

**KERANGKA REGULASI PEMENUHAN HAK PELAYANAN
KESEHATAN LANSIA MELALUI *COMMUNITY-BASED INTEGRATED
CARE* PERSPEKTIF *WELFARE STATE*
*REGULATORY FRAMEWORK FOR FULFILLING ELDERLY
HEALTHCARE RIGHTS THROUGH COMMUNITY-BASED INTEGRATED
CARE IN WELFARE STATE PERSPECTIVE*
Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat**

Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Korespondensi Penulis : esaaulimaftukha@students.unnes.ac.id

Citation Structure Recommendation :

Maftukha, Esa Aulia, Arif Hidayat. *Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State*. Rewang Rencang : Jurnal Hukum Lex Generalis. Vol.6. No.8 (2025).

ABSTRAK

Peningkatan jumlah lansia di Indonesia menimbulkan tantangan baru dalam pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan, khususnya yang berbasis komunitas. Meskipun Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 telah mengamanatkan hak tersebut, pelaksanaannya masih terhambat oleh fragmentasi kebijakan, ketiadaan standar layanan nasional, dan minimnya pendanaan berkelanjutan. Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan kerangka regulasi pelaksana bagi model *Community-Based Integrated Care* dalam perspektif negara kesejahteraan (*welfare state*). Dengan menggunakan metode yuridis-normatif dan analisis peraturan perundang-undangan, studi ini menemukan bahwa pendekatan berbasis komunitas dapat menjadi solusi integratif yang efektif. Untuk mewujudkannya, diperlukan Peraturan Presiden yang mengatur koordinasi lintas kementerian, menetapkan standar layanan nasional, dan mengembangkan skema pendanaan *hybrid*. Kerangka ini diharapkan mampu memenuhi amanat hukum sekaligus memperkuat komitmen Indonesia sebagai negara kesejahteraan.

Kata Kunci: *Community-Based Integrated Care, Hak Kesehatan, Lansia, Peraturan Presiden, Welfare State*

ABSTRACT

The rising number of older persons in Indonesia presents new challenges in fulfilling their right to healthcare services, particularly community-based care. Although Law No. 13 of 1998 mandates this right, implementation is hindered by policy fragmentation, the absence of national service standards, and insufficient sustainable funding. This study aims to formulate an implementing regulatory framework for the Community-Based Integrated Care model from a welfare state perspective. Employing a juridical-normative method and legal analysis, the research finds that a community-based approach can serve as an effective integrative solution. To realize this, a Presidential Regulation is imperative to govern cross-ministerial coordination, establish national service standards, and develop a hybrid funding scheme. This framework is expected to fulfill legal mandates while strengthening Indonesia's commitment as a welfare state.

Keywords: *Community-Based Integrated Care, Health Rights, Older Persons, Presidential Regulation, Welfare State*

A. PENDAHULUAN

Konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) menegaskan peran dominan negara (pemerintah) dalam semua aspek kehidupan warganya dalam mewujudkan kesejahteraan social.¹ *Welfare state* merupakan mekanisme untuk menjamin seluruh tatanan masyarakat memperoleh perlindungan sosial guna mencapai taraf hidup sejahtera, khususnya bagi kelompok rentan yang memiliki keterbatasan dan memerlukan perhatian serta penanganan lebih intensif.² Kelompok rentan diantaranya adalah penyandang disabilitas, ibu hamil, fakir miskin, dan lanjut usia (lansia). Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, definisi lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Di Indonesia, upaya peningkatan kesejahteraan bagi lansia dimuat dalam landasan filosofis yang kuat. Tujuan utama dari upaya peningkatan kesejahteraan bagi lansia adalah untuk memperpanjang usia harapan hidup dan masa produktif, mewujudkan kemandirian dan kesejahteraan, serta memelihara sistem nilai budaya dan kekerabatan bangsa Indonesia, sekaligus mendekatkan diri kepada Tuhan. Landasan filosofis yang termaktub dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia ini secara inheren selaras dengan prinsip-prinsip *welfare state* yang menekankan tanggung jawab negara dalam menjamin standar hidup minimum dan kesejahteraan setiap warga negaranya sebagai kewajiban konstitusional.

Kemajuan pembangunan nasional menurunkan angka kematian kalangan lansia untuk hidup hingga usia 60 tahun atau lebih. Penuaan penduduk (*ageing population*) merupakan proses transisi demografi ketika peningkatan umur penduduk dari suatu wilayah atau negara terjadi akibat meningkatnya angka harapan hidup atau menurunnya tingkat kelahiran. *World Health Organization* menyebutkan bahwa suatu negara dapat memasuki era *ageing population* jika lebih dari 10% populasinya merupakan lansia. Badan Pusat Statistik melaporkan kondisi Indonesia berada pada struktur *ageing population* sejak tahun 2021,

¹ Agus Darmawan, *Politik Hukum Omnibus Law dalam Konteks Pembangunan Ekonomi Indonesia*, Indonesian Journal of Law and Policy Studies, Vol.1, No.1 (Mei 2020), p.13.

² Adnan Hamid, M.Rizky Aldila, dan Adila Meytiara Intan, *The Urgency of Labor Law for Informal Sector Workers in the Welfare State Concept: An Evidence in Indonesia*, International Journal of Research in Business and Social Science, Vol.11, No.6 (September 2022), p.528–41.

ditandai peningkatan presentase lansia hampir 4% selama periode 2015-2024 yang kini mencapai angka 12%. Umur harapan hidup menunjukkan tren kenaikan dari 70,78 tahun menjadi 72,39 tahun menunjukkan bahwa setiap penduduk yang lahir pada tahun 2024 diperkirakan memiliki peluang hidup hingga usia 72 tahun. Pada tahun 2045 penduduk lansia diproyeksikan berjumlah 65,82 juta jiwa (20,31% dari total penduduk).³

Transformasi *ageing population* berpotensi menimbulkan permasalahan serius jika struktur masyarakat di berbagai sektor gagal beradaptasi. Lansia cenderung rentan terhadap berbagai permasalahan seperti kesehatan fisik, mental, spiritual, ekonomi, dan sosial akibat proses degeneratif dan penuaan. Fenomena urbanisasi semakin memperburuk situasi ini, karena banyak lansia terpaksa hidup sendiri tanpa dukungan keluarga. Kondisi tersebut memicu isolasi sosial yang menjadi faktor utama timbulnya gangguan kesehatan mental pada lansia yang memang rentan secara psikososial. Penelantaran oleh keluarga berdampak negatif pada perkembangan psikis dan fisik lansia. Pengabaian fisik menyebabkan lansia menderita kekurangan gizi 10%-15%, sedangkan hidup sebatang kara berdampak psikis negatif seperti stress dan depresi akibat rasa kesepian.⁴ Besarnya populasi lansia dengan berbagai permasalahan kesehatan belum dapat diikuti dengan ketersediaan fasilitas pelayanan yang memadai baik dalam jumlah maupun mutunya. Ketersediaan layanan geriatri di Indonesia masih sangat terbatas. Hal ini dapat dilihat dari segelintir puskesmas dan rumah sakit yang menyediakan layanan lansia di mana mayoritas fasilitas terkonsentrasi di perkotaan meskipun 65,7% lansia bermukim di pedesaan.⁵ Data di atas mengindikasikan bahwa terdapat kegagalan sistemik dalam mewujudkan prinsip *welfare state* dan keadilan sosial. Kerangka hukum dan implementasi di lapangan masih jauh dari ideal.

³ Badan Pusat Statistik, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024*, Badan Pusat Statistik, Jakarta, 2024.

⁴ R. Singh, *et al.*, *Psychosocial Problems: An Issue among the Elderly in Kathmandu, Nepal*, International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR), Vol.3, No.6 (Juni 2013), p.48–53.

⁵ Zumrotin Azizatul Noor, Tiara Dewi Sekarningrum, dan Tri Sulistyaningsih, *Disparitas Perkotaan-Pedesaan: Pemerataan dalam Akses Layanan Kesehatan Primer Untuk Lansia Selama Pandemi Covid-19*, JPPI (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia), Vol.7, No.4 (Desember 2021), p.576.

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat
*Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui
Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State*

Situasi ini menunjukkan bahwa meski harapan hidup terus meningkat, kualitas hidup lansia belum sejalan, terutama di wilayah terpencil. Oleh karena itu, dibutuhkan layanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan terhubung, meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif.

Hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang fundamental dan diakui secara universal menjadi pilar utama dalam hukum kesehatan dan pelayanan publik yang berkeadilan, sejalan dengan prinsip *welfare state* yang dicanangkan oleh negara. Konstitusi Indonesia melalui Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 secara tegas menjamin hak hidup sejahtera setiap warga negara meliputi hak atas tempat tinggal, hak atas lingkungan yang baik dan sehat, serta hak mendapatkan pelayanan kesehatan. Landasan konstitusional ini diperkuat oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU 17/2023) yang menegaskan bahwa setiap orang berhak atas hidup sehat secara fisik, jiwa, dan sosial. Pasal 5 ayat (2) huruf b Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia (UU 13/1998) secara spesifik hak pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya peningkatan kesejahteraan lansia. Meskipun landasan hukum di tingkat undang-undang telah diatur secara eksplisit, namun kesenjangan antara norma hukum yang ideal dan realitas implementasi di lapangan masih menjadi permasalahan yang harus diperhatikan. Fakta menunjukkan masih terdapat hambatan atau tantangan dalam pemenuhan hak pelayanan kesehatan lansia. Hal tersebut mengindikasikan bahwa regulasi pelaksana mungkin belum cukup detail, komprehensif, atau efektif dalam mengatasi tantangan praktis yang ada. Kesenjangan ini menjadi justifikasi yang kuat sebagai tujuan penelitian ini, yang berfokus pada perumusan kerangka regulasi pelaksana yang lebih rinci dan terintegrasi untuk memastikan hak pelayanan kesehatan lansia dapat terpenuhi secara optimal melalui pendekatan *community-based integrated care* berdasarkan perspektif *welfare state*.

Community-Based Integrated Care secara konseptual merupakan manifestasi operasional dari *welfare state* Indonesia dalam memenuhi kewajiban konstitusional Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 dan UU 13/1998 yang mandatkan negara menjamin hak kesehatan lansia. Melalui pendekatan yuridis normatif, penelitian ini mengidentifikasi celah implementasi regulasi turunan UU 13/1998

sebagai akar masalah fragmentasi layanan. Temuan kunci menunjukkan bahwa Peraturan Presiden (Perpres) sebagai payung hukum di bawah undang-undang merupakan instrumen regulasi optimal untuk merealisasikan model *Community-Based Integrated Care* dalam rangka memperkuat komitmen *welfare state* melalui mekanisme hukum yang mengikat (*legally enforceable*).

Penelitian berjudul “Pemenuhan Hak Kesehatan Lansia melalui Regulasi *Community-Based Integrated Care* dalam Perspektif *Welfare State*” memunculkan pertanyaan mendasar mengenai bagaimana konstruksi hukum pemenuhan hak kesehatan bagi lanjut usia di Indonesia? dan bagaimana pemenuhan hak kesehatan lansia melalui regulasi *community-based integrated care* dalam perspektif *welfare state*?

B. PEMBAHASAN

1. Konstruksi Hukum Pemenuhan Hak Kesehatan bagi Lanjut Usia di Indonesia

Pemenuhan hak kesehatan bagi lansia di Indonesia berakar kuat pada konstitusi tertinggi, yaitu UUD 1945. Pasal 27 ayat (2) UUD 1945 menyatakan bahwa setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang secara implisit mencakup hak atas kesehatan. Lebih lanjut dalam Pasal 28H ayat (1) secara eksplisit menjamin hak setiap orang untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Amanat konstitusional ini diperkuat oleh Pasal 34 ayat (2) dan (3) UUD 1945 yang menggariskan kewajiban negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan serta fasilitas pelayanan umum yang layak.⁶ Ketentuan-ketentuan ini secara kolektif menegaskan komitmen Indonesia sebagai negara kesejahteraan (*welfare state*).

Perwujudan dari hak-hak tersebut secara konkret tentunya memerlukan peraturan pelaksana yang lebih rinci dan spesifik agar dapat menghasilkan efektivitas implementasi. Sebagai penjabaran langsung dari amanat konstitusi,

⁶ Indonesia, *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*.

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat
*Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui
Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State*

UU 13/1998 diundangkan sebagai regulasi payung atau spesifik pertama yang mengatur secara komprehensif mengenai hak-hak dan kesejahteraan lansia di Indonesia. Dalam konteks hak pelayanan kesehatan, ketentuan tersebut ditemukan dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b UU 13/1998 yang secara tegas menyatakan bahwa pelayanan kesehatan diberikan oleh negara sebagai penghormatan dan penghargaan kepada lansia demi meningkatkan kesejahteraan sosial. Pasal 14 UU 13/1998 lebih lanjut mengatur tujuan pelayanan kesehatan bagi lansia untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lanjut usia agar kondisi fisik, mental, dan sosialnya dapat berfungsi secara wajar. Cakupan pelayanan kesehatan turut dijelaskan dalam Pasal 14, yaitu: 1) Penyuluhan dan penyebaran informasi kesehatan lanjut usia; 2) Upaya penyembuhan (kuratif), yang diperluas pada pelayanan geriatrik/gerontologik; dan 3) Pengembangan Lembaga perawatan lanjut usia yang menderita penyakit kronis dan/atau penyakit terminal. Selain itu, disebutkan pula pemberian kemudahan untuk meringankan biaya lansia untuk mendapatkan pelayanan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.⁷

Pengaturan pelayanan kesehatan lansia secara eksplisit dalam UU 13/1998 di sisi lain masih menunjukkan bahwa undang-undang ini memiliki keterbatasan signifikan. Pengaturan dalam UU 13/1998 bersifat parsial karena tidak secara eksplisit mengharuskan integrasi lintas sektor (kesehatan sosial) maupun penetapan standar minimal layanan yang seragam dan mengikat. Ketidadaan amanat yang kuat ini pada tingkat undang-undang payung menjadi titik awal fragmentasi dalam implementasi di tingkat bawah. Kajian lebih lanjut mengungkapkan bahwa UU 13/1998 dinilai “sudah tidak relevan” untuk digunakan sebagai perlindungan hukum terhadap lanjut usia dan memiliki “kekaburan norma” serta “rigiditas” dalam melibatkan pemerintah daerah.⁸

⁷ Indonesia, *Undang-Undang tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*, UU No. 13 Tahun 1998, LN Tahun 1998 No.190, TLN No.3797.

⁸ Clara Izati Putri, *Tanggung Jawab Negara Terhadap Pemenuhan Hak yang Dimiliki Lanjut Usia (Lansia) Ditinjau dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Lansia) dalam Perspektif Hak Asasi Manusia*, JOM Fakultas Hukum Universitas Riau, Vol.7, No. 2 (Juli-Desember 2020), p.1–15.

Pernyataan bahwa undang-undang ini "sudah tidak relevan" adalah kritik mendasar terhadap efektivitasnya sebagai landasan hukum primer. Implikasi dari kekaburan norma dan rigiditas ini adalah bahwa bahkan dasar hukum tertinggi sektoral ini memiliki kelemahan normatif yang menghambat implementasi efektif, sehingga memerlukan revisi atau peraturan pelaksana yang lebih kuat. Setelah UU 13/1998, terdapat berbagai regulasi sektoral yang menjabarkan pemenuhan hak pelayanan kesehatan lansia dengan fokus dan cakupan yang beragam.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU 17/2023) merupakan tonggak penting dalam reformasi sektor kesehatan Indonesia. Undang-undang ini dibentuk untuk menjamin hak setiap warga negara atas kehidupan yang baik, sehat, dan sejahtera lahir dan batin, serta bertujuan untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan, dan memperkuat sistem kesehatan secara integratif dan holistik. Pasal 52 UU 17/2023 secara umum membahas pelayanan kesehatan untuk lansia, mengamanatkan bahwa lansia berhak mendapatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau. Selain itu, undang-undang ini juga mengamanatkan pembentukan Rencana Induk Bidang Kesehatan pada Pasal 409 sebagai alat untuk memastikan kebutuhan pembangunan kesehatan dengan mengintegrasikan semua sumber daya, baik pemerintah maupun nonpemerintah (swasta, masyarakat) untuk pemerataan pelayanan kesehatan.⁹ Meskipun UU 17/2023 mengusung semangat "integratif dan holistik" dalam pembangunan kesehatan dan berupaya mengintegrasikan sumber daya, cakupannya masih bersifat umum untuk seluruh sistem kesehatan. Undang-undang ini belum secara spesifik merinci mekanisme hukum yang mengikat untuk integrasi layanan kesehatan dan sosial bagi lansia di tingkat komunitas secara lintas kementerian. Ini menunjukkan bahwa meskipun ada potensi untuk integrasi, masih terdapat kekosongan normatif pada level operasional yang spesifik untuk model *Community-Based Integrated Care* yang melibatkan dua kementerian utama (Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial).

⁹ Indonesia, *Undang-Undang tentang Kesehatan*, UU No. 17 Tahun 2023, LN Tahun 2023 No. 105, TLN No. 6887.

Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia (PP 43/20024) merupakan regulasi teknis yang diterbitkan sebagai implementasi konkret dari amanat UU 13/1998. Regulasi ini mengklasifikasikan upaya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lansia ke dalam dua kelompok (lansia potensial dan lansia tidak potensial). Pelayanan kesehatan menjadi komponen wajib bagi seluruh lansia dalam kedua klasifikasi tersebut pada Pasal 13. Pasal 8 peraturan ini mengatur ruang lingkup pelayanan kesehatan yang sejalan dengan UU 13/1998. lebih jauh, pasal 18 mengamanatkan fasilitasi khusus oleh pemerintah untuk menjamin kemudahan bagi lansia dalam mengurus berbagai layanan administrasi pemerintahan dan memperoleh pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah. Pasal 21 juga menambahkan kewajiban bagi pemerintah dan masyarakat untuk menyediakan fasilitas rekreasi dan olahraga bagi lansia.¹⁰ Meskipun PP ini mengoperasionalkan UU 13/1998 dengan lebih detail, peraturan ini masih memandang pelayanan kesehatan sebagai salah satu dari banyak jenis pelayanan sosial yang terpisah, bukan sebagai bagian dari model layanan yang terintegrasi lintas sektor. Tidak ada amanat eksplisit atau mekanisme hukum yang mengikat untuk integrasi struktural antara penyedia layanan kesehatan dan sosial di tingkat komunitas. Ini menunjukkan pendekatan yang masih tersegmentasi daripada terintegrasi secara holistik.

Pencapaian visi lansia yang mandiri, sejahtera, dan bermartabat memerlukan sinergi lintas sektor, koordinasi yang efektif antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan seluruh pemangku kepentingan. Lebih lanjut, untuk mewujudkan koordinasi lintas sektor tersebut, penyusunan suatu strategi nasional kelanjutusiaan merupakan langkah yang tak terelakkan. Berdasarkan pertimbangan mendasar ini, pada tahun 2021 pemerintah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan (Perpres 88/2021). Perpres ini mengatur cakupan strategi nasional kelanjutusiaan yang meliputi lima pilar utama, dengan pilar kedua secara khusus berfokus pada Peningkatan derajat kesehatan dan kualitas hidup lansia.

¹⁰ Indonesia, *Peraturan Pemerintah tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia*, PP No. 43 Tahun 2004, LN Tahun 2004 No. 144, TLN No. 4451.

Pilar kesehatan dijalankan melalui empat arah kebijakan kunci, termasuk perluasan akses dan cakupan pelayanan kesehatan bagi lansia serta perluasan cakupan layanan perawatan jangka panjang¹¹. Perpres ini adalah dokumen strategis yang mengakui pentingnya “koordinasi lintas sektor” dan “peningkatan derajat kesehatan”. Namun, sebagai strategi nasional, peraturan tersebut cenderung bersifat pedoman dan belum memiliki kekuatan mengikat yang cukup untuk memaksa kementerian/lembaga terkait (khususnya Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial) untuk mengintegrasikan layanan mereka secara struktural dan operasional untuk *Community-Based Integrated Care*, terutama mengenai pengatryan skema pendanaan spesifik untuk integrasi tersebut. Koordinasi yang diamanatkan dalam Perpres ini lebih bersifat pada tingkat perencanaan dan penganggaran yang dikoordinasikan oleh Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional (Pasal 6 ayat (2), Pasal 7 ayat (4)), bukan pada tingkat operasional antar kementerian pelaksana.

Ketentuan hukum pelayanan kesehatan lansia di tingkat kementerian terdapat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat (Permenkes 67/2015). Permenkes 67/2015 mengatur peran strategis Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer. Puskesmas diharapkan mampu menyelenggarakan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dasar bagi lansia. Peraturan ini secara teknis mengatur perbedaan pelayanan kesehatan bagi pra-lansia dan lansia, serta menjelaskan mengenai pembatasan pasien geriatri yang dapat ditangani dokter puskesmas maupun yang harus dirujuk. Selain itu, Pasal 6 Permenkes ini menjelaskan cakupan pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan di luar gedung apabila lansia membutuhkan pelayanan posyandu/paguyuban/perkumpulan lansia, *home care*, serta panti. Pasal 8 ayat (1) secara eksplisit menyebutkan perlunya “koordinasi lintas program dan lintas sektor” untuk mencapai lansia yang sehat, mandiri, dan aktif.¹²

¹¹ Indonesia, *Peraturan Presiden tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan*, Perpres No. 88 Tahun 2021, LN Tahun 2021 No. 221.

¹² Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat*, Permen No. 67 Tahun 2015, BN Tahun 2015 No. 1663.

Namun, sebagai Peraturan Menteri, cakupannya terbatas pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas. Permenkes 67/2015 tidak menyediakan kerangka hukum yang lebih tinggi dan mengikat untuk integrasi holistik antara layanan kesehatan dan sosial yang disediakan oleh berbagai kementerian/lembaga di tingkat komunitas secara nasional. Ini merupakan upaya integrasi yang parsial dan hanya pada tingkat operasional terendah dalam lingkup Kementerian Kesehatan.

Permenkes 67/2015 bukan satu-satunya regulasi pelayanan kesehatan lansia di tingkat kementerian. Pada tahun 2014, pemerintah memberlakukan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 Tahun 2014 tentang Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit (Permenkes 79/2014) yang berfungsi sebagai instrumen khusus di tingkat rujukan sekunder/tersier. Regulasi ini memiliki tujuan dalam peningkatan kualitas hidup pasien geriatri, standarisasi mutu pelayanan, serta penjaminan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Secara teknis, peraturan ini mengatur secara komprehensif persyaratan pengadaan layanan, alur klinis dan sistem rujukan, mekanisme pemantauan-evaluasi mutu, serta kerangka pengembangan berkelanjutan¹³. Lampiran Permenkes menyebutkan prinsip holistik yang mencakup layanan dari komunitas hingga rujukan, serta menyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus menjadi bagian dari pelayanan kesejahteraan lansia yang komprehensif¹⁴, sehingga “membutuhkan kolaborasi lintas sektor dengan instansi kesejahteraan terkait”. Meskipun Permenkes ini sangat komprehensif untuk pelayanan geriatri di rumah sakit dan mengakui kebutuhan kolaborasi lintas sektor, peraturan ini tidak secara hukum mewajibkan atau mengatur integrasi layanan kesehatan dan sosial di tingkat komunitas yang menjadi esensi *Community-Based Integrated Care*. Ini menunjukkan pendekatan yang masih tersilo antara layanan primer/komunitas dan layanan rujukan/rumah sakit.

¹³ Faizah Khotimatul Husna dan Rezyana Budi Syahputri, *Kajian Kebijakan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Lansia*, *Journal of Economics Research and Policy Studies*, Vol.5, No.1 (Maret 2025), p.15–28.

¹⁴ Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit*, Permen No. 79 Tahun 2014, BN Tahun 2014 No. 1752.

Kementerian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesejahteraan Lanjut Usia 2016-2019 (Permenkes 25/2016) dengan mempertimbangkan kewajiban konstitusional pemerintah dalam menjamin akses fasilitas kesehatan dan pengembangan kapasitas lansia. Fungsinya adalah sebagai kerangka implementasi bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan seluruh pemangku kepentingan terkait dalam mewujudkan lansia berderajat kesehatan optimal. Permenkes ini menggariskan strategi untuk penguatan dasar hukum dan kerja sama lintas sektor, termasuk “membangun dan mengembangkan kemitraan dan jejaring pelaksanaan pelayanan kesehatan lanjut usia yang melibatkan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan/penelitian, LSM, dunia usaha, dan media massa”¹⁵. Namun, mirip dengan Perpres 88/2021, Permenkes ini adalah “rencana aksi” atau pedoman kebijakan. Meskipun menggariskan strategi untuk kerja sama lintas sektor, peraturan tersebut tidak menciptakan norma hukum yang mengikat untuk integrasi struktural dan pendanaan spesifik yang diperlukan untuk *Community-Based Integrated Care* menunjukkan bahwa ini merupakan dokumen strategis, bukan regulasi yang memaksa integrasi secara hukum.

Kerangka hukum di Indonesia telah berkembang dan semakin komprehensif dalam mengakomodasi hak kesehatan lansia. Namun, permasalahan utama terletak pada efektivitas penerapan dan koordinasi antar tingkatan regulasi serta para pemangku kepentingan. Situasi ini mengindikasikan bahwa peraturan-peraturan tersebut belum memadai untuk mengatasi kendala praktis atau mekanisme pengawasan dan penegakan hukumnya masih lemah sehingga menegaskan perlunya regulasi yang lebih responsif terhadap tren perubahan demografi serta dinamika sosial lansia.

Hak pelayanan kesehatan lansia secara tegas telah diamanatkan hampir tiga dekade lalu dalam UU 13/1998, belum sepenuhnya diterjemahkan menjadi standar layanan seragam dan terukur di semua tingkatan regulasi pelaksana.

¹⁵ Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rencana Aksi Nasional Kesejahteraan Lanjut Usia 2016-2019*, Permen No. 25 Tahun 2016, BN Tahun 2016 No. 1091.

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat
*Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui
Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State*

Pasal 14 UU 13/1998 meskipun menguraikan cakupan pelayanan kesehatan, ini tidak memberikan detail standar yang terukur dan mengikat. Peraturan pelaksana di bawahnya, seperti PP 43/2004 dan beberapa Permenkes yang telah dibentuk pada akhirnya tetap berada dalam batasan sektoral masing-masing meskipun telah memberikan rincian teknis lebih lanjut. Misalnya, PP 43/2004 merinci jenis-jenis pelayanan tetapi tidak menetapkan standar yang seragam dan dapat ditegakkan di seluruh penyedia layanan atau lintas sektor. Demikian pula, Permenkes Nomor 67 Tahun 2015 dan Permenkes Nomor 79 Tahun 2014 menyediakan standar untuk Puskesmas dan Rumah Sakit secara terpisah, namun standar ini spesifik untuk fasilitas kesehatan dan tidak menjamin standar terintegrasi yang mulus untuk layanan yang melibatkan aspek kesehatan dan sosial di tingkat komunitas. Ketiadaan standar yang seragam dan terukur ini menciptakan inkonsistensi dan ambiguitas dalam norma hukum. Akibatnya, kualitas dan cakupan layanan bagi lansia menjadi sangat bergantung pada inisiatif lokal dan interpretasi individual, bukan pada komitmen nasional yang konsisten dan terjamin. Hal ini pada gilirannya menghambat terwujudnya prinsip aksesibilitas yang setara, sebuah pilar penting dalam kerangka *welfare state*.

Kekosongan hukum integrasi lintas sector merupakan ketiadaan norma hukum yang secara eksplisit mewajibkan dan mengatur mekanisme koordinasi structural yang kuat antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu berbasis komunitas. Meskipun dokumen strategis seperti Perpres 88/2021 dan peraturan sektoral seperti Permenkes 67/2015 telah menyebutkan pentingnya “koordinasi lintas sektor”, namun tidak ada instrumen hukum yang lebih tinggi dan mengikat yang secara spesifik memandatkan dan merinci mekanisme operasional integrasi antara kedua kementerian utama ini untuk pelayanan lansia. Perpres 88/2021 kendatipun merupakan sebuah strategi nasional, tetap menempatkan koordinasi di bawah Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional sehingga koordinasi bersifat pada tingkat perencanaan strategis daripada implementasi operasional yang mengikat antar kementerian pelaksana.

Sementara itu, Permenkes 67/2015 sebagai peraturan menteri, secara inheren terbatas dalam otoritas hukumnya untuk memaksa kementerian lain mengintegrasikan layanan mereka. Ketiadaan kerangka hukum *inter-ministerial* yang mengikat ini secara langsung berkontribusi pada fenomena “tingginya ego sektoral” dan “kurangnya koordinasi lintas program/lintas sektor yang menyebabkan program, pencatatan, dan pelaporan tumpang tindih”, sebagaimana diakui dalam analisis SWOT internal Kementerian Kesehatan.¹⁶ Tanpa amanat hukum yang jelas dan mengikat dari otoritas yang lebih tinggi, kolaborasi antar kementerian cenderung bersifat sukarela atau ad-hoc, yang secara signifikan menghambat implementasi sistematis *Community-Based Integrated Care*.

Permasalahan praktis yang dihadapi dalam pemenuhan hak pelayanan kesehatan lansia di Indonesia bukan sekadar kendala operasional, melainkan merupakan manifestasi dari kelemahan dalam kerangka normatif yang ada. Permasalahan pertama mengenai keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas. Keterbatasan jumlah dokter spesialis geriatri dan persebarannya yang tidak merata di Indonesia menyebabkan kesenjangan layanan di perkotaan dan pedesaan. Berdasarkan data Konsi Kedokteran Indonesia mengenai jumlah dokter spesialis terbanyak di Indonesia, dokter spesialis di geriantik tidak termasuk dalam 10 besar sehingga diperkirakan jumlahnya kurang dari 2.000 orang secara keseluruhan.¹⁷ Keterbatasan ini menunjukkan bahwa regulasi yang ada belum cukup kuat dalam mengamankan pengembangan SDM yang memadai atau bahwa mekanisme penegakan hukumnya lemah. Di samping itu, keterbatasan anggaran turut dirasakan oleh Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) lansia dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Lansia dalam meningkatkan kualitas layanannya.¹⁸

¹⁶ Riza Margaresa dan Fitriah Zahra, *Rencana Aksi Kegiatan Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia 2022-2025*, Ditjen Kesprimkom, Jakarta, 2022.

¹⁷ Jaury Douglas Pandomuan dan Irwan Triadi, *Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan bagi Kelompok Usia Rentan di Indonesia Berdasarkan Asas Keadilan, Kepastian Hukum dan Kemanfaatan*, *Pemuliaan Keadilan*, Vol.1, No.4 (Oktober 2024), p.143–57.

¹⁸ Muhammad Dedi Widodo, Leon Candra, dan Elfia Elmasefira, *Evaluasi Program Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Kec. Bukit Raya Kota Pekanbaru Tahun 2019*, *Prepotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.4, No.1 (April 2020), p.11–19.

Secara lebih luas, anggaran di tingkat pusat dan daerah belum mencukupi pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan usia produktif dan lanjut usia. Hal ini mencerminkan “prioritas program yang rendah” bagi kesehatan lansia dalam kerangka kebijakan dan hukum yang ada, di mana norma-norma yang mengikat untuk pendanaan yang berkelanjutan dan memadai belum sepenuhnya terbentuk.

Permasalahan lainnya adalah disparitas aksesibilitas adalah mengenai aksesibilitas dan disparitas perkotaan dan pedesaan yang disebabkan oleh minimnya infrastruktur (jalan dan transportasi umum), sinyal komunikasi, dan kepemilikan asuransi, sarana dan prasarana tidak memadai, dan dokter yang sulit ditemui. Disparitas menunjukkan kegagalan norma-norma yang ada untuk menjamin akses yang setara dan merata meskipun konstitusi mengamanatkan hak atas pelayanan kesehatan yang layak. Terakhir, rendahnya partisipasi lansia dalam program kesehatan komunitas seperti Posyandu Lansia. Hal ini disebabkan oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan minim, tingkat pendidikan rendah, faktor usia seperti pikun, rasa malu atau tidak nyaman, ketidaksabaran menunggu, dan ketidakpuasan terhadap layanan kader kesehatan. Sedangkan faktor eksternal meliputi kurangnya dukungan keluarga dan jarak tempuh dari tempat Posyandu jauh¹⁹. Ini mengindikasikan bahwa regulasi yang ada belum secara memadai menerjemahkan strategi pemberdayaan masyarakat dan keterlibatan komunitas menjadi mekanisme hukum yang kuat untuk mengatasi hambatan-hambatan sosial dan logistik ini. Permasalahan-permasalahan praktis ini bukan sekadar kegagalan operasional, melainkan merupakan konsekuensi langsung dari kelemahan normatif yang telah diidentifikasi, seperti ketiadaan standar minimal layanan yang mengikat, ambiguitas dalam mandat koordinasi antar kementerian, dan mekanisme pengawasan serta penegakan hukum yang lemah dalam kerangka regulasi saat ini. Kekaburan norma dalam UU 13/1998 juga berkontribusi pada kurangnya kejelasan dalam implementasi, yang pada akhirnya menyebabkan layanan yang tidak konsisten dan suboptimal.

¹⁹ Shindy Selvia dan Wiridanengsih Wiridanengsih, *Partisipasi Lansia dalam Memanfaatkan Posyandu Lansia di Nagari Cupak*, Jurnal Perspektif, Vol.7, No.1 (Februari 2024), p.141–51.

2. Pemenuhan Hak Kesehatan Lansia melalui Regulasi *Community-Based Integrated Care* dalam Perspektif *Welfare State*

Indonesia melalui Undang-Undang Dasar Tahun 1945 memberikan pengakuan sebagai penganut konsep negara kesejahteraan (*welfare state*). Konsep *welfare state* dirumuskan dalam alinea keempat Pembukaan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 yang berbunyi “Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum.....” mengindikasikan tujuan negara untuk memajukan kesejahteraan umum merupakan bukti bahwa Indonesia menganut konsep *welfare state*. Dalam alinea keempat turut dituangkan kewajiban negara dalam menciptakan kesejahteraan sebagai salah satu cita-cita bangsa Indonesia adalah cerminan dari perwujudan sila kelima Pancasila “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.”²⁰

Pemenuhan hak pelayanan kesehatan bagi lansia menjadi kewajiban fundamental bagi negara yang menganut prinsip *welfare state*. Pemenuhan hak pelayanan kesehatan tidak dapat terpenuhi secara utuh di Indonesia disebabkan adanya kesenjangan²¹ antara norma hukum yang ideal dan implementasi praktis terutama dalam hal aksesibilitas, kualitas layanan, pemerataan, diskriminasi, dan keterbatasan sumber daya. Kompleksitas situasi dan kondisi ini menunjukkan urgensi adanya solusi yang komprehensif. Tren penuaan penduduk yang masif menuntut transformasi model pelayanan. Pendekatan institusional terbukti kurang berkelanjutan dan sering bertentangan dengan preferensi lansia untuk tinggal di lingkungannya sendiri (*ageing in place*). Untuk memenuhi kompleksitas tersebut, *Community-Based Integrated Care* menjadi solusi struktural dalam memenuhi hak pelayanan kesehatan lansia.

²⁰ Daisahbeny, *The Construction of the Welfare State in Human Rights in Law Number 36 of 2009 Concerning Health*, Law Research Review Quarterly, Vol.9, No.4 (November 2023).

²¹ Shinichiro Noda, *et al.*, *Service Delivery Reforms for Asian Ageing Societies: A Cross-Country Study Between Japan, South Korea, China, Thailand, Indonesia, and the Philippines*, International Journal of Integrated Care, Vol.21, No.2 (April 2021).

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat
*Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui
Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State*

Community-Based Integrated Care atau perawatan terpadu berbasis komunitas merupakan konsep yang mewakili pergeseran paradigma krusial dalam pelayanan lansia. Model ini menekankan pada penuaan di tempat (*ageing in place*) yaitu memungkinkan lansia untuk tetap tinggal di lingkungan yang mereka kenal dan cintai hingga akhir hayat dengan dukungan yang komprehensif. Dari perspektif *welfare state*, adopsi *Community-Based Integrated Care* tidak menjadi pilihan kebijakan semata, melainkan merupakan perwujudan komitmen hukum dan filosofis yang mendalam. Hal ini selaras dengan tanggung jawab konstitusional negara untuk menjamin kesejahteraan holistic warganya dengan memberdayakan individu untuk hidup mandiri dan bermartabat di lingkungan mereka sendiri. Model *Community-Based Integrated Care* mempromosikan kemandirian, partisipasi social, dan kualitas hidup lansia, sekaligus menawarkan alternatif yang lebih berkelanjutan dan efisien secara biaya dibandingkan perawatan institusional tradisional. Implementasinya mencerminkan pemahaman hukum yang lebih luas tentang hak kesehatan lansia yang tidak hanya seputar hak pasif untuk mengakses fasilitas kesehatan, melainkan dapat berkembang menjadi hak aktif untuk menerima perawatan yang terintegrasi dan komprehensif di dalam komunitasnya sendiri. Redefinisi ini menuntut kerangka hukum yang memprioritaskan pemberdayaan komunitas dan kolaborasi antar sektor sebagai pilar utama tanggung jawab negara. Dengan demikian, *Community-Based Integrated Care* menjadi sebuah keharusan hukum bagi *welfare state* yang berkomitmen penuh terhadap keadilan sosial dan martabat warga negaranya.

Indonesia memiliki fondasi infrastruktur berbasis komunitas yang signifikan untuk pelayanan lansia, yaitu Pos Layanan Terpadu Lansia (Posyandu Lansia) dan Lembaga Kesejahteraan Sosial Lansia (LKS Lansia). Posyandu Lansia sebagai sarana pelayanan di tingkat masyarakat berfokus pada tindakan promotif dan preventif di bidang kesehatan, seperti skrining dan edukasi kesehatan dasar. Sementara itu, LKS Lansia sebagai lembaga yang dibentuk untuk menyejahterakan lansia menyediakan pendampingan yang lebih holistik, mencakup aspek fisik (*day care, home care, fisioterapi*), psikis (konseling, intervensi berbasis rumahan), sosial (kegiatan kemasyarakatan,

interaksi keluarga), dan lingkungan hidup (kegiatan produktif ringan). Analisis menunjukkan bahwa kedua layanan ini masih berjalan secara paralel dan belum terintegrasi. Posyandu Lansia cenderung fokus pada layanan kesehatan dasar, sedangkan LKS Lansia mengembangkan aspek sosial-ekonomi. Fragmentasi ini merupakan peluang yang terlewatkan dalam kerangka hukum saat ini. *Community-Based Integrated Care* jika diamanatkan secara hukum dan distrukturkan dengan jelas dapat berfungsi sebagai “perekat strategis” yang menyatukan kekuatan Posyandu dan LKS dalam satu model terpadu. Integrasi ini memerlukan mandat hukum yang kuat untuk mengatasi paralelisme yang ada dan memaksimalkan potensi kolektif dengan mengubahnya menjadi entitas yang terpisah menjadi sistem perawatan terintegrasi yang kohesif dan komprehensif. Sehingga permasalahan yang selama ini terpisah dapat diatasi secara holistik, dari promotif-preventif hingga kuratif-rehabilitatif dan dukungan psikososial, melalui sistem rujukan terpadu.

Negara-negara lain dengan populasi lansia tertua di dunia seperti Jepang telah mengembangkan suatu sistem perawatan terpadu berbasis komunitas dengan menekankan konsep penuaan di tempat (*ageing in place*) melalui *Community Integrated Care System* sejak tahun 2003. Melalui The Ministry of Health, Labor and Welfare mendefinisikan *Community Integrated Care System* dalam yang berarti “sebuah sistem yang menyediakan dukungan dan layanan terpadu di lingkungan komunitas untuk menjaga martabat para lansia dan mendukung kemandirian mereka, sehingga mereka dapat terus hidup sejauh mungkin dengan cara mereka sendiri di komunitas yang telah mereka kenal hingga akhir hayat.” *Community Integrated Care System* Jepang terdiri dari lima elemen utama, yaitu perumahan, layanan medis, perawatan jangka panjang, perawatan preventif, dan dukungan kehidupan sehari-hari²².

Kekuatan sistem *Community Integrated Care System* Jepang terletak pada fondasi hukumnya yang kokoh, terutama *Long-Term Care Insurance Act (LTCI Act)* dan *Elderly Welfare Law*. *LTCI Act*, diberlakukan pada tahun 2000 bertujuan mensosialisasikan perawatan lansia dan mengurangi beban keluarga,

²² Japan International Cooperation Agency (JICA), *Community-Based Integrated Care in Japan-Suggestions for Developing Countries from Cases in Japan*, Japan International Cooperation Agency (JICA), Tokyo, 2022.

dengan menyediakan manfaat asuransi untuk kebutuhan perawatan jangka panjang yang menekankan kerja sama dengan layanan medis. Undang-undang ini menunjuk pemerintah kota/kabupaten sebagai penanggung asuransi dan menguraikan tanggung jawab pemerintah nasional dan prefektur dalam memastikan operasional sistem yang sehat dan efisien²³. Sementara itu, *Elderly Welfare Law* (diberlakukan tahun 1963) menguraikan berbagai layanan dukungan berbasis rumah dan fasilitas. Undang-undang ini mengamanatkan pemerintah kota/kabupaten untuk secara aktif mengimplementasikan langkah-langkah dan mengembangkan sistem yang memastikan kerja sama dan koordinasi antara berbagai layanan, termasuk layanan berbasis rumah, berbasis komunitas, dukungan perawatan jangka panjang, dan layanan fasilitas.

Mekanisme pendanaan untuk *Community Integrated Care System* Jepang juga terstruktur secara hukum dengan rincian bahwa setengah dari biaya layanan perawatan ditanggung oleh pajak (pemerintah nasional 25%, prefektur 12,5%, pemerintah kota/kabupaten 12,5%), sementara setengah sisanya ditanggung oleh iuran asuransi perawatan jangka panjang. Peserta asuransi (usia 65+ dan 40-64 dengan asuransi medis) menanggung 10-30% dari biaya²⁴. Pusat dukungan terpadu berbasis komunitas yang didirikan di setiap distrik berfungsi sebagai pusat operasional untuk implementasi kebijakan, termasuk perumusan rencana perawatan, konsultasi kesejahteraan sosial, rujukan sumber daya, dan promosi kesehatan. Keberhasilan dan implementasi luas Jepang secara langsung disebabkan oleh mandat hukum spesifik untuk integrasi dan mekanisme pendanaan yang terstruktur secara hukum. Undang-undang ini memaksa berbagai sektor dan tingkatan pemerintahan untuk berkolaborasi dan berkontribusi secara finansial. Mandat eksplisit

Elderly Welfare Law memerintahkan kepada pemerintah kota/kabupaten untuk mengembangkan rencana dan sistem terintegrasi memastikan bahwa integrasi bukan hanya aspirasi, tetapi kewajiban yang ditegakkan secara hukum di tingkat layanan lokal. Hal ini sangat kontras dengan pendekatan Indonesia

²³ Shinichiro Noda, et al., *Service Delivery Reforms for Asian Ageing Societies: A Cross-Country Study Between Japan, South Korea, China, Thailand, Indonesia, and the Philippines*.

²⁴ Wenyan Cui, Rongyong Wu, and Yiting Cui, *Enlightenment of Japan 's Community - Based Integrated Care Systems on Meizhou Analysis Of Japan 's Community-Based Integrated Care Systems*, Atlantis Press SARL, Dordrecht, The Netherlands, 2025.

yang lebih terfragmentasi, di mana integrasi sering disebutkan tetapi tidak secara hukum diwajibkan antar kementerian atau didukung oleh skema pendanaan yang komprehensif dan khusus.

Perbandingan antara kerangka regulasi kesehatan lansia terintegrasi di Jepang dan Indonesia menunjukkan perbedaan mendasar dalam pendekatan hukum dan implementasi. Kerangka hukum Indonesia, yang terdiri dari UU 13/1998, PP 43/2004, UU 17/2023, Perpres 88/2021, dan berbagai Permenkes, memberikan hak umum atas kesehatan bagi lansia dan menyebutkan koordinasi. Namun, Indonesia tidak memiliki undang-undang tunggal dan komprehensif yang setara dengan *Long-Term Care Insurance Act* Jepang yang secara spesifik mengamankan integrasi layanan kesehatan dan sosial di bawah sistem terpadu dengan mekanisme pendanaan khusus. *Long-Term Care Insurance Act* Jepang secara efektif mengintegrasikan layanan kesehatan dan sosial dengan mencakup berbagai layanan (medis, perawatan jangka panjang, pencegahan, dukungan hidup) dan membangun skema asuransi sosial di mana warga berkontribusi, dan pemerintah (nasional, prefektur, kota/kabupaten) menyediakan subsidi pajak yang substansial. Ini memastikan keberlanjutan finansial dan dasar hukum yang kuat untuk penyediaan layanan terintegrasi. Sebaliknya, pendanaan untuk kesehatan lansia di Indonesia terutama berasal dari APBN/APBD dan BPJS Kesehatan, tetapi tidak ada skema asuransi komprehensif khusus untuk perawatan jangka panjang yang secara eksplisit mengintegrasikan layanan kesehatan dan sosial dan mengamankan pendanaan multi-sumber pada tingkat hukum yang lebih tinggi.

Pelajaran hukum utama yang dapat diambil Indonesia dari pengalaman Jepang adalah urgensi instrumen hukum yang lebih tinggi dan mengikat. Instrumen ini harus secara eksplisit; 1) Mengamankan integrasi antar kementerian yang tidak hanya sekedar koordinasi, tetapi kewajiban hukum yang jelas bagi Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial untuk mengintegrasikan layanan mereka bagi lansia, 2) Menetapkan peran jelas untuk Pemerintah Daerah untuk mengembangkan rencana dan pusat layanan terintegrasi, 3) Menciptakan mekanisme pendanaan terintegrasi dan khusus atau model pendanaan hibrida di bawah kerangka hukum yang jelas.

Kelemahan normatif dan kekosongan hukum yang telah diidentifikasi terutama mengenai integrasi lintas sektor dan pendanaan memerlukan Peraturan Presiden sebagai instrument hukum yang paling tepat untuk mengamankan dan mengimplementasikan *Community-Based Integrated Care*. Kedudukan hukum Perpres berada di bawah undang-undang memiliki kemampuan untuk mengatur pelaksanaan undang-undang serta mengikat lintas kementerian/Lembaga. Pemilihan Perpres sebagai instrument hukum merupakan tanggapan langsung terhadap “kekosongan hukum integrasi lintas sektor” dan masalah “tingginya ego sektoral” yang menghambat sinergi antar kementerian. Perpres dapat memberikan landasan hukum yang kuat untuk membentuk sebuah sistem terpadu yang melibatkan Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian, dan kementerian/Lembaga terkait lainnya. Dengan demikian, Perpres akan memberikan daya ungkit hukum untuk memaksa kementerian-kementerian ini berkolaborasi, mengubah koordinasi bersifat aspiratif menjadi kewajiban hukum yang mengikat. Perpres juga dapat membangun strategi nasional dengan implikasi operasional yang mengikat, melanjutkan semangat Perpres 88/2021 namun dengan spesifisitas yang lebih besar pada integrasi antar kementerian untuk CBIC. Ini adalah keputusan hukum strategis yang diperlukan untuk mengatasi akar masalah fragmentasi dalam pelayanan kesehatan lansia.

Operasionalisasi mandat lebih luas Perpres tentang *Community-Based Integrated Care* memerlukan Permen teknis yang lebih rinci oleh kementerian terkait. Kementerian Kesehatan perlu menerbitkan peraturan menteri yang mengatur secara spesifik manajemen penyakit kronis berbasis komunitas, termasuk protokol deteksi dini, tata laksana, dan sistem rujukan yang terintegrasi di tingkat Puskesmas dan fasilitas kesehatan primer. Sementara itu, Kementerian Sosial perlu menerbitkan peraturan menteri yang merinci pedoman pendampingan psikososial bagi lansia dan keluarganya, serta mengembangkan sistem pemantauan *real-time* untuk layanan sosial berbasis komunitas guna menjamin akuntabilitas dan efektivitas.

Pendekatan regulasi bertingkat ini memastikan bahwa Perpres menyediakan kerangka hukum yang menyeluruh untuk integrasi antar kementerian, sementara peraturan menteri di bawahnya menyediakan detail operasional dan standardisasi yang diperlukan dalam domain masing-masing kementerian. Hal ini krusial untuk menerjemahkan mandat hukum tingkat tinggi menjadi pedoman yang praktis dan dapat ditegakkan di lapangan, memastikan implementasi yang komprehensif dan efektif dari model *Community-Based Integrated Care*.

C. PENUTUP

Konstruksi hukum pemenuhan hak kesehatan lansia di Indonesia mengungkapkan adanya fragmentasi regulasi, inkonsistensi norma, serta kekosongan hukum yang signifikan, khususnya terkait integrasi layanan kesehatan dan sosial berbasis komunitas. Meskipun landasan konstitusional dan undang-undang telah mengamankan hak kesehatan dan kesejahteraan bagi lansia, peraturan pelaksana di bawahnya belum mampu menerjemahkan amanat ini menjadi standar layanan yang seragam, mekanisme integrasi lintas sektor yang mengikat, dan skema pendanaan yang berkelanjutan. Hal ini termanifestasi dalam berbagai tantangan implementasi di lapangan, seperti keterbatasan sumber daya manusia dan anggaran, disparitas akses, serta rendahnya partisipasi lansia dalam program komunitas. Fenomena “ego sektoral” yang menghambat koordinasi antar kementerian adalah konsekuensi langsung dari ketiadaan payung hukum yang kuat untuk integrasi.

Perbandingan dengan sistem *Community Integrated Care System* Jepang menunjukkan bahwa keberhasilan integrasi layanan kesehatan dan sosial bagi lansia sangat bergantung pada adanya mandat hukum yang eksplisit dan mekanisme pendanaan yang terstruktur. Jepang memiliki undang-undang khusus seperti *Long-Term Care Insurance Act* dan *Elderly Welfare Law* yang secara tegas mewajibkan integrasi layanan dan menetapkan peran pemerintah daerah dalam pelaksanaannya, didukung oleh skema asuransi sosial yang komprehensif. Oleh karena itu, *Community-Based Integrated Care*, yang dicanangkan dalam Perpres yang kuat adalah solusi konkret untuk mengatasi permasalahan ini dan mewujudkan amanat UU 13/1998 serta komitmen Indonesia sebagai *welfare state*.

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat

Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State

Perpres memiliki kedudukan hukum yang strategis untuk mengikat lintas kementerian dan mengamanatkan pembentukan badan koordinasi nasional, standardisasi layanan nasional, dan skema pendanaan hibrida yang mengintegrasikan berbagai sumber daya. Melalui kerangka hukum yang komprehensif dan terintegrasi ini, Indonesia tidak hanya akan merealisasikan amanat Pasal 5 ayat (2) huruf b UU 13/1998, melainkan turut menegaskan komitmennya sebagai *welfare state* dalam menyelenggarakan pemenuhan hak pelayanan kesehatan lansia secara holistik dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Badan Pusat Statistik. 2024. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024*. (Jakarta: Badan Pusat Statistik).
- Japan International Cooperation Agency (JICA). 2022. *Community-Based Integrated Care in Japan-Suggestions for Developing Countries from Cases in Japan*. (Tokyo: Japan International Cooperation Agency (JICA)).
- Margaresa, Riza, dan Fitriah Zahra. 2022. *Rencana Aksi Kegiatan Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia 2022-2025*. (Jakarta: Ditjen Kesprimkom).

Publikasi

- Daisahbeny. *The Construction of the Welfare State in Human Rights in Law Number 36 of 2009 Concerning Health*. *Law Research Review Quarterly*. Vol.9. No.4 (November 2023).
- Darmawan, Agus. *Politik Hukum Omnibus Law dalam Konteks Pembangunan Ekonomi Indonesia*. *Indonesian Journal of Law and Policy Studies*. Vol.1. No.1 (Mei 2020).
- Hamid, Adnan, M.Rizky Aldila, dan Adila Meytiara Intan. *The Urgency of Labor Law for Informal Sector Workers in the Welfare State Concept: An Evidence in Indonesia*. *International Journal of Research in Business and Social Science*. Vol.11. No.6 (September 2022).
- Husna, Faizah Khotimatul, dan Rezyana Budi Syahputri. *Kajian Kebijakan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Lansia*. *Journal of Economics Research and Policy Studies*. Vol.5. No.1 (Maret 2025).
- Noda, Shinichiro, et al.. *Service Delivery Reforms for Asian Ageing Societies: A Cross-Country Study Between Japan, South Korea, China, Thailand, Indonesia, and the Philippines*. *International Journal of Integrated Carem*. Vol.21. No.2 (April 2021).
- Noor, Zumrotin Azizatul, Tiara Dewi Sekarningrum, dan Tri Sulistyyaningsih. *Disparitas Perkotaan-Pedesaan: Pemerataan dalam Akses Layanan Kesehatan Primer Untuk Lansia Selama Pandemi Covid-19*. *JPPPI (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)*. Vol.7. No.4 (Desember 2021).
- Pardomuan, Jaury Douglas, dan Irwan Triadi. *Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan bagi Kelompok Usia Rentan di Indonesia Berdasarkan Asas Keadilan, Kepastian Hukum dan Kemanfaatan*. *Pemuliaan Keadilan*. Vol.1. No.4 (Oktober 2024).
- Putri, Clara Izati. *Tanggung Jawab Negara Terhadap Pemenuhan Hak yang Dimiliki Lanjut Usia (Lansia) Ditinjau dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Lansia) dalam Perspektif Hak Asasi Manusia*. *JOM Fakultas Hukum Universitas Riau*. Vol.7. No. 2 (Juli-Desember 2020).
- Selvia, Shindy, dan Wirdanengsih Wirdanengsih. *Partisipasi Lansia dalam Memanfaatkan Posyandu Lansia di Nagari Cupak*. *Jurnal Perspektif*. Vol.7. No.1 (Februari 2024).
- Singh, R., et al.. *Psychosocial Problems: An Issue among the Elderly in Kathmandu, Nepal*. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*. Vol.3. No.6 (Juni 2013).

Esa Auli Maftukha dan Arif Hidayat

Kerangka Regulasi Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Lansia Melalui Community-Based Integrated Care Perspektif Welfare State

Widodo, Muhammad Dedi, Leon Candra, dan Elfia Elmasefira. *Evaluasi Program Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Kec. Bukit Raya Kota Pekanbaru Tahun 2019*. Prepotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol.4. No.1 (April 2020).

Karya Ilmiah

Cui, Wenyan, Rongyong Wu, and Yiting Cui. 2025. *Enlightenment of Japan ' s Community -Based Integrated Care Systems on Meizhou Analysis Of Japan ' s Community-Based Integrated Care Systems*. Atlantis Press SARL, Dordrecht, The Netherlands.

Sumber Hukum

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesejahteraan Lanjut Usia 2016-2019. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1091.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1663.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 Tahun 2014 tentang Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1752.

Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 144. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4451.

Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 221.

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 190. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3797.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887.