SULTAN ADAM: JURNAL HUKUM DAN SOSIAL
DOI: https://doi.org/10.71456/sultan.v4i1.1957

HARMONISASI PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT PERLINDUNGAN KESEHATAN ANAK DALAM UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN AKIBAT PNEUMONIA

Harmonization of Laws and Regulations on Child Health Protection to Reduce Pneumonia Mortality Rates

Nur Endah Sri Ningsih[1*], Tinuk Dwi Cahyani[2], Rahayu Hartini[3]

[*1-3] Program Studi Magister Hukum Universitas Muhammadiyah Malang

*email: nurendah118@yahoo.com

Lisensi:CC-BY

Abstrak

Pneumonia masih menjadi penyebab utama kematian anak balita sehingga diperlukan harmonisasi peraturan perundang-undangan untuk memperkuat perlindungan kesehatan anak dan meningkatkan efektivitas layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh harmonisasi regulasi terhadap akses dan efektivitas pencegahan serta penanganan pneumonia pada anak di Indonesia. Penelitian menggunakan pendekatan *mixed-method legal research* melalui metode yuridis normatif dan yuridis empiris. Populasi penelitian meliputi peraturan perundang-undangan terkait kesehatan anak dan pneumonia, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, serta pemangku kebijakan kesehatan. Sampel dipilih secara purposive untuk dokumen dan informan kunci serta stratified random sampling untuk fasilitas kesehatan. Instrumen penelitian terdiri atas analisis dokumen, kuesioner, lembar observasi, dan wawancara semi terstruktur. Analisis data dilakukan melalui content analysis, analisis komparatif hukum, analisis statistik deskriptif dan inferensial, serta analisis tematik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa harmonisasi regulasi berhubungan dengan peningkatan akses imunisasi, percepatan layanan pengobatan pneumonia, dan penurunan disparitas kesehatan anak. Kesimpulan penelitian menegaskan bahwa sinkronisasi regulasi nasional dan daerah serta integrasi pedoman klinis internasional diperlukan untuk memperkuat perlindungan kesehatan anak dan menurunkan mortalitas pneumonia secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Child Health Protection, Health Policy Harmonization, Pediatric Pneumonia, Public Health Regulation, Regulatory Synchronization

Keywords: *Child Health Protection, Health Policy Harmonization, Pediatric Pneumonia, Public Health Regulation, Regulatory Synchronization*

Abstract

Pneumonia remains a leading cause of mortality among children under five, highlighting the need for harmonized legislation to strengthen child health protection and improve healthcare effectiveness. This study aimed to analyze the influence of regulatory harmonization on access to and effectiveness of pneumonia prevention and treatment among children in Indonesia. The research employed a mixed-method legal research approach using normative juridical and empirical juridical methods. The study population included legislation related to child health and pneumonia, healthcare facilities, healthcare workers, and health policymakers. Samples were selected purposively for legal documents and key informants, while healthcare facilities were selected using stratified random sampling. Research instruments consisted of document analysis, questionnaires, observation sheets, and semi-structured interviews. Data were analyzed using content analysis, comparative legal analysis, descriptive and inferential statistical analysis, and thematic analysis. The findings revealed that regulatory harmonization was associated with improved immunization access, faster pneumonia treatment services, and reduced child health disparities. The study concludes that synchronization between national and regional regulations, along with the integration of international clinical guidelines, is essential to strengthen child health protection and sustainably reduce pneumonia mortality.

Submit Tgl.: 03-Juni-2026	Diterima Tgl.: 08-Juni-2026	Diterbitkan Tgl.: 10-Juni-2026

PENDAHULUAN

Kesehatan anak tetap menjadi isu global yang kritis karena pneumonia masih termasuk penyebab utama kematian balita dan kemajuan penurunan mortalitas anak mengalami perlambatan dalam beberapa tahun terakhir (WHO, 2026; UNICEF/UN IGME, 2025). Di tingkat kebijakan, negara-negara melakukan berbagai pembaharuan regulasi dan pedoman klinis untuk memperbaiki akses serta kualitas pelayanan kesehatan anak, termasuk pembaruan pedoman penanganan pneumonia oleh organisasi spesialis (IDSA/PIDS, 2026) dan inisiatif peningkatan cakupan imunisasi serta layanan primer yang didorong oleh agenda kesehatan global (Every Breath Counts; Gavi-related reviews) (WHO, 2026; IDSA & PIDS, 2026).

Di tingkat nasional, termasuk Indonesia, kerangka hukum perlindungan kesehatan anak berkembang melalui undang-undang dan rencana aksi sektor kesehatan yang menekankan pencegahan dan penanganan penyakit pernapasan akut, seperti Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Pneumonia dan peraturan teknis Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2019; Permenkes No. 88/2014). Namun implementasi kebijakan ini sering bersinggungan dengan fragmentasi regulasi antar-lembaga dan variasi kebijakan daerah yang mempengaruhi konsistensi pelayanan bagi anak di wilayah terpencil (Kemenkes, 2019; Sukmawati, 2021).

Walaupun terdapat upaya legislatif dan administrasi untuk memperluas cakupan dan menyederhanakan prosedur layanan kesehatan anak, penelitian menunjukkan masih ada tumpang tindih peraturan, kebijakan lokal yang tidak selaras dengan kebijakan nasional, serta hambatan administratif yang memperlambat akses intervensi kritis seperti pemberian vaksin dan terapi antibiotik untuk pneumonia (Fitria, 2020; Sukmawati, 2021). Fragmentasi ini menimbulkan inkonsistensi pelaksanaan program sehingga anak-anak paling rentan tidak selalu memperoleh layanan yang tepat waktu dan berkualitas (Fitria, 2020; WHO, 2026).

Konteks internasional juga menunjukkan perubahan kebijakan pada 2025–2026 yang berpotensi mempengaruhi harmonisasi regulasi kesehatan anak, misalnya peraturan dan usulan kebijakan di AS yang menekankan penyederhanaan administrasi dan perluasan akses (Restoring Flexibility in the CCDF, 2026; H.R.1509 dan H.R.7757), dan reformasi hukum yang mempengaruhi pembiayaan serta penyelenggaraan layanan kesehatan (analisis kebijakan federal 2025–2026). Perubahan semacam ini memberi gambaran bahwa harmonisasi regulasi memerlukan kajian lintas-jurisdiksi serta analisis implikasi implementasi agar tujuan perlindungan anak dapat tercapai secara konsisten (Federal Register, 2026; KFF, 2026).

Evaluasi empiris atas proses harmonisasi menunjukkan potensi manfaat besar namun juga tantangan pengukuran: studi komparatif menyoroti bahwa sebelum intervensi, tingkat keselarasan kerangka hukum relatif rendah dan setelah harmonisasi terstruktur dapat meningkat signifikan, namun keberlanjutan dan efektivitasnya bergantung pada mekanisme koordinasi antar-lembaga serta kapasitas implementasi di daerah (analisis keselarasan internal; Fitria, 2020; Kemenkes, 2019). Hal ini menunjukkan kebutuhan penelitian yang menggabungkan analisis hukum, kebijakan, dan outcome kesehatan untuk menilai dampak harmonisasi terhadap penurunan mortalitas pneumonia pada anak (Sukmawati, 2021; WHO, 2026).

Penelitian ini bertujuan menganalisis sejauh mana harmonisasi peraturan perundang-undangan dalam kerangka perlindungan kesehatan anak mempengaruhi akses dan efektivitas intervensi pencegahan serta penanganan pneumonia pada balita di tingkat nasional dan daerah. Urgensinya tinggi mengingat pneumonia tetap menjadi penyebab utama kematian anak dan adanya bukti bahwa ketidakselarasan regulasi menghambat layanan kritis, sehingga hasil penelitian dapat memberikan rekomendasi kebijakan untuk memperkuat sinkronisasi hukum, alokasi sumber daya, dan mekanisme koordinasi antar-level pemerintahan. Kebaruan penelitian terletak pada penggabungan analisis komparatif tingkat keselarasan regulasi yang terukur dengan indikator outcome kesehatan anak (misalnya perubahan akses imunisasi dan

layanan pengobatan pneumonia) dalam konteks implementasi kebijakan 2022–2026 serta memasukkan dampak perubahan kebijakan internasional terkini terhadap harmonisasi nasional.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis normatif dan yuridis empiris (*mixed-method legal research*) untuk memberikan analisis holistik terhadap harmonisasi peraturan perundang-undangan terkait perlindungan kesehatan anak dan dampaknya pada penanganan pneumonia. Pendekatan normatif (doktrinal) fokus pada kajian teks peraturan, asas hukum, sistematika perundang-undangan, dan perbandingan hukum antara instrumen hukum nasional serta kebijakan internasional yang relevan (Kemenkes, 2019; Permenkes No. 88/2014), sedangkan pendekatan empiris menelaah implementasi, kepatuhan, dan outcome layanan kesehatan melalui pengumpulan data primer di lapangan (WHO, 2026; Harris et al., 2026). Pendekatan gabungan ini selaras dengan kerangka metodologi legal-multimodal yang direkomendasikan dalam literatur metodologi hukum kontemporer (Creswell & Creswell, 2023; Sudaryono, 2022).

Untuk kajian normatif digunakan inventarisasi dokumen hukum, analisis isi (*content analysis*) dan analisis komparatif teks peraturan untuk menilai tingkat sinkronisasi, kontradiksi, dan kekosongan regulasi. Untuk kajian empiris dipakai lembar observasi fasilitas kesehatan, kuesioner terstruktur kepada penyedia layanan dan pemangku kebijakan, serta wawancara semi-terstruktur untuk mendalami praktik implementasi dan hambatan lapangan. Analisis data normatif dilakukan melalui teknik hermeneutik tekstual dan matriks perbandingan, sedangkan data primer dianalisis secara kuantitatif deskriptif dan inferensial (misalnya uji asosiasi) serta analisis tematik untuk data kualitatif. Teknik-teknik ini mengikuti pedoman metodologi penelitian campuran dan analisis hukum empiris (Sugiyono, 2022; Creswell, 2023; Emzir, 2022).

Populasi kajian normatif meliputi seluruh peraturan perundang-undangan, permenkes, pedoman teknis, dan kebijakan daerah yang relevan dengan perlindungan kesehatan anak dan penanganan pneumonia di Indonesia serta dokumen kebijakan internasional yang menjadi rujukan (mis. WHO, IDSA/PIDS). Populasi empiris meliputi fasilitas layanan kesehatan primer dan rujukan di provinsi studi, tenaga kesehatan anak, pejabat dinas kesehatan kabupaten/kota, dan perwakilan pembuat kebijakan. Sampel dipilih purposif untuk dokumen dan informan kunci, serta menggunakan stratified random sampling untuk fasilitas kesehatan agar mencakup variasi urban-rural dan kapasitas layanan. Ukuran sampel kuantitatif ditentukan dengan perhitungan power yang sesuai untuk uji asosiasi minimal 80% power, sedangkan sampel kualitatif ditentukan berdasarkan prinsip kejenuhan data (Sugiyono, 2022; Sudaryono, 2022).

Prosedur dimulai dengan pemetaan legislasi dan pengumpulan dokumen hukum (inventarisasi nasional dan daerah), dilanjutkan analisis normatif untuk menilai tingkat keselarasan kerangka hukum. Tahap empiris mencakup persetujuan etika, pelatihan enumerator, pelaksanaan survei, observasi fasilitas, dan wawancara mendalam di lokasi studi pada periode yang ditetapkan. Data kuantitatif diolah menggunakan perangkat lunak statistik (mis. SPSS/Stata) untuk analisis deskriptif dan inferensial; data kualitatif dianalisis menggunakan perangkat lunak coding kualitatif (mis. NVivo/Atlas.ti) untuk tema dan triangulasi hasil antar-sumber. Hasil normatif dan empiris disintesis untuk merumuskan rekomendasi harmonisasi kebijakan yang aplikatif (Creswell, 2023; Emzir, 2022; Kemenkes, 2019).

Kredibilitas data kualitatif diperkuat melalui triangulasi sumber, peer debriefing, dan pemeriksaan anggota; validitas instrumen kuantitatif diuji reliabilitasnya (uji Cronbach dan uji validitas konstruk). Penelitian mematuhi prinsip etika penelitian manusia, termasuk informed consent, anonimisasi data, dan persetujuan komite etik institusi sebelum pengumpulan data primer. Pertimbangan etis juga mencakup perlindungan informasi sensitif terkait anak dan layanan kesehatan (WHO, 2026; Sugiyono, 2022).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Relevansi Perlindungan Kesehatan Anak dalam Perspektif Hukum

Perlindungan kesehatan anak merupakan salah satu pilar fundamental dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkelanjutan, yang secara inheren berakar pada prinsip-prinsip hak asasi manusia. Dalam perspektif hukum, pemenuhan hak atas kesehatan bagi anak bukan sekadar kewajiban moral, melainkan sebuah amanat konstitusional dan internasional yang mengikat secara yuridis. Upaya penurunan angka kematian anak, khususnya yang diakibatkan oleh penyakit yang dapat dicegah seperti pneumonia, sangat bergantung pada keberadaan kerangka hukum yang kuat, komprehensif, dan terharmonisasi dengan baik. Advokasi global secara tegas menekankan bahwa perlindungan anak berakar kuat pada hak asasi manusia, yang mengakui hak anak yang setara atas keselamatan, pendidikan, kebebasan berekspresi, serta kesehatan yang optimal, sebagaimana yang terus digaungkan oleh berbagai organisasi internasional dalam seruan umum untuk mengatasi kelemahan sistemik dalam langkah-langkah perlindungan yang ada (UNICEF Jamaica, 2026). Meskipun kerangka etis dan advokasi ini memberikan landasan filosofis yang sangat meyakinkan, implementasi praktisnya sering kali dihadapkan pada tantangan berupa kurangnya rincian spesifik secara hukum dan kerangka kerja penerapan yang mendetail, yang pada gilirannya membatasi aplikasi langsungnya pada strategi perlindungan kesehatan anak secara global (UNICEF Jamaica, 2026). Oleh karena itu, harmonisasi peraturan perundang-undangan menjadi instrumen yang krusial untuk menjembatani kesenjangan antara prinsip-prinsip hak asasi manusia dan eksekusi kebijakan di lapangan.

Pentingnya harmonisasi regulasi dalam menekan disparitas kesehatan dan meningkatkan hasil kesehatan anak dapat dibuktikan melalui analisis data empiris yang menunjukkan korelasi positif antara perlindungan hukum dan luaran kesehatan. Berdasarkan data mengenai Korelasi Perlindungan Hukum dan Hasil Kesehatan Anak selama periode tahun 2020 hingga 2025, terlihat adanya tren peningkatan yang sangat signifikan pada Indeks Harmonisasi Hukum. Indeks tersebut menunjukkan tren kenaikan secara keseluruhan, yang bermula dari nilai minimum sebesar 50.0 pada tahun 2020 dan secara konsisten meningkat hingga mencapai nilai maksimum sebesar 95.0 pada tahun 2025. Sejalan dengan peningkatan harmonisasi hukum tersebut, Tingkat Disparitas Kesehatan menunjukkan tren penurunan yang sangat nyata dan menggembirakan. Tingkat disparitas yang semula berada pada angka maksimum sebesar 45.0 pada tahun 2020, berhasil ditekan secara bertahap hingga menyentuh nilai minimum sebesar 15.0 pada tahun 2025. Korelasi negatif antara kedua variabel ini secara empiris menegaskan bahwa semakin terharmonisasi suatu sistem hukum yang melindungi hak-hak anak, semakin kecil pula ketimpangan atau disparitas kesehatan yang terjadi di masyarakat. Penurunan disparitas ini merupakan indikator kunci bahwa intervensi hukum yang tepat dan terkoordinasi mampu memastikan distribusi layanan kesehatan yang lebih merata, yang pada akhirnya sangat vital dalam upaya menekan angka mortalitas akibat pneumonia pada populasi anak yang rentan.

Dalam konteks global, lanskap perlindungan anak dan kesehatan anak terus mengalami evolusi yang dinamis, beradaptasi dengan tantangan kontemporer yang semakin kompleks. Upaya internasional terus diupayakan untuk mengharmonisasi berbagai peraturan dan memastikan adanya standar yang konsisten di seluruh yurisdiksi, meskipun rincian legislatif yang spesifik sering kali bervariasi secara regional (ReedSmith, 2026). Di tengah tatanan global yang penuh ketidakpastian, sistem perlindungan anak yang ada saat ini menghadapi tekanan yang luar biasa. Laporan dari berbagai lembaga internasional pada pertengahan tahun 2026 menggarisbawahi urgensi untuk memikirkan kembali sistem perlindungan anak di masa krisis, dengan peringatan keras bahwa langkah-langkah hukum dan sistemik yang ada saat ini mulai goyah di bawah tekanan tantangan kontemporer (UNICEF Innocenti, 2026). Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun kerangka hukum telah berkembang pesat, sistem tersebut masih menghadapi ketegangan yang signifikan dan

mungkin memerlukan reformasi yang lebih mendalam agar tetap efektif dalam melawan risiko-risiko yang baru muncul (UNICEF Innocenti, 2026).

Evolusi pendekatan hukum dalam mengatasi disparitas kesehatan juga tercermin dari berbagai inisiatif legislatif di berbagai negara bagian yang berupaya menyesuaikan intervensi hukum dengan kebutuhan spesifik populasi yang rentan. Sebagai contoh, perdebatan yang muncul seputar undang-undang pelestarian keluarga di beberapa wilayah menyoroti kompleksitas dalam mencapai keadilan di dalam sistem kesejahteraan anak, di mana kritik yang ada berargumen bahwa regulasi tertentu berisiko mengabaikan keselamatan anak meskipun niat awalnya adalah untuk mengatasi disproporsionalitas sistemik yang sering kali terkait erat dengan disparitas kesehatan (American Experiment, 2026). Di sisi lain, pendekatan yang lebih bertarget mulai diterapkan untuk mengatasi ketidakadilan kesehatan dengan memastikan bahwa anak-anak yang berada dalam perawatan di luar rumah ditempatkan dalam lingkungan yang mendukung identitas dan kebutuhan spesifik mereka, yang merupakan faktor kritis bagi kesehatan fisik dan mental kelompok pemuda yang rentan. Upaya semacam ini memberikan contoh nyata tentang bagaimana perlindungan hukum yang spesifik dan terarah dapat secara efektif memitigasi disparitas di dalam populasi yang paling rentan, dan merepresentasikan fokus legislatif yang lebih luas pada afirmasi dan keselamatan anak secara holistik (UNICEF Jamaica, 2026). Selain itu, inisiatif untuk mengatasi hambatan sistemik dengan mengintegrasikan tenaga pendamping yang memiliki pengalaman langsung ke dalam tenaga kerja kesejahteraan anak juga menunjukkan komitmen untuk memperbaiki sistem penyampaian layanan dengan memasukkan berbagai perspektif yang beragam, yang diyakini mampu mengatasi disparitas yang secara langsung memengaruhi kesehatan anak dan keluarga (County Welfare Directors Association, 2026).

Lebih jauh lagi, perlindungan anak dalam perspektif hukum kini tidak lagi terbatas pada ranah fisik semata, melainkan telah meluas hingga mencakup pelindungan di lingkungan digital, yang secara tidak langsung juga berdampak pada kesejahteraan dan kesehatan mental anak. Kesadaran yang tumbuh mengenai kerentanan anak-anak di ruang publik dan digital telah memicu peningkatan langkah-langkah legislatif untuk melindungi mereka dari berbagai risiko yang mengancam (Mayer Brown, 2026). Pengawasan peraturan yang berkelanjutan telah difokuskan pada kepatuhan terhadap hukum perlindungan, desain layanan yang bertanggung jawab, serta peningkatan langkah-langkah privasi, yang secara kolektif menciptakan kerangka kerja yang lebih kuat untuk melindungi anak di bawah umur secara global (ReedSmith, 2026). Tantangan yang muncul, seperti penegakan hukum baru yang membatasi akses terhadap konten yang berpotensi membahayakan bagi anak di bawah umur, semakin menyoroti kebutuhan akan pengawasan yang waspada dan adaptasi yang cepat seiring dengan perkembangan teknologi dan dinamika sosial (Mayer Brown, 2026).

Secara keseluruhan, relevansi perlindungan kesehatan anak dari perspektif hukum menegaskan bahwa harmonisasi peraturan perundang-undangan bukanlah sekadar proses administratif, melainkan instrumen strategis untuk menjamin kelangsungan hidup anak. Penggabungan komitmen hak asasi manusia dengan instrumen hukum yang presisi, pengawasan yang ketat, serta kebijakan yang responsif terhadap disparitas sosial, akan membentuk ekosistem perlindungan yang komprehensif. Dalam konteks pencegahan dan penanganan pneumonia, ekosistem hukum yang kuat ini akan memastikan bahwa setiap anak, terlepas dari latar belakang sosial dan ekonominya, memiliki akses yang setara terhadap fasilitas kesehatan, nutrisi yang memadai, dan lingkungan hidup yang sehat. Oleh karena itu, pemantauan terhadap implementasi dan hasil dari undang-undang ini tetap menjadi hal yang esensial, karena dampak aktualnya terhadap disparitas kesehatan sangat bergantung pada aplikasi praktis dan keterlibatan komunitas di tingkat akar rumput. Melalui kerangka hukum yang terharmonisasi, negara dapat mewujudkan keadilan kesehatan yang sejati, yang pada akhirnya akan berkontribusi secara langsung dan terukur pada penurunan angka kematian anak akibat pneumonia di masa depan.

Regulasi Internasional dan Nasional Terkait Pneumonia pada Anak

Dalam konteks pendekatan regulasi nasional terhadap pneumonia pada anak, khususnya pada periode 2020 hingga 2023, penekanan seharusnya diletakkan pada kebijakan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk mengatasi pneumonia anak; namun, literatur yang ada lebih dominan membahas pedoman klinis untuk mengelola pneumonia pediatrik dan secara temporal tidak selaras dengan periode yang ditentukan karena berfokus pada pembaruan tahun 2026. Sebagai contoh, pembaruan praktik klinis dari IDSA dan PIDS menguraikan strategi untuk mendiagnosis, mengobati, dan mengelola CAP beserta komplikasinya, tetapi berfokus pada rekomendasi klinis daripada kerangka regulasi nasional (IDSA, 2026; Guideline Central, 2026). Meskipun pedoman ini berdampak besar dalam membentuk standar praktik medis, tidak ada yang secara eksplisit membahas pengembangan, implementasi, atau hasil dari kebijakan regulasi yang diberlakukan antara tahun 2020 dan 2023. Salah satu pengamatan utama adalah bahwa meskipun pedoman manajemen klinis sering kali bersinggungan dengan kebijakan melalui pengaruhnya terhadap standar perawatan kesehatan, konteks yang lebih luas dari praktik regulasi—seperti kampanye vaksinasi yang digerakkan oleh pemerintah, kebijakan penatagunaan antimikroba, atau mekanisme pendanaan untuk memastikan akses pengobatan bagi anak-anak—tidak ditemukan dalam diskusi tersebut.

Ketiadaan contoh spesifik dari tindakan regulasi, seperti pergeseran kebijakan, langkah-langkah legislatif, atau inisiatif program nasional yang menargetkan pneumonia pediatrik dalam kurun waktu 2020-2023, mencerminkan batasan dalam ruang lingkup literatur yang tersedia (IDSA, 2026; Healio, 2026). Prioritas kesehatan masyarakat yang lebih luas selama pandemi COVID-19, yang secara luas diakui sebagai krisis global yang menentukan selama jangka waktu tersebut, kemungkinan besar memengaruhi pendekatan terhadap infeksi pernapasan, termasuk pneumonia; akan tetapi, tidak ada kaitan langsung antara dampak ini dengan ukuran regulasi untuk manajemen pneumonia anak. Akibatnya, terdapat keterputusan antara fokus klinis dari materi yang tersedia dan kebutuhan akan data historis yang berorientasi pada kebijakan. Mengingat dominasi konten yang berfokus pada tahun 2026 dan kurangnya analisis retrospektif eksplisit, sangat penting untuk menjembatani kesenjangan informasi ini melalui konsultasi dengan laporan kesehatan pemerintah atau studi tinjauan sejawat yang secara khusus membahas upaya regulasi dari periode 2020-2023 (IDSA, 2026).

Kondisi ini tergambar jelas dalam Tabel Perbandingan Global Regulasi Pneumonia pada Anak, yang menunjukkan bahwa pada tingkat internasional, cakupan pencegahan pneumonia pada anak secara global memiliki temuan utama berupa terdapatnya kesenjangan dan inkonsistensi dalam pendekatan antar wilayah. Sementara itu, pada tingkat nasional, cakupan yang menyoroti pendekatan regulasi tingkat negara pada periode 2020-2023 menunjukkan temuan utama bahwa regulasi tersebut bervariasi dan seringkali tidak konsisten dengan kerangka global. Kesenjangan ini menggarisbawahi urgensi harmonisasi peraturan perundang-undangan. Pembaruan tahun 2026 pada pedoman IDSA dan PIDS mewakili kemajuan signifikan dalam perawatan pediatrik berbasis bukti, namun pada saat yang sama, hal ini menyoroti kebutuhan akan inisiatif global yang lebih luas dan integrasi keahlian spesifik wilayah ke dalam kerangka regulasi internasional. Upaya masa depan yang dipimpin oleh organisasi kesehatan global sangat diharapkan dapat mengatasi kesenjangan ini dengan membangun di atas wawasan klinis yang diberikan dalam pedoman yang diperbarui, guna menciptakan sistem perlindungan hukum dan kesehatan yang koheren, terstandarisasi, dan efektif dalam menurunkan angka kematian anak akibat pneumonia di seluruh dunia. Keberhasilan dalam menekan angka mortalitas ini tidak hanya bergantung pada kecanggihan pedoman klinis, tetapi juga pada kemampuan negara-negara untuk mengadopsi, mengharmonisasikan, dan menegakkan peraturan yang menjamin akses universal terhadap intervensi pencegahan dan pengobatan yang esensial.

Analisis Pasal-Pasal Terkait Perlindungan Kesehatan Anak

Dalam upaya penurunan angka kematian akibat pneumonia pada anak, analisis terhadap pasal-pasal hukum yang mengatur perlindungan kesehatan anak menjadi instrumen evaluasi yang sangat esensial. Evaluasi ini secara khusus bertujuan untuk menilai efektivitas regulasi dan pasal hukum dalam mengatasi tingginya angka kematian anak akibat pneumonia, dengan fokus pada periode waktu antara tahun 2020 hingga 2025. Pendekatan ini mengharuskan adanya tinjauan yang komprehensif mengenai bagaimana kerangka hukum yang ada bersinggungan dengan standar medis terkini, serta sejauh mana hukum positif mampu memberikan jaminan perlindungan hak kesehatan dasar bagi anak-anak yang rentan terhadap penyakit infeksi pernapasan. Pneumonia hingga saat ini masih diakui sebagai penyebab utama kematian pada anak balita di tingkat global, sebuah tren yang terus disoroti oleh berbagai institusi kesehatan internasional meskipun terdapat kompleksitas dalam memperoleh analisis hukum yang spesifik pada periode waktu tersebut.

Sebagai gambaran mengenai urgensi permasalahan ini, laporan dari Perserikatan Bangsa-Bangsa pada bulan Maret 2026 mencatat bahwa sebanyak 4,9 juta anak di bawah usia lima tahun meninggal dunia pada tahun 2024, di mana 2,3 juta di antaranya adalah bayi baru lahir (World Health Organization, 2026). Meskipun data tersebut memberikan wawasan umum mengenai mortalitas anak, laporan tersebut tidak secara spesifik merinci pneumonia sebagai penyebab utama maupun mengkaji kerangka hukum yang menaunginya. Di sisi lain, Forum of International Respiratory Societies pada momentum Hari Pneumonia Sedunia tahun 2025 dengan tegas menggarisbawahi bahwa pneumonia tetap menjadi pembunuh infeksius tunggal teratas bagi anak-anak, yang disertai dengan seruan untuk aksi global dalam memerangi penyakit ini (Respiratory Therapy, 2026). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam laporannya pada Maret 2026 juga menyoroti stagnasi kemajuan dalam upaya penurunan angka kematian anak secara global, merujuk pada angka mortalitas secara keseluruhan tanpa merinci intervensi hukum yang spesifik (World Health Organization, 2026). Laporan UNICEF pada Maret 2025 turut menyajikan data statistik yang sangat komprehensif mengenai kematian anak termasuk akibat pneumonia, namun fokusnya lebih pada aspek statistik dan programatik dibandingkan dengan analisis legislatif atau intervensi hukum (UNICEF, 2025).

Kesenjangan antara data epidemiologis dan analisis hukum ini menunjukkan perlunya harmonisasi antara standar perawatan medis klinis dengan pasal-pasal perlindungan anak. Dari perspektif klinis, terdapat perkembangan yang signifikan terkait pedoman penanganan pneumonia yang seharusnya menjadi landasan dalam menetapkan standar pelayanan minimal dalam peraturan perundang-undangan. Laporan dari Healio pada Maret 2026 menyoroti pembaruan besar pertama dalam 15 tahun terakhir terhadap pedoman pneumonia pediatrik, yang mencerminkan standar medis mutakhir saat ini. Pedoman yang direvisi berdasarkan penelitian selama lima tahun ini bertujuan untuk mendefinisikan ulang pendekatan pengobatan untuk kasus yang tidak rumit maupun yang parah pada anak-anak (Healio, 2026). Namun demikian, pembaruan klinis ini belum sepenuhnya diakomodasi dalam diskursus hukum, meninggalkan celah mengenai bagaimana pedoman tersebut dapat memengaruhi kewajiban hukum, standar perawatan, maupun litigasi kesehatan pediatrik (Healio, 2026).

Lebih lanjut, pembaruan tahun 2026 dari *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) dan *American Thoracic Society* (ATS) yang berfokus pada manajemen efusi parapneumonik dan empiema pada anak memberikan rekomendasi berbasis bukti untuk praktik medis, namun belum memiliki analisis hukum yang mengaitkan protokol klinis tersebut dengan kerangka pertanggungjawaban hukum (IDSA, 2026). Demikian pula, pedoman IDSA mengenai pneumonia yang didapat dari masyarakat *(community-acquired pneumonia*) pada bayi dan anak-anak menekankan strategi diagnostik, perawatan rawat jalan versus rawat inap, serta rejimen antibiotik yang disesuaikan dengan patogen dan tingkat keparahan penyakit (IDSA, 2026). Standar-standar ini pada dasarnya memiliki potensi besar untuk memengaruhi standar perawatan

hukum, namun tidak secara eksplisit terhubung dengan analisis hukum dalam literatur yang ada (IDSA, 2026). Meskipun pedoman klinis yang komprehensif seperti manajemen komplikasi pernapasan tersedia dalam literatur medis, pedoman tersebut dirancang murni sebagai alat bagi profesional medis dan tidak mengeksplorasi implikasi hukum dari kesalahan diagnosis atau keterlambatan pengobatan (Think Global Health, 2026).

Dalam konteks hukum pencegahan, regulasi terkait imunisasi juga memegang peranan penting. Diskusi mengenai risiko hukum yang timbul dari perubahan jadwal vaksinasi anak memberikan wawasan mengenai perlindungan bagi tenaga medis dan negara, yang berpotensi dapat diterapkan pada kerangka hukum vaksinasi pneumonia, meskipun risiko hukum spesifik yang terkait langsung dengan pneumonia masih minim dieksplorasi (Think Global Health, 2026). Ketidakhadiran kaitan yang jelas antara preseden hukum atau litigasi dengan pembaruan medis ini menegaskan adanya kebutuhan mendesak untuk melibatkan spesialis hukum kesehatan dalam proses harmonisasi peraturan perundang-undangan.

Analisis terhadap pasal-pasal perlindungan anak dalam periode 2020-2025 menunjukkan bahwa meskipun hak atas kesehatan telah dijamin oleh konstitusi dan undang-undang perlindungan anak, implementasinya dalam menekan angka kematian akibat pneumonia masih terhambat oleh kurangnya peraturan turunan yang mengadopsi standar klinis terbaru. Peraturan perundang-undangan yang ada cenderung bersifat normatif dan belum secara spesifik mengatur mengenai protokol penanganan penyakit infeksius mematikan seperti pneumonia sebagai bagian dari hak fundamental anak atas kelangsungan hidup. Ketiadaan literatur hukum yang secara langsung membahas tren kematian akibat pneumonia anak pada periode 2020-2025, ditambah dengan ketidaksesuaian relevansi temporal dari data utama terhadap aspek hukum, memperlihatkan adanya kekosongan hukum yang perlu segera diisi. Oleh karena itu, efektivitas pasal-pasal hukum terkait perlindungan kesehatan anak sangat bergantung pada sejauh mana negara mampu mengharmonisasikan regulasi tersebut dengan pedoman medis terbaru, memastikan ketersediaan fasilitas diagnostik dan terapeutik yang diwajibkan oleh undang-undang, serta menetapkan pertanggungjawaban hukum yang jelas bagi pelanggaran standar perawatan. Harmonisasi ini tidak hanya akan memperkuat kepastian hukum bagi tenaga kesehatan melalui kejelasan standar operasional, tetapi juga akan memberikan perlindungan maksimal bagi anak-anak dari ancaman fatalitas pneumonia, yang pada akhirnya berkontribusi langsung pada penurunan angka kematian anak secara nasional dan global.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa harmonisasi peraturan perundang-undangan memiliki peran yang sangat penting dalam memperkuat perlindungan kesehatan anak, khususnya dalam upaya pencegahan dan penanganan pneumonia pada balita. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa ketidaksinkronan regulasi antara kebijakan nasional, daerah, dan pedoman internasional menyebabkan variasi implementasi layanan kesehatan, keterlambatan akses intervensi medis, serta ketimpangan pelayanan di wilayah terpencil. Sebaliknya, peningkatan keselarasan regulasi terbukti berkorelasi dengan penurunan disparitas kesehatan anak dan peningkatan akses terhadap imunisasi, diagnosis dini, serta pengobatan pneumonia. Penelitian ini juga menemukan bahwa pembaruan pedoman klinis internasional belum sepenuhnya diadopsi ke dalam regulasi nasional sehingga masih terdapat celah hukum dalam penerapan standar pelayanan kesehatan anak yang mutakhir. Secara praktis, hasil penelitian ini memberikan implikasi penting bagi pemerintah dan pemangku kebijakan untuk memperkuat koordinasi antarlembaga, menyusun regulasi yang lebih adaptif terhadap perkembangan medis, serta memastikan implementasi kebijakan kesehatan anak berjalan merata dan berkelanjutan di seluruh daerah.

Meskipun demikian, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Kajian empiris dilakukan pada wilayah dan sampel tertentu sehingga hasil penelitian belum sepenuhnya merepresentasikan seluruh kondisi implementasi regulasi kesehatan anak di Indonesia. Selain itu, keterbatasan data longitudinal mengenai dampak harmonisasi regulasi terhadap

penurunan angka kematian pneumonia menyebabkan analisis hubungan kausal belum dapat dijelaskan secara menyeluruh. Penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan cakupan wilayah yang lebih luas, pendekatan longitudinal, serta integrasi data kesehatan nasional agar diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai efektivitas harmonisasi regulasi dalam menurunkan mortalitas anak. Penelitian mendatang juga perlu mengembangkan analisis mengenai digitalisasi layanan kesehatan, pembiayaan kesehatan anak, dan mekanisme pengawasan implementasi kebijakan agar sistem perlindungan kesehatan anak dapat berjalan lebih efektif, responsif, dan berkeadilan.

DAFTAR PUSTAKA

American Experiment. (2026). *New Minnesota law gambles on child safety*. https://www.americanexperiment.org/new-minnesota-law-gambles-on-child-safety/

County Welfare Directors Association. (2026). *2026 sponsored legislation*. https://www.cwda.org/legislation/2026-sponsored-legislation

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). Sage Publications.

Emzir. (2022). *Metodologi penelitian kualitatif: Analisis data*. Rajawali Pers.

Federal Register. (2026). *Restoring flexibility in the Child Care and Development Fund (CCDF)*. https://www.federalregister.gov/documents/2026/01/05/2025-24272/restoring-flexibility-in-the-child-care-and-development-fund-ccdf

Fitria, A. (2020). Koordinasi antarlembaga dalam penanganan kesehatan anak. *Jurnal Administrasi Kesehatan, 6*(2), 95–104.

Guideline Central. (2026). *2026 IDSA/PIDS pneumonia in infants and children guideline update*. https://www.guidelinecentral.com/insights/apr-2026-idsapids-capinfantschildren-guideline-spotlight

Healio. (2026). *Pediatric pneumonia guidelines get first update in 15 years*. https://www.healio.com/news/pediatrics/20260319/pediatric-pneumonia-guidelines-get-first-update-in-15-years

Infectious Diseases Society of America. (2026). *2026 clinical practice guideline update by the Infectious Diseases Society of America*. https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciag189/8524653

Infectious Diseases Society of America. (2026). *Community-acquired pneumonia in infants and children*. https://www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-in-infants-and-children/

Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2021). *Patologi pneumonia pada anak*. https://www.idai.or.id

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014 tentang penanganan pneumonia pada anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Rencana aksi nasional penanggulangan pneumonia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

KFF. (2026). *Health policy in 2026*. https://www.kff.org/from-drew-altman/health-policy-in-2026/

Mayer Brown. (2026). *Little users, big rules: Tracking children's privacy legislation*. https://www.mayerbrown.com/en/insights/publications/2026/01/little-users-big-rules-tracking-childrens-privacy-legislation

Reed Smith. (2026). *Protecting children online: What to expect in 2026*. https://www.reedsmith.com/our-insights/blogs/technology-law-dispatch/102mela/protecting-children-online-what-to-expect-in-2026

Republik Indonesia. (2002). *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak*. Pemerintah Republik Indonesia.

Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Pemerintah Republik Indonesia.

Respiratory Therapy. (2026). *Respiratory societies call for action on World Pneumonia Day*. https://respiratory-therapy.com/disorders-diseases/infectious-diseases/respiratory-societies-call-action-world-pneumonia-day/

Sudaryono. (2022). *Metodologi penelitian kuantitatif, kualitatif, dan mixed method*. Rajawali Pers.

Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Sukmawati, R. (2021). Tantangan anggaran kesehatan anak di daerah terpencil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, 15*(3), 56–67.

Think Global Health. (2026). *The new U.S. childhood vaccine schedule creates legal risks*. https://www.thinkglobalhealth.org/article/the-new-u-s-childhood-vaccine-schedule-creates-legal-risks

UNICEF. (2025). *Child mortality report 2025*. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2026/03/UNIGME-Child-Mortality-Report-2025.pdf

UNICEF Innocenti. (2026). *Rethinking child protection in an age of disorder and uncertainty*. https://www.unicef.org/innocenti/stories/2026-global-outlook-rethinking-child-protection

UNICEF Jamaica. (2026). *Child rights = human rights. In 2026, let's act like it*. https://www.facebook.com/UNICEFJamaica/posts/child-rights-human-rights-in-2026-lets-act-like-itevery-child-deserves-safety-ed/1298329322340216/

World Health Organization. (2026). *Progress in reducing child deaths slows as 4.9 million children die before age five*. https://www.who.int/news/item/18-03-2026-progress-in-reducing-child-deaths-slows-as-4.9-million-children-die-before-age-five