



Determinan Sosial Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue: Peran Pendidikan, Pengetahuan, dan Modal Sosial di Kabupaten Pati

Rhaida Anniza Andayani^{1*}, Galih Wiratmoko¹, Muhammad Hasan Al Banna¹

¹Fakultas Informatika, Teknologi, dan Sains, Universitas Muhammadiyah Madiun

Keywords:

Dengue prevention, Health behavior, Community participation, Social determinants, Vector control.

Kata Kunci:

Dengue prevention, Health behavior, Community participation, Social determinants, Vector control.

Abstract. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains a public health problem in Indonesia, including Pati Regency. This study aimed to analyze factors associated with preventive and control behaviors against DHF. An observational analytic study with a case-control design was conducted among 225 participants selected using simple random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using logistic regression with STATA 13. The results showed that 52.0% of participants had poor DHF prevention behavior. Higher education was significantly associated with better prevention behavior ($p = 0.040$; $OR = 2.36$), as were good knowledge ($p = 0.036$; $OR = 2.36$) and strong social capital ($p = 0.019$; $OR = 2.92$). Social capital demonstrated the strongest association with DHF prevention behavior. Therefore, DHF control strategies should integrate improvements in education and health knowledge with strengthened social capital and community participation in implementing the 3M Plus approach.

Abstrak Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk di Kabupaten Pati. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Penelitian menggunakan desain analitik observasional case-control dengan 225 subjek yang dipilih melalui simple random sampling. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan regresi logistik dengan STATA 13. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 52,0% subjek memiliki perilaku pencegahan yang buruk. Pendidikan tinggi berhubungan signifikan dengan perilaku pencegahan DBD ($p = 0,040$; $OR = 2,36$), demikian pula pengetahuan baik ($p = 0,036$; $OR = 2,36$) dan modal sosial baik ($p = 0,019$; $OR = 2,92$). Modal sosial menunjukkan asosiasi paling kuat dengan perilaku pencegahan DBD. Dengan demikian, pengendalian DBD perlu mengintegrasikan peningkatan pendidikan dan pengetahuan dengan penguatan modal sosial serta partisipasi masyarakat dalam penerapan 3M Plus.

Pendahuluan

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di berbagai negara tropis dan subtropis. Dalam beberapa dekade terakhir, penyebaran DBD semakin luas, baik di dalam suatu negara maupun lintas wilayah, yang ditandai oleh peningkatan frekuensi kejadian epidemi dan keparahan penyakit. Infeksi virus dengue yang ditularkan melalui nyamuk telah berkembang menjadi salah satu penyakit arbovirus yang paling umum dan menyebar dengan cepat pada manusia (Kawachi et al., 2008). Dinamika epidemiologi DBD

dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perubahan demografis, mobilitas penduduk, urbanisasi, kondisi lingkungan, perubahan iklim, serta efektivitas program pengendalian vektor.

Di Indonesia, DBD masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang penting. Peningkatan mobilitas dan kepadatan penduduk berkontribusi terhadap meningkatnya jumlah kasus serta perluasan wilayah penyebaran penyakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Pada tahun 2015 tercatat 129.650 kasus DBD dengan *Incidence Rate* (IR) sebesar 50,75 per 100.000 penduduk dan 1.071 kematian. Kondisi tersebut memburuk pada tahun 2016, ketika jumlah kasus

* Corresponding Email: raa250@ummad.ac.id

meningkat menjadi 204.171 dengan IR sebesar 78,85 per 100.000 penduduk dan jumlah kematian mencapai 1.598 orang. Data tersebut menunjukkan bahwa pengendalian DBD tidak hanya memerlukan intervensi medis, tetapi juga pendekatan preventif yang melibatkan individu, keluarga, dan masyarakat.

Kabupaten Pati merupakan salah satu wilayah di Provinsi Jawa Tengah yang memiliki permasalahan endemisitas DBD. Berdasarkan studi pendahuluan, seluruh 29 puskesmas di Kabupaten Pati telah mengalami kejadian DBD. Pada tahun 2016, Kabupaten Pati menempati peringkat kedua di Provinsi Jawa Tengah dalam jumlah kasus DBD. Angka kesakitan menunjukkan kecenderungan peningkatan, dari 23,2 per 100.000 penduduk pada tahun 2014 menjadi 74,9 per 100.000 penduduk pada tahun 2015 dan kembali meningkat menjadi 113,1 per 100.000 penduduk pada tahun 2016. Angka tersebut jauh melebihi target nasional, yaitu kurang dari 20 per 100.000 penduduk. Sementara itu, *Case Fatality Rate* (CFR) meningkat dari 0,4% pada tahun 2014 menjadi 1,6% pada tahun 2015 dan berada pada angka 1,4% pada tahun 2016, yang masih melebihi target nasional sebesar kurang dari 1%. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya strategi pengendalian DBD yang lebih komprehensif di tingkat masyarakat.

DBD dapat berkembang menjadi kondisi berat dan berpotensi menyebabkan kematian akibat kebocoran plasma, gangguan pernapasan, perdarahan, dan kerusakan organ. Fase kritis umumnya terjadi setelah fase demam, ketika suhu tubuh mulai menurun dan perubahan permeabilitas vaskular dapat berkembang secara cepat dalam rentang 24–48 jam. Oleh karena itu, deteksi dini dan penanganan medis yang tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi dan menurunkan risiko kematian akibat DBD (Bakhsh et al., 2018). Namun demikian, keberhasilan pengendalian DBD juga sangat bergantung pada kemampuan masyarakat dalam mengenali faktor risiko, menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta melakukan tindakan pencegahan terhadap perkembangbiakan vektor.

Peningkatan kasus DBD tidak terlepas dari interaksi antara faktor individu, sosial, dan lingkungan. Ketidakmampuan masyarakat dalam mengelola kesehatan diri dan lingkungan dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit menular. Ketergantungan masyarakat terhadap pemerintah dalam menangani persoalan kesehatan juga dapat menjadi hambatan apabila tidak diimbangi dengan peningkatan kapasitas dan partisipasi masyarakat (Ariani, 2020). Kurangnya

sosialisasi mengenai penyakit menular dan upaya pencegahannya, disertai perilaku yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan, dapat menciptakan kondisi yang mendukung perkembangan vektor DBD.

Secara global, peningkatan transmisi dengue berkaitan dengan perubahan demografis dan sosial yang berlangsung dalam beberapa dekade terakhir. Pertumbuhan penduduk, urbanisasi yang tidak terkendali, peningkatan mobilitas manusia, perubahan iklim, serta kerusakan dan keterbatasan infrastruktur kesehatan dapat memperluas peluang transmisi virus dengue. Faktor lain yang turut berperan adalah meningkatnya populasi vektor akibat kondisi permukiman yang kurang memadai dan lemahnya program pengendalian nyamuk (Isa et al., 2013). Selain itu, migrasi penduduk dari wilayah pedesaan ke perkotaan, pertumbuhan kawasan perkotaan yang tidak terencana, terbatasnya akses terhadap air bersih dan sanitasi, meningkatnya tempat perkembangbiakan nyamuk dari berbagai produk sekali pakai, serta tingginya mobilitas transportasi udara turut memperbesar risiko penyebaran dengue. Efektivitas pengendalian juga dapat terhambat oleh keterbatasan sumber daya manusia dan pendanaan program pengendalian vektor (Rahmah & Dharmawan, 2018).

Dalam konteks pencegahan DBD, faktor pengetahuan merupakan salah satu determinan penting yang perlu diperhatikan. Pengetahuan terbentuk melalui proses penginderaan terhadap suatu objek dan menjadi salah satu domain kognitif yang berperan dalam pembentukan tindakan seseorang (Djuma et al., 2025). Pengetahuan yang memadai mengenai penyebab, gejala, faktor risiko, serta metode pencegahan DBD dapat mendorong individu untuk menerapkan perilaku preventif. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang berkaitan dengan perilaku pencegahan penyakit DBD (Djuma et al., 2025). Selain pengetahuan, tingkat pendidikan dapat memengaruhi proses pembentukan kapasitas individu dalam memahami informasi kesehatan. Pendidikan merupakan proses pembelajaran yang mendorong perkembangan individu menuju tingkat kematangan yang lebih baik dan dapat meningkatkan kemampuan intelektual (Bandura, 2002). Tingkat pendidikan juga dilaporkan memiliki hubungan dengan perubahan perilaku dalam pencegahan DBD (Bakhsh et al., 2018).

Selain pengetahuan dan pendidikan, sikap merupakan faktor psikologis yang berperan dalam

menentukan respons individu terhadap stimulus kesehatan. Sikap mencerminkan kecenderungan individu dalam memberikan respons terhadap objek tertentu dan melibatkan aspek kognitif, afektif, serta kecenderungan perilaku (Hidayah et al., 2021). Sikap yang positif terhadap pencegahan DBD dapat mendorong individu untuk menerapkan tindakan preventif secara lebih konsisten. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sikap individu yang baik berkaitan dengan peningkatan perilaku pencegahan DBD (Ardianti et al., 2018).

Perilaku kesehatan juga tidak hanya ditentukan oleh karakteristik individu, tetapi dipengaruhi oleh lingkungan sosial tempat individu berada. Lingkungan sosial dapat membentuk norma, menyediakan dukungan, menciptakan kontrol sosial, serta memengaruhi peluang individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu. Dimensi lingkungan sosial yang relevan meliputi jaringan dan dukungan sosial, posisi sosial ekonomi, ketimpangan pendapatan, diskriminasi, kondisi lingkungan tempat tinggal, kohesi sosial, dan modal sosial (Saieda et al., 2015). Dengan demikian, pencegahan DBD perlu dipahami tidak hanya sebagai tanggung jawab individu, tetapi juga sebagai proses kolektif yang melibatkan interaksi sosial dalam masyarakat.

Salah satu konsep yang relevan dalam menjelaskan dimensi sosial tersebut adalah modal sosial. Modal sosial merujuk pada sumber daya yang dapat diperoleh dan dimobilisasi seseorang melalui keterikatannya dalam jaringan sosial atau hubungan dengan orang lain (Esser, 2008). Modal sosial dapat mencakup kemampuan individu untuk memperoleh bantuan, membangun kepercayaan, dan mengembangkan kapasitas kolektif dalam menghadapi suatu persoalan kesehatan. Yuniati & Aprilia (2025) mengkonseptualisasikan modal sosial sebagai sumber daya yang dapat diakses individu melalui jaringan sosial yang diikutinya. Mekanisme modal sosial dalam menghasilkan kondisi kesehatan yang lebih baik antara lain mencakup pengaruh sosial, keterikatan sosial, dan pertukaran dukungan sosial. Individu yang terintegrasi dalam jaringan sosial berpotensi memperoleh pengaruh positif dari anggota jaringan lainnya, termasuk dalam pembentukan dan penguatan perilaku kesehatan.

Oleh karena itu, pengendalian DBD di tingkat masyarakat perlu mempertimbangkan keterkaitan antara faktor individu dan faktor sosial. Pengetahuan, tingkat pendidikan, dan sikap dapat memengaruhi kecenderungan individu dalam melakukan tindakan pencegahan, sedangkan lingkungan sosial dan modal

sosial dapat memperkuat atau menghambat terbentuknya perilaku tersebut. Pengukuran modal sosial juga perlu dilakukan secara sistematis dengan mempertimbangkan dimensi sumber daya sosial dan struktur jaringan sosial yang tersedia. Instrumen pengukuran idealnya melalui proses prapengujian yang memadai untuk memastikan validitas dan reliabilitasnya pada populasi yang diteliti (Alfiyani et al., 2017). Berdasarkan kondisi tersebut, kajian mengenai faktor pengetahuan, pendidikan, sikap, dan modal sosial dalam kaitannya dengan perilaku pencegahan DBD menjadi penting, khususnya pada masyarakat di wilayah endemis seperti Kabupaten Pati. Pendekatan tersebut diharapkan dapat memberikan dasar empiris bagi pengembangan strategi pencegahan DBD yang lebih partisipatif, berbasis masyarakat, dan sesuai dengan karakteristik sosial setempat.

Metode Penelitian

1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain case-control. Penelitian bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD), meliputi tingkat pendidikan, akses informasi, pengetahuan, sikap, efikasi diri, perilaku orang lain, dan modal sosial. Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Pati, Provinsi Jawa Tengah, Indonesia, pada November 2024.

2. Populasi dan Sampel

Populasi sumber dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat yang berdomisili di Kabupaten Pati. Sebanyak 225 subjek dilibatkan sebagai sampel penelitian. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik simple random sampling.

Dalam desain *case-control*, subjek penelitian dikelompokkan berdasarkan status perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD sebagai kelompok kasus dan kontrol. Kelompok kasus terdiri atas subjek dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD yang kurang baik, sedangkan kelompok kontrol terdiri atas subjek dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD yang baik.

3. Variabel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Variabel independen meliputi tingkat pendidikan,

akses informasi, pengetahuan, sikap, efikasi diri, perilaku orang lain, modal sosial, dan desa. Seluruh variabel diukur menggunakan kuesioner sesuai dengan definisi operasional masing-masing variabel.

4. Definisi Operasional Variabel

Tingkat pendidikan didefinisikan sebagai jenjang pendidikan formal terakhir kepala keluarga yang telah ditempuh dan dibuktikan dengan ijazah. Data diperoleh melalui kuesioner. Variabel ini pada awalnya memiliki skala kategorikal dan selanjutnya dikategorikan secara dikotomis untuk keperluan analisis, yaitu 0 = pendidikan < SMA dan 1 = pendidikan $\geq$ SMA.

Pengetahuan didefinisikan sebagai tingkat pemahaman kepala keluarga mengenai DBD, meliputi pengertian penyakit, tanda dan gejala, karakteristik nyamuk penular, waktu dan tempat perkembangbiakan nyamuk, serta upaya pencegahan dan pemberantasan DBD. Pengetahuan diukur menggunakan kuesioner. Skor pengetahuan pada awalnya diperlakukan sebagai data kontinu dan kemudian dikategorikan secara dikotomis menjadi 0 = pengetahuan kurang dan 1 = pengetahuan baik.

Perilaku orang lain didefinisikan sebagai pengalaman atau keberhasilan orang lain yang memiliki karakteristik atau kondisi yang relatif serupa dengan subjek penelitian dalam melakukan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Variabel ini diukur menggunakan kuesioner. Skor yang diperoleh selanjutnya dikategorikan menjadi 0 = perilaku kurang baik dan 1 = perilaku baik.

Modal sosial didefinisikan sebagai kapasitas masyarakat untuk membangun kerja sama dan memanfaatkan hubungan sosial dalam mendukung perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Modal sosial diukur menggunakan kuesioner. Skor yang diperoleh kemudian dikategorikan secara dikotomis menjadi 0 = modal sosial kurang dan 1 = modal sosial baik.

Perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan kepala keluarga untuk mencegah perkembangbiakan larva nyamuk *Aedes* dan melindungi anggota keluarga dari gigitan nyamuk dewasa. Upaya tersebut mengacu pada prinsip 3M Plus, yaitu menguras tempat penampungan air, menutup tempat penampungan air, serta memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk. Tindakan *Plus* meliputi penggunaan atau pemberian larvasida, penggunaan obat antinyamuk, penggunaan kelambu,

pemeliharaan ikan pemakan jentik, penanaman tanaman pengusir nyamuk, pengaturan pencahayaan dan ventilasi rumah, serta menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah. Variabel ini diukur menggunakan kuesioner. Skor perilaku kemudian dikategorikan menjadi 0 = perilaku buruk dan 1 = perilaku baik.

5. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berupa kuesioner digunakan untuk mengukur variabel tingkat pendidikan, akses informasi, pengetahuan, sikap, efikasi diri, perilaku orang lain, modal sosial, serta perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Kuesioner disusun berdasarkan informasi dan laporan tahunan mengenai kondisi DBD di Kabupaten Pati. Setiap variabel diukur berdasarkan indikator yang telah ditetapkan sesuai dengan definisi operasional penelitian.

6. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap menggunakan perangkat lunak STATA versi 13. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik subjek penelitian dan distribusi masing-masing variabel dalam bentuk frekuensi dan persentase. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara masing-masing variabel independen dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD menggunakan uji Chi-square.

Selanjutnya, analisis multivariat dilakukan menggunakan regresi logistik ganda untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang secara independen berhubungan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD setelah mempertimbangkan variabel lain dalam model. Hasil analisis disajikan dalam bentuk odds ratio (OR) beserta 95% confidence interval (CI) dan nilai p untuk menentukan kekuatan serta signifikansi hubungan antarvariabel.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis multivariat, terdapat tiga faktor yang menunjukkan hubungan signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD, yaitu tingkat pendidikan, pengetahuan, dan modal sosial. Ketiga faktor tersebut menunjukkan arah hubungan positif, yang mengindikasikan bahwa peningkatan karakteristik pada masing-masing faktor berkaitan dengan peluang yang lebih besar untuk menerapkan perilaku pencegahan DBD secara baik. Di

antara ketiga faktor tersebut, modal sosial menunjukkan koefisien regresi terbesar sehingga menjadi faktor yang paling kuat dalam model. Temuan ini selanjutnya dibahas berdasarkan perspektif pendidikan, pengetahuan kesehatan, dan lingkungan sosial masyarakat.

1. Pengaruh Pendidikan terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan

Demam Berdarah Dengue (DBD). Berdasarkan Tabel 1, dari 225 subjek penelitian, sebanyak 132 orang (58,7%) memiliki tingkat pendidikan rendah, yaitu <SMA, sedangkan 93 orang (41,3%) memiliki tingkat pendidikan tinggi, yaitu ≥SMA. Meskipun proporsi subjek dengan pendidikan rendah lebih besar, hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pendidikan tinggi tetap menjadi salah satu faktor yang secara signifikan berhubungan dengan perilaku pencegahan DBD.

Tabel 1. Distribusi Tingkat Pendidikan dan Perilaku Pencegahan DBD

Tingkat Pendidikan	n	%	Kategori Perilaku Pencegahan
< SMA	132	58,7	Buruk/baik
≥ SMA	93	41,3	Buruk/baik
Total	225	100	—

Catatan: Data distribusi perilaku berdasarkan tingkat pendidikan secara silang tidak tersedia pada data penelitian yang diberikan.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar subjek penelitian berada pada kelompok pendidikan <SMA. Kondisi ini penting diperhatikan karena tingkat pendidikan dapat memengaruhi kapasitas seseorang dalam menerima, memahami, mengevaluasi, dan menerapkan informasi kesehatan. Namun, pendidikan tidak dapat dipandang sebagai satu-satunya faktor yang menentukan perilaku pencegahan DBD. Pendidikan yang lebih tinggi memberikan kapasitas kognitif yang lebih baik, tetapi penerapannya dalam perilaku sehari-hari tetap dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, efikasi diri, dukungan sosial, kondisi lingkungan, serta ketersediaan sarana pencegahan (Harokan et al., 2024).

Hasil regresi menunjukkan bahwa subjek dengan pendidikan tinggi memiliki koefisien regresi sebesar 0,86 dengan 95% CI 0,04–1,70 dan $p = 0,040$. Karena nilai $p < 0,05$ dan interval kepercayaan tidak mencakup nilai nol, pendidikan tinggi memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Jika koefisien logit tersebut ditransformasikan menjadi *odds ratio* (OR), diperoleh $OR = \exp(0,86) \approx 2,36$. Artinya, setelah memperhitungkan variabel lain dalam model, subjek dengan pendidikan ≥SMA memiliki odds sekitar 2,36 kali untuk menunjukkan perilaku pencegahan DBD yang baik dibandingkan subjek dengan pendidikan <SMA (de Almeida et al., 2017).

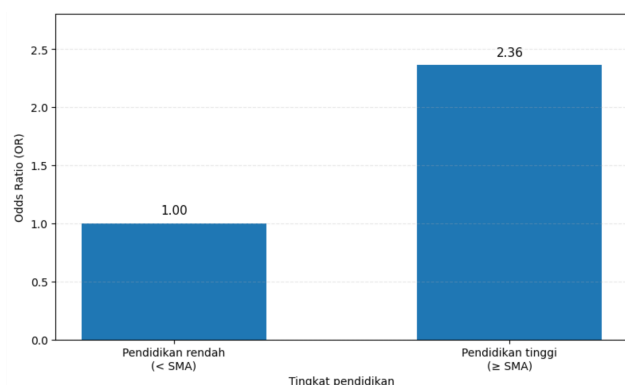
Tabel 2. Hasil Analisis Regresi Logistik Pendidikan terhadap Perilaku Pencegahan DBD

Variabel	Koefisien (b)	95% CI	p-value	OR
Pendidikan tinggi (≥SMA)	0,86	0,04–1,70	0,04	2,36
Pendidikan rendah (<SMA)	Referensi	—	—	1

Catatan: OR dihitung sebagai $\exp(b)$. Interpretasi OR didasarkan pada model regresi logistik yang dilaporkan.

Tabel 2 memperlihatkan bahwa pendidikan tinggi memiliki hubungan positif dengan perilaku pencegahan DBD. Nilai OR sebesar 2,36 menunjukkan besarnya perbedaan *odds* perilaku pencegahan yang baik antara kelompok pendidikan tinggi dan rendah. Temuan ini memperkuat hasil analisis bahwa pendidikan merupakan salah satu determinan penting dalam pembentukan perilaku kesehatan. Namun, karena penelitian menggunakan desain

observasional *case-control*, hasil tersebut lebih tepat diinterpretasikan sebagai hubungan atau asosiasi, bukan sebagai bukti hubungan kausal secara langsung (Karo et al., 2018).



Gambar 1. Odds Ratio Pendidikan Tinggi terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Gambar 1 dapat digunakan untuk memvisualisasikan besarnya asosiasi antara pendidikan tinggi dan perilaku pencegahan DBD berdasarkan hasil regresi logistik. Nilai OR sebesar 2,36 menunjukkan bahwa kelompok dengan pendidikan $\geq$ SMA memiliki *odds* perilaku pencegahan yang baik lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan pendidikan $<$ SMA. Visualisasi ini membantu memperjelas arah dan besarnya hubungan pendidikan dengan perilaku preventif.

Secara teoritis, pendidikan merupakan proses pembelajaran yang mendorong pertumbuhan, perkembangan, dan perubahan individu menuju kondisi yang lebih matang. Pendidikan juga dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam memperoleh dan mengolah informasi, termasuk informasi mengenai risiko kesehatan dan tindakan pencegahan penyakit (Andriyanti, 2025). Dalam konteks DBD, individu dengan pendidikan yang lebih tinggi kemungkinan memiliki kemampuan lebih baik untuk memahami hubungan antara keberadaan tempat penampungan air, perkembangbiakan nyamuk *Aedes*, dan risiko penularan dengue. Pemahaman tersebut dapat meningkatkan kecenderungan untuk menerapkan tindakan pencegahan secara lebih konsisten.

Temuan penelitian ini sejalan dengan Fitriani et al (2024) yang menunjukkan bahwa pendidikan dapat memengaruhi perubahan perilaku pencegahan DBD. Hubungan tersebut dapat dijelaskan melalui peningkatan literasi kesehatan, kemampuan mengambil keputusan, serta kapasitas individu dalam mengubah informasi menjadi tindakan. Dengan pendidikan yang lebih baik, seseorang tidak hanya lebih mudah memperoleh informasi, tetapi juga berpotensi memiliki kemampuan yang lebih baik dalam menilai relevansi informasi tersebut terhadap kondisi lingkungan dan keluarganya.

Hasil penelitian Bandura (1986) juga menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan tindakan yang baik pada ibu rumah tangga dapat mendukung penerapan tindakan pencegahan 3M Plus, seperti menguras dan menutup tempat penampungan air, mengubur atau mendaur ulang barang bekas, menggunakan larvasida, memelihara ikan pemakan jentik, menggunakan kelambu, dan menggunakan obat antinyamuk. Temuan tersebut menunjukkan bahwa pendidikan dapat menjadi salah satu landasan dalam membentuk kapasitas individu, tetapi perilaku preventif tetap memerlukan dukungan dari pengetahuan dan sikap yang memadai.

Selanjutnya, Rifqiya & Wulandari (2025) melaporkan bahwa pengetahuan, sikap, dan perilaku individu berpengaruh positif terhadap penerapan perilaku hidup bersih dan sehat. Temuan tersebut memperkuat interpretasi bahwa pendidikan kemungkinan bekerja melalui mekanisme yang lebih kompleks, yaitu meningkatkan kemampuan individu dalam memperoleh pengetahuan, membentuk sikap, dan akhirnya mendorong tindakan kesehatan. Dengan demikian, peningkatan pendidikan masyarakat sebaiknya tidak hanya diarahkan pada pencapaian tingkat pendidikan formal, tetapi juga pada penguatan literasi kesehatan yang relevan dengan permasalahan lokal.

Menariknya, data penelitian menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar subjek memiliki pengetahuan yang baik (52,9%), proporsi perilaku pencegahan yang buruk masih mencapai 52,0%. Kondisi ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi maupun pengetahuan yang baik belum tentu secara otomatis menghasilkan perilaku pencegahan yang optimal. Dengan kata lain, terdapat kemungkinan adanya *knowledge-behavior gap*, yaitu kesenjangan antara pemahaman seseorang mengenai pencegahan DBD dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari (Chanyasanha et al., 2015). Dalam konteks ini, pendidikan perlu didukung oleh faktor lain, seperti sikap positif, efikasi diri, akses informasi, dukungan sosial, serta kondisi lingkungan yang memungkinkan individu melakukan tindakan pencegahan.

Oleh karena itu, intervensi pencegahan DBD di masyarakat tidak cukup hanya berorientasi pada penyampaian informasi. Program edukasi perlu dirancang agar mampu meningkatkan literasi kesehatan sekaligus mendorong perubahan perilaku yang konkret. Pendekatan berbasis keluarga dan masyarakat, demonstrasi praktik 3M Plus, penguatan kemampuan pengambilan keputusan kesehatan,

serta pendampingan oleh kader dapat menjadi strategi untuk menjembatani kesenjangan antara pengetahuan dan tindakan (Karim, 2018). Dengan demikian, pendidikan dapat berfungsi sebagai fondasi peningkatan kapasitas individu, sementara faktor psikologis dan sosial berperan dalam menerjemahkan kapasitas tersebut menjadi perilaku pencegahan DBD yang berkelanjutan.

2. Pengaruh Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD). Pengetahuan merupakan salah satu faktor kognitif yang berperan penting dalam membentuk kemampuan individu untuk mengenali risiko penyakit, memahami tindakan pencegahan, dan mengambil keputusan yang

berkaitan dengan kesehatan (Anggraini et al., 2013). Dalam penelitian ini, pengetahuan mencakup pemahaman kepala keluarga mengenai pengertian DBD, tanda dan gejala penyakit, karakteristik nyamuk penular, tempat dan waktu perkembangbiakan nyamuk, serta berbagai tindakan pencegahan dan pemberantasan DBD.

Berdasarkan karakteristik subjek penelitian, dari 225 responden terdapat 116 orang (52,9%) yang memiliki pengetahuan baik, sedangkan 109 orang (47,1%) memiliki pengetahuan kurang. Dengan demikian, proporsi responden dengan pengetahuan baik sedikit lebih tinggi dibandingkan responden dengan pengetahuan kurang. Meskipun demikian, proporsi perilaku pencegahan yang buruk masih mencapai 52,0%. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik belum sepenuhnya diterjemahkan ke dalam tindakan pencegahan DBD dalam kehidupan sehari-hari.

Tabel 3. Distribusi Pengetahuan dan Perilaku Pencegahan DBD

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan	Kurang	109	47,1
Pengetahuan	Baik	116	52,9
Perilaku pencegahan	Buruk	117	52
Perilaku pencegahan	Baik	108	48
Total	—	225	100

Tabel 3 menunjukkan adanya fenomena yang penting secara epidemiologis, yaitu proporsi responden dengan pengetahuan baik lebih tinggi daripada responden dengan pengetahuan kurang, tetapi perilaku pencegahan secara keseluruhan masih didominasi kategori buruk. Temuan tersebut mengindikasikan adanya kesenjangan antara aspek kognitif dan implementasi perilaku (*knowledge-behavior gap*). Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan saja belum tentu cukup untuk menghasilkan perilaku pencegahan yang optimal. Intervensi kesehatan perlu mempertimbangkan faktor lain yang dapat memfasilitasi penerapan pengetahuan menjadi tindakan nyata (Amin et al., 2018).

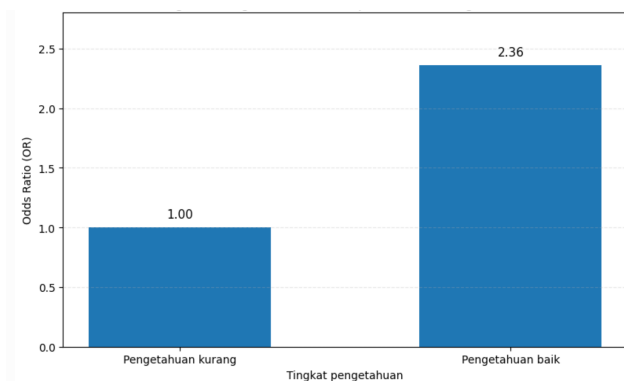
Hasil analisis multivariat memberikan bukti lebih lanjut mengenai hubungan tersebut. Pengetahuan baik memiliki koefisien regresi sebesar 0,86 dengan 95% CI 0,06–1,67 dan $p = 0,036$. Nilai p yang lebih kecil dari 0,05 menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan secara signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD setelah dikendalikan bersama variabel lain dalam model. Koefisien regresi yang bernilai positif menunjukkan bahwa peningkatan kategori pengetahuan dari kurang menjadi baik berkaitan dengan peningkatan peluang munculnya perilaku pencegahan yang baik (Delian et al., 2022).

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Logistik Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan DBD

Variabel	Koefisien (b)	95% CI	p-value	OR
Pengetahuan baik	0,86	0,06–1,67	0,036	2,36
Pengetahuan kurang	Referensi	—	—	1
N observasi	225	—	—	—

Catatan: OR dihitung dari $\exp(b)$. Interpretasi OR menunjukkan perbandingan odds perilaku pencegahan yang baik antara kelompok dengan pengetahuan baik dan kelompok dengan pengetahuan kurang.

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik memiliki OR sebesar 2,36 dibandingkan kelompok dengan pengetahuan kurang. Dengan demikian, responden yang memiliki pengetahuan baik mempunyai *odds* sekitar 2,36 kali lebih besar untuk menunjukkan perilaku pencegahan DBD yang baik. Temuan ini memperkuat posisi pengetahuan sebagai salah satu determinan perilaku pencegahan, meskipun besar asosiasinya sama dengan pendidikan dalam model ($b = 0,86$). Hasil tersebut juga perlu ditafsirkan sebagai hubungan statistik dan bukan hubungan kausal langsung karena penelitian menggunakan desain observasional (Kaharani Putri et al., 2018).



Gambar 2. Odds Ratio Pengetahuan Baik terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Gambar 2 dapat digunakan untuk memperjelas perbedaan besarnya *odds* perilaku pencegahan antara responden dengan pengetahuan baik dan kelompok referensi dengan pengetahuan kurang. Nilai OR sebesar 2,36 menunjukkan adanya hubungan positif antara pengetahuan dan perilaku pencegahan. Penyajian dalam bentuk *bar chart* akan memudahkan pembaca memahami bahwa responden dengan pengetahuan baik memiliki peluang relatif lebih tinggi untuk melakukan tindakan pencegahan dibandingkan kelompok dengan pengetahuan kurang.

Secara konseptual, pengetahuan berperan sebagai dasar kognitif dalam pembentukan perilaku kesehatan. Individu yang mengetahui bagaimana DBD ditularkan, mengenali tempat perkembangbiakan nyamuk, memahami tanda dan gejala penyakit, serta mengetahui tindakan 3M Plus akan memiliki dasar yang lebih kuat untuk menentukan tindakan preventif (La Tho & Purnama, 2019). Pengetahuan yang memadai dapat meningkatkan persepsi terhadap risiko penyakit sekaligus membantu individu memahami konsekuensi apabila tindakan pencegahan tidak

dilakukan. Prasetyo et al (2023) menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tersebut kemudian menjadi bagian penting dalam proses kognitif individu.

Dalam perspektif perilaku, pengetahuan atau domain kognitif merupakan salah satu komponen penting yang dapat mendasari terbentuknya tindakan seseorang (Rusadi & Putra, 2020). Pada konteks DBD, pengetahuan tidak hanya berkaitan dengan kemampuan menyebutkan informasi mengenai penyakit, tetapi juga dengan kemampuan memahami hubungan antara kondisi lingkungan dan risiko penularan. Misalnya, individu yang mengetahui bahwa genangan air dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes* akan memiliki dasar pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan dan pengelolaan tempat penampungan air secara rutin.

Temuan penelitian ini sejalan dengan (Aristianti et al., 2014), yang menunjukkan bahwa pengetahuan seseorang dapat memengaruhi perilaku pencegahan DBD. Hasil tersebut juga didukung oleh La Tho & Purnama (2019), yang menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap yang baik dapat berkaitan dengan tindakan pencegahan 3M Plus, seperti menguras dan menutup tempat penampungan air, mengubur atau mendaur ulang barang bekas, menggunakan larvasida, memelihara ikan pemakan jentik, menggunakan kelambu, dan menggunakan obat antinyamuk. Temuan Delian et al (2022) juga menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan perilaku individu berhubungan positif dengan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.

Selain itu, Anggraini et al (2013) melaporkan bahwa sikap, pengetahuan, efikasi diri, dan akses informasi yang tinggi dapat berpengaruh positif terhadap perilaku pencegahan DBD. Temuan tersebut penting untuk menjelaskan bahwa pengetahuan kemungkinan merupakan bagian dari suatu mekanisme perilaku yang lebih kompleks. Seseorang dapat mengetahui pentingnya pemberantasan sarang nyamuk, tetapi belum tentu melakukan tindakan tersebut secara rutin apabila tidak memiliki keyakinan terhadap kemampuan dirinya, tidak memperoleh dukungan lingkungan, atau menghadapi keterbatasan sarana dan waktu (Chanyasinha et al., 2015).

Fenomena tersebut tercermin dalam hasil penelitian ini. Sebanyak 52,9% responden memiliki pengetahuan baik, tetapi 52,0% responden masih menunjukkan perilaku pencegahan yang buruk.

Artinya, peningkatan pengetahuan perlu diikuti dengan strategi yang dapat memfasilitasi perubahan perilaku. Edukasi kesehatan sebaiknya tidak berhenti pada penyampaian informasi, tetapi diarahkan pada kemampuan praktis, pembentukan sikap, peningkatan efikasi diri, serta pemberian dukungan untuk menerapkan tindakan 3M Plus secara konsisten.

Dengan demikian, hasil penelitian menegaskan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor penting dalam perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD, tetapi bukan satu-satunya determinan. Strategi pengendalian DBD perlu mengintegrasikan edukasi kesehatan dengan pendekatan berbasis perilaku dan lingkungan (Fitriani et al., 2024). Peningkatan pengetahuan masyarakat perlu disertai dengan demonstrasi praktik 3M Plus, penguatan efikasi diri, akses terhadap informasi yang kredibel, serta dukungan sosial agar pengetahuan yang dimiliki dapat diterjemahkan menjadi tindakan pencegahan yang konsisten dan berkelanjutan.

3. Pengaruh Modal Sosial terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa modal sosial merupakan salah satu determinan yang berhubungan secara signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah

Dengue (DBD). Modal sosial menjadi penting dalam konteks pengendalian DBD karena sebagian besar tindakan pencegahan tidak hanya dilakukan secara individual, tetapi juga membutuhkan keterlibatan anggota keluarga, tetangga, kader kesehatan, dan masyarakat secara kolektif (Karo et al., 2018). Pemberantasan tempat perkembangbiakan nyamuk, pemantauan lingkungan, pelaksanaan kegiatan 3M Plus, serta penyebaran informasi mengenai DBD akan lebih efektif apabila didukung oleh jaringan sosial dan kerja sama masyarakat.

Berdasarkan karakteristik subjek penelitian, dari 225 responden, sebanyak 129 orang (57,3%) memiliki modal sosial yang baik. Dengan demikian, sebagian besar responden telah memiliki kapasitas sosial yang relatif baik dalam membangun kerja sama dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya. Namun, pada saat yang sama, sebanyak 117 responden (52,0%) masih menunjukkan perilaku pencegahan DBD yang buruk. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan modal sosial yang baik pada sebagian besar masyarakat belum sepenuhnya menghasilkan perilaku pencegahan yang optimal. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa modal sosial perlu diterjemahkan ke dalam aktivitas kolektif yang konkret agar dapat memberikan dampak terhadap pengendalian DBD.

Tabel 5. Distribusi Modal Sosial dan Perilaku Pencegahan DBD

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Modal sosial	Kurang	96	42,7
Modal sosial	Baik	129	57,3
Perilaku pencegahan	Buruk	117	52
Perilaku pencegahan	Baik	108	48
Total	—	225	100

Tabel 5 memperlihatkan bahwa proporsi responden dengan modal sosial baik mencapai 57,3%, lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan modal sosial kurang (42,7%). Meskipun demikian, proporsi perilaku pencegahan yang buruk masih lebih tinggi daripada perilaku yang baik. Pola tersebut menunjukkan bahwa modal sosial merupakan kondisi yang mendukung, tetapi keberadaannya saja tidak menjamin terbentuknya perilaku pencegahan DBD yang optimal. Modal sosial perlu diaktifkan melalui mekanisme seperti komunikasi, norma bersama, kepercayaan, dukungan sosial, serta keterlibatan masyarakat dalam kegiatan pengendalian vektor (Harokan et al., 2024).

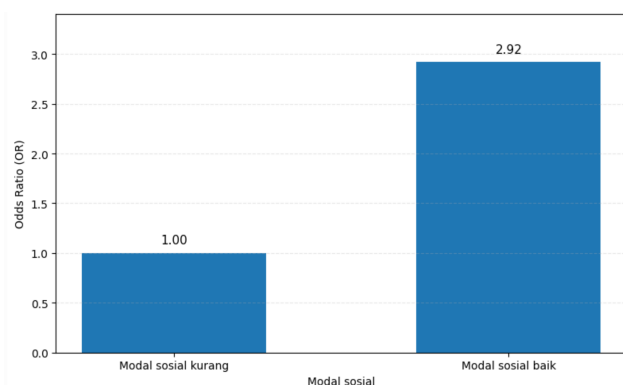
Hasil analisis multivariat memberikan bukti yang lebih kuat mengenai hubungan antara modal sosial dan perilaku pencegahan DBD. Modal sosial yang baik memiliki koefisien regresi sebesar 1,07 dengan 95% CI 0,26–1,89 dan $p = 0,019$. Nilai p tersebut lebih kecil dari 0,05, sehingga modal sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD setelah dikendalikan bersama variabel lain dalam model (Yuniati & Aprilia, 2025). Koefisien regresi yang positif menunjukkan bahwa peningkatan modal sosial dari kategori kurang menjadi baik berkaitan dengan peningkatan peluang untuk memiliki perilaku pencegahan DBD yang baik.

Tabel 6. Hasil Analisis Regresi Logistik Modal Sosial terhadap Perilaku Pencegahan DBD

Variabel	Koefisien (b)	95% CI koefisien	p-value	OR
Modal sosial baik	1,07	0,26–1,89	0,019	2,92
Modal sosial kurang	Referensi	—	—	1
N observasi	225	—	—	—

Catatan: OR dihitung sebagai $\exp(b)$. Berdasarkan interval kepercayaan koefisien, perkiraan 95% CI untuk OR adalah sekitar 1,30–6,62.

Tabel 6 menunjukkan bahwa modal sosial memiliki koefisien regresi terbesar dibandingkan pendidikan dan pengetahuan, masing-masing sebesar 0,86. Setelah ditransformasikan ke dalam *odds ratio*, koefisien 1,07 menghasilkan OR sekitar 2,92. Artinya, responden dengan modal sosial yang baik memiliki *odds* sekitar 2,92 kali lebih besar untuk menunjukkan perilaku pencegahan DBD yang baik dibandingkan responden dengan modal sosial kurang. Temuan ini menjadikan modal sosial sebagai faktor dengan asosiasi paling kuat dalam model penelitian. Namun, karena penelitian bersifat observasional, hasil tersebut menunjukkan hubungan statistik dan tidak dapat secara langsung ditafsirkan sebagai hubungan sebab-akibat.



Gambar 3. Odds Ratio Modal Sosial terhadap Perilaku Pencegahan dan Pemberantasan DBD

Gambar 3 dapat digunakan untuk memperlihatkan secara visual besarnya asosiasi modal sosial terhadap perilaku pencegahan DBD. Nilai OR sebesar 2,92 menunjukkan bahwa kelompok dengan modal sosial baik mempunyai *odds* perilaku pencegahan yang baik hampir tiga kali dibandingkan kelompok dengan modal sosial kurang sebagai kategori referensi. Visualisasi ini juga mempertegas bahwa modal sosial memiliki asosiasi yang lebih besar dibandingkan pendidikan dan pengetahuan yang masing-masing memiliki OR sekitar 2,36.

Secara konseptual, hubungan antara modal sosial dan perilaku kesehatan dapat dijelaskan melalui peran jaringan sosial dalam membentuk norma,

menyediakan dukungan, serta memfasilitasi pertukaran informasi. Saieda et al (2015) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh lingkungan sosial melalui berbagai mekanisme, antara lain pembentukan norma, penerapan kontrol sosial, pemberian dukungan, serta penciptaan kondisi yang memungkinkan individu berpartisipasi dalam perilaku tertentu. Dalam konteks DBD, mekanisme tersebut dapat terjadi ketika masyarakat memiliki kepedulian bersama terhadap kebersihan lingkungan dan secara kolektif menganggap pemberantasan sarang nyamuk sebagai tanggung jawab bersama.

Modal sosial juga dapat dipahami sebagai sumber daya yang memungkinkan seseorang memperoleh manfaat melalui keterikatannya dengan jaringan sosial atau orang lain. Hidayah et al (2021) menjelaskan bahwa modal sosial mencakup sumber daya yang dapat dimobilisasi melalui keterikatan sosial, sedangkan Djuma et al (2025) menekankan kemampuan individu untuk memobilisasi bantuan dan membangun kapasitas kolektif melalui kepercayaan. Dalam pencegahan DBD, jaringan sosial tersebut dapat menjadi sarana untuk memperoleh informasi, bantuan, motivasi, maupun pengawasan sosial yang diperlukan untuk mempertahankan perilaku pencegahan.

Hubungan tersebut menjadi semakin relevan karena pengendalian DBD membutuhkan tindakan yang dilakukan secara berulang dan melibatkan lingkungan tempat tinggal. Membersihkan tempat penampungan air, menghilangkan barang bekas yang berpotensi menampung air, memantau jentik, serta menjaga kebersihan lingkungan merupakan aktivitas yang manfaatnya tidak hanya dirasakan oleh satu individu (Ariani, 2020). Ketika sebagian besar masyarakat melakukan tindakan tersebut secara bersama-sama, potensi tempat perkembangbiakan vektor dapat berkurang secara lebih luas. Sebaliknya, apabila tindakan pencegahan hanya dilakukan oleh sebagian kecil individu, efektivitas pengendalian pada tingkat lingkungan dapat menjadi terbatas.

Temuan penelitian ini juga sejalan dengan Bakhsh et al (2018), yang menunjukkan pentingnya faktor sosial dan kegiatan masyarakat dalam

meningkatkan pencegahan DBD. Kegiatan penyuluhan dan keterlibatan kader dalam pencegahan DBD dapat menjadi mekanisme yang memperkuat perilaku preventif masyarakat. Kader kesehatan, misalnya, dapat berfungsi sebagai penghubung antara fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat, sekaligus sebagai sumber informasi, motivator, dan penggerak kegiatan pemberantasan sarang nyamuk di tingkat komunitas.

Menariknya, modal sosial menunjukkan koefisien regresi terbesar dalam penelitian ini ($b = 1,07$), lebih tinggi dibandingkan pendidikan dan pengetahuan yang masing-masing memiliki koefisien 0,86. Temuan tersebut memberikan indikasi bahwa pencegahan DBD tidak cukup hanya mengandalkan peningkatan kapasitas individu. Pengetahuan yang baik perlu memperoleh dukungan lingkungan sosial agar dapat diterjemahkan menjadi tindakan (Rahmah & Dharmawan, 2018). Individu mungkin mengetahui pentingnya 3M Plus, tetapi keberlanjutan tindakan tersebut dapat menjadi lebih kuat apabila terdapat norma sosial, dukungan tetangga, kegiatan bersama, serta mekanisme pengawasan di lingkungan tempat tinggal.

Dengan demikian, hasil penelitian menempatkan modal sosial sebagai komponen penting dalam strategi pengendalian DBD berbasis masyarakat. Intervensi pencegahan sebaiknya tidak hanya diarahkan pada peningkatan pengetahuan individu, tetapi juga pada penguatan jaringan sosial dan kapasitas kolektif masyarakat. Kegiatan pemberantasan sarang nyamuk berbasis komunitas, penguatan peran kader, penyuluhan partisipatif, kerja bakti lingkungan, serta pembentukan norma bersama mengenai kebersihan lingkungan dapat menjadi pendekatan yang relevan (Ardianti et al., 2018). Pendekatan tersebut memungkinkan modal sosial berfungsi sebagai mekanisme yang menghubungkan kapasitas individu dengan tindakan kolektif, sehingga perilaku pencegahan DBD dapat dilakukan secara lebih konsisten dan berkelanjutan.

Simpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Pati masih perlu ditingkatkan, karena 52,0% subjek penelitian masih menunjukkan perilaku pencegahan yang buruk. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, pengetahuan, dan modal sosial merupakan faktor yang berhubungan secara

signifikan dengan perilaku pencegahan dan pemberantasan DBD. Subjek dengan pendidikan tinggi memiliki koefisien regresi sebesar 0,86 ($p = 0,040$; OR = 2,36), sedangkan pengetahuan baik juga menunjukkan koefisien sebesar 0,86 ($p = 0,036$; OR = 2,36). Sementara itu, modal sosial baik memiliki pengaruh paling kuat dalam model dengan koefisien regresi sebesar 1,07 ($p = 0,019$; OR = 2,92).

Temuan tersebut menunjukkan bahwa peningkatan perilaku pencegahan DBD tidak cukup hanya dilakukan melalui penyampaian informasi kesehatan, tetapi perlu didukung oleh peningkatan kapasitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat serta penguatan modal sosial. Modal sosial menjadi aspek yang sangat penting karena pencegahan DBD membutuhkan keterlibatan dan kerja sama kolektif dalam menjaga kebersihan lingkungan, melakukan pemberantasan sarang nyamuk, dan menerapkan praktik 3M Plus secara berkelanjutan. Oleh karena itu, strategi pengendalian DBD di Kabupaten Pati perlu mengintegrasikan edukasi kesehatan dengan pendekatan berbasis masyarakat melalui penguatan peran kader, jaringan sosial, dukungan antarwarga, dan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk secara partisipatif. Pendekatan tersebut diharapkan dapat menjembatani kesenjangan antara pengetahuan masyarakat dan penerapannya dalam perilaku pencegahan DBD yang konsisten dan berkelanjutan.

Daftar Pustaka

- Alfiyani, L., Rahardjo, S. S., & Murti, B. (2017). Biopsychosocial determinants of multi drug resistant tuberculosis in Surakarta. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(3), 255–266. <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2017.02.03.07>
- Amin, P., Acicbe, O., Hidalqo, J., Jimenez, J. I. S., Baker, T., & Richards, G. A. (2018). Dengue fever: Report from the task force on tropical diseases by the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 43, 346–351. <https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2017.11.003>
- Andriyanti, E. (2025). *Determinan perilaku pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah Kelurahan Kenali Asam Bawah tahun 2024* [Doctoral dissertation, Universitas Jambi].
- Anggraini, R., Faisya, A. F., & Purba, I. G. (2013). Analisis determinan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Sosial Kecamatan Sukarami. *Jurnal Ilmu Kesehatan*

- Masyarakat*, 4(1).
- Ardianti, W., Lapau, B., & Dewi, O. (2018). Determinan kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah kerja Puskesmas Harapan Raya. *Jurnal Photon*, 9(1).
- Ariani, D. U. S. (2020). Analisis perilaku ibu terhadap pencegahan penyakit diare pada balita berdasarkan pengetahuan. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(1).
- Aristianti, V., Najmah, N., & Mutahar, R. (2014). Social determinants of malaria in the working area of Puput Public Health Services, West Bangka. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 5(2), 94–102.
- Bakhsh, F., Faiza, S., & Najid, A. (2018). Dengue fever in Punjab, Pakistan: Knowledge, perception and adaptation among urban adults. *Science of the Total Environment*, 644, 1304–1311. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.07.077>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology*, 51(2), 269–290. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00092>
- Chanyasanha, C., Guruge, G. R., & Sujirarat, D. (2015). Factors influencing preventive behaviors for dengue infection among housewives in Colombo, Sri Lanka. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(1), 96–104. <https://doi.org/10.1177/1010539514545646>
- de Almeida, R. R., Paim, B., de Oliveira, S. A., Souza, A. S., Gomes, A. C. P., Escuissato, D. L., & Marchiori, E. (2017). Dengue hemorrhagic fever: A state-of-the-art review focused in pulmonary involvement. *Lung*, 195(4), 389–395. <https://doi.org/10.1007/s00408-017-0021-6>
- Delian, Y., Suzan, R., & Darmawan, A. (2022). Analisis determinan penyakit Demam Berdarah Dengue di Provinsi Jambi tahun 2017 hingga 2021. *Scientific of Environmental Health and Diseases*, 2(2), 28–38.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Buku saku kesehatan tahun 2016*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Djuma, C. A., Achmad, N., Nuha, A. R., Hasan, I. K., & Aarsal, A. (2025). Model matematika penyebaran penyakit Demam Berdarah Dengue dengan faktor kesadaran sosial: Analisis dan simulasi. *Jambura Journal of Mathematics*, 7(2), 196–204.
- Esser, H. (2008). The two meanings of social capital. In D. Castiglione, J. W. Van Deth, & G. Wolleb (Eds.), *The handbook of social capital* (pp. 22–49). Oxford University Press.
- Fitriani, R., Harokan, A., & Zaman, C. (2024). Analisis perilaku pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue pada masyarakat. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 16(2).
- Harokan, A. H., Ekawati, D., Suryani, L., & Asiani, G. (2024). Analisis perilaku pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) pada aspek sanitasi lingkungan di Puskesmas Pegayut Kabupaten Ogan Ilir. *Indo Green Journal*, 2(2), 166–170.
- Hidayah, N. N., Prabamurti, P. N., & Handayani, N. (2021). Determinan penyebab perilaku pengelolaan sampah rumah tangga dalam pencegahan DBD oleh ibu rumah tangga di Kelurahan Sendangmulyo. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 20(4), 229–239.
- Isa, A., Loke, Y. K., Smith, J. R., Papageorgiou, A., & Hunter, P. R. (2013). Mediatonal effects of self-efficacy dimensions in the relationship between knowledge of dengue and dengue preventive behaviour with respect to control of dengue outbreaks: A structural equation model of a cross-sectional survey. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 7(9), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002401>
- Kaharani Putri, W., Sri Rahardjo, S., & Indarto, D. (2018). Determinants of antidiabetic treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. In *Reaching the unreached: Improving population health in the rural and remote areas* (p. 310). Sebelas Maret University. <https://doi.org/10.26911/theicph.2018.05.24>
- Karim, D. S. P. (2018). Determinan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) tatanan rumah tangga. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1–9.
- Karo, U. K., Yustina, I., Sudaryati, E., & Fikarwan, F. (2018). The association between traditional habit "Menyuntil" and health status among Batak Karo women in Deli Serdang, North Sumatera. In *Mid-International Conference on Public Health 2018* (p. 120). Sebelas Maret University. <https://doi.org/10.26911/mid.icph.2018.01.56>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). *Social capital and health*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_8
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. (2015). *Indeks desa membangun 2015*. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.
- La Tho, I., & Purnama, F. (2019). Analisis determinan pengetahuan dengan upaya pencegahan

- kejadian DBD di Kelurahan Rawa Buaya, Kecamatan Cengkareng, Jakarta Barat. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 7(2), 91–96.
- Prasetyo, E., Wahyudi, A., & Murni, N. S. (2023). Analisis faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Dinas Kesehatan. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 8(1).
- Rahmah, A. H., & Dharmawan, R. (2018). The behavioral, socioeconomic, and environmental factors associated with leprosy in Kediri, East Java: A path analysis model. In *Revitalizing family planning program and women's empowerment for the improvement of population well-being and economic development* (p. 80). <https://doi.org/10.26911/mid.icph.2018.01.17>
- Rifqiya, A. D., & Wulandari, R. A. (2025). Faktor determinan terhadap kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) pada masyarakat di Provinsi Papua Tengah tahun 2023 (analisis data SKI 2023). *Jurnal Ners*, 9(4), 5602–5610.
- Rusadi, N., & Putra, G. S. (2020). Determinan perilaku pencegahan DBD di Kelurahan Kapuas Kanan Hulu Kabupaten Sintang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Khatulistiwa*, 7(4), 190–201.
- Saieda, K. G., Abdullah, A., Abdulrahman, A., Alqadsia, A. A., Alariqia, E. F., & Maha, H. (2015). Knowledge, attitude and preventive practices regarding dengue fever in rural areas of Yemen. *International Health*. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv021>
- Yuniati, F., & Aprilia, R. E. (2025). Faktor risiko Demam Berdarah Dengue: Peran lingkungan dan perilaku pencegahan. *Journal of Public Health Innovation*, 6(1), 255–263.