

Pengaruh Lingkungan Sosial Terhadap Kejadian DBD Di SD Kota Madiun Tahun 2016

Puri Ratna Kartini¹, Santi Martini², Shrimarti Rukmini Devy³

¹)Program Studi Farmasi Universitas PGRI Madiun

^{2,3}) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
e-mail: ¹)puri@unipma.ac.id

Abstrak

Madiun merupakan daerah endemis DBD. Dalam 5 tahun terakhir kejadian DBD di Madiun terus meningkat. Mayoritas penderita selama 4 tahun terakhir adalah anak-anak pada usia sekolah dasar (7-12 tahun). Penularan penyakit demam berdarah pada anak usia sekolah dasar dapat terjadi di lingkungan sekolah. Hal ini dikarenakan sebagian besar aktivitas anak usia SD pada pagi hari umumnya di lingkungan sekolah bersamaan dengan kebiasaan menggigit vektor DBD. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh lingkungan sosial sekolah yang terdiri dari kebijakan pemberantasan sarang nyamuk sekolah, kemitraan sekolah dengan pihak swasta dan partisipasi sekolah terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain case control. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2016 dengan melibatkan 30 SD dengan kejadian DBD sebagai kelompok kasus dan 30 SD tanpa kejadian DBD sebagai kelompok kontrol yang dipilih melalui teknik acak sederhana. Pengumpulan data diperoleh melalui wawancara dengan kepala sekolah dari 60 sekolah dasar yang dipilih sebagai responden dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan pemberantasan sarang nyamuk sekolah ($p = 0,015$) berpengaruh signifikan terhadap SD dengan kejadian DBD, dan kemitraan sekolah dengan pihak swasta ($p = 0,324$) dan partisipasi sekolah ($p = 0,635$) tidak berpengaruh terhadap SD dengan kejadian DBD. Ada pengaruh kebijakan pemberantasan sarang nyamuk di sekolah terhadap SD dengan kejadian DBD di kota Madiun.

Kata kunci: DBD, kebijakan, kemitraan, partisipasi

The Influence of Social Environment To DHF Incidence In Madiun City In 2016

Abstract

Madiun is an endemic area of dengue. In the last 5 years the incidence of dengue in Madiun has continued to increase. The majority of patients during the last 4 years is children at age of elementary school student (7-12 years). Transmission of dengue fever in children at age of elementary school student can occur in the school environment. This is due to the most activity of children at age of elementary school student in the morning is commonly in the school environment together with the biting habits of dengue vectors. This study aimed to analyze the influence of school's social environment which consists of school's mosquito breeding place eradication policy, school's partnerships with private sectors and school's participation to elementary schools with DHF incidence. This research is observational analytic study that used case-control design. This study was conducted in November 2016 involving 30

elementary schools with DHF incidence as the case group and 30 elementary schools without DHF incidence as control group that were selected through simple random technique. The collecting of data was obtained through interviews with the principal of 60 elementary schools that were selected as respondents in this study. The results showed that school's mosquito breeding place eradication policy ($p = 0.015$) has significant effect on elementary schools with DHF incidence, and school's partnerships with private sectors ($p = 0.324$) and school's participation ($p = 0.635$) had no effect on elementary schools with DHF incidence. There is influence of school's mosquito breeding place eradication policy to elementary schools with DHF incidence in Madiun city.

Keywords: *DHF, policy, partnership, participation*

Pendahuluan

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau dikenal juga dengan istilah *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF), merupakan penyakit infeksi akut menular kepada manusia melalui perantara gigitan nyamuk *Aedes* yang mengandung virus *dengue*. *Aedes aegypti* merupakan vektor epidemik DBD yang paling utama disamping spesies lain seperti *Ae. Albopictus*, *Ae. Polynesiensis* dan *Ae. Niveus* dianggap sebagai vektor sekunder (Indonesia, 2011). Kejadian Luar Biasa (KLB) *dengue* pertama kali terjadi pada tahun 1653 di French West Indies (Kepulauan Karibia), meskipun penyakitnya sendiri sudah dilaporkan di Cina pada permulaan tahun 992 SM. Di Australia serangan penyakit DBD pertama kali dilaporkan pada tahun 1897, serta di Italia dan Taiwan pada tahun 1931. KLB di Filipina terjadi pada tahun 1953-1954, sejak saat itu serangan penyakit DBD disertai tingkat kematian yang tinggi melanda beberapa negara di wilayah Asia Tenggara termasuk India, Indonesia, Singapura, Kamboja, Malaysia, New Caledonia, Filipina, Tahiti dan Vietnam (Murdani, 2014).

Terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2011, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara (WHO, 2012). Sampai saat ini penyakit DBD masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dengan jumlah penderita yang cenderung meningkat dan penyebarannya semakin luas (Widiyono, 2008). Berdasarkan laporan Balai Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tercatat kasus DBD di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 129.650 kasus, meningkat dari 99.499 kasus pada tahun 2014 (Kemenkes RI, 2015).

Kota Madiun merupakan salah satu daerah endemik DBD di Indonesia. Berdasarkan data dari seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Madiun, menyebutkan terdapat peningkatan kasus DBD pada 5 tahun terakhir, dan pada tahun 2015, jumlah kasus DBD di Kota Madiun telah mencapai 214 kasus. Peningkatan kasus tersebut merupakan peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berikut gambaran peningkatan kasus DBD di Kota Madiun selama 5 tahun terakhir:

DBD merupakan penyakit menular yang dapat menyerang semua kelompok usia, namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak-anak lebih rentan terhadap penyakit yang berpotensi mematikan ini (Ginjar, 2008). Di Indonesia, anak usia sekolah dasar merupakan kelompok usia yang paling banyak menderita DBD yaitu 5-11 tahun dengan proporsi 30% (Indonesia, 2012). Di Kota Madiun, berdasarkan laporan evaluasi program penanggulangan DBD tahun 2015, penderita DBD mayoritas selama 5 tahun berturut-turut adalah kelompok anak usia sekolah dasar, yaitu 7-12 tahun (Madiun, 2012).

Salah satu penyebab tingginya angka kejadian DBD pada anak usia sekolah dasar adalah karena bahwa vektor DBD banyak terdapat di tempat umum seperti

sekolah (Kromah, 2009). Sebagian besar waktu anak usia sekolah dasar adalah berada di lingkungan sekolah terutama pada pagi dan sore hari bersamaan dengan kebiasaan vektor DBD menggigit, yaitu antara pukul 08.00-13.00 dan antara pukul 15.00- 17.00 (D, 2006; Rusnaini, 2015) . Sejalan dengan hal tersebut, Depkes RI dalam (Rusnaini, 2015) menemukan bahwa jentik *Aedes aegypti* terbanyak ditemukan di sekolah yaitu 37%, kemudian didapatkan 34% di rumah dan 29% di tempat-tempat umum lainnya.

Selain itu, murid sekolah dapat berasal dari berbagai wilayah tempat tinggal yang memungkinkan membawa jenis-jenis virus *dengue* yang berbeda-beda, sehingga lingkungan sekolah merupakan tempat yang rawan bagi penularan penyakit DBD pada anak usia sekolah dasar (Depkes RI dalam (Andini, 2013).

Faktor lingkungan sekolah yang memiliki pengaruh terhadap kejadian DBD di sekolah dasar terutama adalah lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Faktor lingkungan fisik antara lain keberadaan jentik nyamuk, keberadaan *breeding place* potensial vektor DBD dan keberadaan *resting place* potensial vektor DBD. Studi yang dilakukan oleh (Riza Berdian Tamza., Suhartono., 2013) menemukan bahwa terdapat hubungan antara keberadaan jentik nyamuk, *breeding place* dan *resting place* vektor DBD dengan kejadian DBD.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain kasus kontrol. Lokasi penelitian adalah di Kota Madiun dan dilaksanakan pada bulan November 2016. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 60 sekolah dasar yang terdiri dari 30 sekolah dasar dengan kasus DBD yang terpilih secara acak dari 33 sekolah dasar dengan kasus DBD sebagai sampel kasus, dan 30 sekolah dasar tidak dengan kasus DBD yang terpilih secara acak dari 51 sekolah dasar tidak dengan kasus DBD sebagai sampel kontrol.

Sampel dipilih dengan menggunakan teknik acak sederhana (*simple random sampling*). Kasus DBD yang digunakan dalam penelitian ini adalah yang dilaporkan selama bulan Januari hingga Oktober 2016 yang diperoleh dari data Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS). Sedangkan data sekolah dasar dengan kasus DBD diperoleh dari formulir penyelidikan epidemiologi yang ada pada Dinas Kesehatan, dan data sekolah dasar tidak dengan kasus DBD diperoleh dari Dinas Pendidikan dan Kebudayaan.

Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara kepada responden, yaitu kepala sekolah dengan menggunakan pertanyaan yang telah disusun dalam kuesioner. Wawancara dilaksanakan setelah kepala sekolah membaca penjelasan sebelum penelitian dan memberikan tandatangan di atas kertas *informed consent*. Yang artinya kepala sekolah tersebut bersedia secara suka rela untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Wawancara dilaksanakan selama kurang lebih 20 menit. Tidak ada paksaan untuk menjadi responden dalam penelitian ini, sehingga jika terdapat responden yang tidak bersedia untuk di wawancara akan digantikan oleh responden yang lain. Dalam penelitian ini terdapat satu responden yang berasal dari sampel kasus yang tidak bersedia untuk diwawancarai karena alasan teknis dan digantikan dengan responden lain yang berasal dari sampel kasus. Sehingga total besar sampel tetap 60 sekolah dasar.

Dalam wawancara tersebut, kepala sekolah ditanya tentang bagaimana kebijakan pencegahan DBD yang terdapat di sekolah, yaitu apakah kepala sekolah memiliki kebijakan atau program yang khusus terkait dengan pencegahan kejadian DBD di lingkungan sekolah dan apakah kebijakan tersebut masih berlangsung hingga sekarang. Kepala sekolah juga ditanya tentang partisipasi sekolah terhadap program pengendalian DBD yang dilaksanakan oleh Puskesmas pembinanya. Apabila sekolah hanya aktif dalam salah satu langkah dalam kegiatan tersebut (perencanaan,

pelaksanaan, pendanaan, dsb) maka sekolah berpartisipasi secara pasif dalam program Puskesmas. Pada tahap terakhir, kepala sekolah diwawancarai terkait program kerjasama yang telah atau sedang dijalankan oleh sekolah dengan pihak swasta dalam setahun terakhir, termasuk bagaimana bentuk kerjasama tersebut dan apa manfaat yang diperoleh pihak sekolah.

Dari hasil wawancara dilakukan analisa bivariat terhadap masing-masing variabel bebas. Kemudian variabel bebas yang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat dalam penelitian ini dianalisa kembali dalam uji multivariat untuk mengetahui faktor risiko mana yang paling berpengaruh terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD. Kemudian hasil dari analisis multivariat, variabel bebas yang signifikan terhadap variabel terikat digunakan sebagai fokus strategi dalam mencegah penularan DBD di lingkungan sekolah dasar.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

Uji Bivariat

Hasil dari penelitian ini memperlihatkan bahwa sebanyak 28 sekolah dasar dari 30 sekolah dasar tidak dengan kejadian DBD (93,33%) memiliki kebijakan PSN DBD, antara lain berupa jumat bersih, wajib 3M plus, lomba kreasi pemanfaatan barang bekas antar kelas, dsb, sedangkan sekolah dasar dengan kejadian DBD hanya sebanyak 13 sekolah dasar dari total 30 sekolah dasar (43,3%) yang memiliki kebijakan PSN DBD. Sisanya sebanyak 17 sekolah dasar dengan kejadian DBD (56,7%) hanya memiliki kebijakan kebersihan yang bersifat umum tidak terkait secara langsung dengan pencegahan DBD, misalnya kebersihan kelas dan loker pada saat sebelum dan setelah jam pelajaran, dsb. Nilai p yang diperoleh dari analisis bivariat untuk variabel kebijakan PSN DBD adalah 0,000 yang berarti terdapat pengaruh kebijakan pencegahan DBD terhadap SD dengan kejadian DBD.

Dari hasil wawancara terkait partisipasi sekolah, diperoleh hasil bahwa SD dengan kejadian DBD lebih sedikit yang berpartisipasi secara aktif terhadap program-program pencegahan DBD dan peningkatan kebersihan lingkungan (10%) dibandingkan dengan SD tidak dengan kejadian DBD (26,7%). Hal ini disebabkan karena sebagian besar SD dengan kejadian DBD yang menjadi sampel pada penelitian ini hanya melibatkan diri dalam masalah teknis pelaksanaan program saja, namun tidak aktif melibatkan diri dalam kegiatan perencanaan, pendanaan, dan sebagainya. Nilai p yang diperoleh adalah 0,107 yang berarti bahwa partisipasi sekolah terhadap program Puskesmas berpengaruh terhadap sekolah dasar dengan kasus DBD.

Hasil wawancara terkait kemitraan sekolah dengan pihak swasta didapatkan hasil bahwa bahwa SD tidak dengan kejadian DBD yang menjalin kemitraan atau kerjasama dengan pihak swasta terkait dengan pencegahan penyakit DBD dan peningkatan kebersihan lingkungan lebih banyak (10%) daripada SD dengan kejadian DBD (3,3%). Bentuk kemitraan dengan pihak swasta yang pernah dilakukan antara lain dengan perusahaan farmasi berupa pembagian *repellent* gratis kepada siswa, dengan IKIP PGRI Madiun berupa kerjabakti kebersihan lingkungan antara mahasiswa dengan pihak sekolah, dsb. Kerjasama tersebut dilaksanakan dalam kurun waktu setahun terakhir dengan manfaat yang diperoleh antara lain peningkatan kebersihan lingkungan sekolah serta peningkatan perilaku pencegahan DBD pada siswa. Sehingga nilai p yang diperoleh adalah 0,324. Hal ini berarti kemitraan sekolah dengan pihak swasta tidak berpengaruh terhadap SD dengan kejadian DBD. Berikut adalah hasil uji bivariat ketiga faktor lingkungan sosial sekolah terhadap SD dengan kejadian DBD:

Tabel 1. Rangkuman Hasil Uji Bivariat Faktor Lingkungan Sosial Sekolah Terhadap SD Dengan Kejadian DBD di Kota Madiun Tahun 2016

Faktor Lingkungan Sosial Sekolah	Kategori	Sekolah Dasar		P Value
		DBD	Tidak DBD	
Kebijakan	Tidak ada	17	2	0,000
	Ada	3	28	
Partisipasi	Pasif	27	22	0,107
	Aktif	3	8	
Kemitraan	Tidak ada	29	27	0,324
	Ada	1	3	

Uji Multivariat

Variabel kebijakan PSN DBD dan partisipasi sekolah merupakan kandidat untuk diuji kembali dalam analisis multivariat. Dari hasil analisis multivariat diperoleh bahwa kebijakan PSN DBD berpengaruh terhadap sekolah dasar dengan kasus DBD, sehingga kebijakan PSN DBD merupakan faktor risiko terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD. Partisipasi sekolah tidak berpengaruh secara signifikan terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD, sehingga partisipasi sekolah tidak terpilih sebagai fokus strategi untuk menurunkan angka kejadian DBD pada anak usia sekolah dasar. Nilai p yang diperoleh dari hasil analisis multivariat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Rangkuman Hasil Uji Multivariat Faktor Lingkungan Sosial Sekolah Terhadap SD Dengan Kejadian DBD di Kota Madiun Tahun 2016

Variabel	B	p	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Partisipasi	-0,753	0,635	0,471	0,021	10,522
Kebijakan	5,173	0,015	8,505	0,492	147,146
Constant	-5,746	0,009	0,003		

Pembahasan

Kebijakan Pencegahan DBD

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa kebijakan PSN DBD memiliki pengaruh terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD. Sebagian besar sekolah dasar dengan kejadian DBD yang menjadi sampel dalam penelitian ini tidak memiliki kebijakan PSN DBD, sehingga menyebabkan sekolah tersebut menjadi rawan terhadap penularan penyakit DBD. Sebaliknya, sekolah dasar tidak dengan kejadian DBD yang menjadi sampel dalam penelitian ini memiliki kebijakan PSN DBD. Adanya kebijakan PSN DBD tersebut merupakan langkah yang sangat fundamental dalam mencegah penularan DBD di lingkungan sekolah. Salah satu penyebab tingginya insiden DBD pada anak usia sekolah adalah karena lemahnya upaya program pengendalian DBD terutama yang ada di lingkungan sekolah (Indonesia, 2014).

Lemahnya program pengendalian DBD yang ada pada sebagian besar sekolah dasar dengan kejadian DBD dalam penelitian ini salah satunya dikarenakan kurangnya perhatian pihak sekolah terhadap penyakit DBD. Sekolah kurang memiliki inisiatif sendiri dalam menciptakan sekolah yang tidak rawan terhadap penularan DBD. Banyak dari sekolah tersebut yang hanya “ikut saja” apa dan kapan program Puskesmas dilaksanakan. Hal ini dapat dilihat dari pasifnya partisipasi sekolah dalam program pengendalian DBD pemerintah. Sekolah hanya terlibat dalam proses pelaksanaan tanpa melibatkan diri dalam proses persiapan/perencanaan, pendanaan, dsb. Oleh karena itu, untuk mencegah penularan DBD di sekolah, perlu adanya perhatian yang lebih terutama oleh pihak sekolah terhadap upaya/program pengendalian DBD, salah satunya adalah dengan menciptakan kebijakan yang khusus terkait dengan pencegahan penyakit DBD di lingkungan sekolah (Indonesia, 2014).

Untuk meningkatkan kesadaran pihak sekolah terhadap pencegahan DBD, Puskesmas perlu untuk meningkatkan kegiatan penyuluhan kepada sekolah. Kurangnya pemberian informasi tentang bahaya dan cara pencegahan penyakit DBD dapat mengakibatkan ketidakpedulian terhadap bahaya penyakit tersebut. Dengan adanya kunjungan yang rutin disertai dengan pemberian informasi yang berulang-ulang serta dengan diberikan peran dalam proses persiapan/perencanaan, diharapkan tingkat kesadaran dari pihak sekolah akan meningkat. Sehingga penularan DBD di lingkungan sekolah dapat dihindari.

Partisipasi Sekolah

Sebagian besar sekolah dasar yang menjadi sampel dalam penelitian ini memiliki partisipasi pasif terhadap program pengendalian DBD Puskesmas, atau dengan kata lain sebagian besar sekolah hanya melibatkan diri selama proses pelaksanaan program, namun tidak aktif melibatkan diri dalam proses persiapan/perencanaan, pendanaan, dsb. Hal ini karena kerjasama dengan pihak Puskesmas biasanya hanya terjadi pada saat Puskesmas melaksanakan kunjungan ke sekolah. Atau pada saat di sekolah ditemukan kejadian suatu penyakit termasuk DBD, maka pihak sekolah akan melapor kepada pihak Puskesmas. Jika sekolah membutuhkan adanya penyuluhan, maka pihak sekolah akan menghubungi pihak Puskesmas guna meminta diadakan kegiatan penyuluhan di sekolah. Namun, dalam menentukan rencana kegiatan, termasuk pendanaan, pihak sekolah tidak pernah terlibat.

Pasifnya partisipasi sekolah terhadap berbagai program pengendalian DBD Puskesmas mengakibatkan penyakit DBD di sekolah sulit untuk ditanggulangi. Sebagaimana apa yang disimpulkan oleh (Muzakkiroh Umi., Paiman Suparmanto., Setia Pranata., 2005) dalam penelitian bahwa sekolah perlu “duduk bersama” dengan instansi lain untuk membahas rencana kegiatan bersama yang akan dilakukan, sehingga program yang dijalankan dapat memenuhi harapan kedua belah pihak. Kejadian DBD bukan hanya menjadi tanggungjawab sepihak, namun merupakan tanggungjawab bersama. Pelaksanaan program penanggulangan DBD tentu tidak bisa berjalan dengan baik bila hanya dibebankan pada instansi kesehatan saja, terutama Puskesmas. Keterbatasan dana dan tenaga, membuat Puskesmas tidak selalu bisa melaksanakan seluruh kegiatan di semua sekolah yang ada di wilayah kerjanya, sehingga akibatnya dapat menyebabkan sekolah menjadi rawan terhadap penularan penyakit DBD. Oleh karena itu, sekolah perlu ikut andil secara aktif dalam setiap program penanggulangan DBD yang dijalankan oleh Puskesmas.

Pada sekolah dasar tidak dengan kejadian DBD dalam penelitian ini, meskipun sebagian besar sekolah memiliki partisipasi yang pasif, namun dari pihak Puskesmas sendiri aktif menjalankan pemantauan jentik secara berkala (PJB) dan penyuluhan kesehatan rutin, sehingga kondisi sekolah tetap senantiasa terkontrol oleh pihak Puskesmas. Pada sekolah dasar dengan kejadian DBD, PJB dan penyuluhan

kesehatan dari Puskesmas tidak berjalan dengan rutin, sehingga kondisi sekolah tidak selalu dapat terpantau oleh Puskesmas. Faktor penyebabnya antara lain karena luasnya wilayah binaan Puskesmas dan terbatasnya jumlah tenaga kesehatan sehingga PJB dilaksanakan lebih dari 3 bulan sekali. Selain itu, menurut keterangan responden, sebagian Puskesmas menyerahkan kegiatan pemeriksaan jentik secara mandiri kepada pihak sekolah melalui kader pemantau jentik anak sekolah.

Persentase sekolah dasar dengan kejadian DBD yang memiliki partisipasi pasif terhadap program penanggulangan DBD pemerintah (90%) lebih banyak daripada sekolah dasar tidak dengan kejadian DBD (73,33%), sehingga dalam penelitian ini disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh partisipasi sekolah terhadap sekolah dasar dengan kasus DBD.

Kemitraan Sekolah Dengan Pihak Swasta

Selain dengan instansi kesehatan pemerintah, dalam menanggulangi kejadian DBD pihak sekolah juga perlu menjalin kemitraan dengan pihak swasta. Namun hampir seluruh responden dalam penelitian ini tidak terlibat kerjasama dengan pihak swasta terkait dengan pencegahan penyakit DBD. Hal ini karena sebagian besar sektor industri yang ada di Kota Madiun bergerak dalam bidang pangan sebagaimana program Pemerintah Kota Madiun yang bertujuan untuk menjadikan Kota Madiun sebagai kota perdagangan dan industri (Kota Gadis). Sangat sedikit sekali terdapat sektor industri yang bergerak dalam bidang kesehatan terutama kesehatan lingkungan, bahkan tidak terdapat sama sekali industri yang bergerak dalam bidang farmasi. Oleh karena itu wajar jika hampir seluruh sekolah dasar yang terlibat dalam penelitian ini tidak pernah terlibat kerjasama dengan pihak swasta terkait dengan pencegahan penyakit DBD. Sebagian besar bentuk kerjasama yang dijalankan antara pihak sekolah dengan pihak swasta secara umum terkait dengan PHBS, proses belajar-mengajar dan kesehatan gigi. Kerjasama dengan pihak swasta yang khusus berkaitan dengan pencegahan penyakit DBD dan kesehatan lingkungan hampir tidak ada.

Meski dalam penelitian ini disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh kemitraan sekolah dengan pihak swasta terhadap sekolah dasar dengan kasus DBD karena sebagian besar sekolah dasar tidak dengan kasus DBD juga tidak terlibat kerjasama dengan pihak swasta terkait pencegahan DBD, akan tetapi sebagian besar sekolah dasar tidak dengan kasus DBD terlibat kemitraan dengan pihak swasta terkait kesehatan secara umum, seperti PHBS, kesehatan gigi dan mulut, dsb dalam setahun terakhir. Di lingkungan sekolah tersebut telah tercipta kebiasaan hidup bersih dan sehat melalui pembiasaan cuci tangan, membuang sampah pada tempatnya, kebersihan kamar mandi dan WC, dsb. Secara tidak langsung, kebiasaan sehat tersebut menciptakan lingkungan sekolah yang bersih dan sehat, sehingga bebas dari vektor DBD. Kondisi lingkungan dengan sanitasi yang buruk merupakan tempat yang disenangi oleh nyamuk *Aedes Aegypti* (RI, 2010).

Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa lingkungan sosial sekolah, dalam hal ini antara lain kebijakan PSN DBD di sekolah berpengaruh terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD, sedangkan partisipasi sekolah dan kemitraan sekolah dengan pihak swasta tidak berpengaruh terhadap sekolah dasar dengan kejadian DBD.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Madiun, Dinas Pendidikan Dan Kebudayaan Kota Madiun dan kepada responden penelitian, serta semua pihak yang telah membantu sehingga penulisan artikel ilmiah ini bisa dipublikasikan.

Daftar Pustaka

- Andini, A. (2013). *Pengaruh Keberadaan Siswa Pemantau Jentik Aktif Dengan Keberadaan Jentik di Sekolah Dasar Kecamatan Gajah Mungkur Kota Semarang* [Universitas Negeri Semarang].
<http://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwjovYSJ7vzOAhVMQ48KHZNKA84QFggsMAI&url=http%3A%2F%2Fjournal>
- D, D. (2006). *Demam Berdarah Dengue (DBD) Epidemiologi, Immunopatologi, Patogenesis, Diagnosis dan Penatalaksanaannya*. Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Ginanjar, G. (2008). *Demam Berdarah* (Cetakan I). PT Bintang Pustaka.
- Indonesia, K. R. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Indonesia, K. R. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Indonesia, K. R. (2014). *Petunjuk Teknis Jumantik-PSN Anak Sekolah*.
- Indonesia, K. R. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Kromah, S. (2009). *Beberapa Faktor Risiko Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Leksono I Kabupaten Wonosobo*.
- Madiun, D. K. K. (2012). *Profil Kesehatan Kota Madiun*.
- Murdani, A. P. (2014). *Analisis Kejadian DBD Berbasis Pemetaan Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Gambaran Serologis (IgG dan IgM) di Kecamatan Purwoharjo Kabupaten Banyuwangi*. Airlangga.
- Muzakkiroh Umi., Paiman Suparmanto., Setia Pranata., Y. F. W. (2005). Kemitraan Antara Puskesmas Dengan Sekolah Dasar Dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jabon, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Provinsi Jawa Timur Tahun 2004. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 8(2).
<http://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjovorF7fzOAhUMMI8KHWqAZIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fejournal.litbang.depkes.go.id%2Findex.php%2Fhsr%2Farticle%2Fview%2F1833>
- Puri Ratna Kartini. (2016). *Indeks Prediktif Kejadian Demam Berdarah Dengue di Sekolah Dasar di Kota Madiun Tahun 2016* [Airlangga].
<http://repository.unair.ac.id/66938/>
- RI, K. (2010). *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan. Panduan Bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas*.

- Riza Berdian Tamza., Suhartono., D. (2013). Hubungan Faktor Lingkungan Dan Perilaku Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kelurahan Perumnas Way Halim Kota Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2).
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33314007/jurnal_indd.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1472912427&Signature=FoHMDwrWSFhcILBq%2BRI%2BzYXkxQ%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DHUBUNGAN_FAKTOR_LINGKUNGAN_DAN_PERILAKU.pdf
- Rusnaini. (2015). *Hubungan Kondisi Sanitasi Dengan Keberadaan Jentik Aedes Aegypti di Pondok Pesantren Pontianak* [Universitas Gadjah Mada].
http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?act=view&buku_id=78091&mod=pencelitian_detail&sub=PenelitianDetail&typ=html
- WHO. (2012). *Dengue and Severe Dengue*. WHO.
- Widiyono. (2008). *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Erlangga.