihat agak kemerahan dan terasa panas.		

III. PRAKTEK PENCEGAHAN PENULARAN FILARIASIS

Pertanyaan ini ditujukan kepada responden baik yang tergolong dalam kelompok kasus maupun kontrol untuk mengetahui praktek pencegahan penularan filariasis.

A. Kebiasaan menggunakan obat anti nyamuk.			
1.	Apakah saat tidur pada malam hari Anda menggunakan obat anti nyamuk?	Menggunakan obat nyamuk	Tidak menggunakan obat nyamuk (lanjut ke no.4)
2.	Obat nyamuk jenis apa yang Anda gunakan?	Bakar	
		Semprot	
		Elektrik	
		Oles	
3.	Seberapa sering Anda menggunakan obat anti nyamuk saat tidur pada malam hari?	Selalu (7 kali seminggu)	
		Sering (5-6 kali seminggu)	
		Kadang-kadang (3-4 kali seminggu)	
		Jarang (1-2 kali seminggu)	
B. Kebiasaan keluar rumah pada malam hari.			
4.	Apakah Anda biasa melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari?	Keluar rumah pada malam hari	Tidak keluar rumah pada malam hari (lanjut ke no.8)
5.	Pukul berapa Anda melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari?	Pukul 18.00-03.00 (beresiko digigit nyamuk Mansonia)	
		Pukul 20.00-21.00 (beresiko digigit nyamuk Anopheles)	
		Pukul 21.00-03.00 (beresiko digigit nyamuk Culex)	
		Selain jam-jam tersebut.	
6.	Berapa kali dalam seminggu Anda melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari?	≥ 3 kali	
		< 3 kali	
7.	Apakah Anda menggunakan repellent anti nyamuk saat melakukan kegiatan diluar rumah pada malam hari?	Ya	Tidak
C. Kebiasaan menggunakan kelambu.			
8.	Apakah pada saat tidur malam hari Anda menggunakan kelambu?	Menggunakan kelambu	Tidak menggunakan kelambu

			(lanjut ke no.11)
9.	Seberapa sering Anda menggunakan kelambu saat tidur pada malam hari?	Selalu (7 kali seminggu)	
		Sering (5-6 kali seminggu)	
		Kadang-kadang (3-4 kali seminggu)	
		Jarang (1-2 kali seminggu)	
10.	Apakah minimal 6 bulan sekali Anda membersihkan kelambu?	Ya	Tidak
D. Penggunaan kawat kassa pada ventilasi			
11.	Apakah Anda menggunakan kawat kassa pada lubang dinding atau ventilasi di rumah Anda?	Menggunakan kawat kassa	Tidak menggunakan kawat kassa (lanjut ke no.13)
12.	Apakah minimal 1 bulan sekali Anda membersihkan kawat kassa pada ventilasi?	Ya	Tidak
E. Praktek membersihkan semak-semak.			
13.	Apakah terdapat semak-semak berupa tanaman perdu dan rumput dengan ketinggian maksimal 2m dengan jarak tidak lebih dari 100m dari rumah Anda?	Membersihkan semak-semak	Tidak membersihkan semak-semak
14.	Apakah Anda membersihkan atau mengurangi kerimbunan semak-semak di sekitar rumah Anda?	Ya	Tidak
15.	Apakah minimal 1 bulan sekali Anda membersihkan kerimbunan semak-semak?	Ya	Tidak

IV. PANDUAN PENILAIAN KUESIONER

Petunjuk untuk menilai hasil dari kuesioner yang telah ditanyakan kepada responden.

No.	Variabel	Kategori
1.	Kebiasaan menggunakan obat anti nyamuk.	Menggunakan obat nyamuk jika selalu atau sering menggunakan obat anti nyamuk saat tidur pada malam hari.
		Tidak menggunakan obat nyamuk jika kadang-kadang atau jarang menggunakan obat anti nyamuk saat tidur pada malam hari.
2.	Kebiasaan keluar	Dikatakan memiliki kebiasaan keluar

	rumah pada malam hari.	rumah pada malam hari, jika biasa melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari ≥ 3 kali dalam seminggu pada jam-jam nyamuk <i>Mansonia</i> , <i>Anopheles</i> dan <i>Culex</i> menggigit tanpa menggunakan repellent.
		Tidak keluar rumah pada malam hari, jika tidak melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari atau melakukan kegiatan di luar rumah pada malam hari < 3 kali dalam seminggu.
3.	Kebiasaan menggunakan kelambu.	Menggunakan kelambu, jika selalu atau sering menggunakan kelambu dan membersihkan kelambu minimal 6 bulan sekali.
		Tidak menggunakan kelambu, jika kadang-kadang atau jarang menggunakan kelambu dan membersihkan kelambu > 6 bulan sekali.
4.	Penggunaan kawat kassa pada ventilasi.	Menggunakan kawat kassa, jika menggunakan kawat kassa pada lubang dinding atau ventilasi dan membersihkan kawat kassa minimal 1 bulan sekali.
		Tidak menggunakan kawat kassa, jika tidak menggunakan kawat kassa pada lubang dinding atau ventilasi atau menggunakan kawat kassa pada ventilasi dan membersihkan kawat kassa lebih dari 1 bulan sekali.
5.	Praktek membersihkan semak-semak.	Membersihkan semak-semak, jika membersihkan semak-semak di sekitar rumah minimal 1 bulan sekali.
		Tidak membersihkan semak-semak, jika tidak membersihkan semak-semak di sekitar rumah.

Lampiran 8 : Daftar Identitas Responden Penelitian

DAFTAR IDENTITAS RESPONDEN PENELITIAN

No.	Kode Responden	Alamat	Umur	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Jenis Pekerjaan	Status Responden
1	JG 1	RT 3 RW 5	60	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
2	JG 2	RT 3 RW 11	65	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
3	JG 3	RT 2 RW 11	20	Laki-laki	Tamat SMP	Pegawai Swasta	Kasus
4	JG 4	RT 1 RW 11	29	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
5	JG 5	RT 2 RW 11	25	Laki-laki	Tamat SMP	Wirausaha	Kasus
6	JG 6	RT 1 RW 11	50	Perempuan	Tidak Tamat SD	Buruh	Kasus
7	JG 7	RT 1 RW 5	46	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kasus
8	JG 8	RT 2 RW 11	23	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kasus
9	JG 9	RT 1 RW 11	25	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kasus
10	JG 10	RT 3 RW 11	24	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kasus
11	JG 11	RT 3 RW 11	62	Laki-laki	Tidak Tamat SD	Buruh	Kasus
12	JG 12	RT 3 RW 11	18	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
13	JG 13	RT 3 RW 11	15	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
14	JG 14	RT 2 RW 11	40	Perempuan	Tamat SMP	Wirausaha	Kasus
15	JG 15	RT 2 RW 11	54	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
16	JG 16	RT 3 RW 11	47	Laki-laki	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kasus
17	JG 17	RT 3 RW 11	25	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kasus
18	JG 18	RT 3 RW 11	31	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kasus
19	JG 19	RT 1 RW 5	33	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus

20	JG 20	RT 1 RT 5	60	Laki-laki	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
21	JG 21	RT 2 RW 11	25	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kasus
22	JG 22	RT 1 RW 11	28	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
23	JG 23	RT 1 RW 11	53	Laki-laki	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kasus
24	JG 24	RT 2 RW 11	31	Laki-laki	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
25	JG 25	RT 2 RW 11	14	Laki-laki	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
26	JG 26	RT 2 RW 11	33	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kasus
27	JG 27	RT 2 RW 11	26	Perempuan	Tamat SD	Buruh	Kasus
28	JG 28	RT 3 RW 5	70	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
29	JG 29	RT 1 RW 11	21	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
30	JG 30	RT 3 RW 5	65	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
31	JG 31	RT 2 RW 11	40	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
32	JG 32	RT 3 RW 11	27	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
33	JG 33	RT 3 RW 11	44	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
34	JG 34	RT 2 RW 5	40	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
35	JG 35	RT 2 RW 5	58	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kasus
36	JG 36	RT 2 RW 5	40	Laki-laki	Tamat SMP	Wirausaha	Kasus
37	JG 37	RT 2 RW 5	23	Perempuan	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kasus
38	JG 38	RT 3 RW 11	53	Laki-laki	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kasus
39	JG 39	RT 2 RW 11	60	Laki-laki	Tidak Tamat SD	Buruh	Kasus
40	JG 40	RT 3 RW 11	47	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
41	JG 41	RT 1 RW 11	49	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kasus
42	JG 42	RT 5 RW 11	50	Laki-laki	Tamat SMA/SMK	Buruh	Kasus
43	JG 43	RT 2 RW 11	25	Laki-laki	Tamat SMA/SMK	Buruh	Kasus

44	JG 44	RT 3 RW 11	42	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kasus
45	JG 45	RT 1 RW 5	65	Laki-laki	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kasus
46	JG 46	RT 2 RW 11	30	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
47	JG 47	RT 2 RW 11	29	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
48	JG 48	RT 3 TW 11	33	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
49	JG 49	RT 3 RW 11	37	Perempuan	Tamat SD	Buruh	Kontrol
50	JG 50	RT 4 RW 5	28	Perempuan	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kontrol
51	JG 51	RT 2 RW 11	30	Perempuan	Tidak Tamat SD	Buruh	Kontrol
52	JG 52	RT 1 RW 11	22	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
53	JG 53	RT 2 RW 5	80	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
54	JG 54	RT 1 RW 11	20	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
55	JG 55	RT 2 RW 5	50	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
56	JG 56	RT 3 RW 5	60	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
57	JG 57	RT 3 RW 11	48	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kontrol
58	JG 58	RT 2 RW 11	42	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
59	JG 59	RT 2 RW 5	23	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
60	JG 60	RT 4 RW 11	15	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
61	JG 61	RT 1 RW 5	21	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
62	JG 62	RT 1 RW 5	65	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
63	JG 63	RT 01 RW 5	70	Laki-laki	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
64	JG 64	RT 2 RW 5	39	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
65	JG 65	RT 3 RW 5	45	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
66	JG 66	RT 2 RW 5	61	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	Kontrol
67	JG 67	RT 3 RW 11	37	Perempuan	Tamat Perguruan Tinggi	Wirausaha	Kontrol

68	JG 68	RT 2 RW 5	47	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
69	JG 69	RT 2 RW 5	49	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
70	JG 70	RT 3 RW 5	60	Perempuan	Tidak Tamat SD	Pegawai Swasta	Kontrol
71	JG 71	RT 3 RW 11	36	Perempuan	Tamat SD	Wirausaha	Kontrol
72	JG 72	RT 2 RW 11	35	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Kontrol
73	JG 73	RT 2 RW 11	43	Perempuan	Tamat SMA/SMK	PNS	Kontrol
74	JG 74	RT 2 RW 5	37	Perempuan	Tamat SMP	Buruh	Kontrol
75	JG 75	RT 2 RW 11	37	Laki-laki	Tamat Perguruan Tinggi	Pegawai Swasta	Kontrol
76	JG 76	RT 2 RW 11	23	Perempuan	Tamat Perguruan Tinggi	Pegawai Swasta	Kontrol
77	JG 77	RT 3 RW 11	22	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol
78	JG 78	RT 1 RW 11	18	Laki-laki	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol
79	JG 79	RT 3 RW 11	45	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Wirausaha	Kontrol
80	JG 80	RT 1 RW 5	43	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol
81	JG 81	RT 2 RW 11	26	Laki-laki	Tamat SMA/SMK	Wirausaha	Kontrol
82	JG 82	RT 3 RW 5	36	Perempuan	Tamat Perguruan Tinggi	Buruh	Kontrol
83	JG 83	RT 3 RW 5	30	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Buruh	Kontrol
84	JG 84	RT 3 RW 11	27	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol
85	JG 85	RT 1 RW 11	38	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol
86	JG 86	RT 3 RW 11	22	Laki-laki	Tamat SMP	Pegawai Swasta	Kontrol
87	JG 87	RT 1 RW 11	35	Perempuan	Tamat SMP	Tidak Bekerja	Kontrol
88	JG 88	RT 2 RW 11	27	Perempuan	Tamat SMP	Wirausaha	Kontrol
89	JG 89	RT 2 RW 11	55	Perempuan	Tamat SMP	Wirausaha	Kontrol
90	JG 90	RT 3 RW 11	24	Perempuan	Tamat SMA/SMK	Tidak Bekerja	Kontrol

Lampiran 9 : Data Hasil Penelitian

DATA HASIL PENELITIAN

Kode Respon den	Kebiasaa n Keluar Malam	Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk	Jenis Obat Nyamuk	Kebiasaan Mengguna kan Kelambu	Praktek Membersi hkan Semakse mak	Pengguna an Kawat Kassa
JG 1	1	0	0	0	1	1
JG 2	1	0	0	0	1	0
JG 3	0	0	0	0	1	0
JG 4	1	0	0	0	1	0
JG 5	1	0	0	0	0	0
JG 6	1	0	0	0	1	1
JG 7	0	0	0	0	0	0
JG 8	1	1	2	0	1	0
JG 9	0	0	0	0	1	0
JG 10	1	0	0	0	1	0
JG 11	0	0	0	0	1	0
JG 12	0	0	0	0	0	0
JG 13	0	0	0	0	1	0
JG 14	1	0	0	0	1	0
JG 15	1	1	2	0	1	0
JG 16	1	0	0	1	1	0
JG 17	0	0	0	0	1	0
JG 18	0	0	0	0	1	0
JG 19	0	1	2	1	1	0
JG 20	1	1	1	1	1	0
JG 21	1	1	2	0	1	0
JG 22	0	0	0	0	1	0
JG 23	0	0	0	0	1	0
JG 24	0	1	2	0	1	0
JG 25	0	0	0	0	0	0
JG 26	1	0	0	0	1	0
JG 27	1	0	0	0	1	0
JG 28	0	1	1	0	0	0
JG 29	1	0	0	0	1	0
JG 30	1	1	1	0	1	0
JG 31	0	1	2	0	1	0
JG 32	1	1	2	0	1	0

JG 33	1	0	0	0	1	0
JG 34	0	0	0	0	1	0
JG 35	0	0	0	0	0	0
JG 36	1	0	0	1	0	0
JG 37	0	0	0	0	1	0
JG 38	0	1	2	0	1	0
JG 39	1	0	0	0	0	0
JG 40	0	0	0	0	1	0
JG 41	1	1	2	0	1	0
JG 42	1	0	0	0	0	0
JG 43	1	1	1	0	1	0
JG 44	1	0	0	1	1	0
JG 45	1	0	0	0	1	0
JG 46	1	0	0	1	1	0
JG 47	0	0	0	0	1	0
JG 48	0	0	0	1	1	0
JG 49	0	0	0	0	1	0
JG 50	1	1	2	0	1	0
JG 51	1	0	0	0	1	0
JG 52	1	0	0	1	1	1
JG 53	1	0	0	0	1	1
JG 54	0	1	1	0	1	0
JG 55	0	0	0	0	1	0
JG 56	1	1	4	0	1	0
JG 57	0	0	0	0	1	0
JG 58	1	0	0	0	1	0
JG 59	1	1	4	0	1	0
JG 60	0	0	0	0	1	0
JG 61	0	1	2	0	1	0
JG 62	1	1	2	0	1	0
JG 63	1	1	2	0	1	0
JG 64	1	1	1	0	1	0
JG 65	1	1	1	0	1	0
JG 66	1	1	2	0	1	0
JG 67	0	1	2	0	1	1
JG 68	1	1	2	0	1	0
JG 69	1	0	0	0	1	0
JG 70	1	1	2	0	0	0
JG 71	1	0	0	0	1	0
JG 72	1	0	0	0	1	0
JG 73	1	1	2	0	1	1

JG 74	0	0	0	0	1	1
JG 75	0	1	1	0	1	0
JG 76	0	0	0	0	1	1
JG 77	0	1	2	0	1	0
JG 78	0	0	0	0	1	0
JG 79	0	1	1	0	1	0
JG 80	0	1	2	1	1	0
JG 81	1	1	2	0	0	0
JG 82	0	0	0	0	1	0
JG 83	1	1	2	0	1	0
JG 84	1	0	0	0	1	0
JG 85	1	1	2	0	1	0
JG 86	0	1	2	1	1	0
JG 87	1	0	0	0	0	0
JG 88	1	1	1	0	0	0
JG 89	1	0	0	0	1	0
JG 90	1	0	0	0	1	0

Lampiran 10 : Hasil Analisis Data

HASIL ANALISIS DATA**DISTRIBUSI FREKUENSI****Jenis Kelamin Responden * Kejadian Filariasis Crosstabulation**

Count				
		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
Jenis Kelamin Responden	Laki-laki	26	7	33
	Perempuan	19	38	57
Total		45	45	90

Tingkat Pendidikan Responden * Kejadian Filariasis Crosstabulation

Count				
		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
Tingkat Pendidikan Responden	tidak tamat SD	7	6	13
	tamat SD/MI	18	14	32
	tamat SMP/Mts	15	13	28
	tamat SMA/MA/SMK	5	9	14
	tamat Perguruan Tinggi	0	3	3
Total		45	45	90

Jenis Pekerjaan Responden * Kejadian Filariasis Crosstabulation

Count		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
		Jenis Pekerjaan Responden	Buruh	
	Wirausaha	3	16	19
	Pegawai Swasta	1	4	5
	PNS	0	1	1
	tingkat bekerja	19	15	34
Total		45	45	90

**Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari * Kejadian Filariasis
Crosstabulation**

Count		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
		Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari	Ya	
	Tidak	25	27	52
Total		45	45	90

Kebiasaan Menggunakan Kelambu * Kejadian Filariasis Crosstabulation

Count		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
		Kebiasaan Menggunakan	Tidak	

Kelambu	Ya	40	40	80
Total		45	45	90

Praktek Membersihkan Semak-semak * Kejadian Filariasis Crosstabulation

Count		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
Praktek Membersihkan Semak- semak	Tidak	9	4	13
	Ya	36	41	77
Total		45	45	90

**Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi * Kejadian Filariasis
Crosstabulation**

Count		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	Tidak	43	39	82
	Ya	2	6	8
Total		45	45	90

FREKUENSI TABEL**Jenis Kelamin Responden Kasus**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	26	57.8	57.8	57.8
	Perempuan	19	42.2	42.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	7	15.6	15.6	15.6
	Perempuan	38	84.4	84.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan Responden Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	7	15.6	15.6	15.6
	tamat SD/MI	18	40.0	40.0	55.6
	tamat SMP/Mts	15	33.3	33.3	88.9
	tamat SMA/MA/SMK	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	6	13.3	13.3	13.3
	tamat SD/MI	14	31.1	31.1	44.4
	tamat SMP/Mts	13	28.9	28.9	73.3

tamat SMA/MA/SMK	9	20.0	20.0	93.3
perguruan tinggi	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Jenis Pekerjaan Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh	22	48.9	48.9	48.9
wirausaha	3	6.7	6.7	55.6
pegawai swasta	1	2.2	2.2	57.8
tidak bekerja	19	42.2	42.2	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Jenis Pekerjaan Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh	9	20.0	20.0	20.0
wirausaha	16	35.6	35.6	55.6
pegawai swasta	4	8.9	8.9	64.4
PNS	1	2.2	2.2	66.7
tidak bekerja	15	33.3	33.3	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Umur Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15	1	2.2	2.2	2.2
18	1	2.2	2.2	4.4
20	1	2.2	2.2	6.7
21	1	2.2	2.2	8.9
22	3	6.7	6.7	15.6
23	2	4.4	4.4	20.0

24	1	2.2	2.2	22.2
26	1	2.2	2.2	24.4
27	2	4.4	4.4	28.9
28	1	2.2	2.2	31.1
29	1	2.2	2.2	33.3
30	3	6.7	6.7	40.0
33	1	2.2	2.2	42.2
35	2	4.4	4.4	46.7
36	2	4.4	4.4	51.1
37	4	8.9	8.9	60.0
38	1	2.2	2.2	62.2
39	1	2.2	2.2	64.4
42	1	2.2	2.2	66.7
43	2	4.4	4.4	71.1
45	2	4.4	4.4	75.6
47	1	2.2	2.2	77.8
48	1	2.2	2.2	80.0
49	1	2.2	2.2	82.2
50	1	2.2	2.2	84.4
55	1	2.2	2.2	86.7
60	2	4.4	4.4	91.1
61	1	2.2	2.2	93.3
65	1	2.2	2.2	95.6
70	1	2.2	2.2	97.8
80	1	2.2	2.2	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Umur Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15	1	2.2	2.2	2.2

18	1	2.2	2.2	4.4
20	1	2.2	2.2	6.7
21	1	2.2	2.2	8.9
22	3	6.7	6.7	15.6
23	2	4.4	4.4	20.0
24	1	2.2	2.2	22.2
26	1	2.2	2.2	24.4
27	2	4.4	4.4	28.9
28	1	2.2	2.2	31.1
29	1	2.2	2.2	33.3
30	3	6.7	6.7	40.0
33	1	2.2	2.2	42.2
35	2	4.4	4.4	46.7
36	2	4.4	4.4	51.1
37	4	8.9	8.9	60.0
38	1	2.2	2.2	62.2
39	1	2.2	2.2	64.4
42	1	2.2	2.2	66.7
43	2	4.4	4.4	71.1
45	2	4.4	4.4	75.6
47	1	2.2	2.2	77.8
48	1	2.2	2.2	80.0
49	1	2.2	2.2	82.2
50	1	2.2	2.2	84.4
55	1	2.2	2.2	86.7
60	2	4.4	4.4	91.1
61	1	2.2	2.2	93.3
65	1	2.2	2.2	95.6
70	1	2.2	2.2	97.8
80	1	2.2	2.2	100.0

Total	45	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari Kelompok Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Keluar pada malam hari	20	44.4	44.4	44.4
Tidak keluar pada malam hari	25	55.6	55.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Keluar Malam Pada Malam Hari Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Keluar pada malam hari	18	40.0	40.0	40.0
tidak keluar pada malam hari	27	60.0	60.0	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk Kelompok Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak menggunakan obat nyamuk	32	71.1	71.1	71.1
Menggunakan obat nyamuk	13	28.9	28.9	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak menggunakan obat nyamuk	22	48.9	48.9	48.9

menggunakan obat nyamuk	23	51.1	51.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Menggunakan Kelambu Kelompok Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak menggunakan kelambu	40	88.9	88.9	88.9
Menggunakan klemabu	5	11.1	11.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Menggunakan Kelambu Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak menggunakan kelambu	40	88.9	88.9	88.9
menggunakan kelambu	5	11.1	11.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Praktek Membersihkan Semak-semak Kelompok Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak membersihkan semak-semak	9	20.0	20.0	20.0
Membersihkan semak-semak	36	80.0	80.0	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Praktek Membersihkan semak-semak Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak membersihkan semak-semak	4	8.9	8.9	8.9
membersihkan semak-semak	41	91.1	91.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi Kelompok Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak menggunakan kawat kassa	43	95.6	95.6	95.6
Menggunakan kawat kassa	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak menggunakan kawat kassa	39	86.7	86.7	86.7
menggunakan kawat kassa	6	13.3	13.3	100.0
Total	45	100.0	100.0	

CROSSTABS**1. Kebiasaan Keluar Rumah Pada Malam Hari****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan keluar rumah pada malam hari * Kejadian filariasis	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

KebiasaanKeluarRumahPadaMalamHari * Kejadian Filariasis Crosstabulation

			Kejadian Filariasis		Total	
			Kasus	Kontrol		
KebiasaanKeluarRumahnya Ya	Count		20	18	38	
	Expected Count		19.0	19.0	38.0	
	% within KebiasaanKeluarRumahPadaMalamHari		52.6%	47.4%	100.0%	
	Tidak	Count		25	27	52
		Expected Count		26.0	26.0	52.0
		% within KebiasaanKeluarRumahPadaMalamHari		48.1%	51.9%	100.0%
Total	Count		45	45	90	
	Expected Count		45.0	45.0	90.0	
	% within KebiasaanKeluarRumahPadaMalamHari		50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.182 ^a	1	.670		
Continuity Correction ^b	.046	1	.831		
Likelihood Ratio	.182	1	.669		
Fisher's Exact Test				.831	.416
Linear-by-Linear Association	.180	1	.671		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan keluar rumah pada malam hari (Ya / Tidak)	1.200	.519	2.773
For cohort Kejadian filariasis = Kasus	1.095	.724	1.655
For cohort Kejadian filariasis = Kontrol	.912	.596	1.396
N of Valid Cases	90		

2. Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk

Case Processing Summary

	Cases
--	-------

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk * Kejadian Filariasis	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk * Kejadian Filariasis Crosstabulation

		Kejadian Filariasis		Total
		Kasus	Kontrol	
Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk Tidak	Count	32	22	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk	59.3%	40.7%	100.0%
Ya	Count	13	23	36
	Expected Count	18.0	18.0	36.0
	% within Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk	36.1%	63.9%	100.0%
Total	Count	45	45	90
	Expected Count	45.0	45.0	90.0
	% within Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.630 ^a	1	.031		
Continuity Correction ^b	3.750	1	.053		

Likelihood Ratio	4.677	1	.031		
Fisher's Exact Test				.052	.026
Linear-by-Linear Association	4.578	1	.032		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan Menggunakan Obat Nyamuk (Tidak / Ya)	2.573	1.078	6.144
For cohort Kejadian Filariasis = Kasus	1.641	1.008	2.672
For cohort Kejadian Filariasis = Kontrol	.638	.425	.956
N of Valid Cases	90		

3. Kebiasaan Menggunakan Kelambu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan Menggunakan Kelambu * Kejadian Filariasis	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Kebiasaan Menggunakan Kelambu * Kejadian Filariasis Crosstabulation

			Kejadian Filariasis		Total
			Kasus	Kontrol	
Kebiasaan Menggunakan Kelambu	Tidak	Count	40	40	80
		Expected Count	40.0	40.0	80.0
		% within Kebiasaan Menggunakan Kelambu	50.0%	50.0%	100.0%
	Ya	Count	5	5	10
		Expected Count	5.0	5.0	10.0
		% within Kebiasaan Menggunakan Kelambu	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Count	45	45	90	
	Expected Count	45.0	45.0	90.0	
	% within Kebiasaan Menggunakan Kelambu	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.630
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.630
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KebiasaanMenggunakanKelambu (Tidak / Ya)	1.000	.269	3.724
For cohort KejadianFilariasis = Kasus	1.000	.518	1.930
For cohort KejadianFilariasis = Kontrol	1.000	.518	1.930
N of Valid Cases	90		

4. Praktek Membersihkan Semak-semak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Praktek Membersihkan Semak-semak * Kejadian Filariasis	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

KebiasaanMembersihkanSemaksemak * Kejadian Filariasis Crosstabulation

		Kejadian Filariasis		Total	
		Kasus	Kontrol		
KebiasaanMembersihka nSemaksemak	Tidak	Count	9	4	13
		Expected Count	6.5	6.5	13.0
		% within KebiasaanMembersihka nSemaksemak	69.2%	30.8%	100.0%
	Ya	Count	36	41	77
	Expected Count	38.5	38.5	77.0	
	% within KebiasaanMembersihka nSemaksemak	46.8%	53.2%	100.0%	
Total		Count	45	45	90
		Expected Count	45.0	45.0	90.0
		% within KebiasaanMembersihka nSemaksemak	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2.248 ^a	1	.134		

Continuity Correction ^b	1.439	1	.230		
Likelihood Ratio	2.298	1	.130		
Fisher's Exact Test				.230	.115
Linear-by-Linear Association	2.223	1	.136		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Praktek Membersihkan Semak-semak (Tidak / Ya)	2.562	.727	9.034
For cohort Kejadian Filariasis = Kasus	1.481	.960	2.285
For cohort Kejadian Filariasis = Kontrol	.578	.249	1.341
N of Valid Cases	90		

5. Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi * Kejadian Filariasis	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi * Kejadian Filariasis Crosstabulation

		Kejadian Filariasis		Total	
		Kasus	Kontrol		
Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	Tidak	Count	43	39	82
		Expected Count	41.0	41.0	82.0
		% within Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	52.4%	47.6%	100.0%
	Ya	Count	2	6	8
		Expected Count	4.0	4.0	8.0
		% within Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	45	45	90
		Expected Count	45.0	45.0	90.0
		% within Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.195 ^a	1	.138		
Continuity Correction ^b	1.235	1	.266		
Likelihood Ratio	2.288	1	.130		
Fisher's Exact Test				.266	.133
Linear-by-Linear Association	2.171	1	.141		
N of Valid Cases ^b	90				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penggunaan Kawat Kassa Pada Ventilasi (Tidak / Ya)	3.308	.630	17.361
For cohort Kejadian Filariasis = Kasus	2.098	.621	7.089
For cohort Kejadian Filariasis = Kontrol	.634	.400	1.005
N of Valid Cases	90		

Lampiran 11 : Dokumentasi Penelitian

DOKUMENTASI



Gambar 1. Wawancara dengan responden kontrol.



Gambar 2. Wawancara dengan responden kasus



Gambar 3. Pemasangan kelambu pada tempat tidur.



Gambar 4. Kondisi kawat kassa pada ventilasi



Gambar 5. Kondisi semak-semak di sekitar rumah.



Gambar 6. Kondisi semak-semak di sekitar rumah.

