

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. HASIL PENELITIAN TERDAHULU

1. Dari penelitian terdahulu oleh Taufik Ramadhani*, Hasmiwati, dan Yenita Jurusan profesi dokter fakultas kedokteran Universitas Andalas, Padang pada tahun 2017, ditulis jurnal mengenai “HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN MASYARAKAT TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT CHIKUNGUNYA DAN VEKTORNYA DI NAGARI SANIANG BAKA, KABUPATEN SOLOK”. Tujuan dari ini penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap serta perilaku masyarakat terhadap chikungunya. Penelitian ini dilakukan dengan metode analitik dengan pendekatan cross sectional. Di dapatkan akibatnya, tidak ada korelasi yang signifikan antara tingkat pemahaman dan tindakan social terhadap pencegahan Chikungunya dan vektornya ($p > 0,05$). Ini telah terjadi selain taraf pengetahuan, tindakan pencegahan penyakit Chikungunya dan terpengaruh factor – factor lainnya. Diantaranya factor keadaan emosi manusia, adalah kemampuannya untuk mengendalikan diri dari yang tidak bagus untuk dia, menurut sebuah teori yang dikembangkan oleh Fesbein dan Azjen di Notoatmodjo pada tahun 2010 yang menekankan pada niat, alasan atau factor fitur tindakan. Selain itu, niat ini didorong oleh sikap, standar subjektif dan mandiri.
2. Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Tuti Restuastuti, Yuliawati dan Suri Dwi Lesmana Bagian Parasitologi, Fakultas Kedokteran UR 2017, Jurnal mengenai “HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP TINDAKAN PENCEGAHAN PENYAKIT CHIKUNGUNYA PADA KELUARGA DI DESA KEPENUHAN TIMUR, KEC. KEPENUHAN, KAB. ROKAN HULU”. Penelitian tentang pencegahan chikungunya dalam keluarga. Di dapatkan hasil antara yang tidak ada hubungan yang signifikan variable ketahanan terhadap

chikungunya yang ditentukan dengan mencari nilai P ($P > 0,05$). Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa variable sikap juga menunjukkan hasil yang sama. Jika dianalisis menggunakan Fisher, tidak terdapat hubungan signifikan dengan perolehan tindakan pencegahan Chikungunya P-value = 0,178 ($P > 0,05$). Peneliti menyarankan untuk tenaga kesehatan diharapkan dapat untuk memberikan informasi tentang penyuluhan untuk meningkatkan informasi public tentang chikungunya.

3. Berdasarkan penelitian terdahulu oleh David Budi Lukito, Soraya Juventia Primadanti dan Rania Ayu Permata dari Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Indonesia pada tahun 2018, ditulis Jurnal mengenai “HUBUNGAN FAKTOR PERILAKU DAN LINGKUNGAN DENGAN KEJADIAN LUAR BIASA SUSPEK CHIKUNGUNYA DI DESA JASRI, WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGASEM I, KABUPATEN KARANGASEM TAHUN 2017”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengenali factor pada tahun 2017 dikaitkan dengan wabah seperti di Karangasem. Didapatkan hasil responden yang tidak bekerja 0,367 kali lebih mungkin terinfeksi chikungunya dibandingkan responden yang bekerja.

Tabel II. 1 Matriks Perbedaan Penelitian Terdahulu dengan Penelitian Sekarang

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis dan Desain Penelitian	Populasi dan sampel	Variabel Penelitian	Desain analisis	Hasil
1.	Taufik Ramadhani, Hasmiwati, dan Yenita	Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan tindakan masyarakat terhadap pencegahan penyakit Chikungunya dan vektornya di Nagari Saniang Baka, Dikabupatn Solok	Analitik dengan desain cross sectional dengan sampel yang diambil secara simple random sampling	Populasi nya adalah jumlah KK di Jorong Balai Gadang sampel yang diambil adalah ibu rumah tangga dari tiap KK	Variabel independent (tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai pencegahan penyakit chikungunya variable dependen (tindakan masyarakat mengenai pencegahan penyakit chikungunya	dianalisis menggunakan uji chi - square	Ditemukan bahwa semakin positif atau negatifnya sikap tidak sejalan dengan makin tinggi atau rendahnya tingkat pengetahuan responden tentang penyakit chikungunya dan pencegahan vektornya. Karena itu mayoritas dari mereka yang disurvei (83,5%) memiliki sedikit pengetahuan tentang pencegahan chikungunya dan vektornya. 125 orang (98,43%) memiliki sikap yang positif tentang Chikungunya dan pencegahan vektor. Ini diharapkan, karena sikap tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tetapi juga oleh banyak factor lainnya.

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis dan Desain Penelitian	Populasi dan sampel	Variabel Penelitian	Desain analisis	Hasil
2.	Tuti Restuastuti, Yuliawati dan Suri Dwi Lesmana	Hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap tindakan pencegahan penyakit Chikungunya pada keluarga di Desa Kepenuhan Timur, Kec. Kepenuhan Kab. Rokan Hulu	Analitik dengan desain cross sectional dengan penentuan sampel dengan populasi kecil	Populasinya merupakan penduduk kepenuhan timur sampel yang diambil adalah 536 keluarga di kepenuhan timur	Variable independent nya adalah pengetahuan dan sikap keluarga terhadap pencegahan penyakit chikungunya. Variable dependennya adalah tindakan pencegahan penyakit chikungunya	dianalisis menggunakan uji chi - square	Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah Ibu rumah tangga, berusia responden 32 tahun dan pendidikan terakhir adalah SD, tingkat pengetahuan masyarakat Desa Kepuhan Timur terhadap Chikungunya berada pada semua kategori yaitu golongan kurang, cukup dan baik, sedangkan sikap masyarakat desa Kepenuhan Timur terhadap Chikungunya berada pada kategori baik. Untuk Tindakan mencegah penyakit sebagian besar masyarakat Kefulan Timur memiliki kategori buruk. Pada hubungan pengetahuan tentang tindakan Pencegahan penyakit Chikungunya tidak itu menunjukkan hubungan itu signifikan P value = 1,189 (P>0,05), dan interaksi antara perilaku terhadap tindakan pencegahan chikungunya tidak menunjukan hubungan signifikan P value = 0,178 (P>0,05).

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis dan Desain Penelitian	Populasi dan sampel	Variabel Penelitian	Desain analisis	Hasil
3.	David Budi Lukito, Soraya Juventia Primadanti dan Rania Ayu Permata	Hubungan factor perilaku dan lingkungan dengan kejadian luar biasa suspek Chikungunya di Desa Jasri, wilayah kerja puskesmas Karangasem I, Kabupaten Karangasem Tahun 2017	Analitik dengan desain case control dengan data primer dari hasil wawancara dan observasi	Populasinya adalah penduduk daerah Karangasem, Bali sampel yang diambil adalah orang dengan suspek chikungunya di daerah Karangasem, Bali	Variabel anggota keluarga yang menderita chikungunya (O R 2,3619 p = 0,000), pencahayaan rumah (O R 4.3, p = 0,009), keadaan TPA alamiah (O R 3.9, p = 0.024) dan status tidak bekerja sebagai factor protektif (O R 0.3, p = 0,000)	dianalisis menggunakan uji chi - square	Variable yang berhubungan secara statistic bermakna dengan kejadian chikungunya adalah variable anggota keluarga yang menderita chikungunya (O R 2,3619, p = 0,000), pencahayaan rumah (O R 4.3, p = 0,009), keadaan TPA alamiah (O R 3.9, p = 0,024) dan tanpa syarat bekerja sebagai factor protektif (O R 0.3, p = 0,000)

Peneliti tertarik untuk dapat melanjutkan penelitian terdahulu oleh Taufik Ramadhani, Hasmiwati, dan Yenita dari Universitas Andalas, Padang dan Indonesia pada tahun 2017 yang terdapat dalam jurnal yang berjudul “Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan tindakan masyarakat terhadap pencegahan penyakit Chikungunya dan vektornya di Nagari Saniang Baka, Dikabupatn Solok”. Perbedaannya adalah : variable penelitian kondisi sanitasi rumah dan maya indeks dengan kejadian chikungunya.

B. TELAHAH PUSTAKA LAIN YANG SESUAI

1. Chikungunya

a. Definisi

Menurut Ditjen P2PL Kemenkes (2012) Demam Chikungunya adalah penyakit sangat menular yang disebabkan oleh virus chikungunya oleh nyamuk (CHIK). Sehingga dapat disimpulkan Chikungunya merupakan penyakit yang ditimbulkan sang virus Chikungunya ini menyebar ke manusia melalui gigitan nyamuk, yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes sp.*

b. Penyebab Chikungunya

Menurut Ditjen P2PL Kemenkes (2012) demam chikungunya adalah penyakit yang dapat di tularkan disebabkan oleh virus chikungunya (CHIKV) yang ditularkan oleh nyamuk (antropoda/penyakit yang ditularkan oleh nyamuk). Chikungunya berasal dari bahasa Swahili, mengacu pada gejala penderitanya berarti (yang meliuk bengkok). Agen penyebab penyakit ini adalah virus Chikungunya yang terkenal sebagai Alphavirus milik keluarga *Togaviridae* dan didistribusikan oleh Nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*.

c. Tanda dan Gejala

Infeksi tanpa gejala khas sangat umum pada anak – anak, dan nyeri sendi sangat umum pada anak – anak dan orang dewasa (Widoyono, 2005). Masa inkubasi virus adalah 2 – 4 hari, dan gejala klinis dapat terjadi bertahan selama 10 hari. Virus Chikungunya menyerang segala usia, anak – anak dan dewasa orang di daerah endemik. Gejala hilang dengan sendirinya, tetapi rasa sakit tetap ada untuk beberapa hari atau bulan. Gejala:

1. Demam

Menurut Depkes RI (2000) biasanya timbul demam tinggi, menggigil, dan muka memerah secara tiba - tiba. Di daerah endemis sering kali tiba – tiba pasien dia mengalami demam

tinggi selama 5 hari, jadi sehingga disebut demam. Demam tinggi dapat berlangsung 2 – 3 hari, setelah itu suhu tubuh turun 1 – 2 hari sebelum bangun tidur kembali membentuk “saddle fever” (biphasic). Gejala utama demam chikungunya dini adalah demam tinggi yang tiba - tiba. Demam dapat disertai dengan menggigil dan kemerahan. Demam chikungunya bisa menyerang siapa saja, baik anak – anak maupun orang dewasa. Beberapa korban mengeluh sakit pada belakang bola mata dan mungkin melihat mata merah (injeksi konjungtiva), dengan mata berair sensasi terbakar dimata dan disertai tanda – tanda seperti flu. Pada anak – anak, gejalanya dimulai dengan demam dan ruam kulit. Kejang sering terjadi pada anak – anak ketika ini terjadi factor bahaya tertangkap akibat demam sangat tinggi $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Demam biasanya berlangsung hanya 3 hari pada anak tanpa atau sangat sedikit perdarahan atau syok.

2. Sakit Persendian

Menurut Depkes RI (2000) nyeri sendi umum terlokasi tidak hanya pada sendi besar, tetapi juga pada beberapa sendi kecil. Sendi yang menyakitkan tidak pernah aus tetapi tetap bersatu. Gejala pada orang dewasa termasuk nyeri sendi dan otot mendominasi dan dapat menyebabkan kelumpuhan akibat berjalan. Nyeri sendi seringkali menjadi keluhan pertama dan bisa parah artritis rheumatoid arthriris, sehingga pasien terkadang membutuhkan kursi roda saat pergi ke pusat kesehatan. Sendi sering mengeluh bagian lutut, bahu, kaki, jari, tangan. Apabila penderita sedang dalam posisi terlentang, pasien biasanya berlutut di sampingnya ditekuk dan upaya untuk pengurangan dan pembatasan lalu lintas. Arthritis bisa bertahan sampai minggu, lalu berbulan – bulan juga apa yang selamat selama beberapa minggu atau bahkan berbulan - bulan

ada juga apa yang selamat hingga hanya beberapa tahun bisa mirip dengan reumatik Arthritis).

3. Nyeri Otot

Menurut Depkes RI (2000) nyeri otot (fibromyalgia) dapat terjadi pada semua otot, terutama otot yang menahan beban seperti otot leher, bahu, dan kaki. Kadang juga pembengkakan disekitar kaki disekitar Pergelangan kaki (Achilles).

4. Bercak Kemerahan (rash) Pada Kulit

Menurut Depkes RI (2000) Eritema dapat muncul di mana saja di tubuh sebagai maculo – popular (ruam virus), sentrifugal (ke tungkai, telapak tangan, dan telapak kaki). Kemerahan muncul setelah 3 – 5 hari. Bintik kemerahan ada dalam hari pertama demam, namun 4 – 5 sering muncul dalam seminggu. Bagian kemerahan ada pada wajah, badan, tangan juga kaki.

5. Kejang dan penurunan kesadaran

Menurut Ditjen P2PL Kemenkes RI (2012) Kejang adalah yang paling umum terjadi pada anak karena demamnya terlalu tinggi, sehingga tidak mungkin langsung disebabkan oleh penyakit tersebut. Terkadang terlambat dibarengi dengan penurunan kesadaran. Pada tes awal cairan serebrospinal (cairan tulang belakang) ada atau tidak ada kelainan biokimia atau jumlah sel yang diamati.

6. Gejala lain

Menurut Ditjen P2PL Kemenkes RI (2012) Gejala langka lainnya termasuk kolaps Pembesaran kapiler dan kelenjar getah bening.

d. Diagnosis kasus

Berdasarkan buku Pedoman Pengendalian Chikungunya edisi 2 Ditjen P2PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2012), berdasarkan Modifikasi Klasifikasi WHO SEARO (2009) Diagnosa Demam Chikungunya ditentukan menurut kriteria berikut:

1. (Kriteria Klinis : Demam akut $> 38,5^{\circ}\text{C}$ dan juga nyeri yang parah (penyakit atralgik) dan atau bisa disertai dengan ruam.
2. Kriteria Epidemiologis : Hidup atau konstan mengunjungi Daerah yang saat ini terjangkau Chikungunya kasus setidaknya 1 RDT positif/tes serum lainnya dalam 15 hari sebelum muncul dan timbul (onset of symptoms).
3. Kriteria Laboratoris :satu atau lebih teks berikut:
 - 3.1) Virus
 - 3.2) Ditemukannya RNA virus oleh RT – PCR
 - 3.3) Terdeteksinya antibody IgM spesifik untuk virus Chik dalam sampel
 - 3.4) Terjadinya titer IgG meningkat 4 kali lipat (empat kali lipat) pengambilan sampel berpasangan selama fase akut dan juga masa pemulihan (setidaknya setiap 2 – 3 minggu)

Diagnosis demam Chikungunya dikategorikan berdasarkan kriteria di atas menjadi 3 jenis :

- Kasus Tersangka (Suspected case / Possible case)
Pasien yang memenuhi klinis.
- Kasus Probabel (Probable case)
Pasien dengan klinis + epidemiologi
- Kasus Konfirm (Confirmed case)
Pasien dengan pengukuran laboratorium.

Sampai saat ini pemeriksaan serologis virus chikungunya dilakukan dengan cara yang sama seperti pemeriksaan serologis virus dengue. Guna mendapatkan diagnosis yang akurasi perlu diuji serologic diantaranya tes penghambatan aglutinasi (HI), netralisasi serum dan penangkapan IgM ELISA. Akan namun uji serologi ini hanya berguna untuk tujuan epidemiologi dan penelitian, bukan untuk tujuan klinis praktis sehari – hari.

e. Masa Inkubasi

Berdasarkan buku Pedoman Pengendalian Chikungunya edisi 2 Ditjen P2PL Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012), berdasarkan terjemahan dari WHO PAHO (2011) Masa inkubasi terdiri dari atas waktu lahirnya penyakit intrinsic dan juga ekstrinsik. Waktu lahirnya penyakit intrinsic merupakan periode dimana seseorang yang terinfeksi virus chik dapat menimbulkan selama inkubasi, gejalanya bersifat eksternal merupakan periode dimana nyamuk yang terinfeksi virus chik hingga virus bisa menulari orang lain dengan nyamuk. Waktu lahirnya penyakit intrinsic Chikungunya memiliki masa inkubasi 7 hari (kisaran 12 hari) dan inkubasi eksternal 10 hari.

f. Kepekaan dan Kekebalan

Berdasarkan buku Pedoman Pengendalian Chikungunya edisi 2 Ditjen P2PL Kemenkes Republik Indonesia (2012), berdasarkan terjemahan WHO PAHO (2011) setelah seseorang terinfeksi virus chik, kekebalan permanen terbentuk di tubuh pasien. Hingga saat ini cuma dapat ditemukan serotipe. Peristiwa serangan tidak diketahui secara pasti.

g. Faktor Resiko

Menurut Ditjen P2PL Kemenkes RI (2012) ada tiga factor yang berperan dalam penyebaran yaitu: orang, virus, vector perantara.

Beberapa factor penyebab wabah chikungunya:

1. Migrasi penduduk berdampak
2. Kebersihan buruk
3. Penyebaran nyamuk, kepadatan tinggi (buruk)

Epidemi 20 tahun yang terkait dengan iklim. Elemen – elemen ini muncul penyakit tersebut membuat pasien tahan terhadap serangan virus berikutnya. Oleh sebab itu dibutuhkan jauh sebelum penyakit ini menyebar lagi.

h. Penanganan dan Pengobatan

Demam chikungunya adalah penyakit yang “auto – infectious” atau sembuh sendiri. Tidak ada vaksin ataupun ini adalah obat spesifik buat

penyakit tersebut. Perawatan diberikan hanya terapi simptomatis atau untuk penghapusan gejala saja. Seperti contohnya, obat Pereda nyeri atau antipiretik misalnya golongan parasetamol lebih disukai menghindari mengkonsumsi obat – obatan seperti asetosis. Antibiotika tak dibutuhkan pada kasus tersebut. Hindari penggunaan antibiotic untuk mencegah “penyakit sekunder” begitu bermanfaat.

Disarankan memperbaiki kondisi umum pasien mengkonsumsi kuliner bergizi, relative karbohidrat dan terutama protein tidak lupa minum yang anda bisa. Menyebar untuk makan buah segar atau minum air putih segar. Pemberian vitamin memperkuat kekebalan dimungkinkan juga bermanfaat bagi pengobatan penyakit. Selain kuliner mengandung relative poly karbohidrat bisa tingkatkan kesabaran anda. Stamina yang baik dan istirahat yang cukup dapat semoga cepat sembuh. Dianjurkan untuk banyak minum guna mengatasi peningkatan kebutuhan cairan pada saat terjadi demam (Dani Cecep, 2011).

2. Kondisi Sanitasi

a. Definisi

1) Sanitasi

Definisi kebersihan menurut WHO merupakan mengawasi pasokan air minum public, limbah dan pengolahan limbah, dan pembuangan limbah, vector penyakit, kondisi hidup, pengadaan dan pengolahan makanan, kondisi atmosfer dan keamanan lingkungan kerja (Public Health Inc, 2015).

2) Definisi Rumah

Rumah adalah bangunan memiliki fungsi sebagai izin atau izin tinggal dan cara menghidupi keluarga (Peraturan Menteri Kesehatan RI) No 829 Tahun 1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan). Menurut Mubarak dan Chayatin (2009), rumah yang Rumah itu ideal cocok untuk ditinggali oleh keluarga dan juga dari segi teknis, misalnya, memenuhi kebutuhan rumah yang memungkinkan, social, lingkungan dan kesehatan.

3) Persyaratan Rumah Sehat menurut Winslow dan APHA

Rumah yang sehat dimaknai sebagai tempat bernaung atau Shelter dan tempat peristirahatan untuk menjalani kehidupan yang sempurna lahir batin, jasmani dan rohani social (Kasjono, 2011). Menurut formula yang diterbitkan oleh APHA di Amerika, dalam Mubarak dan Chayatin (2009), rumah yang sehat adalah rumah yang nyaman ialah kebutuhan fisik dapat dipenuhi dan kebutuhan psikologis dapat dihindari kecelakaan – kecelakaan. Persyaratan – persyaratan rumah sehat seperti yang dirumuskan Winslow dan APHA dalam Kasjono (2011) sebagai berikut:

a. Memenuhi Kebutuhan Fisiologis

1) Pencahayaan

Rumah yang sehat membutuhkan cahaya, terutama cahaya matahari. Paparan langsung terhadap radiasi akan membunuh bakteri dari waktu ke waktu beberapa menit (Ditjen PP dan PL, 2014). Sehingga tingkat terangnya cahaya pada suatu rumah perlu mendapat perhatian. Kurangnya cahaya menyebabkan beberapa gangguan kenyamanan di mata, kecelakaan dan produktivitas sendiri. Pencahayaan bisa didapatkan dengan mengatur cahaya buatan dan cahaya alami. Cahaya alami atau secara artifisial, secara langsung atau tidak bisa menerangi semua ruangan output cahaya 60 lux yang tidak bersinar.

2) Ventilasi

Ventilasi berguna sebagai tempat pertukaran udara ruangan digunakan dengan udara segar dari luar ruangan. Udara segar dibutuhkan guna menjaga suhu dan kelembaban dalam. Ventilasi ruangan yang baik harus memenuhi persyaratan dimana : zona ventilasi tetap atau permanen minimal 10% dari luas lantai

bangunan, asupan udara harus bersih, aliran udara tidak mengakibatkan orang masuk angin, aliran udara mencoba ventilasi silang dan juga menjaga kelembaban supaya sedang.

3) Cukup Tempat Bermain Anak

Anak juga butuh ruangan atau tempat yang bisa digunakan bermain, begitulah mereka memiliki kesempatan untuk bergerak, bermain dengan bebas, dan pertumbuhan badanya akan lebih baik, jadi kami jangan bermain di rumah tetangga, terus jalan, dan tempat – tempat yang berbahaya.

b. Memenuhi Kebutuhan Psikologis

Rumah yang jiwa, kepribadian dan mengatur semua itu dapat dia menyukainya pemiliknya akan menjadikan rumah sebagai alat untuk menunjang kesehatan jiwa penghuninya. Guna memenuhi kebutuhan psikologis tersebut, hal yang mesti dilakukan adalah sebagai berikut : dengan menyediakan ruangan khusus untuk istirahat (kamar tidur), memperhatikan jarak antar tempat tidur, tidak “over crowding”, serta menempatkan anak yang berumur lebih dari 10 tahun dalam kamar tidur sendiri.

c. Mencegah Penularan Penyakit

Pencegahan terhadap penularan penyakit bisa menyediakan air bersih, megupayakan bebas menurut kehidupan serangga juga tikus, limbah yang tepat dan pembuangan air limbah dan baik dan juga pembuangan tinja yang baik dan tepat juga.

d. Mencegah Terjadinya Kecelakaan

Rumah yang sehat itu penting bisa mencegah atau tidak dapat mengurangi kecelakaan seperti kegagalan, kehilangan atau kegagalan, terkena benda tajam (teriris), keracunan, dan kebakaran. Upaya yang dapat dilakukan antara lain :

membangun rumah dengan material atau bahan yang berkualitas baik, mencegah menjalarnya kebakaran dengan cara mengatur jarak antara ujung atap yang lainnya minimal 3 meter, menyediakan alat – alat pemadam kebakaran, mengatur penerangan di dapur menjadi cukup baik supaya bekerja dengan benda tajam (pisau) dapat dilakukan dengan aman dan sebagainya.

4) Persyaratan Kesehatan Rumah Tinggal Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 829/Menkes/SK/VII/1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan

a. Komponen dan Penataan Ruang Rumah

Komponen tempat tinggal wajib memenuhi menjadi berikut:

- 1) Lantai tahan air.
- 2) Dinding :
 - a) Di ruang dan keluarga memiliki system untuk mengatur sirkulasi.
 - b) Dikamar mandi, loka cuci wajib rapat air, gampang dibersihkan.
- 2) Di dalam sebuah rumah harus diukir secara fungsional seperti ruang tamu, ruang keluarga, dapur, kamar tidur, makan, kamar mandi, dan ruang bermain anak.

b. Pencahayaan

Pencahayaan proses eksklusif juga non eksklusif bisa dengan intensitas 60 lux, menerangi seluruh ruangan dan sangat indah.

c. Kualitas Udara

Udara pada tempat tinggal tidak melebihi aturan menjadi berikut:

- 1) Suhu udara yang nyaman 18°C - 30°C.
- 2) Kelembaban dari 40% - 70%.

- d. Ventilasi
Lingkungan ber – AC alami permanen min 10% dari lantai.
- e. Binatang penular penyakit
Tidak terdapat nyamuk yang bersarang pada rumah.
- f. Air
 - 1) Pasokan air 60 liter/hari/orang.
 - 2) Air wajib air harus memenuhi persyaratan sanitasi higienis air sinkron Penerapan hukum dan peraturan yang berlaku.
- g. Kepadatan hunian ruang tidur
Luas kamar tidur 8 m, dan itu tidak dijamin dipakai lebih menurut dua orang pada satu ruang tidur, kecuali anak pada bawah umur lima tahun.

5) Factor Yang Perlu Diperhatikan Dalam Membangun Rumah Sehat Menurut Notoatmojo (2003), agar rumah sehat dapat terwujud maka dalam membangun suatu rumah perlu memperhatikan factor berikut :

- a. Factor Lingkungan
Factor lingkungan sasaran meliputi biologi, fisik dan sosial. Lihat dan wajib Perhatikan tempat di mana rumah akan dibangun. Bahan yang dipilih, bentuk rumah, arah menghadap, dan sebagainya akan berbeda – beda pada daerah pegunungan, tepi pantai, desa, kota, tempat dingin, tempat panas, tempat dekat gunung berapi, zona gempa dan sebagainya.

6) Penilaian Rumah Sehat
Penilaian terhadap rumah dilakukan dengan tujuan untuk menetapkan kondisi suatu rumah pada waktu tertentu agar dapat dibedakan adanya : daerah kumuh, daerah semi kumuh, dan daerah di bawah standar (Santoso, 2015). Penilaian tempat tinggal sehat terdiri dari 3 komponen itu bisa dinilai, yaitu komponen apartemen, fasilitas sanitasi dan perilaku lokal rumah.

Bagian – bagian rumah adalah atap, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang tamu, ventilasi, lubang asap, penerangan dapur. Fasilitas binatu juga disertakan pembuangan (SPAL), dan sampah (limbah padat). Perilaku orang – orang rumah yang dinilai diantaranya ritual untuk buka jendela tidur dan jendela lain, perilaku pembersihan rumah dan pekarangan, perilaku membuang kotoran bayi dan balita toilet merupakan praktik yang boros tempat sampah.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 829 Tahun 1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, kondisi sanitasi rumah dalam system rumah sehat menggunakan Form Penilaian Rumah Sehat dikategorikan menjadi :

- a. Rumah sehat jika mendapatkan hasil penilaian = 1.068 – 1.280.
- b. Rumah Tidak Sehat, jika hasil penilaian yang didapatkan = < 1.068.

3. Maya Index

Aedes aegypti sebagai vector Chikungunya hidup, berkembangbiak di perkotaan container dekat dengan pemukiman manusia. Salah satu cara yang bisa hal itu dilakukan sebagai upaya untuk membantu mengatasi masalah tersebut Chikungunya yaitu melakukan analisis incubator risiko melalui maya index. Maya Index yang digunakan guna identifikasi area yang berisiko tinggi untuk *Aedes sp.* didasarkan kondisi higienis ekologis dan adanya area berpotensi menjadi tempat berkembang biak nyamuk (Satoto, 2005). Kajian ini penting karena hingga ketika ini belum ada informasi tentang maya index di Kelurahan tersebut panekan Kabupaten Magetan dan jumlah kejadian dari Chikungunya di Kelurahan Panekan masih berada dibawah mengetahui identitas target wadah utama penting untuk pengendalian populasi vector Chikungunya di daerah sasaran karena mengetahui kisaran Maya Index tersebut, diharapkan dapat memberikan informasi tersebut akurat dan ringkas saat menangani kasus Chikungunya. Selain banyak indeks kepadatan larva

yang disebutkan diatas, analisis maya index digunakan untuk menganalisis risiko infestasi di suatu daerah.

a. Definisi Maya Index

Maya Index (MI) dipakai buat mengidentifikasi area berisiko tinggi seperti lokasi berkembang biak didasarkan pada status kebersihan lingkungan Hygiene Risk Index (HRI) dan ketersediaan tempat – tempat yang mungkin berpotensi sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk Breeding Risk Index (BRI).

b. Perhitungan Maya Index

Perhitungan BRI dan HRI

a) BRI

$$BRI = \frac{\text{Jumlah Kontainer Terkontrol}}{\text{Total Rata-Rata Kontainer Positif Larva}}$$

b) HRI

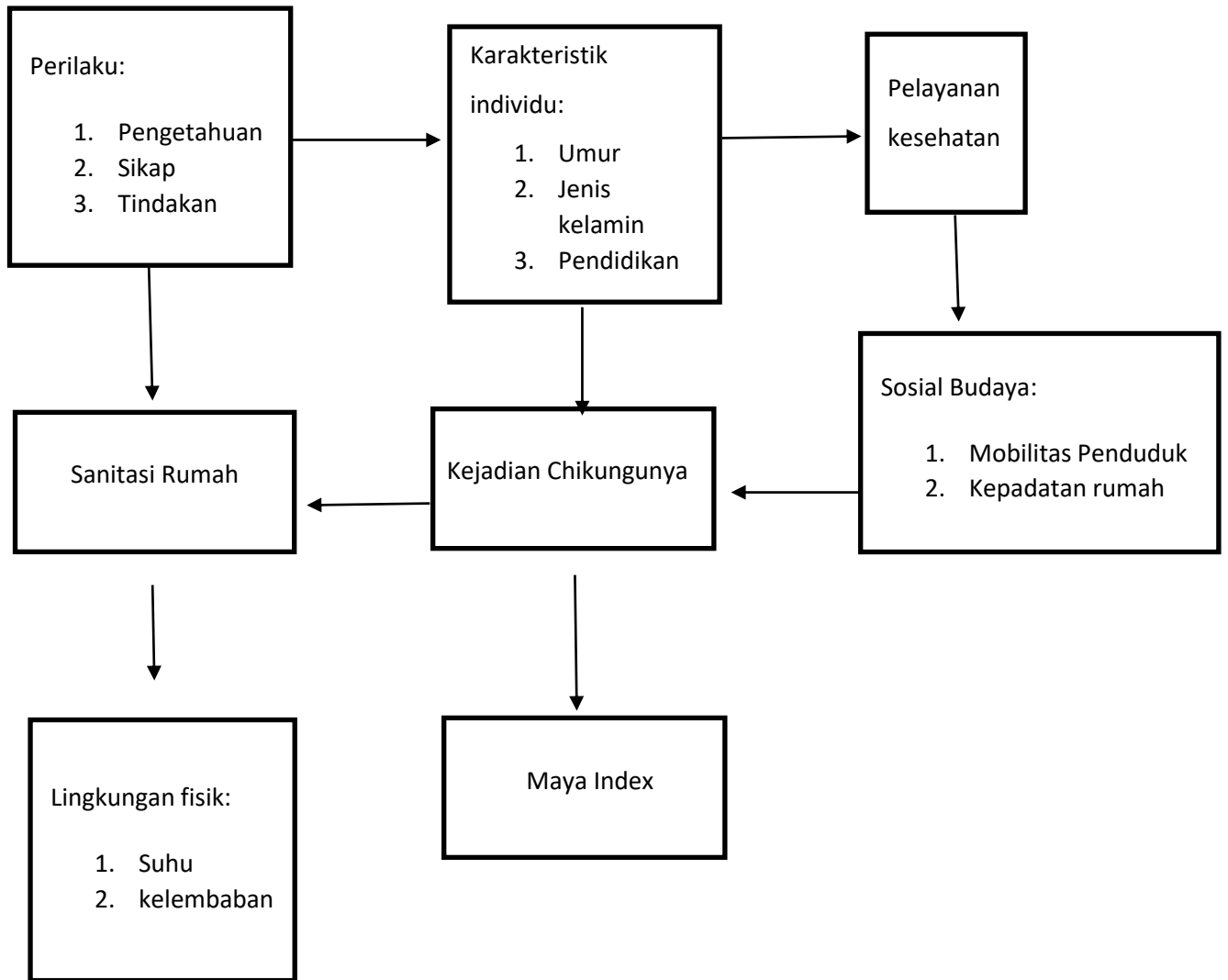
$$HRI = \frac{\text{Jumlah Kontainer Tidak Terkontrol}}{\text{Total Rata-Rata Kontainer Tidak Terkontrol Positif Larva}}$$

Tabel kategori Maya Index berdasarkan pengukuran HRI dan BRI

Kategori		BRI		
		1 (Rendah)	2 (Sedang)	3 (Tinggi)
HRI	1 (Rendah)	BRI1/HRI1 (Rendah)	BRI2/HRI1 (Rendah)	BRI3/HRI1 (Sedang)
	2 (Sedang)	BRI1/HRI2 (Rendah)	BRI2/HRI2 (Sedang)	BRI3/HRI2 (Tinggi)
	3 (Tinggi)	BRI1/HRI3 (Sedang)	BRI2/HRI3 (Tinggi)	BRI3/HRI3 (Tinggi)

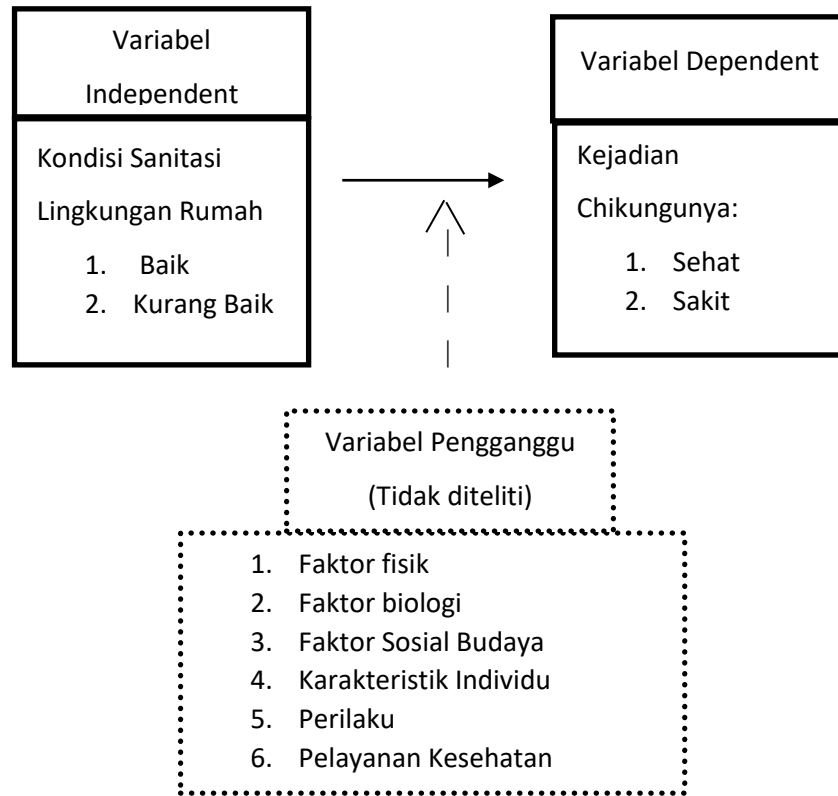
Maya Index dikategorikan tinggi apabila kebersihan lingkungan rendah dan tersedia banyak tempat – tempat perkembangbiakan nyamuk. Dikategorikan sedang apabila tingkat kebersihan lingkungan dan juga terdapat sedikit tempat – tempat perkembangbiakan nyamuk. Dan juga maya Index dikategorikan rendah apabila kebersihan lingkungan tinggi dan tidak terdapat tempat – tempat perkembangbiakan nyamuk.

C. KERANGKA TEORI



Kejadian Chikungunya → maya index → kondisi sanitasi rumah → perilaku → karakteristik individu → pelayanan kesehatan → social budaya

C. KERANGKA KONSEP



----- > = Variabel yang tidak diteliti

—————> = Variabel yang diteliti