

3. GAMBARAN UMUM LANSIA JEPANG

Gambaran umum lansia Jepang yang dipaparkan dalam bab ini merupakan gambaran masyarakat lansia Jepang yang menunjukkan kecenderungan peningkatan dalam setiap tahunnya. Paparan tentang masyarakat lansia Jepang bertolak dari perkembangan lansia sejak tahun 1970, yaitu sejak Jepang menempati posisi sebagai negara yang memiliki masyarakat menuju menua (*koureika shakai*-高齡化社会). Adapun fokus penulisan dititikberatkan pada perkembangan lansia antara tahun 2002 sampai tahun 2005.

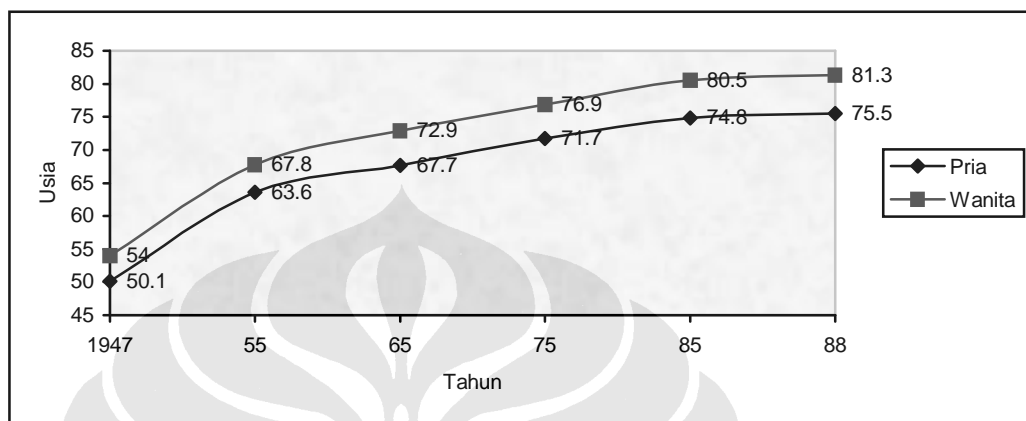
Paparan tentang gambaran masyarakat lansia Jepang di dunia yang sesungguhnya pada bagian ini secara mendetail dibagi ke dalam 5 sub bagian. Paparan akan dimulai dari gambaran sekilas tentang masyarakat lansia Jepang yang berisi tentang kecenderungan peningkatan jumlah penduduk lansia sejak tahun 1975. Dalam sub bagian berikutnya akan dipaparkan kondisi masyarakat lansia Jepang pada tahun 2002-2005, peningkatan masyarakat lansia Jepang yang terjadi pada tahun 2002-2005, dan dampak yang ditimbulkan dari ledakan penduduk lansia yang terangkum dalam permasalahan lansia. Pada bagian akhir, akan dipaparkan beberapa penanganan permasalahan lansia yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, dan keluarga.

3.1 Sekilas tentang Lansia Jepang

Masyarakat lansia yang menyisakan berbagai macam persoalan merupakan realitas sosial yang dihadapi oleh masyarakat Jepang dewasa ini. Realitas sosial tersebut dapat diindrai sebagai kenyataan yang muncul dalam masyarakat Jepang. Fenomena masyarakat menua atau lazim disebut *koureika shakai* (高齡化社会) mencuat dalam kehidupan masyarakat Jepang setelah tahun 1955. Kondisi tersebut dapat terlihat dari gambar 4 di bawah (Miyagi, 1992, hlm. 7).

Melalui grafik pada gambar 4 tersebut dapat dilihat bahwa pada tahun 1955, rata-rata usia harapan hidup orang Jepang berkisar pada usia 50,1 tahun untuk pria dan 54,0 tahun untuk wanita. Usia harapan hidup yang mengindikasikan bertambahnya jumlah penduduk lansia tersebut terus berkembang dalam selang waktu 5 tahun. Memasuki tahun 1970, Jepang menempati posisi sebagai negara

yang memiliki masyarakat menua. Pada tahun 1975, rata-rata usia harapan hidup orang Jepang berubah menjadi 71,7 tahun untuk pria dan 76,9 tahun untuk wanita. Rata-rata usia harapan hidup orang Jepang pada tahun 1988 mencapai angka 75,5 tahun untuk pria dan 81,3 tahun untuk wanita.



Gambar 4. Rata-rata Usia Harapan Hidup Penduduk Jepang

Rata-rata usia harapan hidup yang dicapai Jepang pada tahun 1970 memposisikan Jepang ke dalam kategori masyarakat menuju menua bila dilihat dari batasan kategori masyarakat lansia yang ditetapkan oleh PBB. Kategori ini berangkat dari jumlah persentase yang diperoleh Jepang mencapai 7% pada tahun 1970 untuk jumlah penduduk lansia yang berusia di atas 65 tahun. Secara garis besar, PBB mengategorikan masyarakat menua dalam 3 jenis, yaitu masyarakat menuju menua (*koureika shakai* – 高齢化社会), masyarakat menua (*kourei shakai* – 高齢社会), dan masyarakat hiper menua (*choukourei shakai* – 超高齢社会). Pengkategorian tersebut berlandaskan pada persentase jumlah penduduk yang dimiliki oleh negara berpenduduk lansia. Dalam masyarakat menuju lansia (*koureika shakai* – 高齢化社会), jumlah penduduk lansia mencapai 7%, dan angka ini dicapai Jepang pada tahun 1970. Masyarakat menua (*kourei shakai* – 高齢社会) merupakan masyarakat yang memiliki penduduk lansia sebanyak 14%. Jepang memiliki penduduk lansia sebanyak 14% dari total populasi pada tahun 1994. Kategori ketiga, yaitu masyarakat hiper menua (*choukourei shakai* – 超高齢社会) merujuk pada masyarakat yang memiliki penduduk lansia sebanyak 21% dari

total populasi. Posisi ini dialami Jepang pada tahun 2005. dengan demikian dapat dikatakan bahwa Jepang kini menuju masyarakat yang hiper menua (Naganuma, 2006, hlm. 27-28).

Gambaran masyarakat lansia yang dipaparkan dalam bagian ini adalah kondisi masyarakat lansia pada tahun 2002-2005. Pada tahun-tahun ini, Jepang memasuki masyarakat hiper menua. Latar belakang fokus penulisan kondisi masyarakat lansia pada tahun tersebut berangkat dari hasil wawancara yang dilakukan oleh Shinchousha, yaitu penerbit novel *Ginrei no Hate*, terhadap Tsutsui Yasutaka terhadap karyanya yang ia beri judul *Ginrei no Hate 'Di Ujung Usia Perak'*. Dari wawancara tersebut diketahui bahwa Tsutsui Yasutaka mendapat ide cerita untuk novel ini pada tahun 2002. Realitas sosial tentang masyarakat lansia tidak hanya difokuskan pada titik tahun 2002. Pandangan ini berlandaskan pada realitas sosial tidak akan berhenti di satu titik waktu tertentu. Fenomena masyarakat lansia, terutama yang berkenaan dengan peningkatan jumlah penduduk lansia, bahkan sampai sekarang pun terus berkembang dalam kehidupan masyarakat Jepang. Kondisi penduduk lansia, menyangkut melajunya perkembangan lansia, dibatasi sampai pada tahun 2005. Tahun 2005 dianggap sebagai batas akhir pandangan Tsutsui Yasutaka dalam melihat kondisi masyarakat lansia di Jepang, karena *Ginrei no Hate* diterbitkan pada bulan Januari 2006. Penggunaan referensi yang diterbitkan pada tahun 2006 berangkat dari pandangan bahwa data dalam referensi tersebut merupakan data pada tahun sebelumnya.

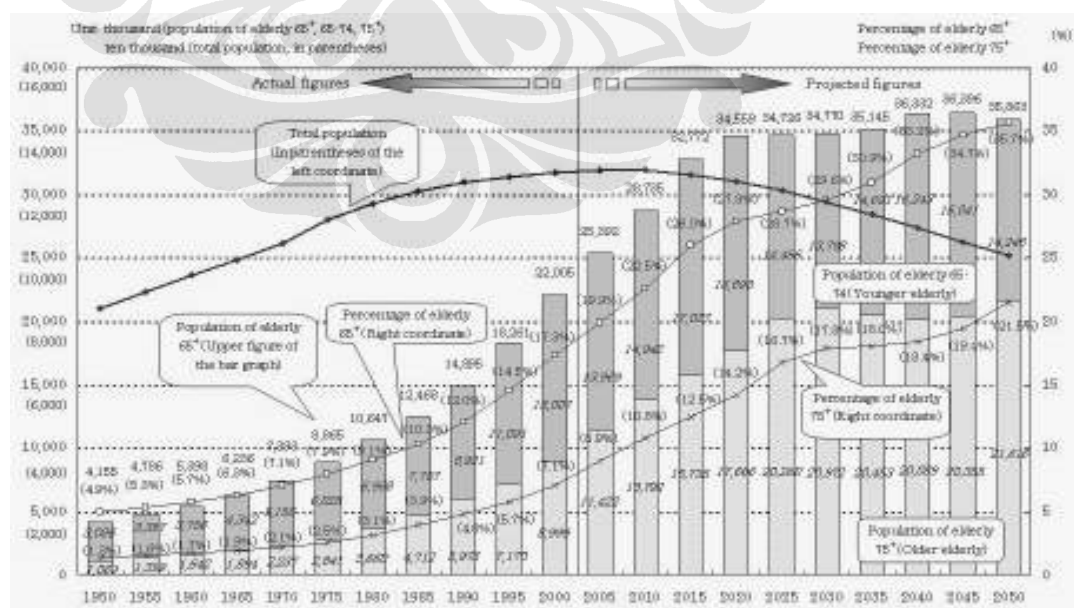
3.2 Kondisi dan Peningkatan Jumlah Lansia Jepang

Dalam Tempo interaktif tanggal 13 September 2005 tertulis bahwa jumlah penduduk Jepang yang berusia lebih dari 100 tahun telah mencapai rekor tertinggi di dunia. Rekor tersebut dicapai oleh Jepang sebagai negara dengan kategori berpenduduk panjang umur. Dengan penduduk sebanyak 26.600.000 orang dari total penduduk, Jepang menggiring negaranya pada julukan negara berpenduduk paling panjang umur. Dari angka tersebut terdapat 85% di antaranya adalah penduduk wanita (<http://www.tempointeraktif.com/hg/luarnegeri/>).

Bila dilihat kondisi penduduk pada tahun 2004, diketahui bahwa penduduk

Jepang berkembang dengan menunjukkan angka terendah sejak akhir perang dunia ke-2. Dalam laporan tahunan kabinet tahun 2005 tentang masyarakat lansia dikatakan bahwa perkembangan penduduk Jepang mencapai angka 700.000 orang, atau berkembang hanya sekitar 1% dari tahun sebelumnya. Penduduk Jepang pada tahun 2004 berjumlah 127.690.000 orang. Dari angka tersebut, jumlah lansia awal yang berusia 65 tahun atau di atasnya mencapai angka 24.880.000 orang. Persentase penduduk lansia dari total penduduk sebesar 19,5%. Sementara itu jumlah penduduk lansia yang berusia 65 – 74 tahun sebanyak 13.810.000 orang, dan lansia yang berusia 75 tahun ke atas menunjukkan angka 11.070.000 orang. Pada tahun 2004, jumlah lansia yang berusia 100 tahun dan di atasnya meningkat mencapai 230.000 orang pada akhir September 2004.

Biro Statistik Kementerian Hubungan Internal dan Komunikasi (Statistic Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications) memprediksikan laju peningkatan penduduk akan terus berkembang pesat sampai sampai tahun 2020. kondisi ini akan stabil setelah tahun 2020. Dalam estimasi biro ini, penduduk Jepang akan terus menurun, tetapi di pihak lain, penduduk lansia justru akan terus meningkat dan mencapai angka 26.0% pada tahun 2015 dan 35,7% pada tahun 2050. Prediksi perubahan lansia tersebut nampak pada gambar 5 berikut.



Sumber: Ministry of Internal Affairs and Communication, Sensus Penduduk

Jepang

Gambar 5. Proyeksi Perubahan Penduduk Lansia

Dari gambar di atas terlihat bahwa penduduk lansia berusia 65 – 74 tahun berkembang sebanyak 2,6% dari tahun 2000 sampai tahun 2005, yakni dari 17,3% pada tahun 2000 berkembang menjadi 19,9% pada tahun 2005. Sementara itu penduduk lansia berusia 75 tahun ke atas berkembang sebanyak 8,9% pada tahun 2005.

Sebaran persentase penduduk lansia di setiap prefektur menampakkan peningkatan terendah di 3 daerah, yaitu Saitama 15,5%, Okinawa, 16,1% dan Kanagawa 16,2%. Peningkatan jumlah lansia tertinggi tampak terjadi di Shimane sebanyak 26,7%. Kondisi tersebut terjadi pada tahun 2004. Pada tahun 2025 diprediksikan peningkatan jumlah lansia terbesar terjadi di Akita sebanyak 35,4%, dan peningkatan jumlah lansia terkecil terjadi di Okinawa sebesar 24,0%. Gambaran peningkatan jumlah lansia di beberapa prefektur tersebut di atas nampak pada tabel 3 di bawah. Pemilihan prefektur dilakukan berdasarkan peningkatan jumlah lansia dari angka terbesar hingga angka terkecil. Prefektur lainnya yang dipilih adalah Tokyo, Osaka, dan Hiroshima, karena dianggap sebagai prefektur dengan jumlah penduduk yang tinggi sampai sekarang.

Tabel 3. Persentase Sebaran Peningkatan Jumlah Lansia di Beberapa Prefektur

	1975	2004	2025
Jepang	7,9	19,5	28,7
Shimane	12,5	26,7	32,8
Akita	8,9	26,1	35,4
Saitama	5,3	15,5	27,8
Tokyo	6,3	16,8	29,2
Kanagawa	5,3	16,2	25,8
Osaka	6,0	17,5	27,4
Hiroshima	8,9	20,4	30,1
Okinawa	7,0	16,1	24,0

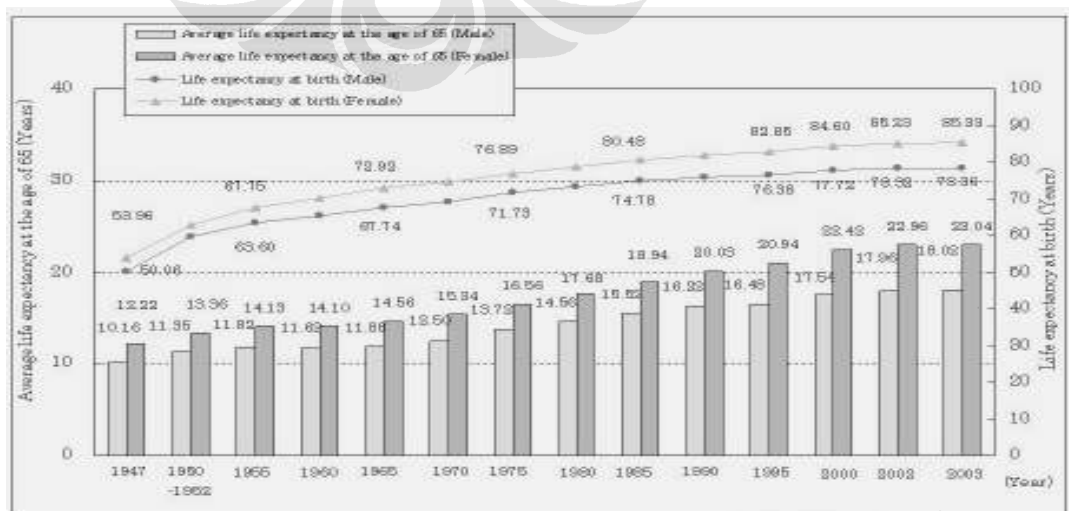
Sumber: <http://www8.cao.go.jp/kourei/english/>

Berdasarkan sebaran peningkatan jumlah lansia di beberapa prefektur, pada tahun 1975 dan 2004 Shimane menunjukkan peningkatan tertinggi, yaitu berkisar

pada angka 12,5 pada tahun 1975 dan 26,7 pada tahun 2004 bila dibandingkan dengan prefektur lainnya. Namun demikian, angka peningkatan tertinggi pada tahun 2025 diprediksikan akan terjadi di Akita, yaitu berkembang hingga angka 35,4. Peningkatan angka terendah terjadi di daerah Saitama pada tahun 1975 dan 2004, tetapi di Kanagawa hanya terjadi pada tahun 1975. Peningkatan terendah pada tahun 2025 diprediksikan akan terjadi di Okinawa.

Kondisi lansia pada tahun 2004 mengakibatkan perubahan perbandingan penduduk lansia terhadap penduduk usia produktif. Dengan kata lain terdapat 1 orang lansia di antara 5 orang penduduk usia produktif (Shimizu, 2005: 635). Berdasarkan prediksi *Kokuritsu Shakai Hoshō – Jinkō Mondai Kenkyūjo* pada tahun 2002, jumlah penduduk lansia pada tahun 2025 akan mengakibatkan perbandingan 3,5:1 untuk penduduk usia produktif terhadap penduduk lansia. Di antara 3,5 orang usia produktif, akan didapati 1 orang lansia.

Kondisi peningkatan jumlah penduduk lansia ditunjang oleh berbagai faktor. Kemajuan teknologi di berbagai bidang kehidupan, terutama ilmu kedokteran yang memperpanjang rata-rata usia harapan hidup orang Jepang. Sejak perang dunia ke-2, usia harapan hidup orang Jepang meningkat dengan drastis. Pada tahun 2003, rata-rata usia harapan hidup pria adalah 78,36 tahun, sedangkan usia harapan hidup wanita adalah 85,33 tahun. Sementara itu rata-rata harapan hidup untuk bayi yang dilahirkan sampai usia 65 tahun adalah 18,02 tahun untuk pria, dan 23,04 tahun untuk wanita. Kondisi ini dapat dilihat dalam gambar 6 berikut.



Sumber: <http://www8.cao.go.jp/kourei/english/>

Gambar 6. Usia Harapan Hidup dari Kelahiran dan Rata-rata Usia Hidup

Dapat dikatakan bahwa penduduk lansia Jepang sejak tahun 1994 berkembang dengan pesat. Kondisi ini mengakibatkan perubahan komposisi penduduk Jepang secara keseluruhan. Perbandingan penduduk produktif terhadap penduduk lansia semakin menyusut, sehingga menimbulkan beberapa dampak pada tatanan kehidupan masyarakat baik secara ekonomi maupun sosial. Perbandingan antara penduduk produktif dan penduduk lansia dapat dilihat pada tabel 4 di bawah.

Tabel 4. Perbandingan Penduduk Berdasarkan Kelompok Umur

Thn	Kelompok Umur (per 1000 orang)				Total Perbandingan (%)			
	0 – 14	15-64	65 lebih		0 – 14	15-64	65 lebih	
	(anak)	(produktif)	(lansia)	75 >	(anak)	(produktif)	(lansia)	75 >
2006	17.585	84.422	25.761	11.639	13.8	66.1	20.2	9.1
2005	17.435	83.731	26.604	12.166	13.6	65.5	20.8	9.5
TP	-150	-691	843	526	-0.2	-0.6	0.6	0.4

Keterangan: TP =Total Pertambahan dan Penurunan

Sumber: *Statistik Penduduk 1 Oktober 2006*, Biro Statistik Kantor Kesekretarian Negara, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei06/index.html>

Melalui tabel tersebut diketahui bahwa pada tahun 2005-2006, jumlah usia anak-anak dan usia produktif penduduk Jepang mengalami penurunan, sedangkan penduduk lansia mengalami peningkatan. Selama satu tahun jumlah penduduk anak-anak berusia 0-14 tahun menurun sebanyak 150.000 orang, penduduk usia produktif menurun sebanyak 691.000 orang. Pada pihak lain, jumlah lansia mengalami peningkatan sebesar 0.6% untuk penduduk lansia berusia 65 – 74 tahun, dan 0.4% untuk lansia berusia 75 tahun ke atas.

3.3 Faktor Penyebab Ledakan Penduduk Lansia

Ledakan jumlah penduduk lansia yang terus meningkat setiap tahunnya bila ditinjau dari sudut demografi disebabkan oleh menurunnya angka kelahiran dan kematian. Angka kelahiran yang terus menurun dapat mengakibatkan bagian bawah piramida penduduk menyempit. Bagian bawah piramida penduduk

menunjukkan jumlah penduduk usia anak-anak. Pada pihak lain, penurunan angka kematian yang terus menerus dapat mengakibatkan bertumpuknya jumlah penduduk lansia pada piramida bagian atas. Dampak yang terjadi adalah piramida penduduk akan membesar di bagian atas dan menyempit di bagian bawah¹.

Naik turunnya angka kelahiran ditentukan oleh fertilitas. Fertilitas dalam pengertian demografi adalah kemampuan riil seorang wanita untuk melahirkan yang dicerminkan dalam jumlah bayi yang dilahirkan. Dengan kata lain, fertilitas menyangkut banyaknya bayi yang lahir hidup. Fertilitas dapat diketahui melalui TFR, yaitu Total Fertility Rate. TFR adalah jumlah dari banyaknya kelahiran tiap seribu wanita pada kelompok umur tertentu, dengan catatan bahwa umur tersebut dinyatakan dalam satu tahun (Kamanto, 2004, hlm. 164).

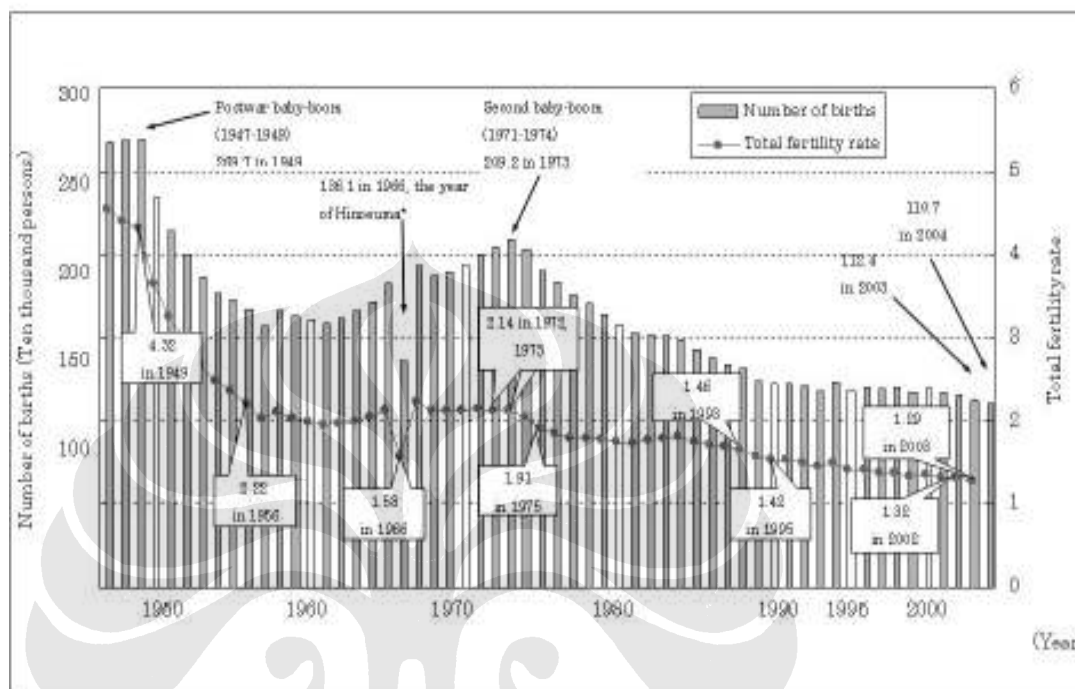
Shimizu Yutaka dalam Imidas 2005 mengatakan bahwa angka kelahiran di Jepang pada tahun 2003 adalah 1,29. Angka ini mengalami penurunan sebanyak 1,2% dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2002, angka kelahiran dari wanita Jepang berada pada posisi 1,32.

Kecenderungan penurunan angka kelahiran yang terus meningkat yang lazim disebut *shoushika* (少子化) menimbulkan ketidakseimbangan komposisi penduduk secara keseluruhan. Dalam hal ini kecenderungan penurunan angka kelahiran menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya kestabilan peningkatan jumlah lansia. Artinya, penambahan jumlah lansia tidak akan terlalu mencolok terjadi bila diimbangi oleh penambahan jumlah kelahiran. Bersama dengan itu, *shoshika* juga dianggap sebagai penyebab terjadinya perubahan dalam tatanan masyarakat secara sosial dan ekonomi.

Berdasarkan perhitungan Kesekretariatan Negara (*Soumusho*), pada bulan April tahun 2004 jumlah anak-anak Jepang (0-14) hanya sebesar 17.810.000 orang. Angka ini hanya mencapai 13,9% dari jumlah keseluruhan penduduk Jepang. Kementerian ini memprediksikan *shoushika* akan terus terjadi hingga tahun 2050. Dalam prediksi tersebut jumlah anak-anak Jepang akan menurun menjadi sebanyak 14.090.000 orang pada tahun 2025. Angka ini merupakan 11,6% dari total penduduk Jepang. Sedangkan pada tahun 2050, jumlah anak-anak

¹ dalam *Dasar-dasar Demografi* terbitan Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, edisi 2004 dan *Teknik Demografi* tulisan A. H Follard dkk, terjemahan Rozy Munir, cetakan ke-3, Juli 1989.

akan terus menurun hingga mencapai angka 10.840.000 orang dan menempati posisi 10,8% dari total penduduk Jepang. Bila dilihat secara keseluruhan, penurunan jumlah penduduk usia anak-anak sampai tahun 2003 dapat dilihat pada gambar 7 berikut.



Sumber: Annual Report on Aging Society 2002, Cabinet Office

Gambar 7. Angka Kelahiran dan Total Angka Kelahiran

Dari gambar tersebut terlihat bahwa sejak ledakan kelahiran pasca perang dunia ke-2, jumlah angka kelahiran menurun drastis hingga 2,22 pada tahun 1956, dan 1,91 pada tahun 1975. Kondisi ini terus menurun sejak tahun 1973-1974 sampai mencapai angka di bawah 2,00. Padahal pada tahun 1971-1974 merupakan masa terjadinya ledakan angka kelahiran bayi (*baby boom*) ke-2 di Jepang. Pada tahun 2003, angka kelahiran menunjukkan posisi terendah.

Pada pihak lain, angka kematian atau mortalitas yang terus menurun dianggap sebagai faktor penyebab lain terjadinya ledakan penduduk lansia. Mati menurut definisi WHO adalah keadaan menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen. Kondisi ini bisa terjadi sesat setelah kelahiran hidup. Kelahiran hidup yang dimaksudkan adalah peristiwa keluarnya hasil konsepsi dari rahim seorang ibu secara lengkap tanpa memandang lamanya kehamilan. Setelah

perpisahan tersebut, hasil konsepsi bernafas dan mempunyai tanda-tanda hidup lainnya seperti denyut jantung, denyut tali pusat, atau gerakan-gerakan otot tanpa memandang apakah tali pusat sudah dipotong atau belum².

Angka kematian penduduk Jepang menurun tajam setelah perang setelah perang dunia kedua. Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya angka kematian di Jepang, di antaranya adalah pemahaman masyarakat terhadap kesehatan yang ditunjang oleh kemajuan ilmu kedokteran. Pemahaman masyarakat terhadap kesehatan mengubah pola kehidupannya, sehingga masyarakat Jepang membatasi makanan enak tapi tidak sehat, olah raga dan rekreasi yang teratur. Dampak yang dihasilkan dari pola hidup sehat ini adalah orang Jepang bisa hidup sehat dan berumur panjang. Kondisi ini ditunjang oleh kemajuan ilmu kedokteran, sehingga tingkat kematian yang disebabkan oleh penyakit ringan seperti infeksi bisa diminimalisasi.

Penyakit penyebab kematian terbesar di Jepang adalah kanker, stroke, dan penyakit jantung. Ketiga penyakit tersebut menyumbangkan angka 6% untuk keseluruhan penyakit penyebab kematian. Tabel 3.8 di bawah menunjukkan jumlah penyebab kematian terbesar di Jepang.

Tabel 5. Penyakit Penyebab Kematian

Faktor Penyebab	Angka Aktual (Orang)		
	1980	1997	2004
TBC	6.439	2.742	2.33
Kanker	161.764	275.413	320.358
Diabetes	8.504	12.370	12.637
Penyakit jantung	123.505	140.174	159.625
Tekanan darah tinggi	15.911	6.884	5.706
Stroke (Pembuluh darah otak)	162.317	138.697	129.055
Pneumonia	33.051	78.904	95.534
Asma	6.370	5.661	3.283
Luka lambung dan usus 12 jari	5.530	3.876	3.409
Paru-paru	18.978	16.599	15.885
Gagal ginjal	7.048	16.615	19.117
Penyakit uzur	32.154	21.434	24.126
Kecelakaan mendadak	29.217	38.886	38.193
Kecelakaan rumah	13.302	13.981	10.551
Bunuh diri	20.542	23.494	30.247

² Lembaga Demografi, Universitas Indonesia *Dasar-Dasar Demografi*, 1984, edisi 2004: 85-86

Total	722.801	913.402	1.028.602
--------------	----------------	----------------	------------------

Sumber: Kementerian Kesejahteraan “*Statistik Angka Penduduk*” tahun 2005

Dari tabel 5 di atas diketahui bahwa kanker, stroke dan penyakit jantung menduduki ranking tertinggi sejak 24 tahun yang lalu, yaitu dari tahun 1980 sampai tahun 2004. Bila pada tahun 1980 penyakit jantung menduduki ranking ke-2 sebagai penyakit penyebab kematian, maka pada tahun 1997 dan 2004 kedudukan tersebut digantikan oleh stroke.

Secara keseluruhan bandingan antara angka kelahiran dan angka kematian yang terus menurun dapat dilihat pada tabel 6 di bawah. Dalam tabel tersebut nampak adanya kecenderungan penurunan persentase jumlah kelahiran dan kematian yang terjadi sejak tahun 1970.

Tabel 6. Angka Kelahiran dan Angka Kematian

(dalam ukuran 1000 orang)

Thn	Jumlah Kelahiran (%)	Jml Kelahiran		TFR (%)	Jumlah Kematian (%)	Jumlah Kematian	
		Pria	Wanita			Pria	Wanita
1970	1.934.239 (18,8)	1.000.403	933.836	2.13	712.962 (6.9)	387.880	325.082
1980	1.576.889 (13.6)	811.418	765.471	1.75	722.801 (6.2)	390.644	332.157
1990	1.221.585 (10.0)	626.971	594.614	1.54	820.305 (6.7)	443.718	376.587
2000	1.190.547 (9.5)	612.148	578.399	1.36	961.653 (7.7)	525.903	435.750
2001	1.170.662 (9.3)	600.918	569.744	1.33	970.331 (7.7)	528.768	441.563
2002	1.153.855 (9.2)	592.840	561.015	1.32	982.379 (7.8)	535.305	447.074
2003	1.123.610 (8.9)	576.736	546.874	1.29	1.014.951 (8.0)	551.746	463.205

Sumber: Biro Statistik tahun 2003 Kantor Kesekretariatan Negara

Pada tahun 2000 sampai tahun 2002, baik persentase jumlah kelahiran maupun jumlah kematian cenderung tidak mengalami perubahan, yaitu berkisar pada angka 9,2% hingga 9,5% untuk angka kelahiran, sedangkan angka 7,7% hingga 7,8% terjadi pada jumlah persentase kematian. Angka persentase ini menurun pada tahun 2003 sebanyak 0,3% untuk persentase kelahiran dan meningkat sebanyak 0,2% untuk angka kematian.

3.4 Dampak dan Masalah Peningkatan Jumlah Lansia Jepang

Realitas sosial berupa semakin meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia yang diiringi oleh terus menurunnya jumlah angka kelahiran menimbulkan dampak dan permasalahan baru dalam masyarakat Jepang. Beberapa dampak yang

menjadi sorotan berbagai kalangan meliputi masalah sosial dan ekonomi seperti biaya perawatan kesehatan, sistem pensiun publik, dan rasio ketergantungan antara penduduk lanjut usia terhadap penduduk produktif. Jumlah tabungan publik dan terjadinya penurunan daya vitalitas pun dinggap sebagai dampak dari terjadinya peningkatan jumlah penduduk lansia (Campbell, 2003, hlm. 12)³.

Pada bagian ini dampak peningkatan jumlah lansia yang akan dipaparkan hanya terfokus pada empat kelompok masalah. Keempat fokus paparan tersebut adalah sistem pensiun publik, biaya pemeliharaan kesehatan, rasio ketergantungan penduduk lansia dan penurunan vitalitas.

3.4.1 Sistem Pensiun Publik

Pensiun dalam batasan Kamamura Kohei (Imidas 2005, hlm. 640) adalah alat jaminan tunjangan saat seseorang telah menjadi tua dan sejenisnya. Berdasarkan biaya asuransi yang sudah ditetapkan sebelumnya untuk dibayarkan, seorang pensiunan berhak mendapat tunjangan dari negara bila ia telah memenuhi 3 syarat, yaitu berumur panjang, meninggal mendadak, atau cacat. Bagi pensiunan yang mati mendadak (meninggal cepat) tunjangan diberikan kepada ahli warisnya

Sistem pensiun publik diterapkan secara luas pada tahun 1959-an. Saat itu sistem pensiun diberlakukan untuk mengatasi kekhawatiran masyarakat terhadap masalah ekonomi pribadi, yaitu tidak dimilikinya uang pada hari tua. Pada tahun 2004 sistem pensiun diperbaharui dengan menitikberatkan pada pemecahan beberapa permasalahan yang muncul berkenaan dengan pensiun publik. Pembaharuan sistem pensiun publik tersebut diluncurkan untuk mengantisipasi *shoshikoureika*⁴ dan diversifikasi kebutuhan wanita. Dalam sistem pensiun publik tahun 2004 ditetapkan persentase biaya asuransi pensiun kesejahteraan pekerja sebesar 18,3% yang mulai dilaksanakan pada tahun 2005. Melalui ketetapan tersebut diharapkan pada tahun 2011 mendatang biaya tersebut dapat menekan standar tunjangan hingga 59% sampai 50% dari anggaran saat itu (2005). Sistem pensiun publik diatur dan dikelola dengan pola asuransi masyarakat. Pada pokoknya sistem pensiun publik dibagi ke dalam 3 jenis pensiun, yaitu pensiun

³ John Creighton Campbell, *Population Aging: Hardly Japan's biggest Problem* dalam Jurnal Asia Program Special Report, Januari 2003

⁴ *shoshika dan koureika*

nasional (*kokumin nenkin*), pensiun kesejahteraan pekerja (*kousei nenkin*) dan pensiun bantuan bersama (*kyousai nenkin*).

Sebagai salah satu jenis asuransi masyarakat, *kokumin nenkin* merupakan pensiun yang diberikan pada anggota masyarakat sebagai tunjangan saat yang bersangkutan menjadi lansia, atau telah memasuki masa pensiun, sakit menahun yang tidak bisa disembuhkan, atau meninggal. Tunjangan *kokumin nenkin* dapat diperoleh dari negara oleh masyarakat luas bila ia tidak mendapat pensiun kesejahteraan pekerja dan pensiun bantuan bersama. Tentu saja orang yang mendapat tunjangan *kokumin nenkin* merupakan penduduk yang membayar premi asuransi dari usia 20 tahun sampai sebelum mencapai umur 60 tahun. Usia tersebut dikelompokkan sebagai usia tepat untuk mengikuti *kokumin nenkin*. Keikutsertaan penduduk dalam *kokumin nenkin* diserahkan sepenuhnya pada pilihan yang bersangkutan.

Sejak ditetapkan tahun 1959 dan dilaksanakan pada tahun 1961, *kokumin nenkin* ditetapkan sebagai sistem pensiun nasional. Tahun 1985 pokok-pokok dasar pensiun ditetapkan, dan pada masa sekarang sistem pensiun dibagi menjadi 2 tahap, yaitu tahap *kokumin nenkin* dan tahap *kousai nenkin*

Kousai nenkin atau pensiun kesejahteraan pekerja merupakan pensiun publik yang diberikan pada peserta yang telah bekerja di perusahaan publik atau swasta baik sebagai pekerja tetap maupun sebagai pekerja paruh waktu. Pensiun kesejahteraan pekerja diberikan saat pekerja tersebut telah berhenti dari pekerjaannya karena lanjut usia, kecelakaan (kerja), atau meninggal. Perusahaan yang menerapkan *kousai nenkin* memenuhi beberapa persyaratan yang bersifat fakultatif yang ditetapkan oleh institusi pensiun terkait dan dilegalisasi secara hukum.

Kyousai nenkin, atau pensiun bantuan bersama merupakan pensiun yang diberikan kepada para pensiunan yang sebelum menjalankan atau memasuki usia pensiunnya bekerja di lembaga pemerintah dan intitusi publik. Lembaga pemerintah tersebut meliputi pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Pensiunan institusi publik meliputi pengajar atau pegawai di sekolah-sekolah dan perguruan tinggi, baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta. Pada prinsipnya jenis pensiun ini sama dengan *kousai nenkin*. Yang membedakan hanya sponsor

pemberi dan pengelola dana pensiun tersebut.

Masalah pensiun merupakan masalah serius di Jepang. Dengan melonjaknya jumlah lansia, beban negara untuk membayar pensiun semakin besar. Kondisi ini semakin rumit karena banyak para peserta muda, yang bukan pegawai, yang seharusnya menjadi peserta *kokumin nenkin* tidak membayar premi mereka. Di lain pihak perusahaan yang mensponsori *kousai nenkin* karyawannya dianggap sebagai investasi tanpa hasil. Diasumsikan pada masa mendatang para pekerja harus mengkontribusikan biaya pensiun yang lebih besar dari sebelumnya karena saat mereka pensiun sebagian besar tunjangan pensiunnya hanya diperoleh dari pensiun jenis *kousai nenkin*.

3.4.2 Biaya Pemeliharaan Kesehatan

Penduduk lansia menggunakan fasilitas perawatan kesehatan sebanyak 3 sampai 4 kali lebih banyak dibanding penduduk muda. Oleh karena itu wajar bila dikatakan para lansia memerlukan biaya pemeliharaan kesehatan yang lebih mahal. Di lain pihak, dalam kenyataannya penduduk muda di bawahnya (penduduk usia anak-anak dan usia produktif) tidak menggunakan semua fasilitas tersebut.

Biaya perawatan dan pemeliharaan kesehatan sebagian besar ditanggung oleh asuransi kesehatan untuk lansia yang berusia 71 tahun. Dalam sistem asuransi kesehatan yang baru bagi lansia ditetapkan bahwa:

3.4.2.1 Lansia berusia 75 tahun dan atau di atasnya mendapat bantuan biaya publik sebesar 50%, dan 50% sisanya dibayar oleh asuransi lansia sebagai bantuan dari penduduk usia 64 tahun ke bawah untuk para lansia (biaya asuransi solidaritas).

3.4.2.2 Lansia berusia 65–74 tahun membayar biaya pemeliharaan kesehatan sesuai dengan jenis asuransi kesehatan yang diikutinya dengan beban pembayaran yang disesuaikan.

3.4.3 Rasio Ketergantungan Penduduk Lansia

Permasalahan lain yang muncul akibat peningkatan jumlah penduduk lansia dan berkorelasi dengan masalah pensiun adalah meningkatnya rasio beban

ketergantungan penduduk lansia terhadap penduduk produktif. Menurut Kouno Shigemi (Imidas, 2005, hlm. 630).

Creighton Campbell dalam ulasannya tentang penduduk lansia mengatakan bahwa rasio ketergantungan yang terus meningkat ini akan menyebabkan dua kelompok penduduk. Mereka adalah penduduk yang bekerja untuk hidup dan mengkonsumsi sesuatu, dan kelompok kedua adalah mereka yang hanya hidup dengan mengkonsumsi. Walaupun tunjangan pensiunan diterima berdasarkan tabungan pribadi atau pensiun publik sesuai dengan kontribusi yang dibayarkannya, tetapi jumlah tersebut tetap saja diproduksi oleh penduduk produktif. Biaya tersebut harus dibagi dua antara kelompok penduduk yang bekerja dan penduduk yang tidak bekerja⁵.

3.4.4 Penurunan Vitalitas

Asumsi umum yang diakui masyarakat adalah para lansia merupakan kelompok penduduk yang minim produktivitas, minim fleksibilitas dan minim kemampuan secara fisik dan mental. Peningkatan jumlah penduduk lansia dianggap menjadi penyebab bertambahnya penduduk yang kurang memiliki vitalitas tinggi. Dampak lain dari kondisi ini adalah turunnya nilai-nilai produktivitas masyarakat secara keseluruhan karena hanya didukung oleh kelompok penduduk produktif yang berjumlah terbatas.

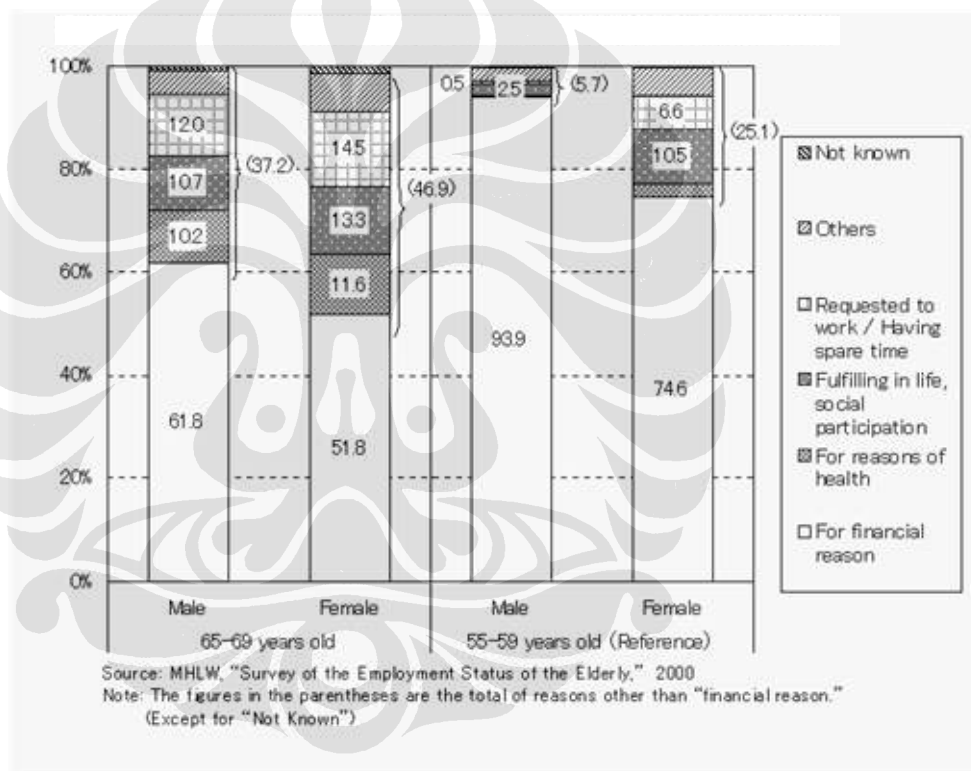
Dalam tataran individual, beberapa data membuktikan bahwa para pekerja lansia bisa saja seproduktif dan dapat beradaptasi seperti pekerja muda walaupun tuntutan pemenuhan potensi tersebut berubah secara institusional. Pada tataran sosial, penduduk lansia Jepang dianggap sebagai pendukung dinamika ekonomi secara struktural. Dalam arti, beberapa pensiunan yang akan memasuki masa lansia tetap dianggap sebagai pemimpin utama diinstitusinya, walaupun mereka tidak bisa memproduksi sesuatu sebesar penduduk produktif. Secara struktural, penduduk produktif yang berusia lebih muda tidak dapat menduduki kedudukan struktural tertinggi di satu perusahaan.

Berkaitan dengan daya vitalitas para lansia, laporan tahunan tentang masyarakat lansia tahun 2002 mencantumkan data status lansia masa kini (tahun

⁵ dalam Jurnal Asia Program, *Asia Program Report*, 2003: 12-13

2002) yang masih aktif dalam kehidupan sosial. Walaupun para lansia tersebut telah pensiun mereka tetap menjalankan kehidupan sehari-harinya secara normal, terpisah dari anak cucunya dan menjalankan peran sosialnya sebagai pasangan lansia yang aktif.

Dapat dikatakan bahwa vitalitas lansia terbagi menjadi dua, yaitu para lansia yang memerlukan perawatan dan lansia yang berperan aktif dalam kehidupan sosial dan ekonomi walau tidak seoptimal saat ia menjadi penduduk produktif. Kondisi ini tergambar dari alasan penduduk lansia yang tetap berpartisipasi aktif dalam kehidupan sosial pada gambar 8 di bawah.

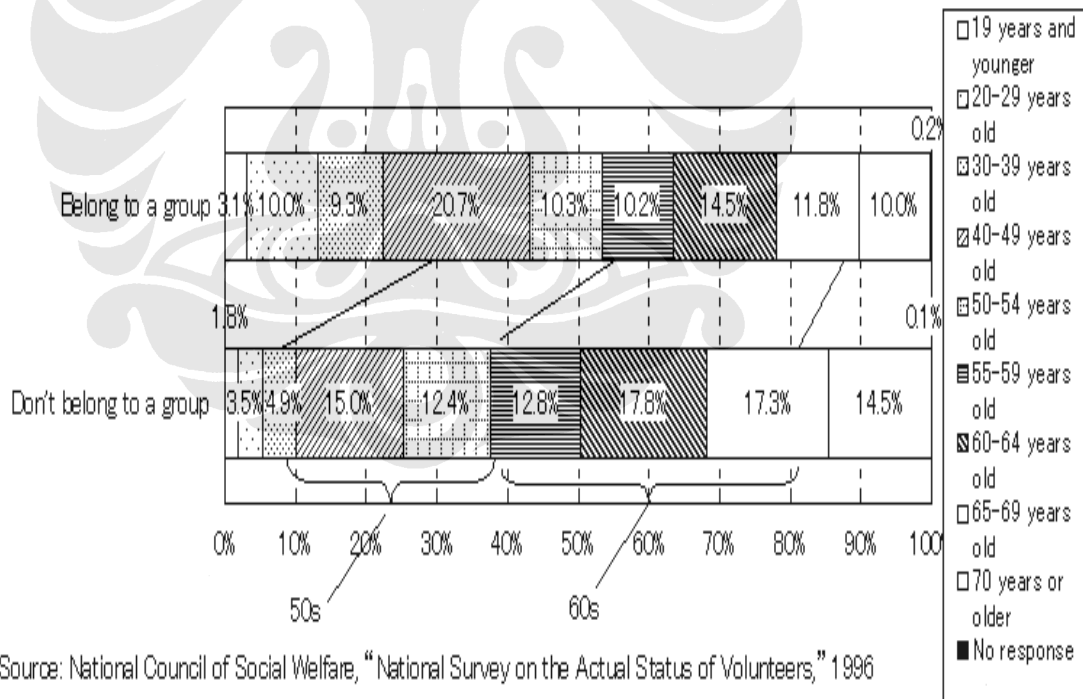


Gambar 8. Rasio Alasan Penduduk Lansia Berpartisipasi Aktif dalam Kehidupan Sosial

Gambar 8 di atas menunjukkan lansia berusia 65-69 tahun yang telah memasuki masa pensiun dan tetap menjalankan aktivitasnya dalam kehidupan sosial dan ekonomi karena alasan diminta untuk terus berkeja dan mereka mempunyai waktu senggang. Lansia seperti ini sebanyak berjumlah 12,0% untuk laki-laki, dan 14,5% untuk wanita. Lansia yang tetap bekerja karena alasan

mengisi kegiatan sosial berjumlah 10,7% untuk laki-laki, dan 13,3% untuk wanita. Di sisi lain, lansia yang tetap menjalankan aktivitas sosial dan ekonominya karena alasan finansial berjumlah 61,0% untuk laki-laki dan 51,8% untuk wanita. Hal ini menunjukkan bahwa secara finansial, para lansia tersebut masih terus memproduksi untuk menjamin masa tuanya, walaupun mereka telah tidak bekerja lagi di satu perusahaan.

Gambar 9 di bawah menunjukkan struktur usia penduduk Jepang dalam menjalankan kegiatan sukarela. Dari tabel tersebut nampak bahwa lansia yang berusia 65-69 tahun melakukan kegiatan sukarela lebih banyak dibanding usia lainnya (tidak termasuk usia penduduk 60-64 tahun). Sebanyak 17,3% dari kelompok usia ini yang melakukan kegiatan sukarela secara mandiri tidak menginduk pada satu organisasi tertentu. Angka tertinggi dicapai oleh kelompok usia 60-64 tahun, yaitu berjumlah 17,8%.



Gambar 9. Struktur Usia dalam Kegiatan Sukarela

3.5 Sistem Perlindungan dan Penanggulangan Masalah Lansia

Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk lansia, berbagai kebijaksanaan dan penanggulangan masalah lansia terus dilakukan oleh Jepang. Sistem penanggulangan tersebut dilakukan secara merata mulai dari tataran keluarga sampai tataran pemerintah.

Sebagai sistem yang diberlakukan oleh negara, sistem perawatan lansia diluncurkan pertama kali sebagai satu istilah pada tahun 1963 dalam undang-undang kesejahteraan lansia (*roujin fukushi hou*). Undang-undang tersebut mengatur perawatan dan bantuan peningkatan kesejahteraan lansia (Miura, 2006, hlm. 2). Istilah ini digunakan dan diterapkan secara meluas sejak dimuat dalam ensiklopedia Jepang pada awal 1980-an. Sejalan dengan berbagai permasalahan yang muncul di sekitar lansia, setelah tahun 1980 pelayanan perawatan terhadap lansia menjadi topik pembicaraan di berbagai kalangan sampai ditetapkannya undang-undang kesejahteraan masyarakat (*shakai fukushi shi*) dan undang-undang perlindungan kesejahteraan lansia (*kaigo fukushishi hou*). Pada tahun 1989, pemerintah melalui kementerian kesehatan penduduk meluncurkan *Golden Plan*. Dalam *golden plan* cara penanganan sistem perlindungan ini dilengkapi dengan 2 pasal yang berkenaan dengan asuransi perlindungan. Pelaksanaannya dilakukan pada bulan April 2000.

Sistem perlindungan tersebut diberi nama Sistem Jaminan Perawatan Jangka Panjang (*Long Term Care Insurance System*). Diluncurkan pemerintah melalui Departemen Tenaga Kerja dan Kesejahteraan Penduduk. Sistem ini merupakan dukungan pemerintah terhadap penduduk dalam menghadapi masa tuanya.

Dalam bagian ini akan dipaparkan beberapa bentuk penanggulangan permasalahan yang muncul karena peningkatan jumlah lansia. Upaya penanggulangan tersebut, akan difokuskan pada 3 paparan, yaitu upaya pemerintah, masyarakat, dan keluarga.

3.5.1 Upaya Pemerintah

Upaya pemerintah dalam menanggulangi peningkatan jumlah penduduk lansia ditempuh dengan menetapkan berbagai kebijaksanaan yang berkenaan dengan undang-undang dan peraturan. Berbagai kebijaksanaan tersebut sebagian besar ditujukan untuk melindungi dan merawat para lansia. Beberapa

kebijaksanaan yang dikeluarkan pemerintah adalah Undang-undang Kesejahteraan Lansia (*Roujin Fukushi Hou*) dan Kesehatan Lansia (*Roujin Houken Hou*), Rencana (*Emas Gold Plan*), dan Asuransi Perawatan (*Kaigo Houken*).

3.5.1.1 Undang-undang Kesejahteraan dan Kesehatan Lansia

Undang-undang Kesejahteraan Lansia diluncurkan pada tahun 1963. Inti dari undang-undang kesejahteraan lansia adalah membantu kegiatan sehari-hari para lansia, seperti makan, ganti baju, membersihkan diri dari kotoran. Sedangkan undang-undang kesehatan diluncurkan pada tahun 1982 untuk mengantisipasi kesehatan para lansia berusia 65 tahun ke atas yang memerlukan bantuan setiap saat karena lemah secara fisik dan mental. Termasuk di dalamnya adalah perawatan terhadap lansia *netakiri*⁶ dan lansia pikun. Bila dalam undang-undang kesejahteraan lansia perawatan dan perlindungan dititikberatkan pada bantuan untuk melakukan mobilitas sehari-hari, maka dalam undang-undang kesehatan dukungan lebih berbentuk pada perawatan kesehatan secara medis.

Kedua bentuk perawatan sebagai realisasi dari undang-undang tersebut dilakukan secara merata di seluruh Jepang, mulai dari tingkat *mura*⁷, *machi*⁸, maupun *shi*⁹ (*shi-cho-son*). Bentuk pelayanan kesehatan dilakukan di rumah tangga tempat lansia berada, panti jompo, pusat rehabilitasi, atau pusat perawatan dan perlindungan lansia multiguna, dan rumah sakit khusus lansia.

Panti jompo adalah tempat pelayanan untuk lansia dengan tingkat ketergantungan perawatan yang tinggi (fisik lemah); mereka tinggal di tempat tersebut dengan berbagai fasilitas sampai waktu yang tidak ditentukan. Pada umumnya mereka berada di panti jompo sampai akhir hidupnya.

Layanan harian lansia adalah jenis pelayanan untuk lansia yang masih aktif yang disediakan institusi tertentu dalam masyarakat Lansia mendatangi tempat pelayanan ini pada pagi hari dan pulang kembali pada sore hari. Layanan harian yang disediakan adalah perawatan dasar (pengukuran tanda-tanda vital, perawatan diri, dan eliminasi) dan juga sosialisasi dengan anggota masyarakat lainnya

⁶ lansia yang sakit secara fisik sehingga hanya bisa terbaring secara terus menerus, bisa terjadi karena pendarahan di otak

⁷ setara dengan kabupaten di Indonesia

⁸ setara dengan kotamadya di Indonesia

⁹ setara dengan provinsi di Indonesia

(biasanya sesama lansia) berupa olah raga, permainan, keterampilan dan hiburan (Shimizu, 2005).

Rumah sakit dan rehabilitasi lansia adalah jenis pelayanan perawatan akut dengan tingkat ketergantungan medis yang tinggi. Fasilitas pelayanan kesehatan untuk lansia ditunjang oleh tim kesehatan yang bekerja secara profesional. Tim kesehatan terdiri atas dokter, perawat, *care manager*, *care worker*, *physical therapy*, *occupational therapy*, *pharmacist* dan *nutritionist*. Tim kesehatan bekerja sama dalam setiap fasilitas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna bagi lansia (Shimizu, 2005: 636).

3.5.1.2 Gold Plan

Gold Plan (*Gorudo Puran* –‘Rencana Emas’) merupakan rencana peningkatan pelayanan perawatan lansia yang ditetapkan sejak tahun 1989. Rencana kesejahteraan dan perawatan kesehatan lansia mengalami perbaikan terus menerus. *Gold Plan* merupakan strategi 10 tahunan tindakan perawatan lansia dan peningkatan kesejahteraan dan kesehatan lansia. Diterapkan pada tahun 1990, dan mengalami pembaharuan pada tahun 1994 yang dikenal dengan Rencana Emas Baru (*Shin Gorudo Puran*). Pada tahun 2000 diberlakukan arah kebijaksanaan kesejahteraan sosial dan kesehatan lansia untuk 5 tahun mendatang yang dikenal dengan Rencana Emas 21 (*Gold Plan 21*).

Gold Plan 21 merupakan rencana peningkatan kesejahteraan dan kesehatan lansia yang ditetapkan pemerintah untuk menyempurnakan pelayanan perawatan lansia yang diberlakukan hingga kini. Pada prinsipnya *Gold Plan 21* terbagi menjadi 2 strategi, yaitu:

- (1) Konsep Dasar *Gold Plan 21*
 - (a) Membangun gambaran pokok tentang lansia melalui jaminan kesehatannya; memberikan penghargaan terhadap lansia yang turut aktif berpartisipasi dalam kegiatan sosial secara maksimum;
 - (b) Memperbaiki pelayanan perawatan secara kuantitas dan kualitas agar lansia yang membutuhkan perawatan dapat hidup berkecukupan dan layak, serta memberi dukungan terhadap keluarganya;
 - (c) Mempromosikan pengembangan komunitas komunal yang saling

melengkapi agar lingkungan sekitar lansia mendapat kerangka gambaran dukungan terhadap lansia; dan

- (d) Membangun kepercayaan terhadap pelayanan perawatan agar pelayanan perawatan komersial dapat menguntungkan publik.

(2) Ukuran Administratif *Gold Plan 21*

- (a) Memperkuat kerangka dasar pelayanan perawatan; (pelayanan perawatan jangka panjang, kapanpun dan di manapun)
- (b) Mempromosikan ukuran dukungan terhadap lansia *dementia*¹⁰; (membangun komunitas di tempat lansia tinggal agar ia dapat hidup bermartabat)
- (c) Mendukung lansia agar dapat hidup sehat dan bermanfaat; (mempromosikan hubungan antara generasi tua dan muda)
- (d) Mengembangkan sistem yang dapat mendukung aktivitas komunal; (menciptakan komunitas yang hangat dan saling mendukung)
- (e) Melindungi pasien dan meningkatkan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan; (menciptakan kepercayaan terhadap pilihan pelayanan)
- (f) Mendirikan infrastruktur sosial yang dapat mendukung kesehatan dan kesejahteraan lansia. (menciptakan kerangka dasar pendukung kesehatan dan kesejahteraan lansia)

3.5.1.3 Asuransi Perawatan

Asuransi perawatan atau *kaigo houken* merupakan sistem asuransi perawatan jangka panjang yang diluncurkan pemerintah pada bulan April 2000. Sistem ini ditujukan bagi penduduk yang berusia 40 tahun untuk mendapat perawatan saat ia menjadi lansia, sesuai dengan biaya yang dimilikinya. Pada pokoknya, asuransi perawatan meliputi:

(1) *Hihoukensha* – ‘tertanggung’

Tertanggung adalah orang yang membutuhkan perawatan dan bantuan melakukan mobilitas sehari-hari. Pada dasarnya tertanggung terbagi menjadi dua, yaitu lansia berusia 65 tahun ke atas dan orang yang berusia 45–65 tahun. Kelompok kedua tidak akan mendapat pelayanan perawatan bila ia

¹⁰ lansia yang menderita penyakit pikun

belum berada dalam kondisi cacat, pikun atau terserang penyakit lansia lainnya.

(2) *Houkensha* – ‘penjamin asuransi’

Penjamin asuransi (*insurer*) diserahkan kepada pemerintah wilayah *shi-cho-son* dan *ku*. *Insurer* bertugas mengelola asuransi perawatan mulai dari tahap perencanaan hingga tahap pelaksanaan. Dalam tahap pelaksanaan, *insurer* juga bertanggung jawab untuk menetapkan jenis perawatan, biaya asuransi dan beberapa hal lainnya berkenaan dengan asuransi.

(3) *You kaigou nintei* – ‘batasan dan persyaratan pokok’

Asuransi perawatan diberikan melalui 2 tahap seleksi pemeriksaan. Tahap pertama merupakan kunjungan wawancara calon tertanggung yang dilakukan oleh pihak berwenang. Pokok pemeriksaan sebanyak 85 item dan ditujukan untuk menentukan jenis perawatan yang diperlukan calon tertanggung. Tahap kedua berupa pengolahan hasil wawancara.

Realisasi penggunaan asuransi perawatan dan *Gold Plan 21* terangkum dalam jenis perawatan yang diberikan. Jenis perawatan tersebut adalah:

- (1) Perawatan kunjungan rumah (layanan bantuan rumah)
- (2) Perawatan jalan (layanan harian)
- (3) Rehabilitasi jalan (perawatan harian)
- (4) Perawatan inap jangka pendek (inap jangka pendek)
- (5) Perawatan kunjungan mandi
- (6) Kunjungan perawatan
- (7) Kunjungan rehabilitasi
- (8) Perawatan medis inap jangka pendek (inap jangka pendek)
- (9) Bimbingan perlindungan medis rumah
- (10) Perawatan penanggulangan mobilitas lansia pikun (kelompok lansia pikun)
- (11) Bantuan pengadaan alat kesejahteraan dan kesehatan lansia

3.5.2 Peran Serta Masyarakat

Dalam merealisasikan berbagai peraturan dan sistem yang ditetapkan oleh pemerintah, peran serta masyarakat terlihat dalam penyediaan jasa perawatan. Beberapa pusat layanan perawatan seperti jasa layanan harian, jasa kunjungan

mandi, atau panti jompo didukung dan diselenggarakan oleh masyarakat luas. Di samping itu beberapa komunitas lembaga swadaya masyarakat memberi bantuan dalam kegiatan suka rela. Beberapa pemerintah daerah, bahkan membuat sistem suka rela dibayar untuk jasa perawatan bagi lansia. Jasa perawatan ini diselenggarakan dengan sistem kerja paruh waktu.

3.5.3 Peran Serta Keluarga

Pada dasarnya perawatan dan perlindungan lansia dilakukan oleh keluarga terdekat. Biasanya keluarga yang mempunyai anggota lansia merawat sendiri orang tua atau mertuanya yang sudah lansia. Namun, seiring dengan perkembangan zaman dan tingginya tuntutan hidup, seringkali tugas tersebut tidak dapat dilakukan oleh keluarga yang mempunyai orang tua lansia. Adanya tuntutan untuk bekerja di luar rumah bagi suami atau istri menjadikan tugas perawatan dan perlindungan tidak dapat dilakukan sepenuhnya oleh keluarga terdekat.

Sejak mencuatnya masalah peningkatan jumlah penduduk lansia, keluarga Jepang yang memiliki orang tua lansia tidak terlalu direpotkan dengan masalah perawatan dan perlindungan lansia. Saat ini terdapat berbagai pilihan bantuan jasa perawatan dan perlindungan yang disediakan oleh pemerintah dan masyarakat. Dengan demikian keluarga yang tidak mempunyai waktu atau hanya sekedar ingin beristirahat sejenak dapat menggunakan jasa perawatan dan perlindungan dari pusat layanan lansia baik berbentuk harian maupun dalam waktu beberapa saat (*short stay*). Pilihan lain dapat ditempuh dengan menitipkan orang tua lansia ke panti jompo.