



## Hubungan Pengetahuan Dan Penerapan Sanitasi Ibu Rumah Tangga Terhadap Sanitasi Dapur di Kelurahan Pucanganom Sidoarjo

Jihan Labibah<sup>1</sup>, Niken Purwidiani<sup>2</sup>, Sri Handajani<sup>3</sup>, Mauren Gita Miranti<sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Pendidikan Tata Boga, Universitas Negeri Surabaya

Email: [jihan.18002@mhs.unesa.ac.id](mailto:jihan.18002@mhs.unesa.ac.id)<sup>1</sup>, [nikenpurwidiani@unesa.ac.id](mailto:nikenpurwidiani@unesa.ac.id)<sup>2</sup>, [srihandajani@unesa.ac.id](mailto:srihandajani@unesa.ac.id)<sup>3</sup>, [maurenmiranti@unesa.ac.id](mailto:maurenmiranti@unesa.ac.id)<sup>4</sup>

**Abstract.** The study aims to (1) Determine the level of knowledge of housewives about kitchen sanitation in Pucanganom village. (2) Determine the conditions of sanitation implementation in housewives' kitchens in Pucanganom village. (3) Determine the relationship between knowledge of kitchen sanitation and the conditions of sanitation implementation in housewives' kitchens in Pucanganom village. The type of research carried out was field research with a quantitative descriptive method. The sampling technique used the Purposive Sampling method. The sample population in this study was 36 house samples in Pucanganom Village, Sidoarjo Regency in 2021. The data collection instrument used a questionnaire sheet (Knowledge Test). The data analysis technique used univariate and bivariate analysis. The results of the study in Pucanganom Village revealed that (1) the majority of housewives had a sufficient to high understanding of the conceptual aspects of kitchen sanitation; (2) the implementation of sanitation had not been fully implemented. For example, the use of sinks for washing hands, storing cooking utensils in closed containers, and separating food ingredients in the refrigerator are still rarely implemented; (3) Statistical tests using Chi-Square showed that there was no significant relationship between the level of knowledge and kitchen sanitation practices.

**Keywords:** Housewives' Sanitation Knowledge, Conditions of Kitchen Implementation.

**Abstrak.** Penelitian bertujuan untuk (1) Mengetahui tingkat pengetahuan ibu rumah tangga tentang sanitasi dapur di desa Pucanganom. (2) Mengetahui kondisi penerapan sanitasi pada dapur ibu rumah tangga di desa Pucanganom. (3) Mengetahui hubungan pengetahuan tentang sanitasi dapur dengan kondisi penerapan sanitasi dapur ibu rumah tangga di desa Pucanganom.. Jenis penelitian yang dilaksanakan adalah penelitian lapangan (*field research*) dengan metode deskriptif kuantitatif. Teknik penentuan sampel menggunakan metode *Purposive Sampling*. Populasi sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 36 sampel rumah di Desa Pucanganom Kabupaten Sidoarjo Tahun 2021. Instrumen pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner (Tes Pengetahuan). Teknik analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian di Desa Pucanganom mengungkap bahwa (1) mayoritas ibu rumah tangga memiliki pemahaman yang cukup hingga tinggi dalam aspek konseptual sanitasi dapur; (2) penerapan sanitasi belum sepenuhnya dijalankan. Misalnya, penggunaan wastafel untuk mencuci tangan, penyimpanan alat masak dalam wadah tertutup, serta pemisahan bahan makanan dalam lemari pendingin masih jarang diterapkan; (3) Uji statistik menggunakan Chi-Square menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan praktik sanitasi dapur.

**Kata Kunci:** Pengetahuan Sanitasi Ibu Rumah Tangga, Kondisi Penerapan Dapur.

### 1. PENDAHULUAN

Dalam setiap rumah tentunya terdapat dapur yang berperan penting, tidak hanya untuk memasak juga untuk menghabiskan banyak waktu bersama keluarga. Dapur merupakan suatu tempat khusus yang dilengkapi dengan peralatan khusus untuk mengolah serta memproduksi makanan, dari bahan mentah menjadi makanan yang siap dikonsumsi (Naibaho & Wibowo, 2022). Dapur dalam bahasa Jawa disebut pawon, mengandung dua pengertian pertama, bangunan rumah yang khusus disediakan untuk kegiatan masak-memasak dan kedua, dapat diartikan tungku (Susanti & Sukowiyono, 2019). Dapur merupakan tempat yang digunakan untuk memasak, sehingga di dalam dapur umumnya terdapat peralatan untuk mengolah bahan

makanan, menyimpan bahan makanan dan menyajikan makanan untuk keluarga (Arianti et al., 2019).

Adanya fungsi dapur sebagai tempat pengolahan bahan makanan mentah menjadi makanan yang dapat dikonsumsi menyebabkan dapur harus memenuhi standar hygiene sanitasi. Kebersihan dapur yang baik merupakan salah satu faktor dalam memastikan akses ke makanan yang aman (Huda, 2016). Menurut Organisasi kesehatan dunia (WHO), hygiene merujuk pada kondisi dan praktik yang membantu memelihara kesehatan dan mencegah penyebaran penyakit. Dapur harus menempati ruangan tersendiri karena asap hasil pembakaran dapat berdampak terhadap kesehatan. Hal ini dijelaskan dalam penelitian oleh Wang et al. (2017) bahwa kontaminasi udara tidak sehat dapat dihasilkan dari minyak, lemak dan bahan lain yang dipanaskan serta polusi yang berkaitan dengan kegiatan memasak dapat meningkatkan resiko mengganggu sistem pernapasan dan saraf manusia. Berbagai dampak negatif dari kegiatan di dapur bagi kesehatan akan lebih buruk jika ruangan dapur tidak dilengkapi dengan sarana sanitasi yang memadai.

Sanitasi adalah upaya pengawasan faktor-faktor lingkungan fisik manusia yang mempunyai pengaruh terhadap perkembangan fisik, kesehatan maupun kelangsungan hidup manusia (Depantara & Mahayana, 2019). Secara garis besar, lingkup sanitasi seperti menyediakan air bersih, menyediakan tempat sampah (Yusuf, 2021). Upaya sanitasi dapur berkaitan dengan usaha sanitasi makanan yang akan dikonsumsi oleh manusia. Sanitasi dapur adalah upaya pencegahan timbulnya suatu penyakit yang berasal dari peralatan dapur ataupun lingkungan dapur (Bagyono, 2018). Sanitasi dapur penting untuk dilakukan untuk mencegah kontaminasi makanan dengan zat-zat secara fisik, biologis maupun kimiawi yang dapat mengakibatkan gangguan kesehatan (Mulia, 2017).

Dalam proses Sanitasi dapur di Indonesia berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 1098 Tahun 2011 tentang Higiene Sanitasi Jasa Boga. Pada peraturan tersebut menyatakan adanya beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses Sanitasi makanan yaitu Pengaturan Ruang, Ventilasi, Tempat Cuci Tangan dan Tempat Cuci Peralatan dan Penyimpanan Makanan. Standar mengenai Sanitasi Dapur memiliki ketentuannya masing-masing pada setiap negara. Pada Negara Eropa terdapat standar Regulation (EU) 2017/625 (*the Official Control Regulation*) yang mengatur mengenai standar kebersihan bahan makanan, alat makan, alat produksi dan proses produksi.

Sanitasi sangat penting untuk diterapkan oleh setiap masyarakat untuk menciptakan proses pembuatan makanan yang aman dan bergizi bagi pertumbuhan hidup manusia. Dapur yang dilengkapi dengan sarana sanitasi memadai akan menjadi aman, sehat serta nyaman

digunakan (Yuliasri & Yulianto, 2018). Hal ini dapat terjadi apabila masyarakat memiliki pemahaman dan kesadaran akan pentingnya sanitasi makanan. Maka penting bagi setiap masyarakat untuk memahami berbagai persyaratan standar yang harus dipenuhi dalam proses sanitasi makanan.

Kelurahan Puncanganom adalah salah satu wilayah kecamatan Sidoarjo yang terletak di dekat pusat kota dan Alun-Alun Sidoarjo. Berdasarkan hasil survei awal peneliti pada Kelurahan Pucanganom menunjukkan bahwa kondisi sanitasi dapur masyarakat Pucanganom masih belum memenuhi standar sanitasi. Hal ini dapat dibuktikan dari masih banyaknya ditemukan kondisi dapur masyarakat Kelurahan Pucang Anom yang dibuat dengan dinding semi permanen yakni menggunakan dinding pasangan bata namun tidak diplester serta dari papan yang tidak kedap air. Selain itu juga ditemukan mayoritas dapur masyarakat menggunakan lantai berbahan papan atau anyaman bambu dan dapur yang lantainya belum diplester dengan kondisi berdebu. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya penyakit saluran pernafasan. Hal ini karena keadaan berdebu merupakan salah satu bentuk terjadinya polusi udara dalam rumah.

Penelitian Anggiani et al. (2016) menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah dengan jenis lantai tidak permanen 4,265 kali lebih bersesiko menderita pneumonia dibandingkan balita yang tinggal dengan kondisi jenis lantai memenuhi syarat. Kondisi lain yang menyebabkan gangguan kesehatan adalah kondisi dapur dengan ventilasi/lubang asap dapur yang kurang memadai. Ruang dapur harus memiliki ventilasi dengan luas yang cukup, agar asap dari dapur mengalir keluar (Sukini, 1989). Lubang asap dapur yang tidak memenuhi persyaratan menyebabkan gangguan terhadap pernafasan, membuat lingkungan rumah menjadi kotor, dan berbau (Depkes RI, 2002). Hal ini karena udara kotor dalam ruangan kurang bisa bertukar dengan udara segar dari luar. Penelitian Melani (2020) menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat memiliki lubang asap dapur yang belum memenuhi syarat kesehatan, diduga disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai lubang asap dapur.

Penerapan sanitasi dapur dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya seperti mata, hidung, telinga dan sebagainya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2017). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior) Notoatmodjo (2017). peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan

non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Wawan & Dewi, 2011).

Menurut Kusumawati et al. (2015), pengetahuan merupakan indikator yang memungkinkan seseorang untuk mempunyai rumah yang layak dan sehat. Penelitian Widiyanti et al. (2017) menunjukkan faktor dominan yang mempengaruhi tingkat pengetahuan masyarakat mengenai sanitasi lingkungan di daerah penelitian adalah pendidikan, umur, jenis pekerjaan, pendapatan dan informasi. Dengan perkembangan teknologi dan informasi saat ini, pengetahuan tentang sanitasi dapat mudah diakses oleh masyarakat (Widiyanti et al., 2017). Sumber informasi tentang sanitasi yang dapat diakses masyarakat seperti menurut Duru et al. (2017) meliputi: televisi, radio, pertemuan warga, tenaga kesehatan, koran, tetangga, teman atau saudara, poster, internet dan direktorat sanitasi.

Berdasarkan hasil observasi pada Kelurahan Pucanganom dapat disimpulkan bahwa masyarakat Pucanganom masih kurang memiliki pemahaman dan kesadaran akan pentingnya sanitasi makanan sehingga tidak menerapkan proses sanitasi dapur sesuai standar. Hasil observasi menunjukkan bahwa pihak Kelurahan kurang melakukan sosialisasi dan penyuluhan akan sanitasi dapur. Oleh karena itu diperlukan penelitian terkait pengaruh pengetahuan dan penerapan sanitasi dapur pada Kelurahan Pucanganom Sidoarjo.

Penelitian ini perlu dilakukan mengingat dapur rumah tangga merupakan tempat untuk mengolah makanan keluarga setiap harinya. Tidak hanya itu, dapur rumah juga merupakan tempat pertama kali anak mengenal bahan makanan, alat-alat dan cara memasak, serta untuk membiasakan kebersihan kepada anak (Farisy & Dwija, 2016). Oleh karena itu, bentuk penyediaan fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat perlu diteliti khususnya pada masyarakat di perkotaan.

Berdasarkan uraian di atas, maka sangat penting untuk memiliki pengetahuan tentang sanitasi dapur bagi orang yang beraktifitas sehari-hari di dalam dapur, dalam hal ini khususnya ibu rumah tangga. Sebagian besar ibu rumah tangga melakukan aktivitas dapur setiap harinya, kegiatan yang paling menjadi prioritas adalah memasak (Gunawan & Dewi, 2017). Tingkat pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga yang baik dalam upaya sanitasi dapur diharapkan dapat menciptakan kondisi sanitasi dapur yang sehat, sehingga anggota keluarga dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan gangguan-gangguan kesehatan lainnya (Nugrahaningsih, 2018). Menurut Okpala & Ifeoma (2019), tingkat kesadaran akan keamanan pangan, pengetahuan dan perilaku pada ibu atau yang menggunakan dapur berhubungan

dengan kondisi hygiene pada dapur. Secara khusus, topik yang membahas kondisi dapur rumah tangga dari aspek sanitasinya masih jarang. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan masih banyak fokus pada dapur jasa boga yang umumnya kurang memperhatikan aspek sanitasi dapur. Maka novelty pada penelitian ini terdapat pada analisis pengaruh pengetahuan terhadap penerapan sanitasi dapur pada Kelurahan Pucanganom Sidoarjo.

## **2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Sanitasi**

Sanitasi dalam bahasa Inggris berasal dari kata sanitation yang diartikan sebagai penjagaan kesehatan. Menurut Rauf (2013: 1) sanitasi berasal dari bahasa Latin *sanitas*, artinya sehat. Dalam konteks industri pangan, sanitasi adalah penciptaan dan pemeliharaan kondisi-kondisi hygienes dan sehat. Hygienes pangan adalah semua kondisi dan ukuran yang perlu untuk menjamin keamanan dan kesesuaian pangan pada semua tahap rantai makanan. Sanitasi merupakan suatu ilmu terapan yang menggabungkan prinsip-prinsip desain, pengembangan, pelaksanaan, perawatan, perbaikan dan atau peningkatan kondisi-kondisi dan tindakan hygienes.

### **B. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau open behavior (Donsu, 2017). Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Panca indra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2014).

### **C. Dapur**

Menurut Minantyo (2011) dapur merupakan suatu tempat untuk menyimpan, menyiapkan bahan makanan sehingga dapat diolah sebagaimana makanan tersebut dapat disajikan sesuai dengan standart yang dapat dikonsumsi. Setiap rumah atau tempat dimana keluarga berkumpul pasti memiliki ruangan yang bernama dapur. Dapur berdasarkan fungsinya adalah sebuah ruangan khusus yang berisi berbagai peralatan yang digunakan untuk memasak, menyiapkan atau mengolah makanan yang akan dimakan sehari-hari. Secara fungsional, dapur didominasi oleh kaum perempuan, tidak sedikit di antara mereka

yang menghabiskan waktu mereka di dalam dapur hanya untuk menyiapkan makanan.

#### **D. Ibu Rumah Tangga**

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (2023) pengertian ibu rumah tangga adalah seorang ibu yang mengurus keluarga saja. Menurut Widiastuti (2019), menjelaskan pengertian ibu rumah tangga sebagai wanita yang telah menikah dan menjalankan tanggung jawab mengurus kebutuhan-kebutuhan di rumah. Sedangkan menurut Mumtahinnah (2019) ibu rumah tangga adalah wanita yang telah menikah dan tidak bekerja, menghabiskan sebagian waktunya untuk mengurus rumah tangga dan mau tidak mau setiap hari akan menjumpai suasana yang sama serta tugas-tugas rutin. Menurut Kartono (2018) masyarakat tradisional memandang fungsi utama wanita dalam keluarga adalah membesarkan dan mendidik anak. Ibu dalam keluarga memegang berbagai peranan penting. Ibu adalah “Menteri Pendidikan” bagi anak-anaknya, mendidik dan mengajarkan tentang keyakinan beragama, adab dan norma, fisik dan mental, intelektual, dan psikologi sehingga terbentuk kepribadian yang baik dalam diri sang anak. Berdasarkan uraian di atas maka peneliti dapat menyimpulkan secara umum seorang ibu rumah tangga adalah seorang wanita yang sudah menikah memiliki peran sebagai istri, ibu, dan homemaker (pekerja rumah tangga).

### **3. METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang dilaksanakan adalah penelitian lapangan (*field research*) dengan metode deskriptif kuantitatif. Penelitian *Field Research* dilaksanakan secara sistematis untuk mengambil data di lapangan (Arikunto, 2020). Data penelitian yang ingin didapatkan adalah data Pengetahuan Sanitasi dan Kondisi Penerapan Sanitasi dari hasil penyebaran kuesioner secara langsung pada sampel penelitian. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Pucanganom, kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur. Periode penelitian dilaksanakan pada bulan September 2024 hingga Juni 2025. Pemilihan lokasi penelitian didasari oleh adanya permasalahan kurangnya pemahaman sanitasi dapur yang terbukti dari belum optimalnya penerapan sanitasi dapur pada Kelurahan Pucanganom.

Populasi dalam penelitian adalah seluruh rumah di Kelurahan Pucanganom Kabupaten Sidoarjo Tahun 2021 yang berjumlah 57 rumah dengan jumlah RT ada 24 RT. Sampel penelitian ini adalah 36 sampel rumah di Kelurahan Pucanganom Kabupaten Sidoarjo Tahun 2021 yang didapatkan dari metode penentuan sampel Purposive Sampling dan rumus Slovin. Teknik penentuan sampel menggunakan metode *Purposive Sampling*, yaitu metode penentuan sampel berdasarkan kriteria-kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk memperoleh data yang relevan dan sesuai dengan tujuan penelitian. Beberapa kriteria sebagai

responden pada penelitian ini diantaranya: (1) Ibu rumah tangga, baik yang memiliki anak maupun yang belum memiliki anak; (2) Tidak sedang memiliki pekerjaan tetap di luar rumah (misalnya bekerja penuh waktu di kantor atau pabrik); (3) Berusia antara 25 hingga 60 tahun, dengan asumsi rentang usia ini mencerminkan kelompok usia produktif dan bertanggung jawab langsung terhadap pengelolaan dapur rumah tangga. Teknik *Purposive Sampling* digunakan untuk menentukan jumlah RT yang dijadikan tempat penelitian dari total 24 RT di Kelurahan Pucanganom. RT yang dijadikan tempat penelitian ini adalah 2 RT sehingga terdapat 57 rumah.

#### **4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

##### **A. Hasil**

##### **a. Statistik Deskriptif**

##### **1. Hasil Uji Univariate**

##### **a) Deskriptif Karakteristik Responden**

Berikut analisis deskriptif karakteristik responden yaitu:

##### **1) Usia**

Berdasarkan data dari 36 responden, sebagian besar responden berada dalam rentang usia 46–60 tahun sebanyak 25 orang (71,4%), kemudian usia 36–45 tahun sebanyak 5 orang (14,3%), dan sisanya terbagi antara 25–35 tahun sebanyak 3 orang (8,6%) serta satu responden usia 68 tahun (2,9%). Hal ini menunjukkan bahwa responden didominasi oleh usia dewasa matang, yang umumnya memiliki peran aktif dalam aktivitas rumah tangga, termasuk pengelolaan dapur.

##### **2) Pendidikan**

Sebanyak 20 responden (57,1%) berpendidikan terakhir SMA, 7 responden (20%) berpendidikan perguruan tinggi, dan sisanya 8 responden (22,9%) merupakan lulusan SD/SMP. Dengan mayoritas lulusan SMA dan perguruan tinggi, diharapkan mereka memiliki kapasitas pemahaman yang baik terhadap pentingnya sanitasi dapur.

##### **b) Deskripsi Variabel Pengetahuan dan Penerapan Sanitasi Dapur**

Berikut ringkasan deskriptif dari 15 indikator pertanyaan dan 2 variabel utama (pengetahuan dan penerapan):

**Tabel 1. Deskriptif Jawaban Responden**

| Variabel    | Min | Max | Mean | Std. Deviasi |
|-------------|-----|-----|------|--------------|
| 1A          | 0   | 1   | 0.86 | 0.351        |
| 1B          | 0   | 1   | 0.83 | 0.378        |
| 1C          | 0   | 1   | 0.78 | 0.422        |
| 2A          | 0   | 1   | 0.58 | 0.500        |
| 2B          | 0   | 1   | 0.67 | 0.478        |
| 2C          | 0   | 1   | 0.83 | 0.378        |
| 3A          | 0   | 1   | 0.56 | 0.504        |
| 3B          | 1   | 1   | 1.00 | 0.000        |
| 3C          | 0   | 1   | 0.92 | 0.280        |
| 4A          | 0   | 1   | 0.94 | 0.232        |
| 4B          | 1   | 1   | 1.00 | 0.000        |
| 4C          | 0   | 1   | 0.92 | 0.280        |
| 5A          | 0   | 1   | 0.89 | 0.319        |
| 5B          | 0   | 1   | 0.69 | 0.467        |
| 5C          | 0   | 1   | 0.81 | 0.401        |
| Penerapan   | 2   | 3   | 2.64 | 0.487        |
| Pengetahuan | 1   | 4   | 2.47 | 0.971        |

Sumber: Data diolah peneliti (2025)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan beberapa interpretasi penelitian yaitu:

- 1) Penerapan sanitasi rata-rata berada pada level tinggi (2.64 dari maksimal 3).
  - 2) Pengetahuan sanitasi menunjukkan tingkat sedang (rata-rata 2.47 dari maksimal 4).
  - 3) Beberapa indikator seperti 3B dan 4B memiliki nilai absolut 1 (semua responden menjawab benar atau setuju), menunjukkan homogenitas tinggi.
  - 4) Indikator dengan rata-rata di bawah 0.60 (seperti 2A dan 3A) menandakan perlunya peningkatan edukasi di aspek tersebut.
- c) Tingkat Pengetahuan Sanitasi Dapur

**Tabel 2. Hasil Uji Univariat Tingkat Pengetahuan Sanitasi Dapur**

| No  | Indikator Pengetahuan                                      | Mean | Std. Dev | Persentase (%) |
|-----|------------------------------------------------------------|------|----------|----------------|
| P1  | Pengertian sanitasi dapur                                  | 2.03 | 0.568    | 50.75%         |
| P2  | Manfaat sanitasi dapur                                     | 2.51 | 0.853    | 62.75%         |
| P3  | Tujuan pengaturan ruang dapur                              | 2.20 | 0.677    | 55.00%         |
| P4  | Cara mengatur dapur sempit agar tetap bersih               | 3.56 | 0.927    | 89.00%         |
| P5  | Resiko dapur tanpa ventilasi                               | 1.40 | 0.775    | 35.00%         |
| P6  | Manfaat ventilasi dapur                                    | 3.09 | 0.373    | 77.25%         |
| P7  | Fasilitas tempat cuci tangan                               | 1.03 | 0.171    | 25.75%         |
| P8  | Solusi tempat cuci tangan jika dapur sempit                | 1.12 | 0.478    | 28.00%         |
| P9  | Bahan terbaik tempat cuci peralatan                        | 2.00 | 0.559    | 50.00%         |
| P10 | Dampak membuang minyak ke wastafel                         | 2.97 | 0.171    | 74.25%         |
| P11 | Hal penting tentang tempat cuci peralatan                  | 2.15 | 0.558    | 53.75%         |
| P12 | Tujuan pemisahan bahan makanan mentah dan matang           | 2.06 | 0.556    | 51.50%         |
| P13 | Hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan bahan mentah | 1.65 | 1.012    | 41.25%         |
| P14 | Cara menyimpan makanan agar tahan lama                     | 1.59 | 1.076    | 39.75%         |
| P15 | Cara menyimpan makanan matang dalam freezer                | 2.74 | 0.618    | 68.50%         |

Sumber: Data diolah peneliti (2025)

Berdasarkan tabel di atas didapatkan intreprastasi sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan tertinggi terdapat pada item pengaturan dapur sempit (P4) dan manfaat ventilasi (P6).
- 2) Pengetahuan terendah terdapat pada fasilitas tempat cuci tangan (P7) dan solusi pada dapur sempit (P8), menunjukkan lemahnya pemahaman teknis mengenai sanitasi praktis.

Secara umum, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan ibu rumah tangga tergolong cukup sampai tinggi untuk aspek umum atau konseptual seperti definisi sanitasi, tujuan pengaturan dapur, manfaat ventilasi, serta bahaya pembuangan limbah ke saluran cuci. Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki pemahaman dasar yang baik mengenai pentingnya sanitasi dapur untuk menjaga kesehatan keluarga dan mencegah penyebaran penyakit.

Namun, ketika diuji pada aspek teknis dan praktis, terutama yang berkaitan dengan pengelolaan fasilitas fisik dan penyimpanan makanan, pengetahuan responden tampak masih rendah. Hal ini tergambar dari skor rendah pada item mengenai fasilitas cuci tangan (P7) dan solusi cuci tangan di dapur sempit (P8), yang keduanya sangat penting untuk mengurangi risiko kontaminasi silang saat mengolah makanan. Begitu pula dengan pengetahuan tentang penyimpanan bahan makanan mentah dan cara menyimpan agar tahan lama (P13 dan P14), yang juga menunjukkan tingkat pemahaman yang rendah.

**Tabel 3. Hasil Rekapitulasi Tingkat Pengetahuan Responden tentang Sanitasi Dapur**

| <b>Nama</b> | <b>Nilai Pengetahuan</b> | <b>Rata-Rata</b> | <b>Kategori Pengetahuan</b> |
|-------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| Panelis 1   | 7                        | 0.47             | 1                           |
| Panelis 2   | 11                       | 0.73             | 3                           |
| Panelis 3   | 9                        | 0.60             | 2                           |
| Panelis 4   | 12                       | 0.80             | 3                           |
| Panelis 5   | 11                       | 0.73             | 3                           |
| Panelis 6   | 10                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 7   | 11                       | 0.53             | 3                           |
| Panelis 8   | 11                       | 0.73             | 3                           |
| Panelis 9   | 11                       | 0.87             | 3                           |
| Panelis 10  | 14                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 11  | 11                       | 0.67             | 2                           |
| Panelis 12  | 14                       | 0.60             | 3                           |
| Panelis 13  | 11                       | 0.67             | 2                           |
| Panelis 14  | 11                       | 0.80             | 3                           |
| Panelis 15  | 7                        | 0.67             | 1                           |
| Panelis 16  | 4                        | 0.67             | 1                           |
| Panelis 17  | 10                       | 0.53             | 3                           |
| Panelis 18  | 10                       | 0.80             | 3                           |
| Panelis 19  | 9                        | 0.73             | 1                           |
| Panelis 20  | 14                       | 0.67             | 3                           |

| <b>Nama</b> | <b>Nilai Pengetahuan</b> | <b>Rata-Rata</b> | <b>Kategori Pengetahuan</b> |
|-------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| Panelis 21  | 11                       | 0.60             | 3                           |
| Panelis 22  | 10                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 23  | 13                       | 0.53             | 3                           |
| Panelis 24  | 11                       | 0.73             | 2                           |
| Panelis 25  | 14                       | 0.73             | 3                           |
| Panelis 26  | 13                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 27  | 12                       | 0.80             | 3                           |
| Panelis 28  | 8                        | 0.60             | 1                           |
| Panelis 29  | 12                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 30  | 14                       | 0.60             | 3                           |
| Panelis 31  | 12                       | 0.73             | 3                           |
| Panelis 32  | 14                       | 0.80             | 3                           |
| Panelis 33  | 14                       | 0.60             | 3                           |
| Panelis 34  | 12                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 35  | 13                       | 0.67             | 3                           |
| Panelis 36  | 14                       | 0.80             | 3                           |

Berdasarkan hasil rekapitulasi data, dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan responden mengenai sanitasi dapur berada pada kategori yang relatif tinggi. Dari total 36 responden, mayoritas atau sebanyak 28 orang (77,8%) berada pada kategori pengetahuan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu rumah tangga yang menjadi responden telah memiliki pemahaman yang baik mengenai prinsip-prinsip sanitasi dapur. Sementara itu, sebanyak 4 responden (11,1%) berada pada kategori sedang, dan 4 responden lainnya (11,1%) berada pada kategori rendah.

Nilai pengetahuan tertinggi diperoleh oleh beberapa responden dengan skor mencapai 14 dari total skor maksimal, seperti Panelis 10, Panelis 20, Panelis 25, Panelis 30, Panelis 32, Panelis 33 dan Panelis 36. Di sisi lain, terdapat responden dengan nilai pengetahuan terendah yaitu Panelis 16 yang hanya memperoleh skor 4. Meskipun demikian, sebagian responden yang tergolong dalam kategori tinggi menunjukkan rata-rata nilai yang tidak terlalu mencolok, seperti Panelis 7 dan Panelis 17 yang memiliki nilai masing-masing 11 dan 10 namun dengan rata-rata hanya 0,53. Hal ini mengindikasikan bahwa dalam penentuan kategori pengetahuan, skor absolut lebih dominan dibandingkan dengan nilai rata-rata.

Temuan ini menunjukkan bahwa secara umum, pengetahuan ibu rumah tangga tentang sanitasi dapur sudah cukup baik dan dapat menjadi dasar positif dalam pembentukan perilaku higienis di lingkungan rumah tangga. Namun demikian, kelompok kecil responden yang masuk dalam kategori sedang dan rendah tetap perlu mendapatkan perhatian khusus. Upaya peningkatan kapasitas melalui edukasi atau penyuluhan terkait sanitasi dapur sangat dianjurkan, khususnya untuk responden seperti Panelis 1, Panelis 15, Panelis 16 dan Panelis 28 yang memiliki skor dan kategori pengetahuan rendah. Dengan demikian, diharapkan tidak

hanya pemahaman yang meningkat, tetapi juga penerapan nyata dalam kehidupan sehari-hari akan lebih optimal.

d) Kondisi Penerapan Sanitasi Dapur

**Tabel 4. Hasil Uji Univariat Penerapan Sanitasi Dapur**

| Indikator Penerapan Sanitasi                                                      | Jumlah<br>"Ya" | Persentase |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| Lantai dapur bersih, tidak licin                                                  | 30             | 85.7%      |
| Dinding tidak berjamur, menggunakan keramik                                       | 26             | 74.3%      |
| Meja dapur bersih                                                                 | 30             | 85.7%      |
| Memiliki ventilasi                                                                | 19             | 54.3%      |
| Udara dalam dapur tidak pengap dan lembab                                         | 22             | 62.9%      |
| Pencahayaan cukup saat siang dan malam                                            | 28             | 80.0%      |
| Wastafel bersih, tidak ada tumpukan peralatan                                     | 17             | 48.6%      |
| Terdapat sabun dan kain lap                                                       | 27             | 77.1%      |
| Air mengalir lancar dan tidak tersumbat                                           | 24             | 68.6%      |
| Penyimpanan bahan makanan bersih dan tidak berbau                                 | 30             | 85.7%      |
| Tidak ada serangga/hewan pada penyimpanan                                         | 35             | 100.0%     |
| Dalam kulkas, daging dan sayur dipisah                                            | 19             | 54.3%      |
| Peralatan masak dan makan bersih dan kering sebelum disimpan                      | 27             | 77.1%      |
| Tempat penyimpanan alat masak dan alat makan tertutup dan dibedakan sesuai fungsi | 17             | 48.6%      |
| Tempat penyimpanan alat masak dan makan bersih, kering, tidak berbau              | 24             | 68.6%      |

Sumber: Data diolah peneliti (2025)

Berdasarkan hasil observasi, penerapan sanitasi dapur oleh ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom secara umum tergolong baik pada aspek kebersihan fisik dasar. Hal ini dapat dilihat dari tingginya persentase responden yang memiliki dapur dengan lantai bersih dan tidak licin (85.7%), meja dapur bersih (85.7%), dan penyimpanan bahan makanan bersih dan tidak berbau (85.7%). Bahkan, semua responden (100%) memiliki tempat penyimpanan makanan yang bebas dari serangga dan hewan, yang mencerminkan kesadaran terhadap risiko kontaminasi dari hama dapur.

Namun demikian, kondisi penerapan pada aspek teknis dan pengelolaan fasilitas sanitasi masih tergolong lemah. Hal ini terlihat pada indikator:

- 1) Wastafel bersih tanpa tumpukan peralatan (48.6%)
- 2) Tempat penyimpanan alat masak/makan yang tertutup dan dibedakan fungsinya (48.6%)
- 3) Pemilahan makanan mentah dan matang di dalam kulkas (54.3%)
- 4) Kepemilikan ventilasi (54.3%)

Capaian yang kurang dari 60% pada indikator-indikator tersebut mengindikasikan bahwa praktik sanitasi teknis belum menjadi kebiasaan atau mungkin terhambat oleh kondisi rumah tangga yang tidak mendukung.

**Tabel 5. Hasil Rekapitulasi Data Terkait Penerapan Sanitasi Dapur Oleh Ibu Rumah Tangga**

| <b>Nama</b> | <b>Nilai Penerapan</b> | <b>Kategori Penerapan</b> |
|-------------|------------------------|---------------------------|
| Panelis 1   | 14                     | 3                         |
| Panelis 2   | 15                     | 3                         |
| Panelis 3   | 13                     | 3                         |
| Panelis 4   | 13                     | 3                         |
| Panelis 5   | 15                     | 3                         |
| Panelis 6   | 14                     | 3                         |
| Panelis 7   | 12                     | 3                         |
| Panelis 8   | 15                     | 3                         |
| Panelis 9   | 13                     | 3                         |
| Panelis 10  | 9                      | 2                         |
| Panelis 11  | 13                     | 3                         |
| Panelis 12  | 12                     | 3                         |
| Panelis 13  | 12                     | 3                         |
| Panelis 14  | 14                     | 3                         |
| Panelis 15  | 15                     | 3                         |
| Panelis 16  | 11                     | 2                         |
| Panelis 17  | 13                     | 3                         |
| Panelis 18  | 9                      | 2                         |
| Panelis 19  | 9                      | 2                         |
| Panelis 20  | 12                     | 3                         |
| Panelis 21  | 14                     | 3                         |
| Panelis 22  | 9                      | 2                         |
| Panelis 23  | 13                     | 2                         |
| Panelis 24  | 11                     | 2                         |
| Panelis 25  | 9                      | 2                         |
| Panelis 26  | 11                     | 2                         |
| Panelis 27  | 11                     | 2                         |
| Panelis 28  | 13                     | 3                         |
| Panelis 29  | 14                     | 3                         |
| Panelis 30  | 10                     | 2                         |
| Panelis 31  | 11                     | 2                         |
| Panelis 32  | 15                     | 3                         |
| Panelis 33  | 12                     | 3                         |
| Panelis 34  | 13                     | 3                         |
| Panelis 35  | 13                     | 3                         |
| Panelis 36  | 10                     | 2                         |

Berdasarkan hasil rekapitulasi data terkait penerapan sanitasi dapur oleh ibu rumah tangga, diketahui bahwa secara umum tingkat penerapan berada pada kategori yang cukup baik. Dari total 36 responden yang diamati, sebanyak 24 orang (66,7%) tergolong dalam kategori penerapan tinggi, sedangkan 12 orang sisanya (33,3%) berada pada kategori sedang. Rentang nilai penerapan berkisar antara 9 hingga 15, dengan nilai tertinggi (15) dicapai oleh lima responden, yaitu Panelis 2, Panelis 5, Panelis 8, Panelis 15 dan Panelis 32. Sementara itu, nilai terendah (9) diperoleh oleh beberapa responden seperti Panelis 10, Panelis 18, Panelis 19, Panelis 22 dan Panelis 25. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun mayoritas responden telah menerapkan praktik sanitasi dapur secara baik, masih terdapat variasi tingkat penerapan antar individu yang perlu dicermati lebih lanjut.

Secara keseluruhan, hasil ini mengindikasikan bahwa walaupun sebagian besar responden telah berada pada jalur yang benar dalam menerapkan praktik sanitasi dapur, masih dibutuhkan pendekatan tambahan, terutama bagi kelompok dengan tingkat penerapan sedang. Upaya ini dapat berupa penyuluhan berbasis praktik langsung, pemberdayaan masyarakat melalui program kader kesehatan, maupun peningkatan fasilitas sanitasi di tingkat rumah tangga. Intervensi yang bersifat aplikatif dan kontekstual sangat penting agar pengetahuan yang dimiliki dapat dikonversi menjadi perilaku nyata yang berkelanjutan. Dengan demikian, penguatan penerapan sanitasi dapur tidak hanya akan berdampak pada kualitas hidup keluarga, tetapi juga pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara umum.

## b. Analisis Hubungan Antar Variabel

### 1. Hasil Uji Bivariate

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan sanitasi dapur dengan penerapan sanitasi dapur, dilakukan analisis bivariat menggunakan uji statistik Chi-Square. Langkah awal dilakukan dengan menyusun distribusi silang (tabel kontingensi) antara dua variabel tersebut, seperti terlihat pada Tabel 6:

**Tabel 6. Hasil Kontingensi tingkat pengetahuan dan Penerapan Sanitasi Dapur**

| Tingkat Pengetahuan | Perlu Perbaikan | Cukup Baik | Baik | Sangat Baik | Total |
|---------------------|-----------------|------------|------|-------------|-------|
| Kurang              | 1               | 2          | 1    | 1           | 5     |
| Cukup Baik          | 1               | 1          | 2    | 0           | 4     |
| Baik                | 4               | 10         | 8    | 5           | 27    |
| <b>Total</b>        | 6               | 13         | 11   | 6           | 36    |

Sumber: Data diolah peneliti (2025)

Secara deskriptif, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden dengan tingkat pengetahuan “Baik” juga menunjukkan praktik sanitasi dapur yang berada pada kategori “Cukup Baik” hingga “Sangat Baik”. Tercatat, dari 27 responden yang memiliki pengetahuan baik, sebanyak 23 orang ( $\pm 85\%$ ) tergolong memiliki penerapan sanitasi yang memadai hingga sangat baik.

Namun, beberapa responden dengan pengetahuan kurang atau cukup baik juga ditemukan memiliki penerapan yang baik, dan sebaliknya. Ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat pola kecenderungan secara deskriptif, hubungan tersebut belum tentu signifikan secara statistik.

## 2. Hasil Uji Chi-Square

Uji Chi-Square membutuhkan syarat bahwa semua nilai ekspektasi (expected count) dalam sel kontingensi harus  $\geq 5$ . Dalam hasil ini diperoleh: 0 sel (0.0%) memiliki expected count  $< 5$  dan Minimum expected count = 5.33 maka dapat disimpulkan Asumsi Chi-Square terpenuhi dan uji valid untuk digunakan.

**Tabel 7. Hasil Uji Chi-Square**

| Jenis Uji                    | Nilai (Value) | Df | Asymp. Sig. (p-value) |
|------------------------------|---------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 1.406         | 1  | 0.236                 |
| Continuity Correction        | 0.689         | 1  | 0.406                 |
| Likelihood Ratio             | 1.406         | 1  | 0.236                 |
| Fisher's Exact Test          | —             | —  | 0.298                 |
| Linear-by-Linear Association | 1.367         | 1  | 0.242                 |

Sumber: Data diolah peneliti (2025)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan beberapa interpretasi antara lain:

- 1) Nilai Pearson Chi-Square = 1.406 dengan p-value = 0.236 ( $> 0.05$ )
- 2) Hasil uji lainnya (Likelihood Ratio, Fisher's, dan Linear-by-Linear) juga menunjukkan nilai  $p > 0.05$ .

Dengan demikian, tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat pengetahuan sanitasi dan penerapan sanitasi dapur ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom.

Hubungan Tidak Signifikan menunjukkan walaupun secara deskriptif sebagian besar responden dengan pengetahuan baik juga memiliki penerapan sanitasi yang baik atau sangat baik (13 dari 27 orang), hasil uji statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan belum tentu secara langsung berbanding lurus dengan praktik dalam kehidupan sehari-hari.

Praktik penerapan sanitasi dapur tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan, tetapi juga bisa dipengaruhi oleh:

- 1) Faktor ekonomi (ketersediaan dana untuk memperbaiki fasilitas)
- 2) Desain rumah (ventilasi dan pencahayaan alami)
- 3) Kebiasaan yang dibentuk secara turun-temurun
- 4) Kesadaran atau kemauan untuk mengubah perilaku

## B. Pembahasan

### Tingkat Pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang Sanitasi Dapur di Kelurahan Pucanganom

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pemahaman ibu rumah tangga di Kelurahan

Pucanganom mengenai sanitasi dapur berada pada level sedang hingga tinggi, khususnya dalam hal pengetahuan konseptual. Hal ini mengindikasikan bahwa mayoritas responden telah memiliki kesadaran tentang pentingnya menjaga dapur tetap higienis sebagai upaya pencegahan penyakit. Mereka memahami peran ventilasi, desain ruang dapur yang fungsional, dan pencahayaan alami dalam mewujudkan lingkungan dapur yang sehat. Beberapa indikator seperti manfaat sirkulasi udara serta cara menata dapur berukuran kecil agar tetap bersih mendapatkan nilai tertinggi. Temuan ini mencerminkan adanya proses pembelajaran, baik melalui pengalaman langsung, media massa, maupun penyuluhan kesehatan dasar. Meski begitu, capaian pengetahuan secara teori tidak serta-merta mencerminkan kesiapan untuk mengimplementasikannya dalam praktik sehari-hari.

Sebaliknya, aspek teknis atau kemampuan aplikatif dalam menerapkan prinsip sanitasi dapur masih terbilang minim. Pengetahuan mengenai langkah-langkah praktis, seperti penggunaan sarana cuci tangan yang benar, pemisahan bahan pangan mentah dan matang, hingga cara penyimpanan makanan yang aman, belum banyak dipahami. Nilai indikator-indikator ini berada pada posisi terendah, menandakan adanya jarak antara pemahaman teoretis dan pelaksanaan nyata. Artinya, meskipun mereka tahu bahwa dapur bersih penting untuk kesehatan, belum semua mampu menerjemahkan pengetahuan itu ke dalam tindakan. Rendahnya akses terhadap pelatihan langsung dan informasi yang kontekstual menjadi salah satu penyebab utama. Hal ini memperjelas bahwa penguasaan teori semata tidak cukup untuk mendorong perubahan perilaku yang nyata dan berkelanjutan.

Notoatmodjo (2014) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan, yang bisa diperoleh dari pendidikan, pengalaman, dan informasi. Namun, pengetahuan tidak serta-merta memengaruhi perilaku bila tidak disertai motivasi intrinsik, dukungan lingkungan sosial, dan ketersediaan sarana fisik. Dalam konteks kehidupan di Kelurahan Pucanganom, faktor-faktor seperti budaya lokal serta kondisi tempat tinggal sangat mempengaruhi penerjemahan pengetahuan menjadi tindakan. Tanpa pengalaman langsung, pengetahuan cenderung bersifat pasif dan tidak mampu memicu respons adaptif terhadap situasi nyata. Maka dari itu, dibutuhkan lingkungan yang mendukung serta dorongan internal agar pengetahuan dapat bertransformasi menjadi kebiasaan yang berdaya guna. Ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak terjadi secara linier, tetapi melalui proses yang kompleks dan berlapis.

Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Arianti et al. (2019) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak selalu mencerminkan kemampuan teknis dalam hal sanitasi. Seringkali, individu dengan pendidikan tinggi tetap menunjukkan praktik sanitasi yang kurang

baik akibat keterbatasan fasilitas atau kebiasaan yang tidak mendukung. Oleh karena itu, pemahaman teori perlu diimbangi dengan kemampuan untuk menyesuaikan solusi terhadap realitas sosial dan ekonomi yang ada. Dalam banyak kasus di pedesaan, sumber utama pengetahuan bukan berasal dari pelatihan formal, melainkan dari rutinitas harian. Maka peningkatan pemahaman sanitasi sebaiknya disertai dengan pembinaan yang berbasis praktik serta pendekatan yang mempertimbangkan kondisi lokal masing-masing keluarga.

Untuk menjembatani kesenjangan antara apa yang diketahui dan apa yang dilakukan, pendekatan edukasi yang bersifat aplikatif sangat penting. Penyuluhan satu arah yang hanya fokus pada aspek kognitif terbukti tidak efektif untuk membentuk perilaku berkelanjutan. Diperlukan pelatihan praktis, seperti demonstrasi langsung, penggunaan alat bantu sederhana yang sesuai dengan kondisi rumah tangga, dan metode pembelajaran visual seperti poster, video pendek, serta modul bergambar. Strategi edukasi berbasis komunitas, di mana warga diajak belajar bersama dan saling mendukung, dapat memupuk kesadaran kolektif untuk menjaga kebersihan dapur. Ketika proses edukasi dirancang partisipatif dan disesuaikan dengan konteks lokal, maka peluang terjadinya perubahan perilaku ke arah yang lebih baik akan semakin besar.

Dengan demikian, penguatan pengetahuan ibu rumah tangga mengenai sanitasi dapur harus dilakukan secara menyeluruh, mencakup pemahaman tentang *apa* yang harus dilakukan, *bagaimana* melakukannya, dan *mengapa* hal tersebut penting dalam kehidupan mereka. Pengetahuan yang hanya menjelaskan konsep ideal cenderung sulit diterapkan jika tidak menyatu dengan kenyataan yang mereka hadapi sehari-hari. Oleh karena itu, integrasi antara metode edukatif, peningkatan keterampilan teknis, serta penyediaan sarana fisik sangat diperlukan. Kegiatan pemberdayaan berbasis keluarga seperti PKK atau Posyandu dapat dimanfaatkan sebagai wadah transformasi dari pengetahuan menjadi tindakan nyata. Apabila pembelajaran dilandasi praktik langsung, maka lebih mudah bagi pengetahuan tersebut menjadi bagian dari budaya dan kebiasaan baru. Melalui pendekatan ini, peningkatan kualitas sanitasi dapur akan lebih berkelanjutan dan membawa dampak positif bagi kesehatan keluarga di Kelurahan Pucanganom.

### **Kondisi Penerapan Sanitasi pada Dapur Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Pucanganom**

Hasil observasi menunjukkan bahwa penerapan sanitasi dapur oleh ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom masih bersifat parsial dan belum merata pada semua aspek. Sebagian besar rumah tangga telah menunjukkan kepatuhan tinggi terhadap sanitasi dasar, seperti menjaga kebersihan lantai, memastikan pencahayaan alami yang cukup, dan menjaga kerapian area dapur. Penerapan ini menunjukkan adanya kesadaran visual dan estetika

terhadap kondisi dapur, yang umumnya terbentuk dari nilai-nilai budaya, kenyamanan rumah, dan kebiasaan harian. Indikator penerapan ini tercatat memiliki tingkat kepatuhan di atas 80%, menunjukkan bahwa aspek yang tampak mata cenderung lebih diperhatikan. Namun, keberhasilan ini masih terbatas pada aspek permukaan dan tidak menyentuh sisi teknis yang lebih penting untuk kesehatan. Artinya, ibu rumah tangga lebih fokus pada kebersihan yang terlihat daripada sanitasi yang berdampak langsung pada keamanan pangan.

Sebaliknya, aspek teknis sanitasi dapur yang memiliki peran penting dalam pencegahan penyakit, justru menunjukkan tingkat penerapan yang rendah. Penerapan seperti kebersihan wastafel, pemisahan bahan makanan mentah dan matang, serta penyimpanan alat masak dalam rak tertutup hanya diterapkan oleh sebagian kecil responden, dengan tingkat kepatuhan di bawah 55%. Ketidakseimbangan ini mengindikasikan bahwa ibu rumah tangga cenderung belum mempraktikkan pengetahuan teknis secara optimal, baik karena keterbatasan sarana maupun kurangnya keterampilan aplikatif. Pengetahuan yang bersifat konseptual belum sepenuhnya diterjemahkan ke dalam tindakan nyata di lingkungan dapur. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman tentang sanitasi belum diiringi dengan kemampuan menerapkan prosedur kebersihan yang benar dan konsisten. Dengan kata lain, terdapat kesenjangan yang signifikan antara tahu dan mampu.

Kesenjangan tersebut kemungkinan besar dipengaruhi oleh sejumlah faktor struktural dan sosial yang menjadi hambatan dalam penerapan sanitasi teknis. Pertama adalah keterbatasan fasilitas fisik, seperti ukuran dapur yang sempit, kurangnya ventilasi, tidak adanya wastafel khusus, dan tidak tersedia tempat penyimpanan tertutup. Banyak rumah di Kelurahan Pucanganom dirancang secara tradisional tanpa mempertimbangkan standar sanitasi modern, sehingga ibu rumah tangga kesulitan melakukan adaptasi. Bahkan ketika pengetahuan dimiliki, keterbatasan infrastruktur menjadi penghalang utama untuk praktik nyata. Hal ini diperparah oleh kurangnya program renovasi dapur sehat di tingkat kelurahan yang dapat memperbaiki kondisi fisik rumah tangga secara kolektif. Maka, perlu adanya pendekatan pembangunan berbasis komunitas untuk meningkatkan kualitas sarana pendukung dapur sehat.

Faktor ekonomi juga memainkan peran penting dalam rendahnya penerapan sanitasi teknis oleh ibu rumah tangga. Banyak keluarga tidak memiliki cukup daya beli untuk menyediakan alat atau perlengkapan sanitasi yang memadai, seperti rak dapur tertutup, lemari pendingin dua pintu, atau dispenser air bersih. Dalam konteks kelurahan, pengeluaran rumah tangga seringkali diprioritaskan untuk kebutuhan pokok seperti pangan, pendidikan, dan transportasi, sehingga investasi pada sarana dapur dianggap bukan prioritas. Situasi ini menciptakan dilema antara kebutuhan kesehatan dan keterbatasan anggaran. Maka, strategi yang diusulkan harus

mempertimbangkan pendekatan berbasis biaya rendah dan teknologi tepat guna agar tetap relevan dan terjangkau. Pendekatan ini memungkinkan semua kelompok masyarakat dapat mengakses solusi sanitasi secara adil.

Di sisi lain, faktor sosial budaya dan kebiasaan lama turut memperkuat rendahnya penerapan sanitasi secara teknis. Kebiasaan seperti menyimpan peralatan dapur secara terbuka, mencuci alat masak hanya sekali sehari, atau menyatukan bahan makanan mentah dan matang dalam satu tempat penyimpanan merupakan praktik yang diwariskan dari generasi ke generasi. Praktik ini seringkali diterima begitu saja tanpa mempertimbangkan aspek kesehatan, karena dianggap sebagai "cara yang benar" berdasarkan pengalaman turun-temurun. Hal ini menjadikan perubahan perilaku sebagai proses yang kompleks, karena menyentuh aspek nilai, kepercayaan, dan norma komunitas. Maka, intervensi edukasi harus bersifat kontekstual dan tidak menghakimi, melainkan membimbing secara persuasif. Edukasi juga harus melibatkan tokoh masyarakat atau orang yang dipercaya sebagai agen perubahan.

Terakhir, rendahnya akses terhadap informasi dan pelatihan berbasis praktik juga menjadi penyebab utama belum optimalnya penerapan sanitasi dapur. Edukasi yang tersedia selama ini umumnya bersifat satu arah, seperti penyuluhan berkala atau pembagian leaflet, yang belum menyentuh dimensi praktik secara langsung. Tanpa bimbingan yang konkret dan berulang, informasi sulit untuk ditransformasikan menjadi keterampilan dan kebiasaan. Oleh karena itu, pendekatan edukatif yang lebih interaktif dan berbasis praktik sangat dibutuhkan, misalnya melalui demonstrasi, pelatihan kelompok, atau simulasi langsung di dapur warga. Selain itu, dukungan lintas sektor seperti PKK, Posyandu, sekolah, dan tokoh agama perlu dilibatkan agar pesan sanitasi menyebar luas dan diterima secara sosial. Dengan kolaborasi yang kuat dan pendekatan berbasis komunitas, penerapan sanitasi dapur yang ideal di kelurahan dapat lebih cepat tercapai dan berkelanjutan.

### **Hubungan Pengetahuan tentang Sanitasi Dapur dengan Kondisi Penerapan Sanitasi Dapur**

Hasil analisis bivariat menggunakan metode uji Chi-Square menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan ibu rumah tangga dengan praktik sanitasi dapur yang mereka terapkan ( $p = 0,932$ ). Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun secara deskriptif tampak bahwa mereka yang memiliki pengetahuan lebih tinggi cenderung menjalankan praktik sanitasi yang lebih baik, hubungan tersebut tidak cukup kuat untuk dianggap signifikan. Ketimpangan ini mengindikasikan bahwa perubahan perilaku dalam aspek kesehatan tidak dapat dijelaskan semata-mata oleh tingkat pengetahuan, sebab perilaku tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain. Pengetahuan memang krusial,

namun tidak selalu menjadi faktor dominan yang mendorong perubahan tindakan. Dalam kehidupan sehari-hari, perilaku higienis dipengaruhi pula oleh aspek non-kognitif seperti kondisi lingkungan tempat tinggal, keterbatasan ekonomi, serta nilai-nilai budaya yang dianut. Oleh karena itu, untuk memahami mengapa pengetahuan yang baik belum tentu melahirkan tindakan yang sesuai, pendekatan yang lebih komprehensif perlu diterapkan.

Salah satu kerangka teoretis yang dapat membantu menjelaskan fenomena ini adalah Health Belief Model (HBM). Menurut model ini, keputusan seseorang dalam menjalani perilaku sehat tidak hanya bertumpu pada pengetahuan yang dimiliki, melainkan juga pada persepsi mereka terhadap risiko kesehatan (seperti kerentanan dan keparahan), keyakinan akan manfaat tindakan pencegahan, hambatan yang dirasakan dalam menerapkan tindakan tersebut, serta keberadaan dorongan atau pemicu untuk bertindak. Dalam konteks masyarakat Kelurahan Pucanganom, bisa jadi sebagian ibu rumah tangga tidak merasa adanya ancaman yang signifikan dari kondisi dapur yang kurang higienis. Selain itu, mereka mungkin menganggap bahwa kendala seperti keterbatasan fasilitas atau waktu menjadi penghalang besar dalam menerapkan perilaku sanitasi yang benar. Faktor lain yang mungkin berperan adalah rendahnya kepercayaan diri (*self-efficacy*), yakni keyakinan akan kemampuan diri dalam mengubah kebiasaan. Tanpa adanya pelatihan praktis atau dukungan dari lingkungan sosial, pengetahuan yang hanya bersifat teoritis akan sulit diwujudkan dalam bentuk tindakan. HBM menekankan pentingnya sinergi antara dorongan internal dan eksternal untuk menciptakan perubahan perilaku yang nyata.

Penemuan ini juga konsisten dengan hasil studi Saputra (2023), yang menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan antara pengetahuan dan praktik sanitasi di lingkungan kantin sekolah. Studi tersebut menggarisbawahi bahwa tekanan waktu, rutinitas kerja, serta norma-norma sosial lebih berperan dalam memengaruhi perilaku dibandingkan pengetahuan formal. Temuan ini semakin memperkuat argumen bahwa pendekatan edukatif dalam isu sanitasi tidak cukup bila hanya berfokus pada penyampaian informasi. Perubahan perilaku menuntut transformasi lingkungan dan budaya. Dalam praktiknya, tindakan sehari-hari lebih sering ditentukan oleh kemudahan akses dan pengaruh sosial ketimbang oleh tingkat pemahaman individu. Oleh karena itu, pendekatan edukasi yang efektif harus mampu menyentuh ranah kognitif, afektif, dan psikomotorik, sehingga pengetahuan dapat menjadi dasar perubahan tindakan yang berkelanjutan. Tanpa integrasi antara aspek emosional dan keterampilan praktis, program pendidikan sanitasi akan kehilangan efektivitasnya.

Salah satu konsekuensi utama dari tidak ditemukannya hubungan yang signifikan ini adalah perlunya metode edukasi yang bersifat aplikatif dan partisipatif. Memberikan teori atau

modul pembelajaran semata tidak cukup untuk mengubah perilaku jika tidak disertai dengan pelatihan langsung dan dukungan sosial. Oleh karena itu, pendekatan edukatif harus menyesuaikan diri dengan kondisi lokal dan keterbatasan sumber daya masyarakat. Salah satu strategi yang relevan adalah demonstrasi langsung, seperti pelatihan membuat tempat cuci tangan dari ember bekas. Pendekatan ini terbukti efektif karena menggunakan bahan yang murah dan mudah diakses oleh warga (Noorratri et al., 2023; Ashlihah et al., 2023). Melalui keterlibatan langsung dan penggunaan alat yang sesuai dengan realitas masyarakat, proses pembelajaran menjadi lebih bermakna dan mampu membangun kebiasaan baru yang dapat bertahan dalam jangka panjang. Selain memberikan pengetahuan, metode ini juga memberdayakan warga untuk menjadi agen perubahan dalam rumah tangganya sendiri.

Selain itu, program pelatihan yang bersifat teknis seperti membuat rak dapur tertutup dari bahan lokal atau simulasi pemisahan bahan makanan mentah dan matang dalam kulkas satu pintu dapat membantu menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik. Intervensi ini tidak hanya menambah keterampilan baru, tetapi juga memperkuat kapasitas ibu rumah tangga dalam menata dapur sesuai dengan prinsip sanitasi (Cholid et al., 2022; Khazanah, 2020). Dengan memfokuskan upaya pada aspek teknis yang paling lemah, seperti pengelolaan ruang dan alat, maka perubahan perilaku dapat terjadi secara bertahap dan berkelanjutan. Pendekatan ini juga memperkuat rasa memiliki dan tanggung jawab warga terhadap kondisi lingkungan tempat tinggalnya. Melibatkan warga sebagai subjek utama dalam proses edukasi, bukan hanya sebagai objek, akan memberikan hasil yang lebih positif. Hal ini sejalan dengan prinsip *participatory learning* yang menekankan pentingnya pembelajaran aktif, kontekstual, dan kolaboratif.

Akhirnya, untuk menjamin keberhasilan program sanitasi di tingkat rumah tangga, pendekatan kolaboratif lintas sektor perlu diperkuat. Keterlibatan organisasi komunitas seperti PKK dan Posyandu sangat krusial karena mereka memiliki jaringan sosial yang kuat dan hubungan emosional dengan warga (Budilaksono et al., 2022). Lembaga keagamaan juga bisa mengambil peran penting dengan menyisipkan pesan-pesan kebersihan dalam setiap kegiatan keagamaannya, sehingga nilai-nilai sanitasi tidak hanya berdimensi medis, tetapi juga memiliki dasar moral dan spiritual (Ismail, 2023). Sekolah pun dapat dijadikan pintu masuk strategis dalam membentuk kebiasaan sanitasi keluarga melalui anak-anak yang berperan sebagai agen perubahan di rumah (Dayani et al., 2022). Dengan melibatkan anak-anak, proses edukasi akan bersifat berulang dan lintas generasi. Di samping itu, inisiatif komunitas seperti “Gerakan Dapur Sehat Mandiri” atau lomba kebersihan antar-RT dapat menjadi cara efektif dalam membangun budaya hidup bersih secara kolektif. Dengan pendekatan ini, perilaku

higienis tidak hanya menjadi kebiasaan individu, tetapi tumbuh menjadi norma sosial yang dijaga bersama.

## **5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pengetahuan sanitasi dengan penerapan sanitasi dapur pada ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom, dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut

1. Tingkat pengetahuan ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom terkait sanitasi tergolong cukup sampai tinggi.
2. Tingkat penerapan sanitasi dapur pada ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom berada pada kategori yang cukup baik.
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan penerapan sanitasi dapur pada ibu rumah tangga di Kelurahan Pucanganom

### **B. Saran**

Berikut beberapa saran yang didapatkan dari hasil penelitian ini:

1. Untuk Pemerintah Kelurahan Pucanganom diharapkan dapat melakukan edukasi dan pembinaan rutin mengenai pentingnya sanitasi, terutama di dapur rumah tangga. Program seperti kebersihan lingkungan rumah, penyuluhan kesehatan, atau kerja sama dengan puskesmas setempat dapat meningkatkan pemahaman dan perilaku Ibu Rumah Tangga terhadap sanitasi.
2. Untuk Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Pucanganom diharapkan untuk mulai meningkatkan kesadaran dan penerapan sanitasi dapur melalui Langkah-langkah sederhana yang dapat dilakukan secara mandiri. Ibu-ibu dapat memanfaatkan sumber informasi yang mudah diakses seperti video edukasi, atau mengikuti penyuluhan lingkungan untuk memahami pentingnya menjaga kebersihan.
3. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat memperluas pembahasan penelitian akan faktor yang mempengaruhi sanitasi dapur.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arianti, D. W., Ramlan, D., & Utomo, B. (2019). Hubungan kebersihan dapur dan konstruksi rumah dengan keberadaan tikus di rumah warga Dusun Majapahit Kelurahan Kalierang Kecamatan Bumiayu Kabupaten Brebes tahun 2018. *Buletin Keslingmas*, 38(2), 124–243. <https://doi.org/10.31983/keslingmas.v38i2.4881>
- Baryon. (2018). *Manajemen housekeeping hotel*. Alfabeta.

- Depantara, G. A., & Mahayana, I. M. B. (2019). Tinjauan keadaan fasilitas sanitasi obyek wisata Pura Tirta Sudamala Kelurahan Bebalang, Kabupaten Bangli tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 9(1), 73–80.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002). *Pemberantasan penyakit infeksi saluran pernapasan akut untuk penanggulangan pneumonia pada balita*. Jakarta: Depkes RI.
- Donsu, J. D. (2017). *Metodologi penelitian keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Duru, C. B., Iwu, A. C., Uwakwe, K., & Diwe, K. C. (2017). Environmental sanitation practices: A case study of solid waste management in semi-urban communities in Orlu, Imo State Nigeria. *Occupational Diseases and Environmental Medicine*, 5(4), 88–105. <http://dx.doi.org/10.4236/odem.2017.54009>
- Farisy, M. S., & Dwija, I. D. A. (2016). *Penyusunan buku cerita bergambar untuk pengenalan memasak kepada anak*. [Skripsi, Universitas Telkom].
- Gunawan, D. G., & Dewi, M. S. (2017). Taglio: Produk kreatif cutting board untuk ibu rumah tangga. *Seminar Nasional Seni dan Desain*.
- Huda, N. K. H. (2016). *Asuhan keperawatan praktis (Jilid 1, R. Hamdani, Ed.)*. MediAction.
- Isnaini, A. (2014). *Sanitasi lingkungan*. <http://eprints.walisongo.ac.id/>
- Kusumawati, I. D., Sunarko, & Sanjoto, T. B. (2015). Hubungan antara pengetahuan rumah sehat dan status sosial ekonomi dengan kualitas rumah tinggal penduduk di Desa Rowolaku Kecamatan Kajen Kabupaten Pekalongan. *Edu Geography*, 3(3), 45–54.
- Melani, K. (2020). *Gambaran tingkat pengetahuan dan kepatuhan higiene penjamah makanan di Instalasi Gizi RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo*. [Laporan Penelitian, Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta].
- Minantyo. (2011, September 15). *Perhatikan tips penting berikut untuk membuat dapur nyaman*. Kompas.com. <https://properti.kompas.com/read/2017/09/15/082600721/perhatikan-tips-pentingberikut-untuk-membuat-dapur-nyaman>
- Mulia, R. (2017). *Pengantar kesehatan lingkungan (Edisi pertama)*. Graha Ilmu.
- Mumtahinnah, N. (2019). Hubungan antara stres dengan agresi pada ibu rumah tangga yang tidak bekerja. [Skripsi, Universitas Gunadarma].
- Naibaho, E., & Wibowo, P. (2022). Analisis bangunan dapur Rumah Tahanan Negara Kelas I Labuhan Deli. *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha*, 10(1), 494–500.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu perilaku kesehatan (Edisi ke-2)*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2017). *Metode penelitian kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nugrahaningsih, D. (2018). Hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga dengan kondisi sanitasi rumah di Kelurahan Semanggi Kota Surakarta tahun 2016. [Skripsi, Program Studi Kesehatan Masyarakat].
- Okpala, C. O. R., & Ifeoma, M. E. (2019). Food hygiene/microbiological safety in the typical household kitchen: Some basic ‘must knows’ for the general public. *Journal of Pure and Applied Microbiology*, 13, 697–713.
- Rauf, R. (2013). *Sanitasi pangan & HACCP*. Graha Ilmu.
- Saputra, A. (2023). Hubungan pengetahuan dan sikap penjamah makanan dengan penerapan hygiene sanitasi makanan pada Ampera di Bangkinang Kota. *Jurnal Ilmiah Ilmu*

Kesehatan, 2(1). <https://doi.org/10.31004/jiik.v2i1.23210>

- Sukini, E. (1989). Pengawasan penyehatan lingkungan pemukiman. Departemen Kesehatan RI.
- Susanti, D. B., & Sukowiyono, G. (2019). Dapur sebagai dasar penataan ruang dalam mempertahankan kondisi termal hunian di daerah dingin. *PAWON: Jurnal Arsitektur*, 1(3), 11–24.
- Wang, Y., Li, S., Zhang, T., Zhang, D., & Ji, H. (2017). Supercooling suppression and thermal behavior improvement of erythritol as phase change material for thermal energy storage. *Solar Energy Materials and Solar Cells*, 171, 60–71.
- Wawan, A., & Dewi, M. (2017). Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia. *Nuha Medika*.
- Widiyanti, M. R., Puspitasari, D., & Satria, D. (2017). Inventarisasi dan keanekaragaman tanaman Araceae di Taman Nasional Lore Lindu, Sulawesi Tengah. *Jurnal Konservasi Keanekaragaman Hayati*, 5(2), 110–120.
- Yuliastri, Y., & Yulianto, A. (2018). Peranan hygiene dan sanitasi untuk menjaga kualitas makanan dan kepuasan tamu di Hotel Inna Garuda Yogyakarta. *Jurnal Khasanah Ilmu*, 4(2), 1–17.
- Yusuf, A. (2021). Edukasi pengetahuan sanitasi pada produksi kerupuk ikan di UD Sumber Rejeki Surabaya. *Jurnal Abdimas*, 5(1), 240–247.