

QUO VADIS PERLINDUNGAN HAK KESEHATAN BAGI PEROKOK PASIF DI INDONESIA

Fitria Marsha Qitara Rajasa

Fakultas Hukum, Universitas Gadjah Mada
marshaqitara@mail.ugm.ac.id

Nugroho Adhi Pratama

Fakultas Hukum, Universitas Gadjah Mada
nugroho.a.p@mail.ugm.ac.id

Abstract

Indonesia currently holds the third position with the greatest number of active smokers. This number is supported by the contribution of the tobacco industry to the national economy and the behaviour that the citizens have. Ironically, Indonesia is the only country in Southeast Asia that does not ratify WHO's FCTC citing sovereignty as the main reason. Even if domestic laws such as PP 109/2012 have tried to control tobacco consumption, it was deemed ineffective to protect the right to health of the citizens, most importantly passive smokers. The latter needs to be highlighted as they are not the ones who consume the harmful substance, yet they suffer more than active smokers. This research is normative research that will emphasize the urgency of protecting health rights for passive smokers in Indonesia. The result of this research shows that Indonesia tried to protect the right to health of passive smokers by imposing no-smoking zones but since the regulations are regional, it lacks harmonization and ultimately failed to pursue their aim. In any case, Article 8 of the FCTC provides a measure to protect people from tobacco smoke with annual surveys that helps the Member States to fully protect the right to health of passive smokers among other measures to protect the right to health of passive smokers.

Keywords: *Right to Health, Passive Smokers, FCTC, Indonesia.*

Intisari

Indonesia menduduki peringkat ketiga dengan jumlah perokok aktif terbanyak di dunia. Jumlah ini didukung kontribusi industri tembakau terhadap perekonomian nasional dan perilaku yang dimiliki penduduk Indonesia. Ironisnya, dengan kondisi yang demikian Indonesia justru adalah satu-satunya negara di Asia Tenggara yang tidak meratifikasi FCTC WHO dengan alasan utama kedaulatan. Regulasi dalam negeri seperti PP 109/2012 nyatanya juga tidak efektif untuk melindungi hak atas kesehatan warga negara, terutama perokok pasif. Hal ini menjadi ironi mengingat pada faktanya bukan para perokok pasif yang mengonsumsi zat berbahaya tersebut namun mereka lebih mendapatkan dampak buruk daripada perokok aktif. Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif yang akan menjawab bagaimana urgensi perlindungan hak kesehatan bagi perokok pasif di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kendatipun Indonesia berusaha melindungi hak atas kesehatan perokok pasif dengan memberlakukan zona larangan merokok tetapi karena peraturannya bersifat regional, tidak ada harmonisasi dan masih

belum meratanya regulasi di tiap daerah menghambat implementasi perlindungan tersebut. Hal ini yang perlu dijadikan urgensi ratifikasi FCTC mengingat pada Pasal 8, FCTC memberikan serangkaian tindakan untuk melindungi warga negara dari asap tembakau dengan mekanisme pengawasan tahunan yang membantu Negara-negara Anggota untuk sepenuhnya melindungi hak atas kesehatan dalam hal ini para perokok pasif sebagai salah satu cara untuk melindungi hak kesehatan perokok pasif.

Kata Kunci: Hak Kesehatan, Perokok Pasif, FCTC, Indonesia.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan unsur penting dalam setiap diri manusia. Tanpa kesehatan, seseorang tidak akan mampu memperoleh hak-haknya yang lain seperti hak atas pendidikan, hak atas pekerjaan yang layak, dan sebagainya.¹ Namun demikian, pada faktanya, Indonesia memiliki standar yang memprihatinkan bagi penjaminan kesehatan masyarakatnya. Salah satu contohnya adalah kegagalan Indonesia dalam mengendalikan perilaku masyarakat khususnya dalam hal merokok di mana Indonesia mempunyai tingkat kematian masyarakat tinggi yang memiliki korelasi dengan perilaku merokok masyarakat. Setidaknya lebih dari 200.000 masyarakat Indonesia setiap tahunnya harus merengas nyawa karena dampak dari asap rokok. Perlindungan asap rokok tersebut seharusnya lebih di gencarkan Indonesia khususnya bagi mereka yang sejatinya tidak merokok namun merasakan dampak buruknya dari rokok (perokok pasif).²

Di Indonesia, jumlah perokok pasif terbilang cukup banyak. Dari persentase orang dewasa yang bekerja di sektor perkantoran, lebih dari 50% di antaranya merupakan perokok pasif. Persentase lebih banyak ditunjukkan dari data pengunjung restoran dan pengguna transportasi publik yang mana 70% di antaranya merupakan perokok pasif. Data yang cukup memprihatinkan adalah mengenai paparan asap rokok terhadap anak-anak yang berumur 13-15 tahun memiliki tingkat keterpaparan 66.2% di tempat publik dan 57.3%

1 Indra Perwira, "Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia," *Koleksi Pusat Dokumentasi ELSAM*, https://referensi.elsam.or.id/wp-content/uploads/2014/12/Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia.pdf and, therefore, it is classified as human rights. The United Nations Development Program (hereafter UNDP (diakses 22 Agustus 2021)).

2 Siti R. Nadhiroh, Kusharisupeni Djokosujono, dan Diah M. Utari, "Socioeconomic Characteristics, Paternal Smoking and Secondhand Tobacco Smoke Exposure among Infants in Jakarta, Indonesia," *Tobacco Induced Diseases* 18, (May 2020): 1–9.

di rumahnya sendiri.³ Angka-angka tersebut tentu sangat memprihatinkan, mengingat perokok pasif tidak memilih untuk merokok dan tidak secara langsung menghisap asap rokok tersebut. Maka dari itu, penulis dalam hal ini akan mencoba menguraikan apakah memang para perokok pasif tersebut memiliki hak atas perlindungan dari bahaya rokok tersebut, dan lebih jauh lagi, apakah pemerintah wajib untuk mengakomodasi hak-hak tersebut serta bagaimana mekanisme perlindungannya.

Dari segi yuridis, Indonesia adalah satu-satunya negara di Asia Tenggara yang tidak meratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Meskipun demikian, Indonesia telah mencoba untuk menetapkan bahwa rokok adalah substansi adiktif yang berbahaya dan juga memformulasikan pedoman Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Peraturan Pemerintah Nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (PP 109/2012).⁴ Peraturan ini menjadi landasan dari turunan berbagai Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur adanya KTR di wilayahnya dan telah disempurnakan melalui peraturan lainnya. KTR sendiri diatur untuk menghormati serta menjaga Hak Kesehatan yang merupakan Hak Asasi Manusia sebagaimana tertera di Pasal 28H (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI Tahun 1945). Arti dari KTR sendiri adalah suatu area, baik tempat atau ruang yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan berikut: penggunaan, penjualan, promosi dan pengiklanan rokok.⁵ Area yang termasuk KTR diperjelas di Pasal 115 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU 36/2009), antara lain: fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain dan tempat ibadah. Selain itu, pasal tersebut juga mewajibkan Pemerintah untuk menetapkan KTR di wilayahnya.

Sudah banyak penelitian yang berfokus terhadap daerah yang

3 Tobbaco Free Kids, "The Toll of Tobacco in Indonesia-Campaign for Tobacco-Free Kids," <https://www.tobaccofreekids.org/problem/toll-global/asia/indonesia> (diakses 7 Agustus 2021).

4 Anhari Achadi, "Regulasi Pengendalian Masalah Rokok Di Indonesia," *Kesmas: National Public Health Journal* 2, no. 4 (2008): 161.

5 Winengan, "Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok Di Kota Mataram," *Jurnal Ilmu Administrasi: Media Pengembangan Ilmu Dan Praktek Administrasi* 14, no. 1 (2017): 1-16; Tobacco Control Laws, "Legislation by Country Indonesia," <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/indonesia/summary> (diakses 26 Agustus 2021).

mempunyai regulasi sendiri tentang informasi serta implementasi KTR terhadap perokok aktif. Namun, hasil dari penerapannya bermacam-macam, dengan mayoritas gagal menurunkan proporsi merokoknya akibat KTR, dan hanya beberapa wilayah yang bisa dijadikan contoh baik. Sebagai gambaran, daerah Bogor,⁶ Padang,⁷ Lampung Selatan,⁸ Mataram,⁹ dan DKI Jakarta masih kesulitan untuk meningkatkan kepatuhan masyarakat terhadap KTR, sedangkan DI Yogyakarta berhasil untuk tidak hanya menerapkan KTR di daerah-daerah besar tetapi juga menurunkan angka perokok secara signifikan.¹⁰ Faktor yang menyebabkan lemahnya implementasi tersebut adalah kurangnya penegakkan hukum dan sosialisasi masyarakat.¹¹

Berdasarkan banyaknya penelitian KTR di berbagai daerah, para akademisi hanya berfokus pada bagaimana implementasi KTR di suatu daerah, tetapi saat membahas hak kesehatan para perokok pasif, umumnya hanya menjadi salah satu sub-bab bahkan tidak disinggung sama sekali.¹² Dengan demikian, menyadari pentingnya menjawab urgensi perlindungan akan hak kesehatan bagi perokok pasif,¹³ maka dari itu, tujuan dari penulisan ini adalah untuk menganalisis apakah hukum positif Indonesia saat ini sudah cukup untuk menjamin dan melindungi hak kesehatan para perokok pasif? Dan selanjutnya, apakah ada urgensi bagi Indonesia untuk meratifikasi FCTC?

-
- 6 Dylan Trotsek, "Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2009 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Bogor," *Journal of Chemical Information and Modeling* 4, no. 2 (2017): 68–74.
 - 7 Nizwardi Azkha, "Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Perda Kota Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif Di Sumatera Barat Tahun 2013 Study of Effectiveness of Local Regulation Policy Regarding the Implementation of Free Area From Tobacco", *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Desember* 2, no. 4 (2013): 171–79.
 - 8 Siti Fatonah dan Gustop Amatiria, "Kepatuhan Warga Terhadap Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Di Lampung Selatan," *Jurnal Keperawatan* 12, no. 1 (April 2016): 149-154.
 - 9 Winengan, "Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok Di Kota Mataram"; Tobacco Control Laws, "Legislation by Country Indonesia."
 - 10 Ekowati Rahajeng, "Pengaruh Kawasan Tanpa Rokok Terhadap Penurunan Proporsi Perokok di Provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali," *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no.3 (2015): 238 – 249.
 - 11 Azkha, "Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Perda Kota Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif Di Sumatera Barat Tahun 2013 Study of Effectiveness of Local Regulation Policy Regarding the Implementation of Free Area From Tobacco," 171–179.
 - 12 Muhammad Khambali, "Perlindungan Hukum Bagi Masyarakat Terhadap Dampak Asap Rokok," *FH UNPAB* 5, no. 5 (October 2017): 23–27.
 - 13 Lihat Pasal 28 H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

B. Perokok Pasif dalam Hukum Internasional dan Hukum Indonesia

1. Hak Kesehatan Perokok Pasif dalam Hukum Internasional

Dari segi hukum internasional, perlu dipahami bahwa hak kesehatan berbeda dari hak untuk sehat. Hak kesehatan yang dimaksud mencerminkan sebuah klaim untuk kebebasan dan kuasa untuk air, makanan, rumah, dan layanan kesehatan.¹⁴ Hak kesehatan sendiri tidak ditulis secara langsung di dalam International Convention Civil and Political Rights (ICCPR). Definisi dan interpretasi dari hak kesehatan itu sendiri dijelaskan dalam Article 1 General Comment No. 14 by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on The Right to the Highest Attainable Standard of Health, di mana dijelaskan bahwa, “*health is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights. Every human being is entitled to the enjoyment of the highest attainable standard of health conducive to living a life in dignity...*”.¹⁵ Selain itu, General Comment tersebut juga menjabarkan bagaimana standar yang dimaksud bisa dicapai dalam hal ini seperti halnya membuat kerangka legislasi untuk strategi nasional dan rencana kegiatan guna mengidentifikasi indikasi kesehatan yang patut dipertimbangkan.¹⁶

Pengaturan hak kesehatan selanjutnya dimuat dalam beberapa instrumen hukum internasional lain, di antaranya: *Pertama*, WHO Constitution yang dibuat pada tahun 1946 menyebutkan dalam pembukaannya bahwa setiap orang mempunyai hak dasar untuk menikmati standar tinggi untuk kesehatan.¹⁷ *Kedua*, Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia. Dalam Pasal 25, diakui bahwa, “setiap orang berhak mendapatkan taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan juga keluarganya.” *Ketiga*, Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya pada Pasal 12(1)

14 G Ooms, I Keynaert, dan R Hammonds, “The Right to Health : From Citizen ’ s Right to Human Right (and Back),” *Public Health* 172 (2018): 99–104.

15 Indra Perwira, “Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia.” and, therefore, it is classified as human rights. The United Nations Development Program (Lihat juga dalam OHCHR (2000) “CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)” OHCHR Documents, E/C.12/2000/4.

16 Nicole Hassoun, “The Human Right to Health,” *Philosophy Compass* 4, no. 10 (2015): 275–83; Paul Hunt, “Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health,” *Health and Human Rights* 18, no. 2 (December 2016): 109.

17 Sabine Klotz *et al.*, “Healthcare as a Human Rights Issue-Normative Profile, Conflicts and Implementation,” 2015.

mewajibkan semua negara anggota untuk mengakui hak setiap orang untuk menikmati dan mendapatkan standar tinggi untuk kesehatan fisik dan mental.¹⁸ Selain tiga instrumen tersebut, kelompok tertentu seperti wanita, anak-anak, dan orang dengan disabilitas mempunyai klausa khusus di dalam kovenan masing-masing untuk memastikan hak kesehatan mereka dilindungi tanpa diskriminasi.¹⁹ Sebagai contoh hak kesehatan kelompok wanita dicerminkan pada Pasal 12 Convention on The Elimination of All Forms of Discrimination Against Women yang menekankan bahwa dalam bidang kesehatan, wanita harus mendapatkan perlindungan dari diskriminasi, sedangkan untuk anak-anak hak kesehatan ini ditemukan di Pasal 24(1) Convention on the Rights of Child. Dengan demikian, jelas bahwa hak kesehatan sendiri sejatinya menjadi hak fundamental yang harus di lindungi dan di jamin oleh seluruh negara di dunia.

Sayangnya, implementasi hak tersebut terkesan kurang optimal khususnya dalam kasus perlindungan bagi perokok pasif. Diperkirakan 6 sampai dengan 7 juta kematian terjadi setiap tahunnya disebabkan karena kebiasaan merokok. Lebih parahnya lagi, data menunjukkan bahwa mayoritas negara yang memiliki tingkat kematian yang tinggi akibat rokok adalah negara-negara *low-income* dan *middle-income*, sejalan dengan tingkat ekonomi dan tingkat pendidikan bagi warga negaranya. Jika efek buruk tersebut tidak segera ditanggulangi, maka diprediksi pada tahun 2030, rokok akan menyebabkan hilangnya 8 juta jiwa setiap tahunnya di mana angka tersebut akan selalu naik.²⁰

Dengan proyeksi bahaya yang sedemikian rupa, baik negara maupun organisasi internasional sudah mengupayakan beberapa kebijakan untuk menanggulangnya, sebagai tindak pencegahan untuk mengurangi angka-angka di atas. Pada tahun 2003, para anggota negara WHO merumuskan

18 John Tobin and Damon Barret, "Foundations of Global Health & Human Rights," in *Foundations of Global Health & Human Rights* (Oxford: Oxford University Press, 2020), 68.

19 OHCHR (2000) "CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)" OHCHR Documents, E/C.12/2000/4.

20 Janet Chung-Hall *et al.*, "Impact of the WHO FCTC over the First Decade: A Global Evidence Review Prepared for the Impact Assessment Expert Group," *Tobacco Control* 28, no. 2 (June 2019): 119–128; Ver Bilano *et al.*, "Global Trends and Projections for Tobacco Use, 1990-2025: An Analysis of Smoking Indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control," *The Lancet* 385, no. 9972 (2015): 966–976.

FCTC, sebuah perjanjian internasional yang sudah *entry into force* pada tahun 2005 dan saat ini memiliki 181 negara anggota yang telah mendatangi dan meratifikasi perjanjiannya.²¹ FCTC ini dibuat sebagai bentuk promosi sekaligus *guideline* bagi negara-negara untuk melaksanakan kewajiban internasional terhadap hak kesehatan publik.

Selanjutnya pada tahun 2007, FCTC membuat “MPOWER” sebagai *practical guideline* atau kerangka teknis untuk negara peserta dalam mengimplementasikan ketentuan-ketentuan yang mengurangi aktivitas merokok dan angka kematian akibat rokok. Enam tindakan yang dimaksud adalah:²²

- a. M untuk *monitoring tobacco use* atau memonitor pemakaian rokok;
- b. P untuk *protect people from tobacco smoke* atau melindungi orang dari asap rokok;
- c. O untuk *offering help to quit tobacco use* atau menyediakan bantuan untuk memberhentikan pemakaian rokok;
- d. W untuk *warning about the dangers of tobacco* atau memperingatkan tentang bahaya dari merokok;
- e. E untuk *enforcing bans on tobacco advertising* atau menegakkan larangan untuk mengiklankan rokok; dan
- f. R untuk *raise tax on tobacco product* atau menaikkan pajak untuk produk rokok.

Untuk mendukung evaluasi implementasi para anggota negara terhadap ayat-ayat penting di FCTC, WHO membuat the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) yang mengoleksi data dari empat survei termasuk Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Global School Personnel Survey, Global Health Professions Student Survey, dan Global Adult Tobacco Survey (GATS) yang akan dievaluasi ulang setiap 4-5 tahun dari pengumpulan data setiap anggota negara.²³ Selain itu, lembaga kesehatan lain juga turut berkontribusi

21 Achadi, “Regulasi Pengendalian Masalah Rokok Di Indonesia.”

22 Gholamreza Heydari *et al.*, “Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the WHO FCTC in the Eastern Mediterranean Region,” *Eastern Mediterranean Health Journal* 24, no. 1 (2018): 63–71; Yeni Rosdianti, “Perlindungan Hak Atas Kesehatan Melalui Kebijakan Pengendalian Tembakau,” *Jurnal HAM* 8 (2012).

23 Charles W. Warren *et al.*, “Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS)

untuk mengumpulkan data tambahan yang nantinya menjadi pertimbangan untuk evaluasi dari implementasi MPOWER yang telah dilakukan oleh negara-negara anggota FCTC, antara lain: World Health Survey and the Behavioural Risk Factor Surveillance System.²⁴

Lebih lanjut, perlu diketahui bahwa 5 dari 6 MPOWER memberikan perlindungan langsung terhadap hak kesehatan para perokok aktif. Hal ini tentu menjadi justifikasi betapa pentingnya perlindungan bagi perokok pasif yang tidak merokok, namun mendapatkan dampak buruk dari kegiatan merokok tersebut. Parameter paling relevan terhadap hak kesehatan perokok pasif dikemukakan dalam Pasal 8 FCTC dan aspek “P” dalam MPOWER yang mempunyai tujuan untuk melindungi orang dari asap rokok. WHO menganjurkan para negara anggota untuk mengimplementasikan peraturan yang akan menjaga orang-orang dari paparan asap rokok di tempat umum seperti kantor dan transportasi publik. Di negara-negara Eropa, sebagaimana dilansir dari Global Youth Tobacco Survey, 79% masyarakat setuju dengan adanya larangan merokok di tempat publik dan Eropa memang mempunyai peraturan larangan merokok serta penegakkan hukum yang kuat di mana para perokok pasif, khususnya remaja, mempunyai angka prevalensi yang tinggi akibat pemaparan rokok di rumah bukan di tempat publik.²⁵ Demikian pula dengan wilayah Asia Tenggara, yang mana negara-negara yang meratifikasi FCTC seperti Bhutan, Maladewa, dan Thailand telah melarang kegiatan merokok di dalam restoran dan bahkan memberikan denda jika larangan itu tidak dipatuhi.²⁶ Bisa dilihat dari contoh di atas bahwa meratifikasi FCTC mempunyai dampak signifikan terhadap ditiadakannya AROL apalagi di tempat publik.

Namun *a contrario* dengan kebanyakan negara Eropa, khususnya untuk

1998-2008,” *Global Health Promotion* 16, no. 2 (2009): 4–37; Center for Disease Control and Prevention “About GTSS,” <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm> (diakses 19 Agustus 2021).

24 Bilano, “Global Trends and Projections for Tobacco Use, 1990-2025: An Analysis of Smoking Indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control,” 966–976.

25 Sreenivas P. Veeranki *et al.*, “Secondhand Smoke Exposure Among Never-Smoking Youth in 168 Countries,” *Journal of Adolescent Health* 56, no. 2 (February 2015): 167–73.

26 Singh, “MPOWER and the Framework Convention on Tobacco Control Implementation in the South-East Asia Region,” *Indian Journal of Cancer* 49, no. 4 (October 2012): 373.

wilayah Mediterania Timur dianggap masih gagal mengimplementasikan Pasal 8. Namun, karena mereka meratifikasinya, mereka mendapatkan laporan WHO yang berjudul *Global Tobacco Epidemic on the Eastern Mediterranean Region*, yang mana Pemerintah bisa mengevaluasi nilai-nilai yang diberikan setiap tahunnya untuk negara. Wilayah ini mendapatkan nilai paling tinggi 51 pada tahun 2019 yang tidak begitu meningkat dari tahun-tahun sebelumnya.²⁷

Maka dari itu, meskipun Indonesia tidak meratifikasi FCTC dan sudah mempunyai implementasi KTR di berbagai daerah, definisi dari tempat umum pada legislasi tersebut masih belum maksimal. Jika Indonesia memang ingin meningkatkan kekuatan peraturannya, ada baiknya untuk meratifikasi FCTC agar mendapatkan laporan tahunan yang menilai kesuksesan Indonesia dalam mengimplementasi MPOWER, khususnya untuk huruf P yang didasarkan pada Pasal 8 FCTC untuk menjadi evaluasi terhadap peraturan yang sudah ada. Karena walaupun Kementerian Kesehatan Indonesia mendapatkan akses terhadap GTSS yang dilakukan oleh WHO, Indonesia tidak mempunyai obligasi internasional untuk mengimplementasikan MPOWER atas dasar FCTC dan karena itu, belum bisa menjaga hak kesehatan terhadap perokok pasif secara penuh.

2. Hak Kesehatan dalam Kerangka Hukum Domestik Indonesia

Dalam kerangka regulasinya, pengaturan di Indonesia dapat di lihat dari tujuh level pengaturan meliputi: a) UUD NRI Tahun 1945; b) Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat; c) UU/Peraturan Pemerintah Pengganti UU; d) Peraturan Pemerintah; e) Perpres; f) Perda Provinsi; dan g) Perda Kabupaten/Kota.²⁸ Dengan demikian, penulis akan mencoba menelusuri sejauh mana pengaturan di Indonesia berdasarkan hierarki peraturan perundang-undangan tersebut yang dalam hal ini akan secara umum mengacu pada pengaturan mengenai bagaimana implementasi hak bagi perokok pasif.

Pertama, di level UUD NRI Tahun 1945, hak bagi perokok pasif secara implisit tercakup dalam bunyi Pasal 28H (1) UUD NRI Tahun 1945 yang

27 Heydari *et al.*, "Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the WHO FCTC in the Eastern Mediterranean Region," 63–71.

28 Lihat Pasal 7 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.

menyatakan bahwa. “setiap orang berhak ... mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat”. Adapun maksud dari frasa “lingkungan hidup yang baik dan sehat” dapat dimaknai sebagai hak atas lingkungan hidup sebagai hak asasi manusia untuk hidup dalam lingkungan hidup dengan kualitas minimal²⁹ yang memungkinkan terwujudnya kehidupan yang bermartabat dan sejahtera.³⁰ Dengan demikian jelas bahwa kemudian UUD NRI Tahun 1945 memberikan hak mutlak bagi warga negaranya untuk mendapatkan lingkungan yang memadai untuk pemenuhan standar hidup dengan kualitas minimal yang dijamin oleh negara melalui serangkaian aturan turunannya.

Kedua, dalam level UU, pengaturan mengenai kualitas minimal hidup kemudian dapat ditarik secara lebih spesifik mengarah kepada hak bagi perokok pasif itu sendiri. Hal ini dapat dilihat dalam dua kerangka hukum pengaturan meliputi: a) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (UU 39/1999); b) UU 36/2009; dan c) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (UU 23/2002) sebagaimana kemudian di ganti dengan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 (UU 35/2014). Dalam UU 39/1999, Pasal 9 ayat (3) mengafirmasi keberadaan hak tersebut sebagai hak yang menjadi tanggung jawab pemerintah untuk dilindungi, dimajukan, ditegakkan dan dipenuhi.³¹ Cakupan perlindungan perokok pasif secara spesifik selain ditekankan kepada setiap masyarakat juga ditekankan dalam hal perlindungan anak di mana dalam UU 23/2002 mengatur hak anak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara wajar. Rumusan pasal tersebut kendatipun tidak secara eksplisit namun dapat dimaknai sebagai bentuk komitmen perlindungan terhadap anak di mana dalam hal ini asap rokok merupakan salah satu zat berbahaya yang sudah selayaknya dihindarkan dari anak.³²

29 Mengenai syarat pemenuhan kualitas minimal akan dijelaskan dalam sub-bab selanjutnya.

30 Fajri Fadhilah, *Hak Atas Lingkungan Hidup Yang Baik Dan Sehat Dalam Konteks Mutu Udara Jakarta* (Jakarta: Indonesian Center for Environmental Law, 2018).

31 Fatonah dan Amatiria, “Kepatuhan Warga Terhadap Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Di Lampung Selatan,” 149-154.

32 Lebih lanjut, lahirnya Pasal 46 ayat (3) UU No. 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran (UU 32/2002) terkait aturan promosi yang dalam hal ini membatasi tayangan rokok juga dilatar belakangi oleh pemikiran untuk memberikan perlindungan terhadap masyarakat khususnya hak anak dan remaja (Penjelasan UU 32/2002). Sebagai regulator pemerintah memberikan batasan yang ketat terhadap iklan promosi rokok agar perlindungan hak anak dan remaja tetap terjamin.

Hak-hak tersebut kemudian dimanifestasikan kembali oleh UU 36/2009 yang memperlihatkan bahwa “setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya.”³³ Dalam UU 36/2009, selain mengatur mengenai hak secara umum, juga mengatur mengenai kebijakan hukum pengendalian rokok sendiri yang termuat dalam: a) Pasal 113, yang bahwa tembakau dalam hal ini merupakan rokok merupakan zat adiktif yang dalam hal ini pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan;³⁴ dan b) mengenai KTR yang meliputi beberapa tempat di antaranya: fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Dalam hal ini pengaturan mengenai kawasan tanpa rokok kemudian “wajib” ditetapkan oleh pemerintah daerah.³⁵ Dari ketentuan di atas dapat disimpulkan bahwa kewajiban perlindungan memang sejatinya diamanahkan bagi tiap daerah yang kemudian pada implementasinya diserahkan ke masing-masing daerah itu sendiri melalui kerangka hukum daerahnya. Namun demikian, sebelum meninjau kerangka hukum tiap daerah, penting bagi penulis untuk menjelaskan juga kerangka hukum ketiga yakni Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden.

Ketiga, Peraturan Pemerintah, dalam rangka peningkatan kesehatan masyarakat dari dampak rokok, sebenarnya Pemerintah Indonesia telah berupaya untuk mewujudkan hal tersebut. Peraturan pertama yang secara eksplisit dilakukan terhadap rokok dimulai dengan dikeluarkannya Peraturan

Komitmen pemerintah akan hal ini ditunjukkan dengan dikeluarkannya PP No. 50 Tahun 2005 yang mengatur secara khusus pembatasan jam tayang iklan rokok tanpa menunjukkan rokoknya dengan jam tayang antara pukul 21.30 hingga pukul 05.00 (Pasal 21 ayat (3)).

33 Fheriyal Sri Isriawaty, “Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945,” *Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion* 3, no. 2 (2015): 1–10.

34 Merupakan penambahan lebih rinci dari aturan PP No. 18 tahun 1999, serta kewajiban bagi Pemerintah Daerah untuk menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya sebagaimana Pasal 115 ayat (2). Selengkapnya, *Vide*, Pasal 113 (1) (2) (3) Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

35 Klausul wajib dalam hal ini mengindikasikan bahwa setiap daerah wajib memiliki KTR yang kemudian dapat memberikan manfaat bagi perokok dan menghindarkan dampak asap rokok bagi non-perokok secara langsung. *Ibid*, Pasal 115.

Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (PP 81/1999) sebagai peraturan perundang-undangan untuk membantu pelaksanaan upaya pengendalian tembakau sesuai dengan UU 36/2009. Peraturan Pemerintah yang dinamakan “Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan” mengatur beberapa aspek, antara lain: 1) Kadar kandungan nikotin dan tar;³⁶ 2) Persyaratan produksi dan penjualan rokok;³⁷ 3) Persyaratan iklan dan promosi rokok;³⁸ dan 4) Penetapan kawasan tanpa rokok.³⁹

Beberapa ketentuan dalam PP 81/1999 mengalami perubahan dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (PP 38/2000). Peraturan Pemerintah ini berkaitan dengan iklan rokok (mengizinkan penayangan iklan rokok di media elektronik sebagai tambahan terhadap iklan di media cetak dan luar ruangan) serta memperpanjang batas waktu bagi industri rokok untuk mengikuti peraturan baru ini menjadi 5-7 tahun setelah dinyatakan berlaku, tergantung dari jenis industrinya. Beberapa tahun setelahnya PP 38/2000 pun diganti lagi dengan Peraturan Pemerintah Nomor 19 tahun 2003 tentang Pengaman Rokok Bagi Kesehatan yang kembali di perbarui dengan PP 109/2012 ini, mencakup aspek yang berkaitan dengan ukuran dan jenis pesan peringatan kesehatan, pembatasan waktu bagi iklan rokok di media elektronik, pengujian kadar tar dan nikotin. Akan tetapi, Peraturan Pemerintah ini tidak memuat pembatasan kadar maksimum tar dan nikotin. Walaupun demikian, PP 109/2012 sebagai satu-satunya instrumen hukum yang secara komprehensif mengatur dan mengendalikan perokok dalam rezim hukum Indonesia.

Keempat, Perda, instrumen pengendalian pada level teknis dalam hal ini dapat di temukan dalam Perda baik provinsi maupun kabupaten. Hal ini mengingatkan bahwa pelaksana utama dalam implementasi KTR ini sendiri

36 Lihat Pasal 4 Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

37 Lihat Pasal 10-16 Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

38 Lihat Pasal 18 Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

39 Lihat Pasal 23 (1) Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

adalah perangkat daerah. Namun demikian, pada faktanya dari 415 kabupaten di Indonesia, per tahun 2021 masih ada 147 daerah lagi yang belum membuat aturan KTR. Hambatan ini biasanya terkait dengan *political will* dari pejabat bersangkutan di yang enggan untuk membuat aturan KTR, karena mereka sendiri merupakan perokok aktif.⁴⁰ Walaupun demikian, sebenarnya Indonesia sendiri sudah menargetkan untuk pemenuhan 100% seluruh wilayah di Indonesia untuk memiliki regulasi daerah mengenai KTR. Hal ini dapat dilihat dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), pemerintah menargetkan pada 2024 seluruh daerah di Indonesia sudah harus memiliki Perda atau aturan khusus yang menerapkan KTR.⁴¹

3. Komparasi antara Hukum Nasional dengan FCTC

Merujuk pada penjelasan diatas bahwa peraturan yang paling komprehensif mengatur mengenai regulasi rokok adalah PP 109/2012, penulis akan membandingkan dan menganalisis, apakah peraturan ini sudah sejalan dengan FCTC yang merupakan kerangka hukum internasional yang terlengkap saat ini. Kendatipun Indonesia bukan negara anggota, namun berbagai negara sudah merujuk dan menjadikan FCTC sebagai *benchmark* dalam membuat peraturan terkait dengan perlindungan hak bagi non-perokok. Lebih lanjut, penulis akan menguraikan perbandingan antara FCTC dan PP 109/2012 dalam Tabel 1 sebagai berikut:

Tabel 1. Komparasi Persamaan Pengaturan KTC

Ketentuan	FCTC	PP 109/2012
Legislasi	<i>“Each Party shall adopt and implement in areas of existing national jurisdiction as determined by national law and actively promote at the other jurisdictional levels the adoption and implementation of effective</i>	Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah (Pasal 52)
	<i>legislative, executive, administrative and/or other measures.” (8:2)</i>	

Ketentuan Kawasan Bebas Rokok	<i>"providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places"</i> (8:2)	(1) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 antara lain: a. fasilitas pelayanan kesehatan; b. tempat proses belajar mengajar; c. tempat anak bermain; d. tempat ibadah; e. angkutan umum; f. tempat kerja; dan g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. (2) Larangan kegiatan menjual, mengiklankan, dan mempromosikan Produk Tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan Produk Tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok. (3) Larangan kegiatan memproduksi Produk Tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan produksi Produk Tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok. (Pasal 50)
Tanggung Jawab Pelaksanaan	-	Pimpinan atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menerapkan Kawasan Tanpa Rokok. (Pasal 50 (4))

Sumber: Diolah oleh Penulis

Merujuk pada perbandingan di atas, sejatinya tidak ada perbedaan mendasar antara kerangka hukum FCTC dengan PP 109/2012. Lebih lanjut, walaupun bukan negara anggota, Indonesia sudah mengimplementasikan beberapa ketentuan dalam FCTC khususnya ketentuan yang berkaitan dengan KTR. Persamaan lain terdapat pada aturan mengenai pengujian dan pencantuman isi produk, yang mana menurut PP 109/2012 disebutkan bahwa Pemerintah Indonesia mengharuskan perusahaan tembakau untuk melakukan

pengujian dan pemberitahuan pada pemerintah serta masyarakat dalam bentuk pencantuman kandungan produk tembakau yang terbatas pada kadar tar dan nikotin saja, bukan seluruh kandungan bahan beracun dan emisinya.⁴² Hal ini sejalan dengan FCTC di mana FCTC juga menegaskan perlunya pemberitahuan tentang isi dan emisi produk tembakau kepada pejabat yang berwenang serta pencantuman informasi.⁴³

PP 109/2012 sejatinya juga merupakan penyempurnaan dari PP 19/2003 yang mana dalam hal ini juga lebih spesifik membahas mengenai mekanisme pelabelan dan juga edukasi terhadap masyarakat di mana hal tersebut belum diatur dalam PP sebelumnya. Walaupun demikian, berkaitan dengan substansi, penulis masih belum menemukan yang kemudian mengatur mengenai mekanisme yang secara spesifik mengatur cukai dan perpajakan terkait dalam PP *a quo*.

C. Efek Kesehatan Perokok Pasif

1. Bahaya Asap Orang Lain dan Pasal 8 FCTC

Yang tidak disadari oleh masyarakat adalah kesehatan perokok pasif lebih terancam dengan adanya Asap Orang Lain atau yang biasa dikenal dengan (AROL); mereka menghisap tiga kali lebih banyak nikotin dan tar serta lima kali lebih banyak karbon monoksida ditambah dengan *particulate matter* yang bahaya jika dihirup karena menyerang paru-paru.⁴⁴ WHO melaporkan fakta bahwa dari total 8 juta kematian setiap tahunnya yang disebabkan oleh merokok, 1.2 juta terjadi terhadap perokok pasif. Angka kematian anak-anak yang secara rutin menghirup udara yang telah terkena paparan AROL di area publik naik menjadi 65,000 jiwa per tahun. Pada balita, menghirup AROL meningkatkan risiko mereka untuk meninggal di usia yang muda dan untuk

42 Pengujian dapat dilakukan oleh laboratorium yang terakreditasi sesuai ketentuan perundangan yang berlaku. Setiap perusahaan harus mengungkapkan kadar kandungan tar dan nikotinnya pada label dengan penempatan yang jelas dan mudah terbaca. Selengkapnya dalam Pasal 4-6 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

43 Lihat Article 10 Framework Convention on Tobacco Control.

44 Fajar Kurniawan, "Urgensi Meratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (Fctc) Dalam Upaya Pengendalian Konsumsi Tembakau Di Indonesia," *Jurnal Hukum & Pembangunan* 50, no. 2 (2020): 317.

wanita hamil, AROL ini meningkatkan risiko untuk komplikasi.⁴⁵

Menurut penelitian dari pakar kesehatan, AROL yang dipaparkan terhadap perokok pasif mempunyai setidaknya 4000 senyawa kimia termasuk 400 zat berbahaya, *inter alia*, Sianida dan Benzene. Selain itu, perokok pasif yang terpapar secara langsung oleh AROL mendapatkan 75% dari bahaya asap tersebut, sedangkan perokok aktif hanya mendapat 25% dari bahaya asap tersebut.⁴⁶ Paparan AROL dapat meningkatkan risiko agregasi trombosit, turunnya level asam askorbat dan penyempitan pembuluh darah pada tubuh.⁴⁷ Dengan begitu, angka kematian dari perokok pasif tidak sedikit, dengan lebih dari 7.300 jiwa karena kanker paru-paru dan lebih dari 8.000 jiwa karena stroke di seluruh dunia.⁴⁸ Selain itu, pria dewasa yang terpapar AROL berisiko terkena kanker paru-paru dan kanker kolorektal. Wanita dewasa juga memiliki risiko mendapatkan untuk terkena kanker payudara dan kanker serviks akibat paparan AROL. Sedangkan anak-anak berisiko penyakit jantung iskemik dan infeksi saluran pernapasan bawah.⁴⁹

Mengacu pada analisa di atas yang mendiskusikan bagaimana wilayah tertentu yang menjalankan “P” dalam MPOWER berdasarkan Pasal 8 FCTC, bisa disimpulkan bahwa ada korelasi antara adaptasi peraturan KTR di tempat publik seperti restoran, tempat kerja dan bar dengan ratifikasi FCTC dengan negara-negara yang tidak meratifikasinya.⁵⁰ Sebagai contoh, negara-negara di

45 Chung-Hall, “Impact of the WHO FCTC over the First Decade: A Global Evidence Review Prepared for the Impact Assessment Expert Group”; Bilano, “Global Trends and Projections for Tobacco Use, 1990-2025: An Analysis of Smoking Indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control.”2012.

46 P2PTM Kemenkes RI, “75 Persen Bahaya Asap Rokok Akan Dirasakan Oleh Perokok Pasif - Direktorat P2PTM,” <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-paru-kronik/page/29/75-persen-bahaya-asap-rokok-akan-dirasakan-oleh-perokok-pasif> (diakses 22 Agustus 2021).

47 Ting Zhang *et al.*, “Characterizing Peak Exposure of Secondhand Smoke Using a Real-Time PM2.5 Monitor,” *Indoor Air* 30, no. 1 (2020): 98–107.

48 Central for Disease Control and Prevention, “Secondhand Smoke (SHS) Facts,” https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm. (diakses pada 4 September 2021); U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General* (Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

49 Giulia Carreras *et al.*, “Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review,” *Preventive Medicine* 129, no. August (2019): 105833; Renny Nurhasana *et al.*, “Passive Smokers’ Support for Stronger Tobacco Control in Indonesia,” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 6 (2020): 1–9.

50 Randy Uang, Heikki Hiilamo, dan Stanton A. Glantz, “Accelerated Adoption of Smoke-Free

Eropa sudah sukses mengurangi prevalensi perokok pasifnya karena peraturan larangan rokok yang ketat di tempat publik yang turut serta berkontribusi terhadap sikap masyarakat tentang perlindungan perokok pasif yang juga mendorong mereka akan larangan merokok di rumah untuk mengurangi kemungkinan orang-orang yang tidak merokok untuk menjadi perokok pasif.⁵¹

2. Perokok Pasif di Indonesia

Indonesia masih menduduki peringkat ketiga, setelah Cina dan India dengan angka perokok aktif yang paling banyak, dan nomor satu di Asia Tenggara.⁵² Pada tahun 2013, Indonesia mempunyai data perokok pasif yang mencapai 96,9 juta orang yang terdiri dari 30,2 juta laki-laki dan 66,7 juta perempuan.⁵³ Di tahun yang sama, Indonesia juga disorot sebagai negara yang mempunyai 79% dari anak-anak di bawah 15 tahun yang menjadi perokok pasif karena terpapar di rumah.⁵⁴ Sedangkan pada tahun 2019, hasil dari GYTS di Indonesia memuat bahwa hanya 57,8% dari anak-anak umur 13-15 tahun terpapar AROL di rumah sedangkan 66,2% terpapar AROL di ruang publik.⁵⁵ Laporan dari South Asia Tobacco Alliance juga menambahkan bahwa 85% dari mereka terpapar AROL di dalam restoran yang seharusnya menjadi KTR.⁵⁶ Angka tersebut mencerminkan bahwa KTR di Indonesia sampai saat ini masih kurang melindungi hak kesehatan para perokok pasif khususnya anak-anak yang berumur di bawah 15 tahun. Lebih lanjut, hal ini melanggar

Laws after Ratification of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control,” *American Journal of Public Health* 106, no. 1 (2016): 166–71.

51 Carreras *et al.*, “Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review.”

52 Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, “Masih Mau (Terpaksa) Jadi Perokok Pasif?”, <http://hmkm.fkunud.com/masih-mau-terpaksa-jadi-perokok-pasif/> (diakses 20 Agustus 2021); Carreras *et al.*, “Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review,” 105833; Nurhasana *et al.*, “Passive Smokers’ Support for Stronger Tobacco Control in Indonesia,” 1–9.

53 Viva Budy Kusnandar, “96 Juta Orang Indonesia Jadi Perokok Pasif”, <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/07/04/96-juta-orang-indonesia-jadi-perokok-pasif> (diakses 22 Agustus 2021).

54 Zhang *et al.*, “Characterizing Peak Exposure of Secondhand Smoke Using a Real-Time PM2.5 Monitor,” 98-107.

55 Global Youth Tobacco Survey, “Global Youth Tobacco Survey Lembar Informasi Indonesia 2019,” [https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-\(ages-13-15\)-\(final\)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2](https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-(ages-13-15)-(final)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2) (diakses 22 Agustus 2021).

56 Carreras *et al.*, “Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review,” 105833; Nurhasana *et al.*, “Passive Smokers’ Support for Stronger Tobacco Control in Indonesia,” 1–9.

hak kesehatan tidak hanya secara umum, melainkan juga hak wanita dan anak-anak.

Di Indonesia sendiri, perlindungan bagi kelompok rentan dalam hal ini adalah ibu hamil dan anak-anak bisa dibilang masih sangat kurang. Kendatipun dalam hal anak-anak sudah ada perundangan yang memberikan jaminan tersebut dalam UU 23/2009. Faktanya, AROL yang terpapar kepada anak-anak di Indonesia menyebabkan penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dan juga asma. Menurut data Riskesdas pada tahun 2013, balita yang menderita ISPA mencapai 64,7% dan ini diakibatkan oleh kebiasaan merokok di dalam rumah dan sangat disayangkan karena dari tahun 2007, *period prevalence* ISPA masih belum berubah drastis, dari 25,5% ke 25,0% di tahun 2013.⁵⁷ Sedangkan untuk penyakit asma, riset yang dilakukan dari tiga rumah sakit di Surakarta menunjukkan bahwa anak 12-18 tahun yang mempunyai asma tapi tidak terpapar asap rokok mengalami serangan asma kurang dari 3 bulan dengan angka 54%, sebaliknya anak yang mempunyai asma tapi terpapar asap rokok mengalami serangan asma lebih dari 3 bulan dengan angka 73%.⁵⁸ Untuk ibu hamil, yang paling membahayakan adalah kondisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), secara biologi, paparan AROL yang terus menerus akan meningkatkan konsentrasi Karbon Monoksida di hemoglobin yang berdampak kepada kondisi BBLR, ini didukung oleh penelitian BMA Tobacco Control Resource Centre di tahun 2013, yang melaporkan ibu hamil yang menjadi perokok pasif selama kehamilan mempunyai risiko melahirkan BBLR sebesar 1,5-9,9 kali lebih banyak di banding ibu hamil yang tidak menjadi perokok pasif. Di Indonesia, data ini didukung oleh kebiasaan merokok di rumah tangga yang mencapai 85%.⁵⁹ Maka dari itu, bisa dilihat bahwa bukan hanya angka

57 Marice Sihombing and Indirawati Tjahja Notohartoyo, "Sociodemographic Profile of Passive Smokers with ARI and Factors Associated with ARI Among Children Under-Five in Indonesia (Riskesdas 2013 Data Analysis)," *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no. 4 (2015): 284–295.

58 Sutaryono *et al.*, "Dan Lama Waktu Serangan Asma Pada Anak," *Prosiding - Semnas & Call for Papers*, 2017, 49–53.

59 Fitria Rahim Kurnia and Andy Muharry, "Karbon Monoksida (CO) Pada Ibu Hamil (Perokok Pasif) Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Wilayah Kabupaten Kuningan," *Journal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal* 10, no. 1 (2019): 68–73; Kadek Susiana Dwi Lestari, I Wayan Gede Artawan Eka Putra, and I Nyoman Mangku Karmaya, "Paparan Asap Rokok Pada Ibu Hamil Di Rumah Tangga Terhadap Risiko Peningkatan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Kabupaten Gianyar," *Public Health and Preventive Medicine*

perokok pasif di Indonesia yang tinggi, tetapi juga kelompok rentan yang terus menerus terdampak kesehatannya karena aksi para perokok yang tidak pengertian di sekitarnya. Kondisi di atas sangat membahayakan dan sudah seharusnya Indonesia mulai memperhatikan perlindungan hak kesehatan bagi para perokok pasif di negaranya.

D. Tantangan Implementasi Hak atas Kesehatan bagi Perokok Pasif di Indonesia

1. Dampak Aspek Sosial dan Politik terhadap Hukum Positif Indonesia tentang Tembakau

Saat membicarakan hak kesehatan perokok pasif, pembahasan akan berkaitan dengan bagaimana efektivitas implementasi KTR dan juga bagaimana mekanisme kontrol tembakau melalui regulasi di Indonesia. Indonesia sendiri mempunyai tantangan dan hambatan yang kuat saat membicarakan perundang-undangan tembakau, khususnya tekanan dari aspek sosial, ekonomi, dan tentunya politik. Dari segi sosial, perlu diingat bahwa dampak yang dirasakan oleh perokok pasif dan yang menjadi faktor kontribusi terbesar adalah perokok aktif. Di Indonesia, salah satu faktor yang unik adalah budaya merokok yang membuat angka perokok aktif terus menambah. Dua hal yang sering menjadi alasan budaya ini terus berlanjut adalah *pertama*, mispersepsi anak muda terhadap rokok dan *kedua*, pendapatan negara (akan dijelaskan lebih lanjut pada bagian aspek ekonomi) melalui rokok, khususnya kretek yang dianggap sebagai “*national heritage*.”⁶⁰

Sangat disayangkan bahwa anak muda mempelajari budaya merokok karena ingin terlihat keren dan juga karena adanya *peer pressure*, tanpa sosialisasi yang kuat banyak dari anak muda ini beranggapan bahwa rokok adalah suatu hal yang legal tanpa mengetahui dampak yang tersembunyi di setiap tarikannya untuk diri sendiri dan juga orang-orang di sekitarnya. Dimulai dari yang dicontohkan oleh banyak orang tua, awalnya anak muda hanya mencoba-coba, tetapi kandungan nikotin di dalam rokok memicu

Archive 3, no. 1 (2015): 11.

60 Heydari *et al.*, “Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the Who Fctc in the Eastern Mediterranean Region,” 63–71; Rosdianti, “Perlindungan Hak Atas Kesehatan Melalui Kebijakan Pengendalian Tembakau.”

sebuah adiksi dan akhirnya merokok pada usia dini dianggap sebagai hal lumrah diterima di masyarakat.⁶¹

Masalah selanjutnya datang dari kebanggaan produk Indonesia sendiri khususnya terhadap rokok kretek. Dalam pemahaman para perokok aktif, merokok produk tersebut menjadi sebuah *national pride* tersendiri dan juga membantu pendapatan negara.⁶² Ini menjadi salah satu akar masalah yang dihadapi Pemerintah karena mereka harus menilai antara hak kesehatan rakyat termasuk para perokok pasif dan juga ekonomi negara.

Lebih lanjut, perspektif lain yang sangat berdampak terhadap implementasi perundang-undangan tembakau adalah intervensi industri. Pada dasarnya, industri tembakau dilihat sebagai salah satu kontribusi besar untuk ekonomi Indonesia. Sebagai ilustrasi, dua perusahaan terbesar tembakau di Indonesia masuk dalam daftar sepuluh besar perusahaan di Bursa Efek Indonesia dan dimiliki oleh orang-orang paling kaya di Indonesia, kakak-beradik Hartono untuk PT Djarum dan Susilo Wonowidjoyo untuk PT Gudang Garam.⁶³ Karena itu, industri tembakau mempunyai pengaruh yang besar, secara langsung dan tidak langsung tidak hanya terhadap aspek ekonomi melainkan juga terhadap politik Indonesia. Pengaruh ini disalurkan melalui bentuk, antara lain, perubahan dalam rancangan perundang-undangan untuk tembakau, menyebabkan penundaan dalam revisi perundang-undangan tembakau yang sudah ada dan juga mencoba untuk menghapus pasal-pasal yang akan merugikan mereka melalui peninjauan kembali. Sebagai contoh, mereka melakukan peninjauan kembali terhadap UU 32/2002 yang melarang iklan rokok untuk ditayangkan di televisi dan mereka juga melakukan peninjauan kembali terhadap UU 36/2009, khususnya Pasal 113(2) dan (3) karena telah mengategorikan tembakau sebagai zat adiktif. Intervensi yang dilakukan bukan hanya dalam kerja sama dengan Pemerintah, tetapi juga dengan memberikan

61 Carreras *et al.*, "Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review," 105833; Nurhasana *et al.*, "Passive Smokers' Support for Stronger Tobacco Control in Indonesia," 1–9.

62 Heydari *et al.*, "Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the Who Fctc in the Eastern Mediterranean Region," 63–71; Rosdianti, "Perlindungan Hak Atas Kesehatan Melalui Kebijakan Pengendalian Tembakau.

63 Indonesia Investment, "Tobacco & Cigarette Industry Indonesia," <https://www.indonesia-investments.com/business/industries-sectors/tobacco/item6873> (diakses 22 Agustus 2021)

propaganda kepada para petani tembakau supaya mereka ikut serta menentang regulasi yang telah di rancang dan disahkan oleh Pemerintahan.⁶⁴ Dari pola ini, bisa dilihat bahwa secara tidak langsung intervensi industri tembakau sangat berdampak terhadap perundang-undangan rokok, apalagi jika itu akan merugikannya.

2. Dampak Aspek Sosial dan Politik terhadap Peraturan KTR

Pada akhirnya, faktor utama yang menghambat perundang-undangan tembakau, dan secara khusus implementasi KTR di Indonesia, adalah politik yang ada di dalam pemerintahan. Seperti apa yang sudah didiskusikan di atas, secara tidak langsung intervensi industri tembakau sangat berdampak terhadap perundang-undangan tembakau. Ini bisa dilihat dari dukungan Menteri Industri, Dagang dan Pertanian terhadap industri tembakau sebagai lawan Menteri Kesehatan yang beradvokasi tentang urgensi perundang-undangan tembakau yang lebih ketat untuk kesehatan masyarakat yang seharusnya dijadikan prioritas, sayangnya pendukung utama Menteri Kesehatan hanyalah Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Dari sini disimpulkan bahwa memang posisi Menteri Kesehatan tergolong lemah. Selain itu, bahkan Menteri Edukasi serta Menteri Pemuda dan Olahraga mendukung Industri Tembakau karena mereka menjalankan program beasiswa dan program-program lainnya yang sejalan dengan usaha mereka untuk *corporate social responsibility*.⁶⁵

Khusus untuk KTR, perihal yang mencemaskan bagi para perokok pasif dicerminkan oleh peraturan level nasional, perundang-undangan yang paling baru adalah PP 109/2012 yang *prima facie*, dilihat sebagai langkah besar untuk kontrol konsumsi tembakau di Indonesia, tetapi saat diimplementasikan ternyata PP tersebut tergolong samar dan mempunyai banyak celah, terlebih karena PP tersebut memerlukan adanya undang-undang pelaksanaan yang tertera di dalam Perda masing-masing daerah untuk implementasi yang maksimal. Namun, pada 2017 dilaporkan bahwa 275 daerah telah menerbitkan

64 Putu Ayu Swandewi Astuti, Mary Assunta, and Becky Freeman, "Why Is Tobacco Control Progress in Indonesia Stalled? - A Qualitative Analysis of Interviews with Tobacco Control Experts," *BMC Public Health* 20, no. 1 (2020): 1–12.

65 Astuti, Assunta, and Freeman, "Why Is Tobacco Control Progress in Indonesia Stalled? - A Qualitative Analysis of Interviews with Tobacco Control Experts," 527.

Perda yang mengatur KTR, termasuk di provinsi, kabupaten dan kota tetapi tidak sampai setengah dari angka tersebut lolos dalam proses legislasi.⁶⁶

Selain itu, kendala untuk implementasi yang sesuai juga dilihat dari kebiasaan sosial masyarakat Indonesia yang segan untuk menegur orang-orang yang merokok di KTR, ini termasuk orang-orang yang berwenang atau memiliki tanggung jawab terhadap KTR di wilayah tersebut.⁶⁷ Rasa segan ini ada karena masih banyaknya pengunjung yang merokok di kawasan-kawasan tersebut, sehingga teguran yang diberikan dapat berpotensi menyebabkan keributan yang akhirnya tidak produktif. Sikap seperti ini menghasilkan kondisi ketidakpatuhan orang-orang yang akhirnya melawan tujuan awal untuk menjaga hak kesehatan perokok pasif. Padahal dengan teguran, masyarakat harusnya bisa merasa malu karena telah melanggar peraturan dan hal ini berarti, pihak berwenang atau penanggung jawab melakukan pekerjaannya dengan benar.⁶⁸ Di luar itu, ada beberapa perundang-undangan tentang KTR yang bisa dicontoh karena telah dianggap sukses menurut data yang diperoleh. Untuk mengilustrasikan hal tersebut, berikut adalah contoh bagaimana KTR diimplementasikan di DI Yogyakarta yang akan dikontraskan dengan KTR yang diimplementasikan di DKI Jakarta.

Untuk kota DI Yogyakarta, KTR diregulasikan dalam Peraturan Gubernur DI Yogyakarta Nomor 42 Tahun 2009 (Pergub DIY 42/2009) tentang Kawasan Dilarang Merokok. Kedua regulasi ini dinilai kurang efektif dikarenakan penerapan yang kurang maksimal dari sisi penegakkan hukum dan sosialisasi masyarakat.⁶⁹ Namun, seperti pola yang dialami kota-kota lain, Pergub DIY 42/2009 dinilai kurang efektif, maka beberapa Kabupaten, seperti Kabupaten Kulonprogo, Gunung Kidul, dan Sleman membuat Peraturan Daerah dan Peraturan Bupati masing-masing untuk menindaklanjuti Pergub DIY 42/2009

66 Siti Nur Azzura, "Strategi Kurangi Jumlah Kematian Perokok Pasif Di Indonesia," <https://www.merdeka.com/uang/strategi-kurangi-jumlah-kematian-perokok-pasif-di-indonesia.html>. (diakses 22 Agustus 2021); Astuti, Assunta, and Freeman, "Why Is Tobacco Control Progress in Indonesia Stalled? - A Qualitative Analysis of Interviews with Tobacco Control Experts," 527.

67 Winengan, "Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok Di Kota Mataram," 1-16; Tobacco Control Laws, "Legislation by Country Indonesia."

68 Dwi Indah Lestari, "Dampak Promosi Kesehatan Kawasan Tanpa Rokok Di Bandara Sultan," *Majalah Kedokteran Sriwijaya* 49, no. 1 (2019): 24–33.

69 Rahajeng, "Pengaruh Kawasan Tanpa Rokok Terhadap Penurunan Proporsi Perokok di Provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali," 238–249.

yang ada dengan tujuan memperluas KTR, membentuk aspek pemidanaan, serta memberikan tanggung jawab lebih terhadap aparat tertentu.⁷⁰ Dengan begitu, angka dari perokok aktif berkurang dan hal ini tentunya akan berdampak positif bagi hak kesehatan perokok pasif. Di sisi lain, DKI Jakarta mempunyai Peraturan Gubernur Nomor 50 Tahun 2012 tentang Kawasan Dilarang Merokok, Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan, Penegakkan Hukum Kawasan Merokok (Pergub DKI Jakarta 50/2012) yang dinilai kurang efektif dikarenakan penegakkan hukum dan sosialisasi masyarakat yang kurang, tetapi karena tidak adanya turunan dari Pergub DKI Jakarta 50/2012 angka KTR masih tergolong sedikit, sedangkan, angka perokok aktif masih tergolong banyak. Ini terjadi di kota-kota lain seperti Lampung, Medan dan Semarang⁷¹ dan berdampak signifikan terhadap pelanggaran hak kesehatan perokok pasif.

3. Urgensi Ratifikasi FCTC bagi Indonesia

FCTC mempunyai tujuan untuk membantu negara-negara mengurangi konsumsi tembakau dengan menyertakan MPOWER sebagai pedoman untuk merealisasikan tujuannya.⁷² Banyak negara tetangga Indonesia yang mengimplementasikannya FCTC dan berhasil menurunkan angka prevalensi perokok aktif yang tentunya akan berdampak langsung kepada hak kesehatan perokok pasif. Contohnya, Filipina yang merupakan negara dengan perokok aktif terbanyak di Asia Tenggara setelah Indonesia telah membuat peraturan ketat mengenai cukai tembakau sesuai dengan (R)aise Tax on Tobacco Product yang pada tahun 2017 menjadi 63%, ini diproyeksikan akan mengurangi jumlah perokok aktif sampai 8,29 juta orang dan menyelamatkan 3.54 juta jiwa, selain itu negara juga akan mendapatkan \$569,91 dari hasil pajak yang dikenakan.⁷³

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Fatonah dan Amatiria, "Kepatuhan Warga Terhadap Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Di Lampung Selatan," 149-154.

⁷² Heydari *et al.*, "Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the Who Fctc in the Eastern Mediterranean Region," 63-71; Rosdianti, "Perlindungan Hak Atas Kesehatan Melalui Kebijakan Pengendalian Tembakau."

⁷³ Abdillah Ahsan, *et al.*, *Kondisi Sosial Dan Ekonomi Negara-Negara Peratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): Sebuah Pembelajaran Untuk Indonesia* (Jakarta: UI Publishing, 2018), 5.

Dengan begitu, alasan Indonesia masih tidak meratifikasi FCTC sampai sekarang adalah karena takut hal tersebut akan menjadi serangan terhadap kedaulatan negara. Kesimpulan ini datang karena FCTC memiliki persyaratan bagi negara anggota untuk tidak menjadikan cengkeh sebagai bahan baku untuk rokok. Oleh karena itu, Pemerintah Indonesia merasa khawatir bila nanti para petani yang akan kehilangan lapangan kerjanya, ini menjadi *bargaining power* yang besar bagi industri tembakau dan juga takut akan munculnya kartel dikarenakan adanya kuota yang tidak cukup untuk permintaan.⁷⁴ Selain itu, politikus-politikus Indonesia masih percaya bahwa ini adalah agenda “luar” karena pengontrolan tembakau dilihat sebagai tujuan bagi banyak investor luar, hal ini sangatlah ironis karena perusahaan tembakau asing mempunyai 42.5% dari saham tembakau di Indonesia.⁷⁵

Meskipun begitu, negara lain yang meratifikasi FCTC dengan kekhawatiran yang sama mengenai bahan baku cengkeh dan tembakau seperti India, Cina, dan Brazil tidak mengalami kejatuhan setelah mengimplementasikannya. Terbukti, ini adalah sebuah manifestasi bahwa FCTC adalah sebuah kumpulan peraturan yang membantu mengontrol tembakau dari segi produksi, penjualan, periklanan, dan perpajakan yang tentunya akan membawa dampak kepada perokok pasif. Secara keseluruhan, hal ini tidak akan berdampak langsung dengan kesehari-harian petani tembakau.⁷⁶ Indonesia harus mengerti bahwa FCTC tidak membuka kemungkinan untuk melakukan reservasi⁷⁷ dan dengan kemajuan negara lain yang mempunyai faktor-faktor yang sama dengan Indonesia berhasil menurunkan prevalensi perokok aktif maupun pasif dengan meratifikasi FCTC. Maka dari itu, Indonesia harus mulai melihat urgensi untuk melindungi hak kesehatan masyarakatnya termasuk perokok aktif dan khususnya perokok pasif. Dalam tataran normatif, ratifikasi FCTC juga diharapkan akan membantu harmonisasi hukum Indonesia agar sesuai sebagaimana *minimum standard* dari *guideline* dalam hukum internasional khususnya berkaitan dengan pengaturan terkait promosi dan KTR, di mana

74 Astuti, Assunta, and Freeman, “Why Is Tobacco Control Progress in Indonesia Stalled? - A Qualitative Analysis of Interviews with Tobacco Control Experts,” 527.

75 *Ibid.*

76 *Ibid.*

77 Lihat Article 30 Framework Convention on Tobacco Control.

selama ini Indonesia masih menggunakan instrumen yang bersifat domestik. Dengan mekanisme pengendalian yang komprehensif maka diharapkan agar berdampak secara langsung kepada berkurangnya AROL sehingga akan menjamin terpenuhinya hak kesehatan bagi perokok pasif di Indonesia sebagaimana praktik negara yang sudah mengimplementasikan FCTC.

E. Penutup

Dalam hukum internasional sejatinya sudah terdapat beberapa konvensi yang mengatur pentingnya perlindungan hak kesehatan. Lebih khusus lagi, hak perokok pasif juga sudah diatur dalam FCTC. Namun, Indonesia hingga sekarang belum meratifikasi FCTC. Kendatipun sudah memiliki hukum domestik yang secara khusus mengatur mengenai perlindungan perokok pasif, namun dengan absennya Indonesia dalam ratifikasi FCTC menjadi kendala tersendiri di mana data menunjukkan masih banyaknya perokok pasif yang terpapar AROL termasuk kelompok rentan seperti ibu hamil dan anak-anak. Kebijakan KTR pun yang seharusnya dimiliki oleh setiap daerah di Indonesia, nyatanya masih banyak pula yang belum mengimplementasikannya dalam peraturan daerahnya. Selain itu, kendala-kendala yang timbul dari segi politik dan sosial masyarakat Indonesia juga menjadi tantangan tersendiri dalam implementasi hak kesehatan bagi perokok pasif. Sudah selayaknya, pemerintah mulai melihat hak kesehatan perokok pasif sebagai urgensi yang wajib di lindungi. Melihat urgensi tersebut, sudah selayaknya Indonesia meratifikasi FCTC untuk melindungi hak kesehatan masyarakat termasuk perokok pasif secara maksimal. Indonesia perlu memastikan bahwa setiap daerah mempunyai peraturan KTR yang efektif dan juga mengharmonisasikan perundang-undangan agar implementasi peraturan KTR bisa dijalankan dengan maksimal dan berdampak langsung terhadap hak kesehatan perokok pasif. Hal tersebut guna menyeimbangkan pemenuhan hak atas kesehatan dengan pertimbangan ekonomi nasional karena nyatanya sampai saat ini maraknya jumlah perokok di Indonesia tidak di imbangi dengan perlindungan bagi perokok pasif sehingga terkesan bahwa Indonesia masih melakukan kebijakan yang timpang dari dua kewajiban tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, Anhari. "Regulasi Pengendalian Masalah Rokok Di Indonesia." *Kesmas: National Public Health Journal* 2, no. 4 (2008): 161-165.
- Ahsan, Abdillah, *et al.* *Kondisi Sosial Dan Ekonomi Negara-Negara Peratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): Sebuah Pembelajaran Untuk Indonesia*. Jakarta: UI Publishing, 2018.
- Astuti, Putu Ayu Swandewi, Mary Assunta, and Becky Freeman. "Why Is Tobacco Control Progress in Indonesia Stalled? - A Qualitative Analysis of Interviews with Tobacco Control Experts." *BMC Public Health* 20, no. 1 (2020): 1–12.
- Azkha, Nizwardi. "Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Perda Kota Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif Di Sumatera Barat Tahun 2013" *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Desember* 2, no. 4 (2013): 171–179.
- Azzura, Siti Nur. "Strategi Kurangi Jumlah Kematian Perokok Pasif Di Indonesia." <https://www.merdeka.com/uang/strategi-kurangi-jumlah-kematian-perokok-pasif-di-indonesia.html> (diakses 22 Agustus 2021).
- Bilano, Ver, *et al.* "Global Trends and Projections for Tobacco Use, 1990-2025: An Analysis of Smoking Indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control." *The Lancet* 385, no. 9972 (2015): 966–976. 2012, 2014
- Carreras, Giulia, *et al.* "Burden of Disease Attributable to Second-Hand Smoke Exposure: A Systematic Review." *Preventive Medicine* 129, no. August (2019): 105833.
- Center for Disease Control and Prevention "About GTSS," <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm> (diakses 19 Agustus 2021).
- Central for Disease Control and Prevention. "Secondhand Smoke (SHS) Facts." https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm. (diakses pada 4 September 2021).
- Chung-Hall, Janet, *et al.* "Impact of the WHO FCTC over the First Decade: A Global Evidence Review Prepared for the Impact Assessment Expert Group." *Tobacco Control* 28, no. 2 (June 2019): 119–128.
- Fadhilah, Fajri. *Hak Atas Lingkungan Hidup Yang Baik Dan Sehat Dalam Konteks Mutu Udara Jakarta*. Jakarta: Indonesian Center for Environmental Law, 2018.
- Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. "Masih Mau (Terpaksa) Jadi Perokok Pasif?" <http://hmkm.fkunud.com/masih-mau-terpaksa-jadi-perokok-pasif/> (diakses 20 Agustus 2021).
- Fatonah, Siti dan Gustop Amatiria. "Kepatuhan Warga Terhadap Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Di Lampung Selatan." *Jurnal Keperawatan* 12, no.

- 1 (April 2016): 149-154.
- Framework Convention on Tobacco Control.
- Global Youth Tobacco Survey. "Global Youth Tobacco Survey Lembar Informasi Indonesia 2019." [https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-\(ages-13-15\)-\(final\)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2](https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-(ages-13-15)-(final)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2) (diakses 22 Agustus 2021).
- Hassoun, Nicole. "The Human Right to Health." *Philosophy Compass* 4, no. 10 (2015): 275–283.
- Hayati, Istiqomatul. "Selama Pandemi, Ada Tambahan 15 Daerah Buat Peraturan Kawasan Tanpa Rokok." <https://nasional.tempo.co/read/1497749/selama-pandemi-ada-tambahan-15-daerah-buat-peraturan-kawasan-tanpa-rokok/full&view=ok> (diakses 22 Agustus 2021).
- Heydari, Gholamreza, *et al.* "Mpower, Needs and Challenges: Trends in the Implementation of the Who Fctc in the Eastern Mediterranean Region." *Eastern Mediterranean Health Journal* 24, no. 1 (2018): 63–71.
- Indonesia Investment. "Tobacco & Cigarette Industry Indonesia." <https://www.indonesia-investments.com/business/industries-sectors/tobacco/item6873> (diakses 22 Agustus 2021).
- Isriawaty, Fheriyal Sri. "Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945." *Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion* 3, no. 2 (2015): 1–10.
- Khambali, Muhammad. "Perlindungan Hukum Bagi Masyarakat Terhadap Dampak Asap Rokok." *FH UNPAB* 5, no. 5 (October 2017): 23–27.
- Klotz, Sabine, *et al.*, "Healthcare as a Human Rights Issue-Normative Profile, Conflicts and Implementation," 2015.
- Kurnia, Fitria Rahim and Andy Muharry. "Karbon Monoksida (CO) Pada Ibu Hamil (Perokok Pasif) Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Wilayah Kabupaten Kuningan." *Journal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal* 10, no. 1 (2019): 68–73.
- Kurniawan, Fajar. "Urgensi Meratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (Fctc) Dalam Upaya Pengendalian Konsumsi Tembakau Di Indonesia." *Jurnal Hukum & Pembangunan* 50, no. 2 (2020): 317-328.
- Kusnandar, Viva Budy. "96 Juta Orang Indonesia Jadi Perokok Pasif." <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/07/04/96-juta-orang-indonesia-jadi-perokok-pasif> (diakses 22 Agustus 2021).
- Lestari, Dwi Indah. "Dampak Promosi Kesehatan Kawasan Tanpa Rokok Di Bandara Sultan." *Majalah Kedokteran Sriwijaya* 49, no. 1 (2019): 24–33.
- Lestari, Kadek Susiana Dwi, I Wayan Gede Artawan Eka Putra, and I Nyoman Mangku Karmaya. "Paparan Asap Rokok Pada Ibu Hamil Di Rumah

- Tangga Terhadap Risiko Peningkatan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Kabupaten Gianyar.” *Public Health and Preventive Medicine Archive* 3, no. 1 (2015): 11-15.
- Nadhiroh, Siti R., Kusharisupeni Djokosujono, dan Diah M. Utari. “Socioeconomic Characteristics, Paternal Smoking and Secondhand Tobacco Smoke Exposure among Infants in Jakarta, Indonesia.” *Tobacco Induced Diseases* 18, (May 2020): 1–9.
- Nurhasana, Renna, *et al.* “Passive Smokers’ Support for Stronger Tobacco Control in Indonesia.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 6 (2020): 1–9.
- OHCHR (2000) “CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)” OHCHR Documents, E/C.12/2000/4.
- Ooms, G. I Keygnaert, dan R Hammonds. “The Right to Health: From Citizen’s Right to Human Right (and Back).” *Public Health* 172 (2018): 99–104.
- P2PTM Kemenkes RI. “75 Persen Bahaya Asap Rokok Akan Dirasakan Oleh Perokok Pasif - Direktorat P2PTM.” <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-paru-kronik/page/29/75-persen-bahaya-asap-rokok-akan-dirasakan-oleh-perokok-pasif> (diakses 22 Agustus 2021).
- Paul Hunt. “Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health.” *Health and Human Rights* 18, no. 2 (December 2016): 109. and human rights-based approaches to health, in the scholarly literature and United Nations (UN
- Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.
- Perwira, Indra. “Memahami Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia,” *Koleksi Pusat Dokumentasi ELSAM*. https://referensi.elsam.or.id/wp-content/uploads/2014/12/Kesehatan_Sebagai_Hak_Asasi_Manusia.pdf and, therefore, it is classified as human rights. The United Nations Development Program (hereafter UNDP (diakses 22 Agustus 2021).
- Rahajeng, Ekowati. “Pengaruh Kawasan Tanpa Rokok Terhadap Penurunan Proporsi Perokok di Provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali.” *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no.3 (2015): 238 – 249.
- Rosdianti, Yeni. “Perlindungan Hak Atas Kesehatan Melalui Kebijakan Pengendalian Tembakau.” *Jurnal HAM* 8 (2012): 95-130. Egypt and Pakistan had the highest scores in 2015 (33, 29 and 27 respectively
- Sihombing, Marice and Indirawati Tjahja Notohartoyo. “Sociodemographic Profile of Passive Smokers with ARI and Factors Associated with ARI Among Children Under-Five in Indonesia (Riskesdas 2013 Data Analysis).” *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no. 4 (2015): 284–295.

- Singh. "MPOWER and the Framework Convention on Tobacco Control Implementation in the South-East Asia Region." *Indian Journal of Cancer* 49, no. 4 (October 2012): 373-378.
- Sutaryono, *et al.* "Dan Lama Waktu Serangan Asma Pada Anak." *Prosiding - Semnas & Call for Papers*, 2017, 45-50.
- Tobacco Control Laws. "Legislation by Country Indonesia." <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/indonesia/summary> (diakses 26 Agustus 2021).
- Tobacco Free Kids, "The Toll of Tobacco in Indonesia - Campaign for Tobacco-Free Kids," <https://www.tobaccofreekids.org/problem/toll-global/asia/indonesia> (diakses 7 Agustus 2021).
- Tobin, John and Damon Barret. "Foundations of Global Health & Human Rights," in *Foundations of Global Health & Human Rights*. Oxford: Oxford University Press, 2020.
- Trotsek, Dylan. "Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2009 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Bogor." *Journal of Chemical Information and Modeling* 4, no. 2 (2017): 68-74.
- Uang, Randy, Heikki Hiilamo, dan Stanton A. Glantz. "Accelerated Adoption of Smoke-Free Laws after Ratification of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control." *American Journal of Public Health* 106, no. 1 (2016): 166-171.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2014.
- Veeranki, Sreenivas P., *et al.* "Secondhand Smoke Exposure Among Never-Smoking Youth in 168 Countries." *Journal of Adolescent Health* 56, no. 2 (February 2015): 167-173.
- Warren, Charles W. *et al.* "Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008." *Global Health Promotion* 16, no. 2 (2009): 4-37.
- Winengan. "Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok Di Kota Mataram." *Jurnal Ilmu Administrasi: Media Pengembangan Ilmu Dan Praktek Administrasi* 14, no. 1 (2017): 1-16.
- Zhang, Ting, *et al.* "Characterizing Peak Exposure of Secondhand Smoke Using a Real-Time PM2.5 Monitor." *Indoor Air* 30, no. 1 (2020): 98-107.