

## PROMOSI KESEHATAN DENGAN MEDIA *AUDIOVISUAL* DAN *LEAFLET* PADA IBU DALAM MENCIPTAKAN RUMAH BEBAS ASAP ROKOK

Purwanta<sup>1,\*</sup>, Katarina Windhi Anggita Sari<sup>1</sup>, Yayi Suryo Prabandari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

\*) *E-mail*: purwanta@gmail.com

### ABSTRAK

Banyaknya ibu rumah tangga (IRT) yang menganggap biasa perilaku merokok anggota keluarganya akibat rendahnya pengetahuan tentang bahaya merokok. Penelitian terdahulu menyebutkan *audiovisual* dan *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan IRT dalam pengendalian rokok yang signifikan. **Tujuan:** Mengetahui pengaruh promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* pada pengetahuan, sikap, dan tindakan IRT dalam menciptakan rumah bebas asap rokok. **Metode:** jenis penelitian *quasi experimental nonequivalent control group design with pretest-posttest*. Pengambilan data pada Januari-Maret 2017 dilakukan menggunakan kuesioner pada 58 IRT, yang terdiri dari 27 sebagai kelompok intervensi dan 31 sebagai kelompok pembandingan. Data dianalisis menggunakan uji statistik *Wilcoxon, paired t-test, dan Mann-Whitney*. **Hasil:** Peningkatan pengetahuan dan tindakan terjadi pada kelompok intervensi dan pembandingan, sedangkan peningkatan sikap hanya terjadi pada kelompok intervensi ( $p < 0,05$ ). Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap antara kelompok intervensi dibandingkan kelompok pembandingan ( $p > 0,05$ ). Terdapat perbedaan yang signifikan nilai rerata tindakan pada pengambilan data *pretest-posttest I* kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok pembandingan ( $p = 0,043$ ), tetapi hasil *posttest I-posttest II* tidak menunjukkan perbedaan nilai rerata tindakan yang signifikan pada kedua kelompok ( $p > 0,05$ ). **Diskusi:** Terdapat peningkatan pengetahuan yang signifikan pada kelompok intervensi yang diberikan media *audiovisual* dan *leaflet* karena informasi dari *audiovisual* dapat dipahami oleh semua tingkat pendidikan. Kelompok pembandingan menunjukkan peningkatan pengetahuan dengan promosi kesehatan menggunakan *leaflet* karena juga disertai penjelasan secara lisan oleh peneliti. Tidak ada perbedaan bermakna pada peningkatan sikap antara kelompok intervensi dan pembandingan. **Kesimpulan:** Promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan IRT dalam menciptakan rumah bebas asap rokok.

**Kata kunci:** *audiovisual*, ibu rumah tangga, *leaflet*, rumah bebas asap rokok

### *Health Promotion Through Audiovisual and Leaflet for Housewives to Create Smoke Free Home*

#### ABSTRACT

Many housewives (IRT) consider the smoking behavior of their family members to be normal due to low knowledge about the dangers of smoking. Previous studies have stated that *audiovisuals* and *leaflets* can significantly increase the knowledge, attitudes, and actions of IRT in controlling cigarettes. **Objective:** To investigate the effect of health promotion through *audiovisual* and *leaflet* for housewives's knowledge, attitude and behaviour to create smoke free home. **Methods:** *Quasi experimental with non-equivalent pretest-posttest design* were conducted with 58 housewives that consisted of 27 housewives as intervention group treated with health promotion through *audiovisual* and *leaflet* and 31 housewives as control group treated with health promotion through *leaflet*. Data was collected in questionnaire from January-March 2017. Data was analyzed using *Wilcoxon, paired t-test dan Mann-Whitney*. **Results:** Improved knowledge and behaviour occurred in both groups, whereas improved attitude only occurred in intervention group ( $p < 0.05$ ). There was no significantly difference in knowledge and attitude of intervention and control group

( $p > 0.05$ ). There was statistically significant difference ( $p = 0.043$ ) in the average mean on behaviour in pretest-posttest I between intervention group and control group, but in pretest-posttest II, posttest I-posttest II there was no statistically difference in the average mean behaviour between both group ( $p > 0.05$ ). **Discussion:** there was a significant increase in knowledge in the intervention group who were given audiovisual media and leaflets because information from audiovisuals could be understood by all level of educations. The comparison group showed an increase knowledge with health promotion using leaflets because it was also accompanied by an oral explanation by the researcher. There was no significant difference in attitude improvement between the intervention and comparison group. **Conclusion:** Health promotion through audiovisual and leaflet can improve housewives's knowledge, attitude and behaviour to create smoke free home.

**Keywords:** audiovisual, housewives, leaflet, smoke free home

## LATAR BELAKANG

Perokok aktif di Indonesia menempati posisi pertama se-Asia dengan prevalensi yaitu 73,3% dari penduduk laki-laki serta 3,8% dari penduduk perempuan (*World Health Organization/WHO*, 2015b). Lebih dari lima juta orang meninggal akibat menjadi perokok aktif dan tidak kurang 600.000 jiwa meninggal karena menjadi perokok pasif yang terpapar *second-hand smoke* (*WHO*, 2015a). Pada kebijakan Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta tentang kawasan dilarang merokok dijelaskan terdapat tujuh area yang memiliki larangan untuk merokok. Akan tetapi, untuk larangan merokok di dalam rumah belum ada aturan yang jelas, padahal salah satu dari sepuluh indikator perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah tidak merokok di dalam rumah (Lamawati, 2011). Gerakan rumah bebas asap rokok diciptakan agar semua anggota keluarga terlindung dari bahaya asap rokok. Adanya pembatasan merokok di dalam rumah menunjukkan rendahnya paparan asap rokok, hasilnya akan semakin rendah jika anggota keluarga dapat memberlakukan rumah bebas asap rokok secara lengkap (Akhtar, dkk., 2009).

Domain terpenting dalam promosi kesehatan untuk membentuk tindakan seseorang adalah pengetahuan (kognitif). Pengetahuan akan merangsang individu untuk mengubah sikap bahkan tindakan seorang individu (Nursalam & Efendi, 2008). *Audiovisual* merupakan media untuk menyampaikan

informasi yang melibatkan indera pendengaran dan penglihatan. Selain memiliki pengaruh besar terhadap aspek informasi dan persuasi, *audiovisual* juga berkontribusi dalam perubahan perilaku masyarakat (Utari & Novayelinda, 2014). Penelitian Utami, dkk. (2015) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai *posttest* ( $p = 0,00$ ) baik pada kelompok intervensi dengan *leaflet* maupun kelompok kontrol dengan *audiovisual*.

Riset kesehatan dasar tahun 2007 menyebutkan bahwa perempuan (54,5%) rentan menjadi perokok pasif (*Tobacco Control Support Center/TCSC*, 2012). IRT berperan dalam menjaga kesehatan keluarga dengan mengingatkan anggota keluarga untuk hidup sehat (Dewi, Weinehall, & Ohman, 2010). Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah IRT menganggap hal yang biasa jika ada anggota keluarga yang merokok di dalam rumah karena kurangnya pengetahuan mengenai bahaya rokok (Desiana & Prabandari, 2011).

Rajantran (2015) meneliti tentang hubungan pengetahuan dengan tindakan asertif perokok pasif terhadap suami yang merokok. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan tentang perokok pasif bukan merupakan prediktor yang signifikan dalam menentukan tingkat asertivitas supaya suami tidak merokok di dalam rumah. Akan tetapi dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa perempuan yang memiliki pengetahuan yang baik 1,017 kali lebih asertif dibandingkan dengan perempuan dengan pengetahuan yang

kurang. Meskipun secara budaya dan sosial pengaruh perempuan untuk menciptakan rumah bebas asap rokok terbatas, tetapi itu mungkin bisa dilakukan jika orang dipaparkan mengenai bahaya dari *secondhand smoke*. Selain itu, penelitian Kaufman, dkk. (2014) menyebutkan bahwa beberapa laki-laki mengungkapkan bahwa perempuan lebih baik dalam meminta perokok agar berhenti atau menjauh dari yang bukan perokok, terlebih bahwa perokok tidak ingin terlibat pertengkaran dengan perempuan.

Kabupaten Sleman merupakan salah satu kabupaten yang belum memiliki peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok, selain itu kegiatan promosi kesehatan di Kabupaten Sleman juga lebih rendah, yaitu sebanyak 2.892 kegiatan jika dibandingkan dengan Kabupaten Bantul yang memiliki kegiatan promosi kesehatan tertinggi yaitu, sebanyak 175.129 kegiatan promosi kesehatan (Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta/Dinkes DIY, 2015). Wilayah kerja Puskesmas Pakem memiliki angka Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) lebih rendah daripada rata-rata PHBS Kabupaten Sleman (Dinkes Kabupaten Sleman, 2013). Data Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2014 menunjukkan bahwa perilaku tidak merokok di dalam rumah merupakan indikator terendah dalam penerapan PHBS (Dinkes DIY, 2015).

Hargobinangun merupakan salah satu desa di wilayah kerja Puskesmas Pakem. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, tokoh setempat mengatakan bahwa 50-75% warga menjadi perokok. Selain itu, sebagian besar padukuhan di desa tersebut yang belum memiliki aturan mengenai merokok di dalam rumah. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh promosi kesehatan dengan media *audiovisual* pada pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam menciptakan rumah bebas asap rokok.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian *quasi experimental nonequivalent control group design with pre test-post test*. Subjek penelitian merupakan IRT sehingga penerima intervensi hanya IRT tersebut. Kelompok intervensi diberi promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*, sedangkan kelompok pembandingan diberi promosi kesehatan dengan *leaflet* saja. Penelitian dilakukan pada bulan Januari-Maret 2017 di Dusun Wonorejo dan Pandanpuro, Desa Hargobinangun, Pakem, Sleman. Responden dipilih dengan teknik *purposive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu bersedia menjadi responden, tinggal dengan suami yang merokok di dalam rumah, perempuan sudah menikah dan masih menikah.

Sampel adalah bagian terkecil dari populasi yang diukur oleh peneliti. Dempsey & Dempsey (2002) menyatakan bahwa sampel sebesar 30 atau lebih dianggap mewakili populasi. Dengan mempertimbangkan kemungkinan *drop out*, maka peneliti menambah 10% dari sampel minimal, yaitu sebanyak 33 responden untuk masing-masing kelompok. Jumlah responden pada kelompok pembandingan sebanyak 33 orang dan kelompok intervensi sebanyak 34 orang. Sebanyak tujuh orang dari kelompok intervensi dan dua orang dari kelompok pembandingan dinyatakan *drop out* dikarenakan tidak mengikuti penyuluhan atau tidak mengikuti pengisian *posttest*.

Kelompok intervensi dikumpulkan dalam satu ruangan dan diberikan pemaparan oleh satu orang asisten penelitian menggunakan video berdurasi 18 menit 8 detik dari *Quit Tobacco Indonesia* (QTI), Pusat Perilaku Dan Promosi Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Video didapatkan dari izin Pusat Perilaku Dan Promosi Kesehatan FK UGM. Video yang ditampilkan berisikan bahaya rokok, macam-macam penyakit

akibat rokok, perokok pasif dan bahayanya, kandungan toksin dari asap rokok, survei rumah tangga tentang rokok serta deklarasi rumah bebas asap rokok. Setelah video selesai, kelompok intervensi diberikan *leaflet* yang dibuat oleh peneliti. *Leaflet* diberikan pada kedua kelompok penelitian. *Leaflet* dibuat berdasarkan panduan rumah bebas asap rokok dari *QTI* tahun 2013 yang berisi tentang kandungan rokok, bahaya rokok dan asap rokok, perokok pasif serta rumah bebas asap rokok.

Pengambilan data dilakukan menggunakan instrumen yang dibuat oleh peneliti sendiri serta modifikasi dari kuesioner *QTI*, Puspitasari (2016), dan Utami (2015) terdiri dari 9 item pertanyaan pengetahuan, 9 item pernyataan sikap, dan 9 item pertanyaan tindakan tentang rumah bebas asap rokok. Validitas dan reliabilitas instrumen diujikan pada 30 orang. Alat ukur pengetahuan didapatkan nilai reliabilitas dengan *Gutmann Split-Half Coefficient* sebesar 0,634 dengan rentang nilai validitas setiap pertanyaan bernilai 0,433-0,665 dan dinyatakan valid dengan  $r$  tabel 0,374. Alat ukur sikap, dengan jumlah responden yang sama didapatkan nilai reliabilitas *Cronbach alpha* sebesar 0,796 dengan rentang nilai validitas bernilai 0,386 -0,628, sedangkan alat ukur tindakan didapatkan nilai reliabilitas dengan *Gutmann Split-Half Coefficient* sebesar 0,658 dengan nilai validitas setiap pertanyaan antara 0,450- 0,621.

Uji univariat digunakan untuk mengukur karakteristik responden. Karakteristik responden diuji homogenitas menggunakan *chi square*. Uji normalitas dengan tes *Shapiro-Wilk* digunakan untuk mengetahui distribusi data pengetahuan, sikap, dan tindakan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok pembandingan. Variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok pembandingan didapatkan bahwa data terdistribusi tidak normal. Data pengetahuan dan tindakan pada

kelompok intervensi terdistribusi tidak normal, sedangkan data sikap terdistribusi normal. Berdasarkan hasil tersebut, untuk melihat perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu tentang Rumah Bebas Asap Rokok (RBAR) sebelum dan sesudah pada kelompok pembandingan menggunakan uji *wilcoxon*. Pengetahuan dan tindakan ibu tentang RBAR sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi menggunakan uji *Wilcoxon*, sedangkan sikap diuji menggunakan *paired t-test*. Untuk membandingkan pengaruh promosi kesehatan RBAR pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan menggunakan uji *Mann-Whitney*.

Penelitian ini telah memenuhi syarat etik oleh komisi etik penelitian kedokteran dan kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Surat etik bernomor KE/FK/0111/EC/2017. Responden yang bersedia untuk mengikuti penelitian menandatangani lembar persetujuan dan peneliti tidak memaksa ketika responden menolak untuk mengikuti penelitian.

## HASIL

Responden dalam penelitian ini sebanyak 58 orang, terdiri dari kelompok intervensi ( $n=27$ ) dan kelompok pembandingan ( $n=31$ ). Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden pada semua variabel di kedua kelompok memiliki karakteristik yang sama atau homogen ( $p>0,05$ ). Tabel 2 menunjukkan perbandingan skor *pretest* pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan. Tidak ada perbedaan bermakna pada kedua kelompok dari segi skor pengetahuan dan tindakan, namun ada perbedaan bermakna pada skor sikap. Rerata skor sikap pada kelompok pembandingan lebih tinggi dibandingkan kelompok intervensi. Berdasarkan hasil dari Tabel 2 ini pada analisis selanjutnya digunakan selisih skor sikap *posttest* dan *pretest* (delta).

**Tabel 1.** Karakteristik responden pada kelompok intervensi (n=27) dan kelompok pembanding (n=31)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=27)		Kelompok Pembanding (n=31)		p value
	f	%	f	%	
Umur (tahun)					
15-25	2	7,4	0	0	0,357
26-45	16	59,3	20	64,5	
46-65	9	33,3	10	32,3	
>65	0	0	1	3,2	
Pekerjaan					
PNS	0	0	2	6,5	0,088
Mengurus rumah	17	63,0	18	58,1	
Petani	5	18,5	3	9,7	
Wiraswasta	2	7,4	3	9,7	
Lain-lain	3	11,1	5	16,1	
Pendidikan					
SD	5	18,5	4	12,9	0,701
SMP	7	25,9	7	22,6	
SMA/SMK	13	48,1	15	48,4	
Diploma	0	0	2	6,5	
Sarjana	2	7,4	3	9,7	
Paparan informasi tentang RBAR					
Pernah	24	88,9	22	71,0	0,093
Tidak pernah	3	11,1	9	29,0	
Paparan video RBAR					
Pernah	13	48,1	12	38,7	0,469
Tidak pernah	14	51,9	19	61,3	
Batang rokok yang suami hisap per hari					
1-10	21	77,8	25	80,6	0,788
Lebih dari 11	6	22,2	6	19,5	

Perbedaan rerata nilai *pretest-posttest* pada kelompok intervensi maupun kelompok pembanding menggunakan uji *Wilcoxon* karena data tidak terdistribusi normal. Berdasarkan Tabel 3, nilai *pretest-posttest* I pada kelompok intervensi diperoleh selisih nilai rerata sebesar 1,15 dengan nilai signifikansi  $p=0,000$  sehingga terdapat perbedaan yang signifikan berupa peningkatan rerata nilai pengetahuan sebelum dan dua minggu setelah diberikan promosi

kesehatan dengan menggunakan media *audiovisual* dan *leaflet*. Selisih nilai rerata pengetahuan pada *pretest-posttest* I kelompok pembanding 0,84 dan bermakna secara statistik  $p=0,006$ . Hasil uji *Mann-Whitney* untuk mengetahui perbedaan rerata nilai pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan tentang rumah bebas asap rokok pada kedua kelompok didapatkan nilai signifikansi  $p=0,243$  ( $p>0,05$ ). Nilai tersebut

**Tabel 2.** Hasil perbandingan nilai *pretest* pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok intervensi (n=27) dan kelompok pembanding (n=31)

Variabel	Kelompok intervensi (n=27)	Kelompok Pembanding (n=31)	p value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Pengetahuan	7,07±1,47	7,45±1,59	0,206
Sikap	26,79±3,04	29,10±4,25	0,016
Tindakan	3,78±1,63	4,26±1,34	0,186

**Tabel 3.** Hasil penilaian dan perbandingan pengetahuan pada *pretest*, *posttest* I kelompok intervensi (n=27) dan kelompok pembanding (n=31)

Kelompok	Nilai Pretest (Mean± SD)	Nilai Posttest I (Mean± SD)	Selisih nilai rerata	p value <sup>a</sup>	p value <sup>b</sup>
Intervensi	7,07 ± 1,47	8,22± 1,05	1,15	0,000*	0,243
Pembanding	7,45± 1,59	8,29± 0,69	0,84	0,006*	

a = nilai p berdasarkan uji wilcoxon

b = nilai p berdasarkan uji Mann-Whitney

\* = uji beda signifikan *pretest*, *posttest* secara terpisah pada kelompok intervensi dan pembanding.

menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan nilai rerata pengetahuan pada kedua kelompok.

Analisis *paired t-test* terhadap perubahan sikap pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa terjadi peningkatan yang bermakna pada pengukuran nilai rerata hasil *pretest* dengan *posttest*. Nilai *pretest-posttest* I, terjadi perubahan nilai rerata 2,21 dengan nilai signifikansi p=0,001. Demikian pula pada *pretest- posttest* II terjadi perubahan nilai rerata 2,02 dan bermakna secara statistik (p<0,05). Nilai rerata *posttest* I-*posttest* II

mengalami penurunan dengan selisih nilai rerata -0,19, akan tetapi tidak signifikan p=0,765. Perubahan sikap pada kelompok pembanding diuji menggunakan uji *Wilcoxon*. Berdasarkan Tabel 4, nilai *pretest-posttest* I mengalami peningkatan 0,9, akan tetapi tidak signifikan secara statistik (p>0,05), begitu pula dengan nilai *pretest-posttest* II yang memiliki selisih rerata sebesar 0,03 dan perubahan tersebut secara statistik tidak signifikan. Nilai *posttest* I-*posttest* II, terdapat penurunan nilai rerata sebesar -0,87 dan bermakna secara statistik p=0,035.

**Tabel 4.** Hasil penilaian dan perbandingan sikap pada *pretest*, *posttest* I, *posttest* II kelompok intervensi (n=27) dan kelompok pembanding (n=31)

Hasil	Kelompok	Nilai (Mean±SD)	Selisih nilai rerata	p value	p value <sup>c</sup>	
<i>Pretest-Posttest</i> I	Intervensi	<i>Pretest</i> 26,79± 3,04	<i>Posttest</i> I 29,00± 3,33	2,21	0,001 <sup>a*</sup>	0,162
	Pembanding	<i>Pretest</i> 29,10± 4,25	<i>Posttest</i> I 30,00± 4,24	0,9	0,155 <sup>b</sup>	
<i>Pretest-Posttest</i> II	Intervensi	<i>Pretest</i> 26,79± 3,04	<i>Posttest</i> II 28,81± 3,25	2,02	0,005 <sup>a*</sup>	0,102
	Pembanding	<i>Pretest</i> 29,10± 4,25	<i>Posttest</i> II 29,13± 4,32	0,03	0,702 <sup>b</sup>	
<i>Posttest</i> I- <i>Posttest</i> II	Intervensi	<i>Posttest</i> I 29,00± 3,39	<i>Posttest</i> II 28,81± 3,25	-0,19	0,765 <sup>a</sup>	0,813
	Pembanding	<i>Posttest</i> I 30,00± 4,24	<i>Posttest</i> II 29,13± 4,32	-0,87	0,035 <sup>b*</sup>	

a= nilai p berdasarkan *paired t-test*

b= nilai p berdasarkan uji *Wilcoxon*

c= nilai p berdasarkan uji *Mann-Whitney*

\*= uji beda signifikan *pretest*, *posttest* secara terpisah pada kelompok intervensi dan pembanding.

Perbandingan perubahan nilai selisih nilai rerata *pretest-posttest* I memiliki nilai signifikansi pada kedua kelompok 0,162 sehingga secara statistik perbedaan antara kelompok intervensi dan pembandingan tidak bermakna. Selisih nilai rerata *pretest-posttest* II pada kelompok intervensi sebesar 2,02 dan 0,03 pada kelompok pembandingan. Hal tersebut menunjukkan terdapat perubahan nilai sikap saat sebelum dan empat minggu setelah intervensi pada masing-masing kelompok, tetapi secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ( $p > 0,05$ ) antara metode promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* dengan promosi kesehatan dengan *leaflet* saja. Terdapat penurunan selisih nilai rerata *posttest* I-*posttest* II pada masing-masing kelompok dengan nilai signifikansi  $p = 0,813$ , sehingga secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan pembandingan.

Berdasarkan Tabel 5, terdapat perbedaan rerata nilai *pretest-posttest* I tindakan kelompok intervensi dengan selisih nilai rerata 1,7 dan nilai signifikansi  $p = 0,000$ , sehingga

dapat diartikan bahwa terdapat peningkatan signifikan antara nilai rerata tindakan sebelum dan dua minggu setelah intervensi diberikan. Selisih nilai rerata *pretest-posttest* II sebesar 1,55 dan bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ), sedangkan antara data tindakan *posttest* dua minggu dan *posttest* empat minggu setelah intervensi tidak ada perbedaan yang signifikan

Perubahan nilai rerata *pretest-posttest* I tindakan pada kelompok pembandingan sebesar 0,93 dengan nilai signifikansi  $p = 0,007$ , yang berarti terdapat peningkatan nilai rerata tindakan yang bermakna sebelum dan dua minggu setelah pemberian promosi kesehatan dengan *leaflet*. Nilai rerata sebelum dan empat minggu setelah intervensi diberikan, kelompok pembandingan mengalami peningkatan yaitu 1,13 dan bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ). Selisih rerata *posttest* I-*posttest* II sebesar 0,2 dengan nilai signifikansi 0,302, sehingga dapat diartikan bahwa nilai rerata dua minggu dan empat minggu setelah intervensi ada peningkatan nilai rerata tetapi tidak signifikan.

Uji *Mann-Whitney* untuk mengetahui perbandingan perubahan nilai selisih nilai

**Tabel 5.** Hasil penilaian dan perbandingan tindakan pada *pretest*, *posttest* I, *posttest* II kelompok intervensi ( $n = 27$ ) dan kelompok pembandingan ( $n = 31$ )

Hasil	Kelompok	Nilai (Mean±SD)		Selisih nilai rerata	<i>p value</i> <sup>a</sup>	<i>p value</i> <sup>b</sup>
<i>Pretest-Posttest</i> I	Intervensi	<i>Pretest</i> 3,78± 1,63	<i>Posttest</i> I 5,48± 1,67	1,7	0,000*	0,043 <sup>†</sup>
	Pembandingan	<i>Pretest</i> 4,26± 1,34	<i>Posttest</i> I 5,19± 1,83	0,93	0,007*	
<i>Pretest-Posttest</i> II	Intervensi	<i>Pretest</i> 3,78± 1,63	<i>Posttest</i> II 5,33± 1,54	1,55	0,000*	0,152
	Pembandingan	<i>Pretest</i> 4,26± 1,34	<i>Posttest</i> II 5,39± 2,03	1,13	0,003*	
<i>Posttest</i> I- <i>Posttest</i> II	Intervensi	<i>Posttest</i> I 5,48± 1,67	<i>Posttest</i> II 5,33± 1,54	-0,15	0,613	0,164
	Pembandingan	<i>Posttest</i> I 5,19± 1,83	<i>Posttest</i> II 5,39± 2,03	0,2	0,302	

a= nilai p berdasarkan uji *Wilcoxon*

b= nilai p berdasarkan uji *Mann-Whitney*

\*= uji beda signifikan *pretest*, *posttest* secara terpisah pada kelompok intervensi dan pembandingan.

†= uji beda signifikan antara kelompok intervensi dan pembandingan.

rerata *pretest-posttest* I menunjukkan nilai signifikansi pada kedua kelompok  $p=0,043$ . Hal tersebut menunjukkan terdapat perubahan nilai tindakan saat sebelum dan dua minggu setelah intervensi pada masing-masing kelompok dan secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara metode promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* dengan promosi kesehatan dengan *leaflet* saja. Perbandingan perubahan nilai selisih nilai rerata *pretest-posttest* II dan *posttest I- posttest II* memiliki nilai signifikansi pada kedua kelompok  $p=0,152$  dan  $p=0,164$  sehingga perbedaan tidak bermakna secara statistik.

## DISKUSI

### **Pengaruh promosi kesehatan melalui media *audiovisual* dan *leaflet* maupun dengan *leaflet* saja terhadap pengetahuan IRT tentang rumah bebas asap rokok**

Penelitian ini melaporkan adanya peningkatan yang signifikan nilai rerata pengetahuan sebelum dan dua minggu sesudah diberikan intervensi. Hasil tersebut selaras dengan hipotesis peneliti bahwa promosi kesehatan dengan *audiovisual* dan *leaflet* berpengaruh terhadap pengetahuan IRT tentang rumah bebas asap rokok. Media *audiovisual* disertai *leaflet* pada penelitian ini mencakup mengenai bahaya dan dampak asap rokok, kandungan zat yang terdapat dalam rokok serta dijelaskan mengenai pentingnya diadakan rumah bebas asap rokok di masyarakat. Selain itu, materi-materi dalam video ini disampaikan oleh beberapa tenaga kesehatan. Media *audiovisual* memberikan pesan potensial seperti pertemuan klinik dengan tenaga profesional bahkan seorang konselor awan (Risica, dkk., 2017).

Latar belakang responden pada penelitian ini dari sekolah dasar hingga perguruan tinggi. Data menyebutkan terdapat peningkatan pengetahuan yang signifikan pada

kelompok intervensi yang diberikan media *audiovisual* dan *leaflet*. Hal tersebut dapat disebabkan oleh informasi dari *audiovisual* dapat dipahami oleh semua tingkat pendidikan. Meppelink, dkk. (2015) menyatakan bahwa pesan melalui animasi *audiovisual* merupakan cara untuk menginformasikan pendidikan kesehatan kepada orang yang memiliki pendidikan atau melek huruf yang rendah serta animasi *audiovisual* juga tidak memiliki efek negatif untuk orang yang memiliki melek huruf yang tinggi.

Kelompok pembanding yang diberi promosi kesehatan dengan menggunakan *leaflet* juga menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan ( $p<0,05$ ). Peningkatan pengetahuan dengan menggunakan *leaflet* pada penelitian ini dapat disebabkan oleh promosi kesehatan dengan *leaflet* tidak hanya diberikan kepada responden saja, tetapi isi *leaflet* juga ikut dijelaskan secara lisan oleh peneliti. *Leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan juga ditemukan pada penelitian Sustersic, dkk. (2013). Pasien yang diberikan *leaflet* oleh dokter saat konsultasi secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan *leaflet*. *Leaflet* merupakan media pendukung dalam penyampaian informasi secara lisan atau merupakan pengganti informasi jika tidak cukup waktu.

Peningkatan rerata nilai pengetahuan terjadi pada kedua kelompok, namun peningkatan rerata pengetahuan pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok pembanding walaupun secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna untuk pengetahuan (Tabel 3). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Utami (2015) bahwa penyuluhan dengan *leaflet* maupun penyuluhan dengan video dapat meningkatkan pengetahuan ketua RT tentang bahaya rokok untuk pengendalian rokok di rumah tangga yang bermakna ( $p<0,05$ )

sebelum dan dua minggu sesudah diberikan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Suhertusi, dkk., 2015) bahwa pengetahuan IRT tentang ASI eksklusif setelah pemberian promosi kesehatan lebih dapat meningkat melalui media film daripada *leaflet*. Sedangkan penelitian Utami (2015) menyebutkan bahwa kelompok yang diberi penyuluhan *leaflet* menunjukkan peningkatan yang lebih tinggi daripada kelompok penyuluhan video, sedangkan pada penelitian ini kelompok yang diberi penyuluhan dengan *leaflet* lebih menunjukkan peningkatan lebih rendah daripada kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*. Perbedaan hasil tersebut dapat disebabkan oleh perbedaan perlakuan yang diberikan. Pada penelitian Utami (2015), kelompok perlakuan diberi penyuluhan *leaflet* dan kelompok kontrol diberi penyuluhan dengan video, sedangkan pada penelitian ini kelompok pembandingan diberi *leaflet* dan kelompok intervensi diberikan promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*.

Ada hubungan positif antara paparan media dengan pengetahuan seseorang. Hasil penelitian Lestari (2011) menunjukkan terdapat hubungan antara paparan media dengan pengetahuan responden mengenai influenza dengan nilai  $p=0,001$ . Penerimaan dan pengolahan informasi semakin besar apabila semakin banyak alat indra yang digunakan. Pemberian informasi dengan media *audiovisual* dapat lebih mudah diproses daripada informasi dengan menggunakan media tertulis (Alter & Oppenheimer, 2009).

Pada kedua kelompok responden baik kelompok intervensi maupun pembandingan mayoritas keduanya pernah mendapat informasi dan melihat video mengenai rumah bebas asap rokok. Selain itu, persebaran tingkat pendidikan dan pekerjaan diantara dua kelompok juga tidak jauh berbeda. Berdasarkan penelitian, beberapa hal meliputi media (televisi, koran,

internet) dan lingkungan (sekolah, guru, teman, orang tua) menjadi sumber seseorang dalam memperoleh pengetahuan, dimana televisi menjadi urutan pertama sumber pengetahuan terkait rokok yang disebutkan oleh perokok dan bukan perokok (Xu, dkk., 2016). Berdasarkan penelitian Fenton, dkk. (2014), peningkatan pengetahuan terkait bahaya merokok dan pemberian informasi terkait pencegahan maupun pengurangan penggunaan tembakau berhubungan dengan dukungan terhadap rumah bebas asap rokok.

#### **Pengaruh promosi kesehatan melalui media *audiovisual* dan *leaflet* maupun dengan *leaflet* saja terhadap sikap IRT tentang rumah bebas asap rokok**

Hasil penilaian sikap pada kelompok intervensi menunjukkan terdapat peningkatan sikap yang bermakna secara statistik pada saat *pretest-posttest* I dan *pretest-posttest* II dengan nilai yang cenderung tetap setelah dilakukan *follow up* empat minggu karena hasil *posttest* I-*posttest* II menunjukkan  $p>0,05$  (tabel 4). Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh Huang, dkk. (2013) yang menggunakan model *transtheoretical* untuk meningkatkan pengetahuan, pengalaman, dan proses perilaku IRT hamil, dan IRT yang memiliki anak agar tidak menjadi perokok pasif. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa responden, terutama IRT hamil yang diperlihatkan video dan setelah itu mendapatkan materi edukasi, memiliki nilai *posttest* sikap positif yang signifikan lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Peningkatan sikap pada pengambilan *posttest* I dan *posttest* II pada kelompok intervensi dapat disebabkan oleh adanya peningkatan pengetahuan. Pengetahuan mempunyai peran dalam penentuan sikap seseorang. Penelitian Puspitasari (2016) menyebutkan terdapat hubungan antara pengetahuan tentang rokok dengan sikap merokok di dalam rumah

( $p=0,0009$ ).

Adanya penurunan nilai sikap *posttest I-posttest II* namun secara statistik tidak bermakna menunjukkan bahwa terdapat keajegan sikap IRT setelah dilakukan promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*. Keajegan atau kestabilan sikap tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor pendirian, elaborasi pesan yang disampaikan, kepentingan masalah, pengetahuan, serta pengalaman individu (Petty & Krosnick, 2014). Keajegan sikap pada penelitian ini dapat disebabkan oleh dukungan keluarga dan pesan yang disampaikan melalui media. Slater (2015) menyebutkan bahwa terdapat kecenderungan umpan balik positif dalam penggunaan media dan mendorong sikap pada batas waktu tertentu (selama proses sosialisasi) tetapi pada titik tertentu umpan balik positif tersebut akan berhenti.

Pengaruh dan dukungan positif terhadap aturan rumah bebas asap rokok yang diberikan kepada anggota keluarga yang merokok dan anggota keluarga lain dapat membantu implementasi kepatuhan aturan tersebut (Wilson, dkk., 2013). Aturan rumah bebas asap rokok lebih mungkin disikapi secara positif oleh rumah tangga dengan 2 orang tua, orang tua yang berpendidikan tinggi, dan orang tua yang memiliki bayi maupun anak-anak (Zhang, Martinez-Donate, & Rhoads, 2015). Adanya orang dewasa atau keluarga lain yang bukan perokok untuk memlulai menciptakan rumah bebas asap rokok (Kegler, dkk., 2007).

Perubahan sikap pada kelompok pembanding menunjukkan terdapat peningkatan selisih nilai rerata pada *pretest-posttest I* dan *pretest-posttest II* akan tetapi peningkatan tersebut tidak menunjukkan perubahan yang bermakna, sedangkan pada *posttest I-posttest II* nilai mengalami penurunan yang tidak signifikan ( $p>0,05$ ). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Utami (2015) yang menyebutkan bahwa *leaflet* bermakna secara statistik dalam meningkatkan sikap

pengendalian rokok oleh ketua RT. *Leaflet* berguna untuk alat komunikasi tambahan dalam menginformasikan, mengedukasi dan mengajak orang mengenai isu kesehatan. Meskipun demikian, apabila *leaflet* diberikan tanpa mengajak secara lisan dampaknya akan kurang berpengaruh (Wilde, dkk., 2015). Pada penelitian ini, peneliti sudah menginformasikan informasi dalam *leaflet* secara lisan. Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat terjadi karena nilai rerata *pretest* pada kelompok pembanding sudah tinggi yaitu  $29,10 \pm 4,25$ , sehingga menyebabkan pengaruh dari promosi dengan *leafet* dalam meningkatkan sikap tidak signifikan.

Secara statistik tidak ada perbedaan sikap yang bermakna antara kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan menggunakan *audiovisual* dan *leaflet* dan kelompok yang diberikan promosi kesehatan dengan menggunakan *leaflet* saja. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Nubatonis & Widyanti (2009) bahwa pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* lebih efektif dibandingkan dengan pendidikan kesehatan dengan menggunakan *leaflet* ( $p>0,05$ ) dalam memengaruhi sikap kebersihan gigi dan mulut anak SD. Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena sampel pada penelitian Nubatonis & Widyanti (2009) adalah anak SD sedangkan sampel penelitian ini adalah IRT. Berdasarkan karakteristik responden, pengalaman IRT yang sudah cukup banyak mengenai paparan informasi tentang RBAR baik yang berasal dari penyuluhan maupun media massa. Hal tersebut dapat merupakan salah satu faktor tingginya nilai *pretest* sikap pada kedua kelompok. Hasil pengukuran sikap IRT setelah empat minggu didapati mengalami penurunan pada kedua kelompok namun tidak bermakna. Wibawa (2007) menyatakan bahwa pada umumnya orang akan lupa dengan cepat setelah pertama kali belajar dan kemudian pengurangan tersebut akan berangsur-angsur mengecil. Kedua

kelompok nilai sikap *posttest I-posttest II* mengalami penurunan, namun demikian selisih penurunan sikap pada kelompok intervensi (-0,19) lebih rendah daripada kelompok pembandingan (-0,87).

### **Pengaruh promosi kesehatan melalui media audiovisual dan leaflet maupun dengan leaflet saja terhadap tindakan IRT tentang rumah bebas asap rokok**

Penelitian ini menunjukkan promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* dapat meningkatkan tindakan IRT dalam menciptakan rumah bebas asap rokok secara bermakna ( $p=0,000$ ) (Tabel 5). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa perbedaan yang signifikan ditemukan pada nilai tindakan penanganan infeksi saluran pernafasan bagian atas (ISPA) sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan menggunakan media *audiovisual* pada ibu yang memiliki balita (Wea, Kristiawati, & Hidayati, 2018). *Follow up* setelah empat minggu intervensi, tindakan dikatakan tetap karena meskipun mengalami penurunan tetapi secara statistik tidak signifikan ( $p>0,05$ ).

Berdasarkan penelitian survei yang dilakukan pada perempuan di delapan komunitas di Yogyakarta, "*Developing a smoke free household initiative*", diketahui 70% perempuan tidak menyetujui suami mereka merokok di dalam rumah dan dua pertiga dari mereka secara langsung sudah mengatakan kepada suami agar tidak merokok di dalam rumah, akan tetapi permintaan mereka tidak dilakukan oleh suami (Nichter, dkk., 2010).

Dalam rangka menciptakan rumah bebas asap rokok IRT memerlukan keberadaan orang dewasa atau anggota keluarga lainnya yang bukan perokok dan adanya anak-anak (Kegler, dkk., 2015). Suatu penelitian juga menyatakan bahwa larangan merokok di dalam rumah 7,9 kali lebih mungkin terlaksana ketika seseorang tidak memiliki teman perokok (Norman,

Conner, & Bell, 1999). Aturan rumah bebas asap rokok ini juga dapat diimplementasikan secara optimal apabila didukung oleh norma sosial misalnya seperti pengadopsian undang-undang udara bebas asap rokok yang ada di masyarakat (Mons, dkk., 2013).

Perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendorong (*reinforcing*), dan faktor pendukung (*enabling*) (Green & Kreuter, 2005). Perubahan tindakan pada kelompok intervensi dalam penelitian ini dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu adanya peningkatan pada pengetahuan dan sikap.

Walley, dkk. (2015) menyebutkan bahwa video dapat mengubah perilaku orang tua/pengasuh yang merokok maupun tidak merokok untuk menurunkan *second-* dan *thirdhand smoke*. Mencuci tangan setelah merokok atau mendorong orang lain untuk cuci tangan (90% dan 88%), 55% mengungkapkan menunjukkan video ke pengasuh lain. Peningkatan pengetahuan setelah intervensi juga dihubungkan dengan inisiasi larangan merokok di dalam rumah dan di dalam mobil ( $p=0,01$ ).

*Leaflet* pada penelitian ini dibuat dengan tujuan menyediakan informasi penting mengenai rumah bebas asap rokok dan petunjuk dalam membangun rumah bebas asap rokok serta termasuk informasi dampak asap rokok memengaruhi kesehatan. Hasil penilaian tindakan pada kelompok pembandingan menunjukkan terdapat peningkatan tindakan yang bermakna secara statistik dan cenderung tetap setelah dilakukan *follow up* empat minggu (Tabel 4). Peningkatan tindakan IRT dalam melakukan tindakan asertif untuk menciptakan rumah bebas asap rokok pada kelompok yang diberi promosi kesehatan dengan *leaflet* dapat terjadi karena adanya peningkatan pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Nursalam &

Efendi, 2008).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Eaves, dkk. (2016) dengan menggunakan material cetak (*leaflet* dan *poster*) terhadap praktisi *complementary and alternative medicine* (CAM) dan pasien dalam mengimplementasi berhenti merokok. Hasil yang didapatkan pada penelitian tersebut antara lain meningkatnya kesediaan praktisi untuk mendekati topik tembakau kepada pasien karena ada sumber yang kredibel dari materi cetak. Media cetak dapat digunakan sebagai pembuka percakapan ketika memberikan informasi mengenai tembakau. Beberapa partisipan bersedia diberikan pamflet yang akan digunakan sebagai materi diskusi mengenai penggunaan tembakau kepada praktisi.

Perbandingan nilai *pretest-posttest I* secara signifikan lebih tinggi pada kelompok intervensi daripada kelompok pembanding. Hal tersebut menunjukkan bahwa promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet* lebih efektif daripada *leaflet* saja. Harutyunyan, dkk. (2013) menyatakan bahwa konseling personal, umpan balik langsung, dan *follow up* menggunakan telepon lebih efektif mengedukasi IRT yang tidak merokok mengenai bahaya asap rokok terhadap kesehatan dan meningkatkan larangan merokok di dalam rumah daripada hanya menyediakan *leaflet* saja. Media *audiovisual* dan *leaflet* lebih efektif meningkatkan tindakan IRT dalam menciptakan rumah bebas asap rokok daripada *leaflet* saja hanya berlaku dalam jangka pendek (dua minggu). Setelah lebih dari dua minggu, keefektifan *audiovisual* dan *leaflet* tidak terdapat perbedaan. Pemutaran video pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali, yaitu hanya pada saat intervensi.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *quasi experimental nonequivalent control group design with pretest-post test*. Keterbatasan pada penelitian ini antara lain banyak sampel yang mengalami *drop*

*out* karena tidak mengikuti seluruh proses penelitian, sehingga jumlah sampel kurang dari sampel minimal. Selain itu, kemungkinan terjadi bias informasi karena terdapat pada proses pengumpulan data terdapat empat responden yang mengisi kuesioner tidak didampingi oleh peneliti. Kesulitan penelitian yang dialami peneliti yaitu pengambilan data *pretest-posttest I-posttest II* menyesuaikan dengan keberadaan IRT di rumah.

## SIMPULAN

Promosi kesehatan baik dengan media *audiovisual* dan *leaflet* maupun dengan *leaflet* saja berpengaruh bermakna terhadap pengetahuan dan tindakan IRT tentang rumah rumah bebas asap rokok, sedangkan perubahan sikap IRT secara bermakna terjadi pada IRT yang diberi promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*. Secara statistik, tidak terdapat perbedaan bermakna antara promosi kesehatan melalui media *audiovisual* dan *leaflet* dengan *leaflet* saja terhadap pengetahuan dan sikap IRT tentang rumah bebas asap rokok. Perbedaan bermakna hanya terjadi pada tindakan IRT pada dua minggu pertama setelah diberi promosi kesehatan dengan media *audiovisual* dan *leaflet*. Berdasarkan kesimpulan tersebut, saran yang peneliti antara lain pemberian promosi kesehatan dengan menggunakan *leaflet* saja dapat dipilih sebagai media promosi kesehatan rumah bebas asap rokok namun penggunaan *leaflet* hendaknya disertai dengan penjelasan isi *leaflet* tersebut. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa yaitu dengan meneliti promosi kesehatan menggunakan media *audiovisual* dengan memperhatikan hal-hal seperti menyediakan lingkungan efektif dan kondusif yang dapat mendukung proses penyampaian materi edukasi serta mempersiapkan fasilitas yang memadai seperti tersedianya LCD, layar proyektor, dan *sound system*.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhtar, P. C., Haw, S. J., Currie, D. B., Zachary, R., & Currie, C. E. (2009). Smoking restrictions in the home and secondhand smoke exposure among primary schoolchildren before and after introduction of the Scottish smoke-free legislation. *Tobacco Control, 18*(5), 409–415. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.030627>
- Alter, A. L., & Oppenheimer, D. M. (2009). Uniting the tribes of fluency to form a metacognitive nation. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 13*(3), 219–235. <https://doi.org/10.1177/1088868309341564>
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2002). Riset keperawatan (*Nursing Research*) Diterjemahkan Oleh Palupi Wdyastuti. Jakarta: EGC.
- Desiana & Prabandari, Y. S. (2011). *Persepsi dan Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Suami Merokok di dalam Rumah di Kecamatan Lueng bata Gampong, Lueng Bata Banda Aceh* [Tesis]. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Dewi, F. S. T., Weinehall, L., & Öhman, A. (2010). ‘Maintaining balance and harmony’: Javanese perceptions of health and cardiovascular disease. *Global Health Action, 3*. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.4660>
- Dinkes DIY. (2015). *Profil Kesehatan D.I.* Yogyakarta: Dinkes DIY.
- Dinkes Kabupaten Sleman. (2013). *Profil Kesehatan Sleman Tahun 2013*. Yogyakarta: Dinkes Kabupaten Sleman.
- Eaves, E. R., Nichter, M., Howerter, A., Floden, L., Ritenbaugh, C., Gordon, J. S., & Muramoto, M. L. (2016). Printed Educational Materials’ Impact on Tobacco Cessation Brief Interventions in CAM Practice: Patient and Practitioner Experiences. *Health Promotion Practice, 17*(6), 862–870. <https://doi.org/10.1177/1524839916667024>.
- Fenton, B., Thankappan, K. R., Champagne, B., Lv, J., & Anthony, D. (2014). Increased knowledge of the effects of smoking and second-hand smoke encourages smoke-free homes. *Journal of Research in Nursing, 19*(5), 373-387.
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach* (4th Edition). New York: McGraw Hill.
- Harutyunyan, A., Movsisyan, N., Petrosyan, V., Petrosyan, D., & Stillman, F. (2013). Reducing Children’s Exposure to Secondhand Smoke at Home: A Randomized Trial. *Pediatrics, 132*(6), 1071–1080. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2351>
- Huang, C.-M., Wu, H.-L., Huang, S.-H., Chien, L.-Y., & Guo, J.-L. (2013). Transtheoretical model-based passive smoking prevention programme among pregnant women and mothers of young children. *European Journal of Public Health, 23*(5), 777–782.
- Kaufman, M. R., Merritt, A. P., Rimbatmaja, R., & Cohen, J. E. (2014). ‘Excuse me, sir. Please don’t smoke here’. A qualitative study of social enforcement of smoke-free policies in Indonesia. *Health Policy and Planning, czu103*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu103>
- Kegler, M. C., Hua, X., Solomon, M., Wu, Y., Zheng, P. P., Eriksen, M. (2014). Factors associated with support for smoke-free policies among government workers in Six Chinese cities: a cross-

- sectional study. *BMC Public Health*, 4(14): 1130.
- Lamawati, R. M. (2011). *Analisis Manajemen Promosi Kesehatan dalam Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga di Kota Padang Tahun 2011* [Tesis]. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Universitas Andalas, Padang, Sumatera Barat.
- Lestari, P. (2011). *Manajemen Komunikasi Bencana dan Peluang Riset Komunikasi Bencana di Indonesia*. In Ishak, A., Junaedi, F., H. H., S. B., Prabowo, A. (Ed), *Komunikasi Bencana* (pp. 81-115). Yogyakarta: Asosiasi Pendidikan Tinggi Ilmu Komunikasi (ASPIKOM).
- Meppelink, C. S., van Weert, J. C., Haven, C. J., & Smit, E. G. (2015). The Effectiveness of Health Animations in Audiences With Different Health Literacy Levels: An Experimental Study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.3979>
- Mons, U., Nagelhout, G. E., Allwright, S., Guignard, R., van den Putte, B., Willemsen, M. C., Fong, G. T., Brenner, H., Pötschke-Langer, M., & Breitling, L. P. (2013). Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tobacco Control*, 22(e1), e2–e9. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050131>
- Nichter, M., Nichter, M., Padmawati, R. S., & Ng, N. (2010). Developing a smoke free household initiative: An Indonesian case study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(4), 578–581.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18(1): 89-94.
- Nubatonis, M. O. & Widyanti, N. (2009). *Efektivitas pendidikan kesehatan gigi antara media audiovisual dan liflet terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku siswa sekolah dasar dalam meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut* [Tesis]. Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Nursalam, N. & Efendi, F. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspitasari, R. D. (2016). *Hubungan Pengetahuan tentang Rokok dengan Sikap dan Perilaku Merokok di Dalam Rumah di Kota Yogyakarta* [Skripsi]. Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- QuitTobaccoIndonesia.(2013).*PanduanRumah Bebas Asap Rokok*. Retrieved from <http://www.quittoabacointernational.org/restricted/indonesia/community-interventions.html>
- Rajantran, S. (2015). *Level of Knowledge about Passive Smoking and Assertiveness among Passive Smokers (Women) in City of Yogyakarta* [Skripsi]. Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Risica, P. M., Gavarkovs, A., Parker, D. R., Jennings, E., & Phipps, M. (2017). A tailored video intervention to reduce smoking and environmental tobacco exposure during and after pregnancy: Rationale, design and methods of Baby's Breath. *Contemporary Clinical Trials*, 52, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.10.010>
- Slater, M. D. (2015). Reinforcing Spirals Model: Conceptualizing the Relationship

- Between Media Content Exposure and the Development and Maintenance of Attitudes. *Media psychology*, 18(3), 370–395. <https://doi.org/10.1080/15213269.2014.897236>
- Suhertusi, B., Desmiwanti, & Nurjismi, E. (2014). Pengaruh Media Promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1).
- Sustersic, M., Jeannet, E., Cozon-Rein, L., Maréchaux, F., Genty, C., Foote, A., David-Tchouda, S., Martinez, L., & Bosson, J.-L. (2013). Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: A cluster randomized trial in French primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 25–31. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2164-8>
- TCSC. (2012). *Fact Sheet: Masalah Rokok Di Indonesia*. Tobacco Control Support Center-IAKMI. Retrieved from <http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/10/Masalah-Rokok-di-Indonesia.pdf>
- Utami, R. Y. (2015). *Penyuluhan disertai Leaflet dan Pemutaran Video sebagai Media untuk Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Intensi dalam Pengendalian Merokok oleh Ketua RT, Kabupaten Kutai Kertanegara* [Tesis]. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Utari, W., -, A., & Novayelinda, R.-. (2014). Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang infeksi Saluran pernapasan akut (ispa). *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan*, 1(1), 1–7.
- Walley, S. C., Chime, C., Powell, J., Walker, K., Burczyk-Brown, J., & Funkhouser, E. (2015). A Brief Inpatient Intervention Using a Short Video to Promote Reduction of Child Tobacco Smoke Exposure. *Hospital Pediatrics*, 5(10), 534–541. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0042>
- Wea, K. B., Kristiawati, & Hidayati, L. (2018). Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual Meningkatkan Perilaku Ibu dalam Penanganan Infeksi Saluran Pernafasan Akut pada Balita di Kelurahan Lebijaga Kabupaten Ngada. *Critical, Medical, and Surgical Nursing Journal*, 6(2). <https://doi.org/10.20473/cmsnj.v6i2.12830>
- WHO. (2015a). *WHO | Tobacco*. WHO. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- WHO. (2015b). *WHO | WHO report on the global tobacco epidemic, 2015*. WHO. Retrieved from [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/)
- Wibawa, C. (2007). Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi Dengan Pemutaran Video Tentang Pemberantasan DBD Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Anak SD Di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2(2), 115–129. <https://doi.org/10.14710/jpki.2.2.115-129>
- Wilde, K. D., Tency, I., Steckel, S., Temmerman, M., Boudrez, H., & Maes, L. (2015). Which role do midwives and gynecologists have in smoking cessation in pregnant women? – A study in Flanders, Belgium. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 66–73. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.12.002>
- Wilson, I. S., Ritchie, D., Amos, A., Shaw, A.,

- O'Donnell, R., Mills, L. M., Semple, S. E., & Turner, S. W. (2013). "I'm not doing this for me": Mothers' accounts of creating smoke-free homes. *Health Education Research*, 28(1), 165–178. <https://doi.org/10.1093/her/cys082>
- Xu, X., Chen, C., Abdullah, A. S., Sharma, M., Liu, H., Zhao, Y. (2016). Knowledge about the sources of smoking-related knowledge, and influencing factors among male urban secondary school students in Chongqing, China. *Springerplus*, 5(1):1879.
- Zhang, X., Martinez-Donate, A., & Rhoads, N. (2015). Parental Practices and Attitudes Related to Smoke-Free Rules in Homes, Cars, and Outdoor Playgrounds in US Households With Underage Children and Smokers, 2010-2011. *Preventing Chronic Disease*, 12, E96. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140553>