



Katalog: 4103024



**KESEJAHTERAAN ANAK INDONESIA:
ANALISIS DEPRIVASI HAK ANAK
MULTIDIMENSI 2022**

Katalog: 4103024

<https://www.bps.go.id>

**KESEJAHTERAAN ANAK INDONESIA:
ANALISIS DEPRIVASI HAK ANAK
MULTIDIMENSI 2022**

KESEJAHTERAAN ANAK INDONESIA: ANALISIS DEPRIVASI HAK ANAK MULTIDIMENSI 2022

Katalog	: 4103024
Nomor Publikasi	: 04200.2324
Ukuran Buku	: 18,2 x 25,7 cm
Jumlah Halaman	: xvi+80 halaman
Naskah	: Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat
Penyunting	: Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat
Desain Cover oleh	: Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat
Penerbit	: ©Badan Pusat Statistik, Jakarta – Indonesia
Pencetak	: Badan Pusat Statistik
Sumber Ilustrasi	: freepik.com, foto-foto oleh UNICEF

Dilarang mengumumkan, mendistribusikan, mengomunikasikan, dan/atau menggandakan sebagian atau seluruh isi buku ini untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Badan Pusat Statistik

TIM PENYUSUN

Pelindung	: Amalia Adininggar Widyasanti
Pengarah	: Ateng Hartono
Penanggung Jawab	: Ahmad Avenzora
Editor	: Ida Eridawaty Harahap, Budi Setiawan, Henri Asri Reagan, Amalia Noviani, Boni, Eva Yugiana, Hardianto, Mayang Sari, Mutiara Christiany, Rizqi Nafi' Syari'ati, Ketut Krisna, Nurhaida, Ririn Kuncaraning Sari, Sapta Hastho Ponco, Siswi Puji Astuti, Susanti
Penulis	: Budi Setiawan, Adilia Dian Fatmawati, Amalia Noviani, Eva Yugiana, Hardianto, Hasti Amanda Ilmi, Ketut Krisna, Khairunnisah, Ofi Ana Sari, Rida Agustina, Sigit Wahyu Nugroho, Siswi Puji Astuti, Susanti
Pengolah Data	: Sapta Hastho Ponco
Desain/Layout	: Eva Yugiana

KATA PENGANTAR

Anak merupakan generasi penerus bangsa yang harus dipersiapkan tumbuh kembangnya untuk masa depan Indonesia yang lebih baik. Hak-hak anak bahkan sudah diamanatkan secara khusus di dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang artinya pemerintah menjamin dan melindungi hak-hak anak dalam rangka mempersiapkan generasi emas di masa mendatang.

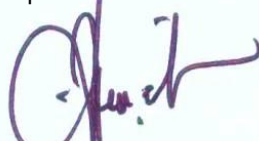
Tidak terpenuhinya hak anak atau disebut dengan deprivasi hak anak merupakan salah satu hambatan terciptanya generasi emas di masa mendatang. Dengan tidak terpenuhinya hak di masa anak-anak mengakibatkan anak tidak memiliki kesempatan seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang dengan baik secara rohani, jasmani, maupun sosial yang pada akhirnya berpengaruh pada masa depan anak tersebut. Oleh karena itu, pemerintah perlu berupaya untuk mencegah terjadinya deprivasi hak-hak anak berdasar pada data yang akurat.

Publikasi “Kesejahteraan Anak Indonesia: Analisis Deprivasi Hak Anak Multidimensi 2022” merupakan salah satu dari serial analisis kesejahteraan anak di Indonesia. Publikasi ini bertujuan untuk menyediakan informasi mengenai deprivasi hak-hak anak, baik deprivasi pada masing-masing dimensi maupun tekanan multidimensi. Hasil analisis pada publikasi ini bisa memberikan gambaran sejauh mana anak-anak Indonesia mengalami deprivasi hak-hak anak. Publikasi ini merupakan hasil kerja sama antara BPS, Bappenas, dan UNICEF.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penulisan publikasi ini. Tanggapan dan saran dari para pengguna sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang. Besar harapan kami, semoga publikasi ini dapat bermanfaat bagi perencanaan dan evaluasi pemenuhan hak anak-anak Indonesia untuk menciptakan anak Indonesia yang sejahtera.

Jakarta, September 2023

Plt. Kepala Badan Pusat Statistik



Amalia Adininggar Widyasanti

RINGKASAN EKSEKUTIF

Kesejahteraan anak-anak saat ini menentukan masa depan suatu bangsa. Oleh karena itu, kesejahteraan serta pemenuhan hak-hak anak menjadi tanggung jawab penting setiap negara, termasuk Indonesia. Kesejahteraan setiap anak Indonesia dijamin konstitusi melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Selain itu, pelaksanaan berbagai program pembangunan tidak hanya diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia Indonesia pada umumnya tetapi juga menysasar kelompok-kelompok spesifik, termasuk anak-anak. Hal ini sejalan dengan prinsip “*No One Left Behind*” dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB).

Penyusunan publikasi ini bertujuan untuk memberikan informasi yang berkelanjutan mengenai deprivasi hak-hak anak yang diukur dengan metode *Multiple Overlapping Deprivation Analysis* (MODA) menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2022. Pendekatan multidimensi dalam analisis kesejahteraan anak juga merupakan upaya memenuhi indikator TPB 1.2 yaitu pada tahun 2030 mengurangi setidaknya setengah proporsi laki-laki, perempuan, dan anak-anak dari semua usia yang hidup dalam kemiskinan di semua dimensi, sesuai dengan definisi nasional.

Analisis kesejahteraan anak Indonesia menggunakan metode MODA dilakukan dengan menganalisis capaian pemenuhan hak-hak anak dalam tujuh dimensi dan 19 indikator terpilih, sesuai dengan kesepakatan nasional yang diperoleh dari serangkaian workshop dan rapat dengan beberapa kementerian terkait. Dengan mengasumsikan bahwa setiap dimensi sama pentingnya bagi kesejahteraan anak, dapat diperoleh informasi mengenai situasi kesejahteraan anak dan identifikasi aspek-aspek yang perlu diperbaiki maupun ditingkatkan sehingga setiap anak Indonesia dapat hidup sejahtera dan terpenuhi hak-haknya.

Temuan Kunci

1. Situasi Kemiskinan Anak

Secara umum, persentase anak usia 0-17 tahun yang mengalami deprivasi setidaknya pada dua dimensi (*multiple deprived*) pada tahun 2022 sebesar 40,19 persen. Artinya, masih ada sekitar dua dari lima anak di Indonesia yang belum terpenuhi haknya setidaknya pada dua dimensi yang diukur. Meskipun masih cukup tinggi, angka ini menurun signifikan jika dibandingkan kondisi tahun 2016, saat pengukuran kesejahteraan anak menggunakan MODA pertama kali dilakukan. Pada saat itu, persentase anak-anak yang mengalami *multiple deprivation* sebesar 64,95 persen (sekitar tiga dari lima anak).

2. Dimensi Kesehatan

Hampir setengah anak-anak (42,17 persen) mengalami deprivasi pada dimensi kesehatan. Nilai tersebut merupakan yang tertinggi dibandingkan persentase anak yang terdeprivasi pada enam dimensi lainnya. Besarnya proporsi anak-anak yang belum terpenuhi haknya pada dimensi ini terutama disebabkan karena masih rendahnya kepemilikan jaminan kesehatan pada anak usia 0-4 tahun dan rendahnya capaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada kelompok umur yang sama.

3. Dimensi Pendidikan

Masih ada 18,10 persen anak-anak yang belum terpenuhi haknya pada dimensi pendidikan. Pada dimensi ini, deprivasi paling banyak terjadi pada anak usia 3-4 tahun yang tidak/belum pernah terdaftar pada pendidikan anak usia dini.

4. Dimensi Makanan dan Nutrisi

Pada dimensi makanan dan nutrisi, hampir setengah dari anak-anak usia 6-23 bulan (41,96 persen) belum mengonsumsi makanan secara beragam dan masih ada sekitar sepertiga anak-anak di bawah enam bulan yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Secara umum, 16,20 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi ini.

5. Dimensi Perlindungan Anak

Sekitar satu dari sepuluh anak-anak di Indonesia pada tahun 2022 masih belum terpenuhi haknya pada dimensi perlindungan anak, terutama pada hak memiliki identitas berupa akta kelahiran. Masih ada sekitar 13,64 persen anak-anak di perdesaan dan 7,71 persen di perkotaan yang belum memiliki akta kelahiran.

6. Dimensi Perumahan

Sebanyak 15,56 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi perumahan, terutama pada indikator kecukupan luas lantai per kapita. Pada tahun 2022, sekitar 1 dari 10 anak tinggal di dalam bangunan tempat tinggal dengan luas lantai per kapitanya di bawah 7,2 meter persegi atau di bawah batas kecukupan lantai bangunan. Hal ini terjadi baik pada anak-anak yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan.

7. Dimensi Fasilitas

Pada tahun 2022, sekitar 31,27 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi fasilitas. Pada dimensi ini, proporsi anak-anak di perdesaan yang tidak terpenuhi haknya sekitar dua kali lebih banyak daripada di perkotaan. Faktor pendorong tingginya proporsi anak-anak yang mengalami deprivasi disebabkan terutama karena tidak memiliki akses ke sanitasi layak.

8. Dimensi Informasi

Capaian pemenuhan hak akan informasi sudah baik. Hanya sekitar enam dari 100 anak-anak yang mengalami deprivasi pada dimensi ini.

Rekomendasi

Pemerintah perlu mendorong keterlibatan yang lebih luas dari masyarakat dan membangun sebuah sistem yang mengintegrasikan berbagai upaya pengentasan kemiskinan dan peningkatan kesejahteraan anak.

Integrasi dalam sebuah sistem misalnya dapat dilakukan pada penyediaan akta kelahiran dan jaminan kesehatan bagi bayi yang baru lahir. Di samping itu, pemerintah dan masyarakat masih perlu meningkatkan jangkauan dan layanan imunisasi dasar lengkap, dukungan bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, akses ke makanan pendamping yang beragam, pendidikan anak usia dini, sampai ke penyediaan sanitasi layak hingga wilayah pelosok.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
RINGKASAN EKSEKUTIF	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENTINGNYA INFORMASI KESEJAHTERAAN ANAK DI INDONESIA.....	1
1.1 Gambaran Situasi Anak-anak di Indonesia	1
1.2 Informasi Kesejahteraan Anak untuk Mendukung Kebijakan Berbasis Bukti	3
1.3 Sistematika Penyajian Publikasi	4
BAB 2 PEMENUHAN HAK-HAK ANAK	5
2.1 Hak-hak Anak.....	5
2.2 Upaya Pemenuhan Hak-Hak Anak oleh Pemerintah.....	6
2.3 Penerapan MODA sebagai Alat Ukur Deprivasi Hak Anak	8
2.4 Kerangka Analisis Kesejahteraan Anak Multidimensi di Indonesia	10
BAB 3 METODOLOGI.....	13
3.1 Sumber Data.....	13
3.2 Keterbatasan Data	13
3.3 Metode Penghitungan Deprivasi Hak-Hak Anak Menggunakan MODA.....	14
3.4 Penentuan Dimensi dan Indikator MODA di Indonesia	15
3.5 Indikator Deprivasi pada Analisis Multidimensi	21
BAB 4 DEPRIVASI HAK-HAK ANAK DI INDONESIA	25
4.1 Deprivasi Hak Anak pada Indikator	25
4.1.1 Dimensi Kesehatan.....	25
4.1.2 Dimensi Makanan dan Nutrisi.....	28

4.1.3 Dimensi Pendidikan	32
4.1.4 Dimensi Perlindungan Anak	37
4.1.5 Dimensi Perumahan	41
4.1.6 Dimensi Fasilitas	43
4.1.7 Dimensi Informasi	47
4.2 Deprivasi Hak Anak pada Dimensi.....	50
4.3 Deprivasi Hak Anak pada Multidimensi.....	53
BAB 5 KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	59
5.1 Kesimpulan.....	59
5.2 Rekomendasi.....	61
DAFTAR PUSTAKA	63
CATATAN TEKNIS.....	69
LAMPIRAN	77

DAFTAR TABEL

BAB 3. METODOLOGI

Tabel 3.1	Dimensi dan Indikator Terpilih serta Konsep Terdeprivasi pada Indikator Menurut Kelompok Umur.....	18
-----------	--	----

BAB 4. DEPRIVASI HAK-HAK ANAK DI INDONESIA

Tabel 4.1	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Jaminan Kesehatan Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	26
Tabel 4.2	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Imunisasi Dasar Lengkap Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	27
Tabel 4.3	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Angka Rawan Pangan Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	29
Tabel 4.4	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada ASI eksklusif Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	30
Tabel 4.5	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Minimum Dietary Diversity Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	31
Tabel 4.6	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pendidikan Prasekolah (APM Prasekolah) Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022.....	33
Tabel 4.7	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Partisipasi Sekolah Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	35
Tabel 4.8	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Tingkat Penyelesaian Sekolah Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	36
Tabel 4.9	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Akta Kelahiran Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	38
Tabel 4.10	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pernikahan Usia Anak Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	39
Tabel 4.11	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pekerja Anak Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	40
Tabel 4.12	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Luas Lantai per Kapita Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	42
Tabel 4.13	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Jenis Lantai Terluas Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	43

Tabel 4.14	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Air Minum Layak Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	44
Tabel 4.15	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Sanitasi Layak Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	45
Tabel 4.16	Persentase Anak yang Terdeprivasi Bahan Bakar Utama untuk Memasak Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	46
Tabel 4.17	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Penguasaan Telepon Seluler Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022	48
Tabel 4.18	Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Akses Internet Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022.....	49
Tabel 4.19	Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Dimensi dan Klasifikasi Desa, 2022.....	52
Tabel 4.20	Persentase Anak yang Terdeprivasi dan Persentase Anak Terdeprivasi yang Disesuaikan Menurut Ambang Batas dan Kelompok Umur, 2022	56

<https://www.bps.go.id>

DAFTAR GAMBAR

BAB 1. PENTINGNYA INFORMASI KESEJAHTERAAN ANAK DI INDONESIA

Gambar 1.1 Kerangka Analisis.....	4
-----------------------------------	---

BAB 2. PEMENUHAN HAK-HAK ANAK

Gambar 2.1 Kelompok Umur, Dimensi, dan Indikator yang Digunakan oleh BPS	6
--	---

BAB 3. METODOLOGI

Gambar 3.1 Langkah-langkah Penghitungan MODA	15
Gambar 3.2 Deprivasi Anak pada Tiga Dimensi	23

BAB 4. DEPRIVASI HAK-HAK ANAK DI INDONESIA

Gambar 4.1 Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi Menurut Dimensi, 2022	50
Gambar 4.2 Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi Menurut Dimensi dan Kelompok Umur, 2022	51
Gambar 4.3 Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Kelompok Umur dan Jumlah Dimensi yang Terdeprivasi, 2022	53
Gambar 4.4 Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Kumulatif Jumlah Dimensi Terdeprivasi dan Kelompok Umur, 2022.....	54
Gambar 4.5 Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi pada Tiga Dimensi Terbesar yang Beririsan, 2022.....	55
Gambar 4.6 Persentase Anak Umur 0-4 Tahun yang Terdeprivasi Menurut Jumlah Dimensi dan Kontribusi Dimensi, 2022	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Dimensi dan Kelompok Umur, 2022.....	79
Lampiran 2 Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Kontribusi Dimensi dan Kelompok Umur, 2022.....	80

<https://www.bps.go.id>

BAB 1

PENTINGNYA INFORMASI KESEJAHTERAAN ANAK DI INDONESIA

1.1 Gambaran Situasi Anak-anak di Indonesia

Indonesia merupakan salah satu dari lima negara dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia, hasil Sensus Penduduk tahun 2020 (SP2020) mencatat jumlah penduduk Indonesia mencapai 270,20 juta jiwa. Jumlah penduduk yang besar perlu diimbangi dengan kualitas sumber daya manusia yang baik sebagai modal dasar pembangunan menuju perwujudan visi Indonesia Emas 2045 yaitu Berdaulat, Maju, Adil, dan Makmur. Pembangunan Manusia serta Penguasaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi merupakan salah satu pilar bagi pencapaian Visi Indonesia Emas 2045 untuk membangun manusia Indonesia yang memiliki kecerdasan tinggi, masyarakat Indonesia yang menjunjung tinggi pluralisme, berbudaya, religius dan menjunjung tinggi nilai-nilai etika (Bappenas, 2019).

Dalam pembangunan sumber daya manusia, kelompok penduduk yang perlu menjadi perhatian adalah anak-anak. Berdasarkan hasil SP2020, terdapat 79,71 juta jiwa anak-anak di antara seluruh penduduk Indonesia. Anak-anak tersebut akan tumbuh dan berkontribusi dalam perekonomian di masa mendatang. Oleh karena itu memberikan kesejahteraan pada anak-anak saat ini sama artinya dengan menyiapkan kesejahteraan masyarakat di masa mendatang. Dalam konteks pembangunan berkelanjutan anak-anak adalah agen perubahan dan penerus, sehingga investasi pada anak-anak sangat penting untuk mencapai target pembangunan berkelanjutan.

Upaya pembangunan sumber daya manusia tidak terlepas dari berbagai tantangan, diantaranya adalah kemiskinan dan tingkat kesejahteraan yang rendah. Pembangunan sumber daya manusia dan kemiskinan saling memengaruhi, masyarakat yang hidup dalam kemiskinan memiliki produktivitas yang rendah dan akses yang terbatas atas berbagai layanan yang mengurangi peluang orang-orang miskin dalam mengembangkan kualitas dirinya. Pandemi COVID-19 masih menyisakan persoalan kemiskinan pada tahun 2022 meskipun perekonomian Indonesia telah menunjukkan pertumbuhan yang lebih tinggi dibanding tahun 2021 (BPS, 2023a).

Anak-anak adalah kelompok penduduk yang paling merasakan dampak dari kemiskinan. Hasil analisis kemiskinan anak secara moneter menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan anak lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat kemiskinan penduduk secara keseluruhan. Pada tahun 2022, tingkat kemiskinan di Indonesia sebesar 9,54 persen atau terdapat 26,16 juta penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan (BPS, 2022a). Sementara itu, pada periode yang sama, persentase anak-anak yang hidup dalam kemiskinan mencapai 11,80 persen (BPS, 2023b), artinya masih ada lebih dari 11 persen anak-anak di Indonesia yang tinggal di rumah tangga yang tidak mampu membiayai atau memenuhi kebutuhan hidup mereka untuk hidup layak, tumbuh dan berkembang sesuai dengan potensi tertinggi mereka.

Sebagaimana disebutkan dalam Konvensi Hak Anak, anak-anak memiliki hak untuk hidup layak, yakni bebas dari kekurangan dalam aspek nutrisi, kesehatan, air, pendidikan, perlindungan, dan tempat tinggal. Kemiskinan akan secara langsung mencabut hak-hak tersebut dari kehidupan anak-anak. Kemiskinan yang dialami pada masa anak-anak juga memiliki konsekuensi seumur hidup bagi perkembangan fisik, kognitif, dan sosial anak. Kondisi tersebut memiliki konsekuensi berbahaya bagi masyarakat dan ekonomi yang kontraproduktif bagi upaya pencapaian target pembangunan sumber daya manusia.

Pemerintah mempertajam dua strategi utama untuk percepatan penanggulangan kemiskinan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2022 yaitu menurunkan beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan penduduk miskin dan rentan. Arah kebijakan untuk mendukung strategi tersebut mencakup: (1) Integrasi dan digitalisasi bantuan sosial secara nontunai; (2) Penguatan fungsi pendampingan dalam melaksanakan program bantuan sosial serta edukasi penerima manfaat untuk mendorong perubahan perilaku kesehatan, pendidikan, dan ekonomi; (3) Penguatan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) kesehatan dan ketenagakerjaan yang komprehensif dan terintegrasi; (4) Penguatan sistem perlindungan sosial menjadi lebih adaptif; (5) Peningkatan kesejahteraan sosial bagi kelompok rentan, antara lain anak, penyandang disabilitas, lanjut usia, kelompok tuna sosial, migran bermasalah, dan korban perdagangan orang; (6) Penguatan skema pendampingan dan layanan terpadu serta perluasan data registrasi sosial ekonomi mencakup 70 persen populasi melalui digitalisasi monografi desa/kelurahan pada tahun 2022; serta (7) Pengembangan kegiatan untuk meningkatkan kemandirian ekonomi dan pendapatan bagi kelompok miskin dan rentan. Strategi dan arah kebijakan pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan telah menunjukkan perhatian pada anak sebagai bagian dari kelompok rentan.

Kesadaran akan pentingnya perhatian lebih pada anak-anak dalam kerangka penanggulangan kemiskinan melahirkan kebutuhan informasi yang komprehensif mengenai kesejahteraan anak-anak, baik secara moneter maupun multidimensi. Data yang akurat akan

membantu membangun pemahaman tentang skala dan ruang lingkup kemiskinan dan kesejahteraan anak sehingga dapat meningkatkan kesadaran terhadap ancaman kemiskinan anak. Informasi tersebut juga diperlukan pemerintah sebagai dukungan dalam merumuskan kebijakan yang komprehensif untuk menanggulangi kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan anak.

1.2 Informasi Kesejahteraan Anak untuk Mendukung Kebijakan Berbasis Bukti

Ukuran kemiskinan secara moneter memberikan gambaran hambatan keuangan yang dihadapi rumah tangga untuk memenuhi hak-hak anak serta dapat memberikan informasi mengenai perbandingan antara kemiskinan pada anak dan kemiskinan pada penduduk secara keseluruhan. Kemiskinan moneter berkorelasi dengan banyak indikator pada berbagai dimensi, akan tetapi beberapa aspek deprivasi anak mungkin tidak tercakup terutama jika tidak berkorelasi dengan aspek keuangan rumah tangga. Kekurangan tersebut dapat dijawab dengan ukuran dan analisis deprivasi hak anak secara multidimensi. Kebutuhan akan pendekatan multidimensi dalam analisis kesejahteraan anak juga meningkat dengan adanya target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) pada Target 1.2 yaitu pada tahun 2030 mengurangi setidaknya setengah proporsi laki-laki, perempuan, dan anak-anak dari semua usia yang hidup dalam kemiskinan di semua dimensi, sesuai dengan definisi nasional.

Pada tujuan ke-1 TPB, kemiskinan sebagai sebuah fenomena multidimensi telah diakui secara global. Indikator nasional kemiskinan anak dan deprivasi multidimensi telah mulai dikembangkan oleh BPS untuk membantu melacak kemajuan dalam pencapaian tujuan tersebut. BPS bersama UNICEF pada tahun 2017 menyusun Publikasi Analisis Deprivasi Hak-Hak Dasar Anak di Indonesia menggunakan MODA untuk menjawab kebutuhan data kemiskinan anak baik secara moneter maupun multidimensi. Memahami tingkat kemiskinan anak dan melengkapinya dengan analisis profil kemiskinan yang komprehensif merupakan langkah kunci untuk merancang dan menerapkan kebijakan yang efektif. Oleh karena itu, BPS dan UNICEF melanjutkan kerjasama untuk menyajikan data dan informasi yang lebih mutakhir mengenai kondisi kesejahteraan anak di Indonesia melalui publikasi ini.

Secara umum publikasi ini bertujuan untuk memberikan gambaran perkembangan deprivasi hak-hak anak di Indonesia yang diukur dengan pendekatan multidimensi. Publikasi sebelumnya yang diterbitkan pada tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat 64,95 persen anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi secara multidimensi (minimum 2 dimensi). Oleh karena itu, penting untuk memahami perkembangan situasi deprivasi hak-hak anak di Indonesia sebagai masukan bagi pemangku kebijakan dalam menyusun program peningkatan kesejahteraan anak. Hasil analisis dalam publikasi ini diharapkan dapat mendukung kebijakan pemerintah untuk mencapai target pembangunan nasional yaitu

meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Secara khusus, penyusunan publikasi ini bertujuan untuk:

1. Memberikan gambaran kesejahteraan anak di Indonesia secara komprehensif untuk melengkapi informasi dari hasil analisis kemiskinan anak moneter;
2. Mengetahui tekanan multidimensi yang dialami anak melalui analisis tingkat deprivasi hak-hak anak;
3. Memberikan informasi kesejahteraan anak secara berkala melalui ukuran standar untuk memantau tujuan SDGs.

1.3 Sistematika Penyajian Publikasi

Publikasi ini terdiri atas lima bab yang menjelaskan situasi deprivasi hak-hak anak di Indonesia dengan menggunakan MODA. Bab kedua menjelaskan mengenai anak dan hak-hak anak yang menjadi acuan teoritis dalam penyusunan analisis pada publikasi ini. Metodologi MODA dan sumber data serta keterbatasannya dijelaskan dalam bab ketiga. Selanjutnya ulasan mengenai kondisi anak-anak yang terdeprivasi hak-haknya sesuai hasil penghitungan MODA disajikan pada bab keempat. Deprivasi hak-hak anak yang disajikan menurut beberapa indikator pada tujuh dimensi yaitu perumahan, fasilitas, makanan dan nutrisi, pendidikan, perlindungan anak, kesehatan, dan informasi. Publikasi ditutup dengan bab kelima yang memuat kesimpulan atas temuan-temuan yang telah disajikan pada bab sebelumnya dan dilengkapi dengan saran untuk kebijakan dan pengembangan analisis berikutnya.

BAB 2

PEMENUHAN HAK-HAK ANAK

2.1 Hak-hak Anak

Menurut Konvensi Hak Anak (1989), anak adalah semua orang yang berusia di bawah delapan belas tahun. Namun, tidak menutup kemungkinan suatu negara menggunakan umur lain sebagai batasan mengategorikan rentang usia anak. Batas umur yang sama digunakan di Indonesia seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Dalam undang-undang ini, anak didefinisikan sebagai seseorang yang belum berusia delapan belas tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.

Anak memiliki hak yang wajib dijamin dan dilindungi oleh negara. Di lingkup global, pemerintah di seluruh dunia bersepakat menjanjikan hak yang sama untuk semua anak dengan mengadopsi Konvensi Hak Anak. Konvensi ini mengatur hal-hal yang harus dilakukan negara agar tiap-tiap anak dapat tumbuh sehat mungkin, bersekolah, dilindungi, didengar pendapatnya, dan diperlakukan dengan adil. Pemerintah Indonesia telah meratifikasi konvensi tersebut melalui Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 tentang Pengesahan Konvensi tentang Hak-Hak Anak.

Setelah meratifikasi Konvensi Hak Anak, Pemerintah Indonesia melanjutkan upaya perlindungan anak dengan mengesahkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Undang-undang ini bertitik tolak dari konsepsi perlindungan anak yang utuh, menyeluruh, dan komprehensif dengan meletakkan kewajiban memberikan perlindungan kepada anak berdasarkan asas-asas sebagai berikut: a) nondiskriminasi; b) kepentingan yang terbaik bagi anak; c) hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan; dan d) penghargaan terhadap pendapat anak. Undang-undang ini kemudian diubah dua kali melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2016 guna meningkatkan perlindungan terhadap anak terutama mempertegas pemberatan sanksi pidana dan denda bagi pelaku kejahatan terhadap anak. Hak-hak Anak dalam Undang-Undang Perlindungan Anak diantaranya: a) hak untuk hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi; b) hak atas suatu nama sebagai identitas diri dan status kewarganegaraan; c) hak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial; d) hak memperoleh pendidikan; e) hak menyatakan dan didengar pendapatnya; f) hak untuk beristirahat dan memanfaatkan waktu luang; g) hak memperoleh rehabilitasi dan bantuan

sosial bagi penyandang disabilitas; dan h) hak memperoleh perlindungan dari kegiatan politik, sengketa bersenjata, kerusuhan sosial, peristiwa yang mengandung unsur kekerasan, peperangan, dan kejahatan seksual.

2.2 Upaya Pemenuhan Hak-Hak Anak oleh Pemerintah

Upaya pemenuhan hak-hak anak pada aspek kesehatan tidak secara khusus menyasar anak-anak melainkan untuk seluruh rakyat Indonesia yaitu melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Kementerian Kesehatan, 2016). Melalui program ini seluruh rakyat Indonesia mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk penduduk miskin. Iuran jaminan kesehatan bagi penduduk miskin dibayarkan oleh pemerintah sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Anak yang miskin termasuk mereka yang berhak menerima bantuan ini sehingga dapat terpenuhi haknya akan layanan kesehatan.

Pencegahan perkawinan anak merupakan bagian dari pemenuhan hak-hak anak. Dalam rangka mencegah perkawinan anak, pemerintah mengesahkan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 yang merupakan perubahan atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. Menurut Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 dinyatakan bahwa batas usia pernikahan resmi diubah menjadi 19 tahun. Perubahan batas usia pernikahan resmi tersebut diharapkan dapat mencegah perkawinan anak di Indonesia.

Perlindungan terhadap anak yang bekerja dilakukan pemerintah dengan meratifikasi Konvensi International Labour Organization (ILO) Nomor 138. Ratifikasi konvensi ILO tersebut dilakukan melalui Undang-Undang nomor 20 tahun 1999 tentang Pengesahan Konvensi ILO nomor 138 Mengenai Usia Minimum yang Diperbolehkan Bekerja. Dalam konvensi tersebut, ILO menentukan batas minimum anak diperbolehkan untuk bekerja adalah 15 tahun. Meskipun demikian, Undang-Undang nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan melonggarkan batasan usia anak bekerja menjadi 13-15 tahun dengan syarat tertentu. Syarat-syarat tersebut adalah bahwa pekerjaan yang dikerjakan oleh anak merupakan pekerjaan ringan, tidak mengganggu perkembangan fisik, mental, dan sosial anak.

Program Wajib Belajar merupakan upaya pemerintah dalam memenuhi hak anak untuk mendapatkan pendidikan. Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dinyatakan bahwa wajib belajar adalah program pendidikan minimal yang harus diikuti oleh warga negara Indonesia atas tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah. Setiap warga negara yang berusia enam tahun dapat mengikuti program

wajib belajar. Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin terselenggaranya wajib belajar minimal pada jenjang pendidikan dasar tanpa memungut biaya. Jenjang pendidikan dasar diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2008 tentang Wajib Belajar. Dalam peraturan pemerintah ini dijelaskan bahwa pendidikan dasar adalah jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah, berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta sekolah menengah pertama (SMP) dan madrasah tsanawiyah (MTs), atau bentuk lain yang sederajat.

Pendidikan Menengah Universal (PMU) merupakan upaya pemerintah untuk meningkatkan wajib belajar sampai jenjang pendidikan menengah yang diatur dalam Permendikbud Nomor 80 Tahun 2013 tentang Pendidikan Menengah Universal. Dalam Permendikbud ini dinyatakan bahwa PMU adalah program pendidikan yang memberikan layanan seluas-luasnya kepada seluruh warga negara Republik Indonesia untuk mengikuti pendidikan menengah yang bermutu. Bagi anak yang miskin, pemerintah meluncurkan Program Indonesia Pintar (PIP). Program Indonesia Pintar adalah bantuan berupa uang tunai, perluasan akses, dan kesempatan belajar dari pemerintah yang diberikan kepada peserta didik dan mahasiswa yang berasal dari keluarga miskin atau rentan miskin untuk membiayai pendidikan. Dengan berbagai program ini menunjukkan komitmen kuat dari pemerintah untuk menjamin terpenuhinya hak anak atas pendidikan.

Bentuk lain dari upaya pemenuhan hak-hak anak diwujudkan secara langsung melalui program bantuan sosial (bansos). Program bansos ini merupakan jaring pengaman yang melindungi semua orang dari dampak terburuk kemiskinan termasuk kemiskinan anak. UNICEF (2020) mencatat serangkaian program bantuan sosial untuk mendukung anak dan keluarga mereka dirancang dengan berbagai pendekatan berikut ini.

- a. Program Keluarga Harapan (PKH) memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga termiskin dengan syarat mereka harus mengakses layanan kesehatan dan pendidikan tertentu.
- b. Beras Sejahtera (Rastra) memberikan subsidi beras setiap bulan kepada rumah tangga yang berhak menerima.
- c. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) memberikan kartu tabungan kepada rumah tangga penerima manfaat untuk membeli barang kebutuhan pokok (beras, gula, telur) di toko penyalur bantuan.
- d. Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA) menyediakan bantuan tunai bersyarat (untuk pemenuhan kebutuhan dasar) dan memberikan intervensi sosial (untuk meningkatkan kapasitas keluarga dan ketahanan anak) kepada anak yang membutuhkan perlindungan khusus (anak jalanan, anak dengan disabilitas, anak berhadapan dengan hukum, dan anak yang terlantar).

2.3 Penerapan MODA sebagai Alat Ukur Deprivasi Hak Anak

Analisis kesejahteraan anak dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan, baik secara moneter maupun nonmoneter. Pendekatan moneter telah lebih dahulu diterapkan secara luas untuk menganalisis kesejahteraan anak dengan memberikan informasi proporsi anak-anak yang tinggal dalam kemiskinan. Anak-anak di rumah tangga miskin mengalami deprivasi dalam dimensi kesejahteraan utama yang berdampak langsung pada kemampuan mereka untuk bertahan hidup dan berkembang. Mengalami kekurangan gizi, putus sekolah, tidak memiliki akses terhadap air minum bersih, sanitasi layak, serta layanan kesehatan, dan/atau mengalami kekerasan fisik adalah beberapa manifestasi dari konsekuensi negatif kemiskinan anak yang persisten dan berdampak pada jangka panjang baik bagi anak-anak yang tinggal di rumah tangga miskin maupun masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, menggunakan sudut pandang multidimensi yang mengeksplorasi deprivasi hak-hak anak adalah cara yang lebih akurat untuk menangkap situasi kesejahteraan anak dibandingkan menggunakan ukuran moneter murni. Pendekatan moneter dan multidimensi dalam analisis kesejahteraan anak tidak bersifat substitutif, namun saling melengkapi untuk memberikan gambaran yang lebih utuh mengenai situasi kesejahteraan anak.

Deprivasi terhadap hak-hak anak menyebabkan anak berisiko mengalami kemiskinan anak multidimensi. Salah satu alat ukur kemiskinan anak multidimensi yang komprehensif adalah *Multiple Overlapping Deprivation Analysis* (MODA) (de Neubourg et al., 2012). MODA mendefinisikan dan mengukur kemiskinan anak multidimensi berdasarkan Konvensi PBB tentang Hak-Hak Anak 1989 namun dimensi dan indikatornya dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik setiap negara. Alat ukur ini menunjukkan dimensi kemiskinan yang dialami anak-anak sehingga membantu dalam pemrograman dan respons kebijakan.

Dengan alat ukur ini, BPS (2017) mengukur kemiskinan anak multidimensi di Indonesia menggunakan enam dimensi dan lima belas indikator. Dimensi dan indikator yang digunakan adalah: a) *perumahan*: luas lantai per kapita, jenis lantai; b) *fasilitas*: air minum layak, sanitasi layak, bahan bakar utama untuk memasak; c) *makanan dan nutrisi*: konsumsi kalori, proporsi lemak yang dikonsumsi, pemberian ASI; d) *pendidikan*: partisipasi sekolah, partisipasi sekolah sesuai umur; e) *perlindungan anak*: akta kelahiran, pernikahan usia anak, pekerja anak; dan f) *kesehatan*: kepemilikan jaminan kesehatan dan imunisasi lengkap. Sementara kelompok umur anak dibedakan menurut anak umur 0-4 tahun dan anak umur 5-17 tahun. Perbedaan kelompok umur ini mempertimbangkan kebutuhan yang berbeda pada tahapan siklus hidup anak. Dimensi dan indikator menurut kelompok umur yang digunakan oleh BPS tersebut secara lengkap dapat dilihat pada Gambar 2.1.

Gambar 2.1
Kelompok Umur, Dimensi, dan Indikator yang Digunakan oleh BPS

0-4 Tahun		5-17 Tahun	
Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemilikan jaminan kesehatan • Imunisasi lengkap 	Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemilikan jaminan kesehatan
Perlindungan Anak	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemilikan akte kelahiran 	Perlindungan Anak	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemilikan akte kelahiran • Pernikahan dini • Partisipasi pekerja anak
Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • Partisipasi sekolah 	Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • Partisipasi sekolah • Partisipasi sekolah sesuai umur
Makanan dan Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumsi Kalori • Pemberian ASI 	Makanan dan Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumsi Kalori • Proporsi lemak yang dikonsumsi
Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> • Air minum layak • Sanitasi layak • Bahan bakar utama untuk memasak 	Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> • Air minum layak • Sanitasi layak • Bahan bakar utama untuk memasak
Perumahan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas lantai perkapita • Jenis lantai 	Perumahan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas lantai perkapita • Jenis lantai

Dari hasil pengukuran memperlihatkan bahwa dua pertiga anak Indonesia terdeprivasi secara multidimensi (minimum dua dimensi). Sebagian besar anak umur 0-4 tahun terdeprivasi pada dua atau tiga dimensi, sementara kebanyakan anak umur 5-17 tahun mengalami deprivasi pada satu atau dua dimensi. Dimensi yang menjadi penyumbang deprivasi terbesar pada kelompok umur 0-4 tahun adalah dimensi kesehatan. Sementara kelompok umur 5-17 tahun paling banyak mengalami deprivasi pada dimensi fasilitas. Dalam pengukuran ini, BPS bersumber pada data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2016.

Selain BPS, Bima dan Marlina (2017) menerapkan MODA untuk studi eksplorasi pengukuran kemiskinan anak multidimensi di Indonesia. Dalam pengukurannya, mereka menggunakan dimensi dan indikator yang berbeda dengan dimensi dan indikator yang digunakan oleh BPS. Dimensi dan indikator yang digunakan oleh Bima dan Marlina adalah: a) air: air minum; b) sanitasi: fasilitas sanitasi; c) perumahan: bahan pembuat rumah, rasio rumah; d) informasi: akses internet, alat informasi; e) kesehatan: penolong kelahiran, vaksinasi, perawatan medis; f) registrasi: pencatatan kelahiran, akta kelahiran; g) pendidikan: prasekolah, pendaftaran sekolah, jenjang pendidikan menurut usia; h) pekerja anak: pekerja anak. Dimensi yang digunakan oleh BPS namun tidak digunakan oleh Bima dan Marlina dalam mengukur kemiskinan anak adalah dimensi makanan dan nutrisi. Sebaliknya, dimensi yang digunakan oleh Bima dan Marlina namun tidak digunakan oleh BPS dalam pengukuran deprivasi hak-hak anak adalah dimensi informasi. Mereka menggunakan dimensi informasi ini untuk mengukur deprivasi anak dalam mengakses informasi. Informasi ini hendaklah sesuai dengan tingkat kecerdasan dan umur anak demi pengembangan dirinya sesuai dengan nilai-

nilai kesesuaian dan kepatutan sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

Sama halnya dengan dimensi dan indikator, Bima dan Marlina (2017) menggunakan kelompok umur yang berbeda dengan kelompok umur yang digunakan oleh BPS. Mereka menahapkan siklus hidup anak ke dalam lima kelompok umur. Lima kelompok umur tersebut yaitu: (i) 0–23 bulan, (ii) 2–4 tahun, (iii) 5–11 tahun, (iv) 12–14 tahun, (v) 15–17 tahun. Perbedaan kelompok umur ini merefleksikan perbedaan kebutuhan yang berbeda pada tahapan siklus hidup anak.

Dari hasil pengukuran, Bima dan Marlina (2017) memperlihatkan bahwa sekitar 15,9 persen anak menderita deprivasi multidimensi. Tingkat deprivasi berbeda antar kelompok umur: 28,7 persen untuk umur 0–24 bulan; 30,4 persen untuk umur 2–4 tahun; 8 persen untuk umur 5–11 tahun; 10,8 persen untuk umur 12–14 tahun; dan 16,5 persen untuk anak umur 15-17 tahun. Estimasi ini didasarkan pada batasan deprivasi yang berbeda untuk setiap kelompok umur. Untuk dua kelompok umur termuda (0–24 bulan dan 2–4 tahun), batasannya adalah dua deprivasi. Setiap anak dalam kelompok tersebut yang mengalami deprivasi lebih dari dua dimensi dianggap terdeprivasi dalam aspek multidimensi. Batasan untuk tiga kelompok umur tertua adalah tiga deprivasi. Lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih muda karena pertimbangan bahwa semakin tua umur anak maka semakin banyak dimensi yang harus dipenuhi. Hasil pengukuran ini bersumber pada data Susenas Triwulan I 2013.

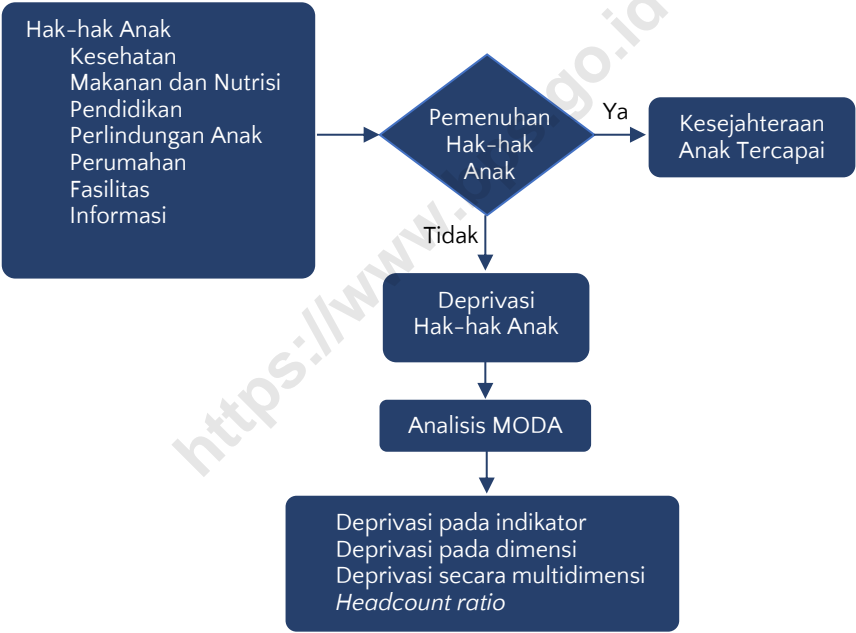
Dimensi dan indikator yang digunakan dalam penerapan MODA untuk mengukur kemiskinan anak multidimensi dapat berbeda antar negara sesuai dengan norma, standar, atau undang-undang (de Neubourg et al., 2012). Namun, penggunaan dimensi informasi sebagaimana yang dilakukan oleh Bima dan Marlina (2017) di Indonesia telah dipraktikkan dalam penerapan MODA di negara lain. Beberapa negara yang menggunakan dimensi informasi dalam penerapan MODA antara lain: Mesir (Ministry of Social Solidarity Arab Republic of Egypt et al., 2017), Laos (UNICEF Laos, 2018), Zambia (Ministry of National Development Planning Republic of Zambia, 2018), Kamboja (Karpati et al., 2018), dan Nigeria (Federal Republic of Nigeria et al., 2021). Dimensi informasi tersebut digunakan untuk mengukur deprivasi anak dalam mengakses informasi dan materi lainnya dari beragam sumber. Hak anak terhadap akses informasi tersebut wajib dilindungi dan dipenuhi oleh pemerintah di seluruh dunia sebagaimana termaktub dalam Konvensi Hak Anak.

2.4 Kerangka Analisis Kesejahteraan Anak Multidimensi di Indonesia

Untuk menjaga keberlanjutan informasi mengenai kesejahteraan anak, pendekatan multidimensi yang digunakan dalam publikasi ini adalah metode *Multiple Overlapping Deprivation Analysis* (MODA). Metodologi MODA telah digunakan untuk menganalisis

sejauh mana anak-anak Indonesia mengalami deprivasi di enam domain kesejahteraan, yaitu makanan dan nutrisi; kesehatan; pendidikan; perumahan; air dan sanitasi; dan perlindungan – dengan menggunakan 15 indikator yang dihitung dari SUSENAS 2016 (BPS, 2017). Selain informasi mengenai anak-anak Indonesia yang terdeprivasi pada indikator dan dimensi, MODA juga memberikan gambaran tentang berapa banyak anak yang terdeprivasi dalam berbagai dimensi. Lebih lanjut, MODA memberikan informasi tentang proporsi anak yang terdeprivasi dalam beberapa dimensi secara simultan melalui ukuran *headcount ratio*. Kerangka analisis yang digunakan dalam publikasi ini disajikan pada Gambar 2.1.

Gambar 2.1
Kerangka Analisis



BAB 3

METODOLOGI

Analisis kesejahteraan anak multidimensi yang disajikan dalam laporan ini menggunakan pendekatan *Multiple Overlapping Deprivation Analysis* (MODA) yang dikembangkan oleh UNICEF. Bab ini akan memberikan penjelasan mengenai metode MODA dan penerapannya dalam analisis kesejahteraan anak di Indonesia serta sumber dan keterbatasan data yang digunakan.

3.1 Sumber Data

Data yang digunakan dalam analisis deprivasi hak-hak anak adalah data dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2022. Susenas merupakan survei rutin yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dengan tujuan untuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Data sosial ekonomi yang dikumpulkan dari Susenas mencakup kondisi kesehatan, pendidikan, fertilitas, keluarga berencana, ketenagakerjaan, perumahan, perlindungan sosial, serta konsumsi dan pengeluaran. Mulai tahun 2015, Susenas dilaksanakan dua kali dalam setahun, yaitu pada bulan Maret dan September.

Susenas Maret 2022 memiliki target sampel sebanyak 345.000 rumah tangga yang tersebar di seluruh kabupaten/kota pada semua provinsi di Indonesia. Tingkat respon Susenas Maret 2022 adalah sebesar 99,68 persen atau 343.897 rumah tangga. Dari keseluruhan data tersebut terdapat 219.305 rumah tangga yang di dalamnya terdapat anggota rumah tangga berusia 0-17 tahun atau anak-anak. Adapun jumlah anak yang menjadi sampel sebanyak 404.644 orang.

3.2 Keterbatasan Data

Data dalam laporan ini memiliki beberapa keterbatasan sehubungan dengan metode survei yang digunakan. Sebagaimana survei-survei berbasis rumah tangga yang diselenggarakan BPS, Susenas hanya mencakup populasi yang tinggal di rumah tangga biasa. Oleh karena itu, data mengenai kesejahteraan anak yang diperoleh dari Susenas juga hanya mencakup anak-anak yang tinggal di rumah tangga biasa, tidak mencakup anak-anak yang tinggal di panti asuhan atau yang menggelandang (tidak punya tempat tinggal tetap).

3.3 Metode Penghitungan Deprivasi Hak-Hak Anak Menggunakan MODA

Ukuran moneter masih digunakan secara luas untuk menghitung proporsi anak yang hidup dalam tingkat kesejahteraan yang rendah. Namun demikian, pendekatan moneter belum sepenuhnya dapat menangkap elemen penting bagi kesejahteraan dan perkembangan anak yang belum tentu dapat diukur dalam nilai uang seperti pendidikan, kesehatan, dll. Ukuran standar kesejahteraan secara moneter juga tidak memperhitungkan ketidaksetaraan dalam distribusi intra-rumah tangga, misalnya terkait pembagian makanan dan pendidikan. Seperti yang diketahui, anak-anak cenderung tidak memiliki kekuatan yang setara dalam rumah tangga terkait pembelian barang dan jasa yang dibutuhkan untuk perkembangan mereka sendiri. Oleh karena itu, ukuran kesejahteraan anak secara multidimensi dipandang perlu untuk dapat memberikan ukuran yang lebih luas melampaui ukuran moneter.

MODA merupakan hasil studi global UNICEF tentang kemiskinan dan disparitas anak dengan menggunakan pendekatan multidimensi yang dikembangkan oleh Alkire dan Foster (de Neubourg dkk., 2012). MODA memberikan ukuran komprehensif mengenai tingkat deprivasi atau tidak terpenuhinya hak-hak anak secara multidimensi. MODA menekankan pada pemenuhan akses terhadap berbagai kebutuhan barang dan jasa yang sangat penting untuk kelangsungan hidup dan perkembangan anak dengan mengadopsi definisi holistik tentang kesejahteraan anak. Konsep deprivasi yang diakomodir MODA adalah bahwa deprivasi anak bersifat multidimensi, saling terkait, dan saling tumpang tindih, serta cenderung memberikan dampak yang lebih buruk pada kelompok anak yang kurang beruntung secara sosial ekonomi.

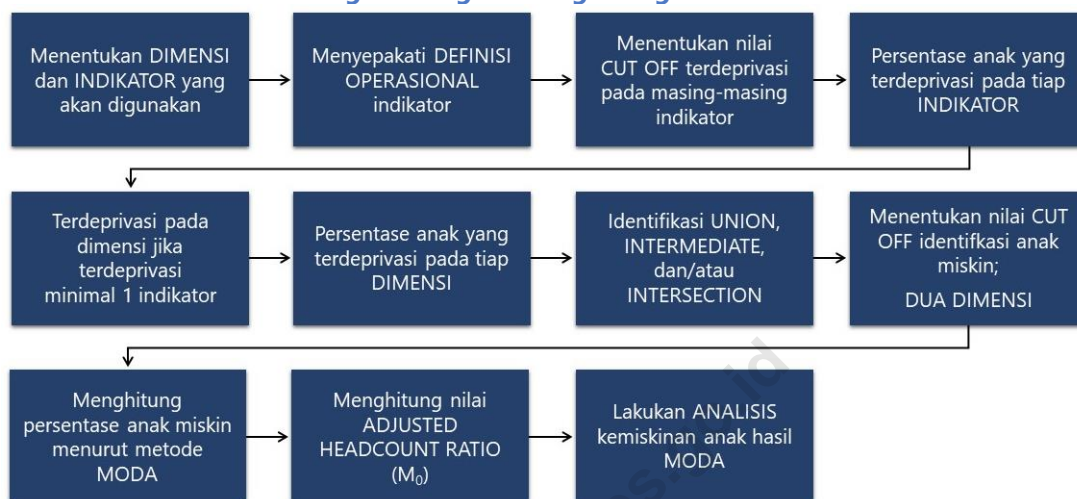
Inti dari MODA yang dikembangkan oleh UNICEF adalah pendekatan "hak-hak anak" secara komprehensif, di mana kesejahteraan anak tidak dapat dipandang secara parsial menggunakan pendekatan moneter saja, melainkan perlu dianalisis secara multidimensi menggunakan pendekatan berbagai sektor. Empat karakteristik utama MODA yang membedakannya dengan analisis kesejahteraan anak lainnya, yaitu:

1. MODA berkonsentrasi pada anak sebagai unit analisis, bukan rumah tangga.
2. MODA mengakomodir kebutuhan anak yang tidak homogen sepanjang masa kecil mereka sehingga perlu dilakukan pengelompokan umur analisis.
3. MODA menekankan informasi pada gabungan indikator atau dimensi, dengan analisis multi-deprivasi yang saling tumpang tindih.
4. MODA fokus pada pemenuhan prinsip keadilan dengan konsentrasi analisis pada kelompok anak yang terdeprivasi secara multidimensi dan sangat kekurangan, sehingga dapat membantu perancangan kebijakan yang efektif.

Metodologi MODA menggabungkan berbagai dimensi kemiskinan menjadi satu indeks yang dapat didekomposisi pada subkelompok dan dimensi, serta dapat menunjukkan kontribusi

dari masing-masing dimensi. Secara rinci, langkah-langkah penghitungan MODA disajikan pada Gambar 3.1.

Gambar 3.1
Langkah-langkah Penghitungan MODA



Sumber: *Unicef: Step by step guidelines to the MODA (de Neubourg dkk., 2012)*

3.4 Penentuan Dimensi dan Indikator MODA di Indonesia

BPS bersama dengan UNICEF telah menginisiasi penerapan MODA untuk konteks Indonesia dengan menganalisis sejauh mana anak-anak mengalami deprivasi di enam domain kesejahteraan, yaitu makanan dan nutrisi; kesehatan; pendidikan; perumahan; air dan sanitasi; dan perlindungan – dengan menggunakan 15 indikator yang dihitung dari SUSENAS 2016 (BPS, 2017). Pemilihan dimensi dan indikator tersebut mempertimbangkan Konvensi Hak Anak, Undang-Undang Perlindungan Anak, target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) terkait anak, ketersediaan data, serta tinjauan literatur dari penelitian-penelitian sebelumnya mengenai kesejahteraan anak.

Memberikan kesejahteraan pada anak melalui pemenuhan hak-hak anak memerlukan kolaborasi berbagai pihak. Oleh karena itu, proses pemilihan dimensi, indikator, dan kelompok umur dalam analisis kesejahteraan anak multidimensi tahun 2022 ini juga melalui diskusi dengan para pemangku kebijakan lintas sektor. Untuk meningkatkan kepedulian atas perlunya indikator kesejahteraan anak serta memberikan gambaran komprehensif mengenai metodologi MODA kepada para pemangku kebijakan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Kementerian PPN/Bappenas) dan BPS dengan dukungan UNICEF menyelenggarakan pertemuan peningkatan kapasitas pada bulan November 2022. Selanjutnya pada rentang bulan April-

Juni tahun 2023, dilakukan rangkaian pertemuan yang melibatkan Kementerian PPN/Bappenas, BPS, Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, Kementerian Kesehatan, serta Kementerian Sosial untuk mendiskusikan indikator, dimensi, dan kelompok umur yang akan digunakan dalam analisis kesejahteraan anak multidimensi tahun 2022. Dari rangkaian diskusi tersebut diperoleh kesepakatan untuk mempertahankan enam dimensi yang telah digunakan pada analisis periode sebelumnya dan menambahkan satu dimensi yaitu dimensi informasi dengan jumlah indikator pada seluruh dimensi sebanyak 19 indikator.

Layanan kesehatan berkualitas untuk anak berperan penting bagi tumbuh kembang anak terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) yang dimulai sejak dalam kandungan hingga anak berusia dua tahun. Hal ini juga ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak dalam kandungan, bayi, balita, hingga remaja, termasuk upaya pemeliharaan kesehatan anak cacat dan anak yang memerlukan perlindungan. Dua indikator yang disepakati untuk digunakan dalam dimensi ini yaitu kepemilikan jaminan kesehatan pada anak umur 0-17 tahun dan imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan dipandang dapat mewakili akses anak terhadap layanan kesehatan.

Kecukupan dan keragaman asupan makanan serta kesesuaian pemberian makanan dengan usia anak sangat memengaruhi pertumbuhan fisik maupun kognitif anak. Oleh karena itu, diperlukan indikator yang berbeda pada setiap kelompok umur anak sesuai dengan kebutuhan nutrisi untuk tumbuh kembang mereka. Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan terbaik bagi bayi dan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu, anak usia 0-5 bulan hanya diberikan ASI saja. Seiring dengan pertambahan usia anak, kebutuhan nutrisi juga semakin meningkat. Mengacu pada pedoman praktik pemberian makan pada bayi dan anak kecil yang disusun WHO dan UNICEF, anak perlu mendapatkan makanan yang beragam untuk mendukung tumbuh kembangnya. Berdasarkan hal tersebut, dalam dimensi makanan dan nutrisi digunakan indikator pemberian ASI eksklusif pada anak usia 0-5 bulan dan keragaman makanan pendamping ASI untuk anak usia 6-23 bulan. Indikator selanjutnya adalah kerawanan pangan yaitu rata-rata konsumsi kalori rumah tangga kurang dari 1.400 Kkal per kapita sehari. Jika rumah tangga mengalami rawan pangan maka besar peluang anak, pada semua kelompok umur, yang tinggal di rumah tangga tersebut juga mengalami kerawanan pangan.

Partisipasi pra sekolah dan sekolah serta angka menyelesaikan SD dan SMP menjadi indikator dalam dimensi pendidikan. Telah banyak bukti empiris yang menyoroti pentingnya pendidikan anak usia dini untuk mengembangkan keterampilan kognitif dan bahasa serta perkembangan emosi anak untuk mempersiapkan anak masuk sekolah dasar. Pada tahapan

kehidupan anak selanjutnya, pendidikan dasar dan menengah menjadi pondasi penting untuk membentuk anak-anak menjadi sumber daya manusia yang berkualitas di masa depan. Laporan *baseline* SDGs anak yang diterbitkan Bappenas dan UNICEF tahun 2019 menunjukkan bahwa meskipun mayoritas anak di Indonesia menyelesaikan pendidikan dasar, angka tamat sekolah di kalangan remaja dan orang muda jauh lebih rendah.

Dimensi perlindungan anak disusun atas tiga indikator yaitu akta kelahiran, status perkawinan anak, dan status ketenagakerjaan anak. Pencatatan kelahiran adalah langkah pertama mengamankan identitas hukum seorang anak, menjamin hak individunya serta memfasilitasi aksesnya kepada keadilan dan layanan sosial. Perkawinan usia anak telah terbukti berdampak negatif kepada kesehatan, pendidikan dan perlindungan anak, terutama anak perempuan. Keterlibatan anak-anak dalam kegiatan ekonomi sebagai pekerja berpotensi mengganggu perkembangan fisik, mental, sosial dan/atau pendidikan mereka.

Rumah adalah tempat anak menghabiskan sebagian besar waktunya untuk bermain, belajar, tidur, dan berinteraksi dengan orang tua maupun sanak saudaranya. Penelitian Hadiwidjaja, Paladines, dan Wai-Poi (2013) menunjukkan adanya keterkaitan erat antara kondisi perumahan yang buruk dengan tingkat pendapatan yang rendah. Oleh karena itu, jenis bahan bangunan lantai terluas disepakati sebagai salah satu indikator dalam dimensi perumahan. Jenis bahan bangunan terluas yang digunakan untuk lantai merupakan indikator yang paling sensitif dalam menggambarkan kondisi sosial ekonomi rumah tangga dibandingkan dinding dan atap. Indikator berikutnya dalam dimensi perumahan adalah luas lantai per kapita yang menggambarkan kepadatan hunian sebagai salah satu faktor penentu kelayakhunian bangunan tempat tinggal. Indikator terakhir dalam dimensi ini adalah bahan bakar untuk memasak. Penggunaan arang, kayu bakar, atau minyak tanah sebagai bahan bakar untuk memasak membawa potensi pencemaran udara yang mungkin membahayakan kesehatan anak yang tinggal dalam rumah tangga tersebut.

Air, sanitasi, dan kebersihan yang baik merupakan faktor penting untuk mendukung kelangsungan hidup dan pertumbuhan anak. Kualitas air minum dan sanitasi yang buruk berkorelasi erat dengan penyakit dan permasalahan gizi pada anak. Oleh karena itu, penting untuk memasukkan indikator akses air minum layak dan sanitasi layak sebagai dimensi fasilitas dalam analisis kesejahteraan anak. Hal tersebut juga sejalan dengan target-target dalam tujuan ke-6 TPB untuk mencapai akses universal dan adil kepada air, sanitasi dan kebersihan yang dikelola secara aman.

Dimensi informasi disepakati untuk ditambahkan dalam analisis kesejahteraan anak multidimensi pada tahun 2022 ini. Tujuan dari ditambahkannya dimensi ini adalah untuk menangkap akses rumah tangga terhadap informasi yang diukur dari dua indikator yaitu kepemilikan telepon seluler sebagai alat komunikasi dan akses internet. Meskipun akses terhadap informasi bagi anak-anak seperti pedang bermata dua, namun tinggal dalam

rumah tangga yang memiliki akses informasi tetap dapat membawa dampak positif bagi anak. Rumah tangga yang memiliki telepon seluler dan akses internet mempunyai peluang lebih besar untuk memperoleh informasi yang dapat digunakan untuk mendukung tumbuh kembang dan kesejahteraan anak. Selain itu, pada dasarnya kepemilikan telepon seluler dan akses internet memiliki keterkaitan kuat dengan status ekonomi rumah tangga. Kemampuan finansial menjadi faktor kunci yang dapat menjelaskan deprivasi anak-anak pada dimensi ini.

Penjelasan konsep terdeprivasi pada masing-masing kelompok umur untuk setiap indikator dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1
Dimensi dan Indikator Terpilih serta Konsep Terdeprivasi pada Indikator Menurut Kelompok Umur

Dimensi	Indikator	Konsep Terdeprivasi		
		0-4 tahun	5-12 tahun	13-17 tahun
Kesehatan	Jaminan Kesehatan	Anak umur 0-4 tahun yang tidak memiliki jaminan kesehatan	Anak umur 5-12 tahun yang tidak memiliki jaminan kesehatan	Anak umur 13-17 tahun yang tidak memiliki jaminan kesehatan
	Imunisasi Dasar Lengkap	Anak umur 12-59 bulan yang tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap	-	-
Makanan dan nutrisi	Angka Rawan Pangan	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal di rumah tangga yang rawan pangan (rata-rata konsumsi kalori per kapita per hari < 1400 Kkal)	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal di rumah tangga yang rawan pangan (rata-rata konsumsi kalori per kapita per hari < 1400 Kkal)	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal di rumah tangga yang rawan pangan (rata-rata konsumsi kalori per kapita per hari < 1400 Kkal)
	ASI Eksklusif (0-5 bulan)	Anak umur 0-5 bulan yang tidak diberikan ASI eksklusif	-	-
	Kecukupan Keragaman Pangan (6-23 bulan)	Anak umur 6-23 bulan yang tidak memperoleh kecukupan keragaman pangan dalam 24 jam terakhir	-	-

Dimensi	Indikator	Konsep Terdeprivasi		
		0-4 tahun	5-12 tahun	13-17 tahun
Pendidikan	APM Prasekolah	Anak umur 3-4 tahun yang belum pernah terdaftar di pendidikan prasekolah (TK/BA/RA, PAUD) pada tahun ajaran berjalan	Anak umur 5-6 tahun yang belum pernah terdaftar di pendidikan prasekolah (TK/BA/RA, PAUD) pada tahun ajaran berjalan	-
	Partisipasi Sekolah	-	Anak umur 7-12 tahun tidak sedang mengikuti pendidikan dasar	Anak umur 13-17 tahun tidak sedang mengikuti pendidikan dasar atau menengah
	Angka Menyelesaikan SD	-	-	Anak umur 13-15 tahun yang tidak menyelesaikan jenjang pendidikan SD
	Angka Menyelesaikan SMP	-	-	Anak umur 16-17 tahun yang tidak menyelesaikan jenjang pendidikan SMP
Perlindungan Anak	Akta Kelahiran	Anak umur 0-4 tahun yang tidak memiliki akta kelahiran	Anak umur 5-12 tahun yang tidak memiliki akta kelahiran	Anak umur 13-17 tahun yang tidak memiliki akta kelahiran
	Status Perkawinan Anak	-	Anak umur 10-12 tahun yang berstatus kawin atau pernah kawin	Anak umur 13-17 tahun yang berstatus kawin atau pernah kawin

Dimensi	Indikator	Konsep Terdeprivasi		
		0-4 tahun	5-12 tahun	13-17 tahun
	Status Ketenaga-kerjaan Anak	-	Anak umur 10-12 tahun yang bekerja atau membantu mencari penghasilan dalam seminggu terakhir dengan jumlah jam kerja ≥ 1 jam, atau anak umur 10-12 tahun yang sementara tidak bekerja	Anak umur 13-17 tahun yang bekerja atau membantu mencari penghasilan dalam seminggu terakhir dengan jumlah jam kerja > 15 jam (13-14 tahun) atau > 40 jam (15-17 tahun)
Perumahan	Luas Lantai per Kapita	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal di rumah dengan luas lantai per kapita $< 7,2 \text{ m}^2$	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal di rumah dengan luas lantai per kapita $< 7,2 \text{ m}^2$	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal di rumah dengan luas lantai per kapita $< 7,2 \text{ m}^2$
	Jenis Lantai	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal di rumah dengan jenis lantai dari bambu, tanah, atau lainnya	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal di rumah dengan jenis lantai dari bambu, tanah, atau lainnya	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal di rumah dengan jenis lantai dari bambu, tanah, atau lainnya
Fasilitas	Air Minum Layak	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak
	Sanitasi Layak	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi layak	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi layak	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi layak
	Bahan Bakar untuk Memasak	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal

Dimensi	Indikator	Konsep Terdeprivasi		
		0-4 tahun	5-12 tahun	13-17 tahun
		di rumah tangga yang memasak menggunakan bahan bakar berupa minyak tanah, arang, kayu bakar, lainnya	di rumah tangga yang memasak menggunakan bahan bakar berupa minyak tanah, arang, kayu bakar, lainnya	di rumah tangga yang memasak menggunakan bahan bakar berupa minyak tanah, arang, kayu bakar, lainnya
Informasi	Penguasaan Telepon Seluler	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak menguasai telepon seluler	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak menguasai telepon seluler	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak menguasai telepon seluler
	Akses Internet	Anak umur 0-4 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak mengakses internet	Anak umur 5-12 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak mengakses internet	Anak umur 13-17 tahun yang tinggal di rumah tangga yang tidak mengakses internet

Pembagian kelompok umur disesuaikan dengan tahapan tumbuh kembang anak dan referensi umur yang sesuai dengan target intervensi program. Dengan pertimbangan tersebut, kelompok umur yang disepakati adalah 0-4 tahun, 5-12 tahun, dan 13-17 tahun. Konsep terdeprivasi untuk dimensi perumahan, fasilitas, informasi, serta indikator Angka Rawan Pangan (ARP), akta kelahiran, jaminan kesehatan tidak berbeda di setiap kelompok umur anak. Sementara konsep terdeprivasi pada dimensi pendidikan serta indikator ASI eksklusif, kecukupan keragaman pangan, pernikahan usia anak, pekerja anak, dan imunisasi dasar lengkap memiliki konsep yang berbeda pada masing-masing kelompok umur sesuai dengan definisi indikator dan ketersediaan data.

3.5 Indikator Deprivasi pada Analisis Multidimensi

Pendekatan MODA memungkinkan analisis deprivasi anak pada indikator, dimensi, dan secara multidimensi. Informasi deprivasi multidimensi dibangun dari deprivasi pada masing-masing dimensi yang dibangun atas beberapa indikator. Oleh karena itu, analisis multidimensi diawali dengan analisis deprivasi pada setiap indikator dan dilanjutkan dengan analisis pada dimensi. Deprivasi pada satu indikator saja sudah merupakan masalah besar bagi keseimbangan tumbuh kembang anak, terlebih jika terdeprivasi secara multidimensi. Dengan demikian, anak yang terdeprivasi secara multidimensi perlu mendapatkan prioritas.

MODA menggunakan pendekatan union untuk menentukan deprivasi anak pada dimensi tertentu. Seorang anak dikatakan terdeprivasi pada suatu dimensi jika tidak terpenuhi hak dasarnya pada minimal satu indikator pada dimensi tersebut. Penambahan jumlah indikator yang terdeprivasi dalam satu dimensi tidak akan meningkatkan nilai *headcount ratio*. Walaupun pendekatan union dinilai kurang sensitif terhadap kedalaman deprivasi, namun metode ini lebih cepat mendeteksi deprivasi pada anak sehingga memudahkan program penanganannya.

Headcount Ratio pada Indikator

Nilai *headcount ratio* pada indikator didefinisikan sebagai persentase anak yang terdeprivasi pada indikator dengan menggunakan formula sebagai berikut:

$$h_{i,r} = \frac{q_{i,r}}{n_r}$$

$h_{i,r}$ = *headcount ratio* deprivasi pada indikator ke- i , referensi umur ke- r

$q_{i,r}$ = jumlah anak yang terdeprivasi pada indikator ke- i , referensi umur ke- r

n_r = jumlah anak pada referensi umur ke- r

Headcount Ratio pada Dimensi

Nilai *headcount ratio* pada dimensi merupakan persentase anak yang terdeprivasi minimal pada satu indikator dalam suatu dimensi dengan formula sebagai berikut:

$$h_{j,r} = \frac{q_{j,r}}{n_r}$$

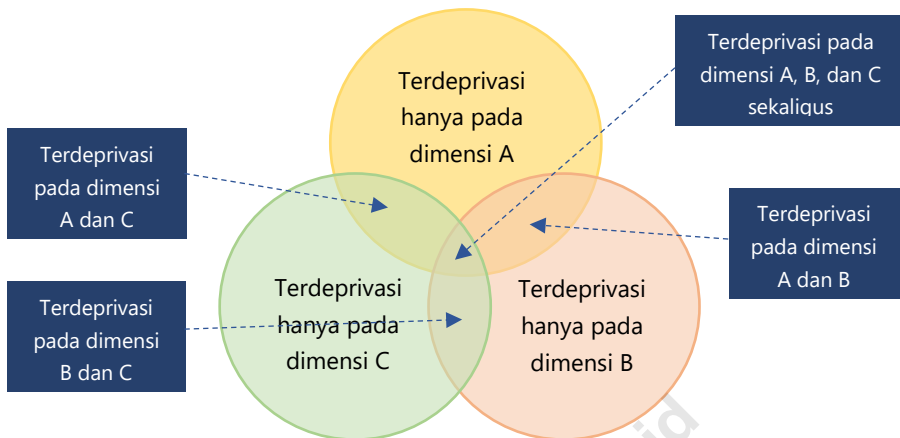
$h_{j,r}$ = *headcount ratio* deprivasi pada dimensi ke- j , referensi umur ke- r

$q_{j,r}$ = jumlah anak yang terdeprivasi pada dimensi ke- j , referensi umur ke- r

n_r = jumlah anak pada referensi umur ke- r

Setelah mengidentifikasi deprivasi dimensi pada tiap-tiap anak, dapat diketahui deprivasi multi (*overlap*) antar dimensi. Hal inilah yang dikenal dengan pendekatan multidimensi. Tersedianya informasi deprivasi multidimensi dapat membantu memahami jenis deprivasi yang dialami anak secara bersamaan, sehingga memudahkan intervensi program penanganannya. Kombinasi dari deprivasi multidimensi dapat ditampilkan menggunakan diagram Venn seperti Gambar 3.2.

Gambar 3.2
Deprivasi Anak pada Tiga Dimensi



MODA Headcount Ratio (H)

Seperti yang telah diperkenalkan oleh Alkire dan Foster, MODA menggunakan suatu nilai komposit MODA *headcount ratio* (H), intensitas deprivasi (A), dan *adjusted MODA* (M_0) untuk keterbandingan antar wilayah dan antar waktu. Nilai *headcount ratio* terdeprivasi secara multidimensi diidentifikasi melalui tiga pendekatan, yaitu:

1. *Union*, yaitu jika terdeprivasi minimal pada satu dimensi ($0 < k \leq 1$)
2. *Intersection*, yaitu jika terdeprivasi tepat sebanyak dimensi ($k = d$)
3. *Intermediate*, yaitu jika terdeprivasi minimal sebanyak d dimensi ($0 < k < d$)

Nilai k menunjukkan nilai ambang batas (*cut off*) dan merupakan banyaknya dimensi terdeprivasi. Penggunaan nilai ambang batas yang tinggi memungkinkan pengguna untuk fokus pada anak yang mengalami deprivasi terparah. Namun demikian, MODA tetap menampilkan nilai *headcount ratio* untuk setiap kemungkinan penggunaan nilai ambang batas (k). Nilai MODA *headcount ratio* dihitung menggunakan formula sebagai berikut:

$$H = \frac{q_k}{n}$$

H = MODA *headcount ratio*

q_k = jumlah anak yang terdeprivasi minimal pada k dimensi

n = jumlah anak

Banyaknya dimensi terdeprivasi dari anak-anak yang tidak terdeprivasi secara MODA tidak dimasukkan dalam penghitungan. Artinya, jika menggunakan nilai ambang batas $k \geq 3$, maka anak yang terdeprivasi pada satu atau dua dimensi tidak termasuk dalam formula.

Adjusted MODA Headcount Ratio (M_0)

Intensitas deprivasi merupakan rata-rata intensitas deprivasi multidimensi di antara anak-anak yang terdeprivasi secara MODA, yang dihitung menggunakan formula:

$$A = \frac{\sum_1^{q_k} c_k}{q_k \times d}$$

A = rata-rata intensitas deprivasi

c_k = banyaknya dimensi terdeprivasi pada anak yang terdeprivasi secara MODA

q_k = jumlah anak yang terdeprivasi minimal pada k -dimensi

d = banyaknya dimensi yang digunakan, dalam hal ini $d=7$

Mengacu pada konsep kemiskinan multidimensi, Alkire dan Foster (2007) mendefinisikan nilai intensitas deprivasi (A) sebagai intensitas kemiskinan. Konsep intensitas deprivasi juga diterapkan pada MODA, tetapi nilai A lebih fokus pada intensitas atau kedalaman deprivasi dari anak yang terdeprivasi secara multidimensi.

Nilai *adjusted* MODA mencakup informasi dari intensitas deprivasi sehingga lebih sensitif terhadap perubahan jumlah dimensi yang terdeprivasi. Sebagai contoh, jika menggunakan nilai *cut off* $k \geq 3$, perubahan banyaknya dimensi yang terdeprivasi pada $d=3,4,5,6,7$ tidak akan merubah nilai MODA *headcount ratio* (H), adapun nilai M_0 akan mengalami penyesuaian. Nilai *adjusted* MODA dapat digunakan untuk perbandingan nilai *headcount ratio* antar waktu, dengan formula penghitungan sebagai berikut:

$$M_0 = H \times A$$

M_0 = nilai *adjusted* MODA *headcount ratio*

H = MODA *headcount ratio*

A = rata-rata intensitas deprivasi

BAB 4

DEPRIVASI HAK-HAK ANAK DI INDONESIA

Kesejahteraan penduduk termasuk anak-anak dijamin oleh pemerintah. Hal ini tertuang dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Kesejahteraan anak salah satunya bisa dilihat dari terpenuhinya hak-hak anak. Hak anak merupakan bagian dari hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi, dan dipenuhi oleh orang tua, keluarga, masyarakat, negara, pemerintah, dan pemerintah daerah. Dalam rangka melihat situasi kesejahteraan anak Indonesia, dalam bab ini akan diulas mengenai deprivasi hak-hak anak di Indonesia yang memuat analisis indikator, analisis dimensi, serta analisis multidimensi.

4.1 Deprivasi Hak Anak pada Indikator

Analisis deprivasi hak-hak anak menurut indikator dilakukan untuk mengetahui apakah seorang anak mengalami deprivasi pada indikator tertentu. Anak-anak yang terdeprivasi pada setiap indikator menurut dimensi terpilih dijelaskan secara runtun sesuai dengan urutan dimensinya. Penjelasan data dilakukan sesuai kelompok analisisnya, yaitu kelompok umur 0-4 tahun, 5-12 tahun, 15-17 tahun, serta kelompok referensi umur yang bersesuaian dengan ketersediaan datanya.

4.1.1 Dimensi Kesehatan

Kesehatan menjadi salah satu unsur penting dan mendasar dalam kehidupan manusia, terutama pada masa anak-anak. Kesehatan anak adalah pondasi pada semua pertumbuhan dan perkembangan sepanjang hidupnya. Dalam Konvensi Hak-hak Anak PBB Pasal 6 menyatakan bahwa semua anak berhak atas kehidupan dan pemerintah perlu memastikan bahwa anak bisa bertahan hidup serta tumbuh dengan sehat. Deprivasi anak pada dimensi kesehatan dapat memengaruhi kualitas hidupnya. Deprivasi hak anak dari dimensi kesehatan salah satunya dapat diukur melalui dua indikator berikut:

a. Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan berfungsi sebagai jaring pengaman (*safety net*) akan akses terhadap pelayanan kesehatan. Orang yang memiliki jaminan kesehatan akan lebih mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan karena mengurangi biaya yang dibayarkan sendiri oleh pasien. Berdasarkan Tabel 4.1, sekitar empat dari sepuluh anak umur 0-17 tahun mengalami deprivasi pada indikator jaminan kesehatan. Angka deprivasi ini lebih besar di daerah

perdesaan bila dibandingkan dengan daerah perkotaan, yakni sebesar 45,42 persen dibandingkan 32,62 persen. Yang artinya anak umur 0-17 tahun di daerah perdesaan lebih banyak yang tidak memiliki jaminan kesehatan dibandingkan dengan anak di daerah perkotaan. Berdasarkan kelompok umur, separuh dari anak-anak usia 0-4 tahun mengalami deprivasi akibat ketiadaan jaminan kesehatan. Angka deprivasi paling besar dialami oleh anak-anak usia 0-4 tahun di daerah perdesaan (61,50 persen).

Tabel 4.1
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Jaminan Kesehatan
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	0-4 tahun	42,88	5-12 tahun	30,95	13-17 tahun	25,14	0-17 tahun	32,62
Perdesaan	0-4 tahun	61,50	5-12 tahun	43,78	13-17 tahun	32,43	0-17 tahun	45,42
Perkotaan dan Perdesaan	0-4 tahun	50,88	5-12 tahun	36,53	13-17 tahun	28,30	0-17 tahun	38,16

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Kepemilikan jaminan kesehatan anak biasanya sangat tergantung pada kepemilikan jaminan kesehatan orang tua ataupun orang dewasa yang tinggal bersamanya. Hal ini berarti deprivasi pada indikator ini dapat terjadi akibat rendahnya kepemilikan jaminan kesehatan rumah tangga yang memiliki anak, terutama di daerah perdesaan. Rendahnya pengetahuan masyarakat, kurangnya sosialisasi mengenai pentingnya jaminan kesehatan, kurangnya media promosi kesehatan, kepala keluarga kurang menyadari pentingnya jaminan kesehatan, dan tingkat pendidikan masyarakat yang rendah adalah beberapa penyebab daerah perdesaan masih memiliki kepemilikan jaminan kesehatan yang rendah (Kurniawati & Rachmayanti, 2018).

Sementara itu, pemerintah menargetkan cakupan kepesertaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) sebanyak 98 persen pada tahun 2024. Melihat masih rendahnya cakupan kepemilikan jaminan kesehatan, upaya-upaya untuk mencapai target ini harus terus dilakukan demi menciptakan Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) yang berfungsi meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan serta memberikan perlindungan keuangan atas pengeluaran kesehatan akibat sakit (TNP2K, 2015).

b. Imunisasi Dasar Lengkap

World Health Organization (WHO) mencanangkan Agenda Imunisasi 2030 (*Immunization Agenda 2030*) yang tujuannya adalah setiap orang, dimanapun, pada tingkat umur berapapun, mendapatkan manfaat dari vaksin untuk kesehatan dan kesejahteraan yang baik (WHO, 2021). Target yang ingin diraih pada tahun 2030 di antaranya adalah mencapai cakupan 90 persen untuk imunisasi esensial yang diberikan pada masa anak-anak dan remaja. Target lainnya yaitu mengurangi separuh jumlah anak yang tidak diimunisasi.

Tabel 4.2 Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Imunisasi Dasar Lengkap Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	12-59 bulan	33,91	-	-	-	-	12-59 bulan	33,91
Perdesaan	12-59 bulan	39,50	-	-	-	-	12-59 bulan	39,50
Perkotaan dan Perdesaan	12-59 bulan	36,30	-	-	-	-	12-59 bulan	36,30

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Angka deprivasi indikator imunisasi dasar lengkap juga memiliki pola yang sama dengan indikator jaminan kesehatan, di mana persentase anak yang mengalami deprivasi lebih besar di daerah perdesaan (39,50 persen) bila dibandingkan dengan di wilayah perkotaan (33,91 persen). Secara keseluruhan, sebanyak 36,30 persen anak usia 12-59 bulan terdeprivasi karena tidak mendapatkan imunisasi dasar lengkap.



© UNICEF/UN0792659/Wilander

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia sejak akhir tahun 2019 menjadi penyebab sekitar 67 juta anak-anak melewatkan imunisasinya (UNICEF, 2023b). Pandemi COVID-19 berimplikasi pada terganggunya rantai pasokan, munculnya aturan mengenai pembatasan kegiatan, juga berkurangnya ketersediaan tenaga kesehatan yang menyebabkan

penghentian sebagian layanan vaksinasi (Kementerian Kesehatan, 2022a). Selain pandemi, faktor internal juga berpengaruh dalam kesadaran orang tua memberikan imunisasi dasar lengkap kepada anaknya. Penelitian dari Chairunisa (2020) menyebutkan bahwa pendidikan, pengetahuan, dukungan keluarga, dan keterjangkauan ke tempat pelayanan memiliki hubungan terhadap cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak.

Salah satu dampak dari rendahnya cakupan imunisasi dasar lengkap ini adalah munculnya Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) seperti polio, campak, rubela, dan difteri di beberapa wilayah di Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2022b). Sepanjang tahun 2022, sudah ada 12 provinsi yang mengeluarkan pernyataan KLB campak dengan peningkatan sekitar 32 kali lipat dari tahun sebelumnya.

Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak serta menjamin ketersediaan bahan imunisasi yang aman, bermutu, efektif, terjangkau, dan merata bagi masyarakat (Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 130 dan 153). Besarnya angka terdeprivasi pada indikator imunisasi dasar lengkap ini menunjukkan perlunya intervensi dari pemerintah untuk terus memberikan akses yang seluas-luasnya akan pelayanan imunisasi. Edukasi mengenai pentingnya imunisasi kepada para orang tua melalui kader-kader posyandu juga diperlukan agar cakupan imunisasi semakin meningkat sehingga kekebalan komunitas terbentuk.

4.1.2 Dimensi Makanan dan Nutrisi

Pemerintah di seluruh dunia dalam Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) untuk Hak-Hak Anak (1989) menjanjikan hak yang sama untuk semua anak. Salah satu hak anak dalam konvensi tersebut yaitu semua anak berhak atas kehidupan. Di Indonesia, pemenuhan hak anak untuk hidup dan berkembang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014. Hak untuk hidup dan berkembang diuraikan melalui perlunya pemerintah memastikan keberlangsungan hidup anak dan anak dapat tumbuh dengan sehat. Penentu

Dampak dari deprivasi anak pada dimensi makanan dan nutrisi dapat **meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas** pada anak (UNICEF, 2020a)

keberlangsungan hidup anak, kesehatan, dan pertumbuhan anak diantaranya adalah tercukupinya gizi dan kebutuhan nutrisi anak. Dengan gizi yang baik maka anak dapat bertumbuh, berpartisipasi, dan mampu bertahan dari serangan penyakit serta berbagai tantangan lain di era krisis global (UNICEF, 2020a). Tercukupinya gizi dan nutrisi anak memberi implikasi jangka panjang terhadap kesehatan,

sehingga anak dapat tumbuh menjadi lebih partisipatif dan produktif secara ekonomi yang pada akhirnya akan membantu pencapaian target pembangunan. Kurang tercukupinya gizi dan nutrisi makanan pada anak merupakan salah satu bentuk deprivasi hak anak. Dampak dari deprivasi anak pada dimensi makanan dan nutrisi dapat meningkatkan risiko morbiditas

dan mortalitas pada anak (UNICEF, 2020a). Kurangnya makanan dan nutrisi dapat mengakibatkan berat badan kurang (*stunting*), sehingga asupan gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak tidak terpenuhi secara optimal. Kondisi tersebut mengakibatkan minimnya kekebalan terhadap infeksi dan penyakit. Indikator pengukuran capaian makanan dan nutrisi anak pada RPJMN maupun target Global SDGs diantaranya *wasting* dan *stunting*, tetapi keterbatasan ketersediaan data pendukung untuk menggambarkan kondisi pada tahun 2022 tidak tersedia indikator tersebut. Pendekatan deprivation anak pada dimensi makanan dan nutrisi dilihat dari beberapa indikator yang juga dapat menggambarkan kondisi makanan dan nutrisi pada anak. Deprivation hak anak dari dimensi makanan dan nutrisi salah satunya dapat diukur melalui tiga indikator berikut:

a. Angka Rawan Pangan

Indikator angka rawan pangan merupakan salah satu indikator pembentuk pada dimensi makanan dan nutrisi yang menggambarkan banyaknya anak yang tinggal di rumah tangga rawan pangan dan dibedakan menurut kelompok umur. Kondisi ketahanan pangan rumah tangga berkaitan erat dengan status gizi dan nutrisi anak (Septikasari, 2018). Anak yang tinggal dalam rumah tangga yang tidak rawan pangan akan lebih berpeluang mendapatkan makanan yang mengandung zat gizi untuk tumbuh kembang anak.

Tabel 4.3
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Angka Rawan Pangan
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	0-4 tahun	16,50	5-12 tahun	13,22	13-17 tahun	11,95	0-17 tahun	13,77
Perdesaan	0-4 tahun	15,03	5-12 tahun	11,77	13-17 tahun	10,58	0-17 tahun	12,32
Perkotaan dan Perdesaan	0-4 tahun	15,87	5-12 tahun	12,59	13-17 tahun	11,36	0-17 tahun	13,14

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Pada tahun 2022, sebanyak 13,14 persen anak umur 0-17 tahun tinggal di rumah tangga yang mengalami rawan pangan. Dilihat menurut kelompok umur, persentase anak yang tinggal di rumah tangga yang mengalami rawan pangan semakin menurun pada kelompok umur anak yang lebih dewasa. Hal ini dapat terlihat dari persentase anak yang tinggal di rumah tangga rawan pangan tertinggi berada di kelompok umur 0-4 tahun yaitu sekitar 15,87 persen, sedangkan yang terendah berada di kelompok umur 13-17 tahun yaitu sekitar 11,36 persen. Di sisi lain, jika dilihat menurut klasifikasi desa, di perkotaan lebih banyak anak

umur 0-17 tahun yang tinggal di rumah tangga rawan pangan dibandingkan di perdesaan. Salah satu hasil penelitian menyebutkan rendahnya rawan pangan di perdesaan disebabkan karena perilaku mempertahankan konsumsi pangan rumah tangga dengan mencari dan mengusahakan sumber makanan misalnya berkebun, beternak ayam, dll (Riska dkk., 2017). Dampak jangka panjang yang diakibatkan dari anak rawan pangan yaitu kurangnya kebutuhan gizi anak yang mengakibatkan berat badan kurang, kekebalan tubuh berkurang dan mudah terkena penyakit (Septikasari, 2018).

b. ASI eksklusif

Pemberian ASI eksklusif merupakan salah satu faktor langsung yang memengaruhi kecukupan gizi dan nutrisi anak (Septikasari, 2018). ASI merupakan makanan paling ideal untuk bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan karena mengandung nutrisi esensial yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Selain itu, ASI juga mengandung zat kekebalan yang melindungi bayi dari penyakit dan infeksi. Hal tersebut memperkuat alasan untuk menjadikan indikator pemberian ASI eksklusif sebagai pembentuk dimensi makanan dan nutrisi.

Tabel 4. 4
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada ASI eksklusif
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	0-5 bulan	28,80	-	-	-	-	0-5 bulan	28,80
Perdesaan	0-5 bulan	26,94	-	-	-	-	0-5 bulan	26,94
Perkotaan dan Perdesaan	0-5 bulan	27,96	-	-	-	-	0-5 bulan	27,96

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Dalam pembentukan dimensi makanan dan nutrisi, persentase bayi umur 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif hanya dilakukan penghitungan pada kelompok anak umur 0-4 tahun. Persentase anak umur 0-5 bulan yang terdeprivasi pemberian ASI eksklusif lebih banyak ditemukan di perkotaan dibandingkan di perdesaan, yaitu sebesar 28,80 persen di perkotaan dan 26,94 persen di perdesaan. Secara keseluruhan, sebanyak 27,96 persen anak umur 0-5 bulan terdeprivasi dari pemberian ASI eksklusif. Dari hasil tersebut, tingginya deprivasi ASI eksklusif di perkotaan salah satunya dapat dikarenakan ibu yang tinggal di wilayah perkotaan cenderung memiliki pendidikan yang tinggi dan status ekonomi yang tinggi sehingga hal ini

dapat menjadi faktor risiko untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif. Mayoritas ibu yang tinggal dipertanian bekerja paruh waktu ataupun bekerja seharian. Kondisi tersebut mengakibatkan ibu lebih memilih untuk menggantikan pemberian ASI dengan susu formula (Andi & Krisnawati, 2019). Tingginya deprivasi pemberian ASI eksklusif pada anak umur 0-5 bulan dapat meningkatkan risiko morbiditas (seperti diare dan pneumonia) dan mortalitas pada bayi (Karnila & Bantas, 2017). Lebih lanjut lagi dampak jangka panjang kurangnya pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan produktivitas, dan gangguan perkembangan intelektual dan sosial anak.

c. *Minimum Dietary Diversity*

Selain angka rawan pangan dan ASI eksklusif, indikator pembentuk lain pada dimensi makanan dan nutrisi adalah *Minimum Dietary Diversity* (MDD). Keragaman pangan berhubungan erat dengan status gizi dan nutrisi pada anak. Konsumsi makanan yang kurang beragam akan meningkatkan risiko balita kekurangan nutrisi dan gizi sehingga berat badan anak menjadi kurang (Utami & Mubasyiroh, 2020). Dari tabel 4.5 terlihat bahwa hampir sekitar 4 dari 10 anak umur 6-23 bulan tidak mendapatkan makanan yang beragam. Berbeda pola dari angka rawan pangan dan ASI eksklusif, anak yang terdeprivasi pada indikator ini lebih banyak ditemukan di perdesaan (48,91 persen) dibandingkan di perkotaan (36,66 persen). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang mengaitkan keragaman pangan dengan status gizi balita (Utami & Mubasyiroh, 2020). Penelitian tersebut menghasilkan keragaman konsumsi pangan lebih banyak pada balita di perkotaan karena mudahnya akses ragam makanan dan banyaknya penyedia makanan di perkotaan. Konsumsi yang kurang beragam pada balita di perdesaan dapat mengakibatkan seorang balita mengalami berat badan sangat kurang. Dampak tersebut pada jangka panjang akan mengakibatkan *stunting* pada anak, dan permasalahan status gizi anak.

Tabel 4.5
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada *Minimum Dietary Diversity* Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	6-23 bulan	36,66	-	-	-	-	6-23 bulan	36,66
Perdesaan	6-23 bulan	48,91	-	-	-	-	6-23 bulan	48,91
Perkotaan dan Perdesaan	6-23 bulan	41,96	-	-	-	-	6-23 bulan	41,96

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

4.1.3 Dimensi Pendidikan

Pendidikan merupakan hak dasar dalam kehidupan manusia serta pondasi bagi kemajuan suatu bangsa. Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia (UUD NKRI) 1945 dalam pembukaannya menyatakan bahwa negara berkewajiban untuk “mencerdaskan kehidupan bangsa”. Tiap-tiap warga negara memiliki hak untuk mendapatkan pengajaran. Oleh karena itu negara ditekankan untuk mengusahakan serta menyelenggarakan suatu sistem pengajaran nasional seperti yang tercantum dalam UUD 1945 Pasal 31.

Adanya kebijakan dalam konstitusi dan sumber hukum tertinggi yang ada di Negara Kesatuan Republik Indonesia tersebut menunjukkan betapa pentingnya pendidikan. Hal tersebut dikarenakan pendidikan merupakan salah satu kunci dalam menghadapi permasalahan yang ada di masyarakat diantaranya adalah keterbelakangan dan rendahnya tingkat kesejahteraan (Syamsidar, 2014). Dengan semakin tingginya pendidikan yang ditempuh, maka kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak akan semakin besar, sehingga peluang memperoleh pendapatan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari juga semakin besar. Namun demikian, akses terhadap pendidikan menjadi tidak terjangkau karena anak miskin. Hal tersebut merupakan salah satu bentuk deprivasi terhadap hak anak.



© UNICEF/UN0848088/AI Asad

Deprivasi hak anak dari dimensi pendidikan salah satunya dapat diukur melalui tiga indikator berikut ini:

a. Partisipasi Prasekolah Sesuai Umur

Menurut Undang-Undang Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pendidikan prasekolah atau Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) adalah suatu upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut. Layanan PAUD yang dilaksanakan pada suatu lembaga pendidikan antara lain berbentuk Taman Kanak-kanak (TK)/Raudatul Athfal (RA)/Bustanul Athfal (BA), Kelompok Bermain (KB), Taman Penitipan Anak (TPA), dan Satuan PAUD Sejenis (SPS) (Pendidikbud Nomor 137 Tahun 2014).

Regulasi pemerintah Indonesia menetapkan awal usia sekolah dasar (*official age*) adalah usia 7 tahun (Undang Undang Nomor 20 Tahun 2003), sehingga indikator partisipasi prasekolah yang disajikan dalam ulasan ini adalah partisipasi prasekolah kelompok umur 3-6 tahun. Selain itu, indikator partisipasi prasekolah 3-6 tahun juga sudah dimuat dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemendikbudristek) Tahun 2020-2024 sebagai bagian dari indikator program pendidikan anak usia dini. Dalam penghitungan indikator MODA, kelompok anak dibedakan menjadi tiga kelompok umur yaitu 0-4 tahun, 5-12 tahun, dan 13-17 tahun. Meskipun penghitungan Partisipasi Prasekolah adalah untuk 3-6 tahun, namun dalam penyajian indikator ini dibagi menjadi kelompok umur 3-4 tahun dan 5-6 tahun.

Tabel 4.6
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pendidikan Prasekolah (APM Prasekolah) Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	3-4 tahun	82,27	5-6 tahun	47,07	-	-	3-6 tahun	65,14
Perdesaan	3-4 tahun	80,68	5-6 tahun	49,86	-	-	3-6 tahun	65,23
Perkotaan dan Perdesaan	3-4 tahun	81,60	5-6 tahun	48,29	-	-	3-6 tahun	65,18

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Pada tahun 2022, terdapat 65,18 persen anak umur 3-6 tahun belum mengakses pendidikan prasekolah sesuai dengan umurnya (Tabel 4.6). Nengsi (2019) mengemukakan bahwa penyebab masih banyaknya anak yang belum terlibat dalam pendidikan prasekolah dikarenakan belum semua orang tua menyadari pentingnya pendidikan prasekolah. Selain itu adanya berbagai keterbatasan antara lain terbatasnya jumlah layanan PAUD terutama di daerah terpencil, sarana dan prasarana yang dimiliki lembaga PAUD, serta profesionalisme pendidik PAUD. Berdasarkan klasifikasi daerah, terlihat bahwa disparitas partisipasi pendidikan prasekolah antara daerah perkotaan dengan perdesaan tidak terlalu jauh.

Sekitar enam dari 10 anak umur 3-6 tahun tidak memiliki akses terhadap pendidikan prasekolah.

Persentase anak umur 3-6 tahun yang belum mengakses pendidikan prasekolah di perkotaan dan perdesaan tidak berbeda jauh (65,14 persen berbanding 65,23 persen). Tidak berbedanya partisipasi prasekolah antar daerah ini mengindikasikan bahwa penduduk di perdesaan sudah memiliki pemahaman yang sama dengan penduduk di perkotaan mengenai pentingnya pendidikan prasekolah. Selain itu, pelaksanaan Program Satu Desa Satu PAUD oleh pemerintah sebagai kebijakan nasional secara tidak langsung juga memberikan pengaruh terhadap peningkatan partisipasi pendidikan prasekolah (Salsabila & Budyana, 2022).

Persentase anak yang terdeprivasi pada pendidikan prasekolah menurun seiring dengan bertambahnya umur anak. Seperti yang terlihat pada Tabel 4.6, anak umur 3-4 tahun yang belum mengakses pendidikan prasekolah persentasenya lebih tinggi dibanding anak umur 5-6 tahun (81,60 persen berbanding 48,29 persen). Hal ini juga sejalan dengan penelitian Salsabila & Budyana (2022) yang mengemukakan bahwa anak pada rentang usia 3-6 tahun yang memiliki usia setahun lebih tua akan memiliki kecenderungan 4,042 kali lebih besar untuk berpartisipasi dalam PAUD dibandingkan dengan anak yang lebih muda setahun dari usianya. Selain itu, anak dengan pada umur yang lebih tua cenderung memiliki kemampuan yang lebih kompleks serta pola pikir yang lebih matang dibanding mereka yang berada pada umur yang lebih muda. Oleh karena itu, dengan semakin bertambahnya umur maka anak akan lebih siap untuk berpartisipasi dalam pendidikan (Santrock, 2011).

b. Partisipasi Sekolah

Indikator Partisipasi Sekolah/APS merupakan indikator dasar yang digunakan untuk melihat akses pada pendidikan khususnya bagi penduduk usia sekolah. Selain itu, indikator ini juga menggambarkan ukuran daya serap sistem pendidikan terhadap penduduk usia sekolah serta struktur kegiatan penduduk yang berkaitan dengan sekolah (BPS, 2022c). Semakin tinggi APS menunjukkan semakin tingginya partisipasi sekolah penduduk usia tertentu.

Indikator APS terbagi atas empat kategori kelompok umur, yaitu: (i) APS 7-12 tahun, (ii) APS 13-15 tahun, (iii) APS 16-18 tahun, dan (iv) APS 19-23 tahun. Kelompok umur tersebut

merupakan kelompok umur yang bersesuaian dengan jenjang pendidikan dasar, menengah, dan tinggi. Jenjang pendidikan dasar meliputi SD/ sederajat dan SMP/ sederajat. Kemudian, jenjang pendidikan menengah adalah SMA/ sederajat, sedangkan jenjang pendidikan tinggi adalah Perguruan Tinggi (PT). Pada penghitungan indikator MODA, penyajian indikator APS dibedakan menjadi tiga kelompok umur yaitu: 7-12 tahun, 13-17 tahun, dan 7-17 tahun.

Sekitar **lima dari 100 anak** umur 7-17 tahun tidak memiliki akses terhadap pendidikan dasar dan menengah.

Selain prasekolah, indikator dasar lain untuk melihat potret capaian pendidikan anak adalah partisipasi sekolah. Tabel 4.7 menunjukkan bahwa masih terdapat 5,03 persen anak umur 7-17 tahun yang terdeprivasi dari akses pendidikan dasar atau menengah. Apabila dilihat berdasarkan kelompok umur terlihat bahwa

semakin tinggi kelompok umur anak, akan semakin rendah tingkat partisipasi sekolahnya. Persentase anak umur 13-17 tahun (jenjang SMP/SM) yang terdeprivasi partisipasi sekolahnya jauh lebih tinggi dibandingkan persentase anak umur 7-12 tahun (jenjang SD) yaitu 10,24 persen berbanding 0,90 persen. Arum dan Adry (2020) yang meneliti partisipasi sekolah di Provinsi Jambi menemukan bahwa setiap umur anak bertambah satu tahun akan memiliki kecenderungan untuk berpartisipasi dalam jenjang pendidikan dasar 0,62 kali lebih kecil. Sementara itu, pada pendidikan menengah kecenderungan anak untuk berpartisipasi adalah 0,44 kali lebih kecil.

Tabel 4.7
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Partisipasi Sekolah Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	-	-	7-12 tahun	0,67	13-17 tahun	8,46	7-17 tahun	4,11
Perdesaan	-	-	7-12 tahun	1,20	13-17 tahun	12,55	7-17 tahun	6,22
Perkotaan dan Perdesaan	-	-	7-12 tahun	0,90	13-17 tahun	10,24	7-17 tahun	5,03

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

c. Tingkat Penyelesaian Sekolah

Terdapat tiga kelompok umur referensi yang digunakan dalam mengukur capaian tingkat penyelesaian sekolah, yaitu: tingkat penyelesaian SD penduduk umur 13-15 tahun, tingkat penyelesaian SMP penduduk umur 16-18 tahun, dan tingkat penyelesaian SMA penduduk umur 19-23 tahun. Umur yang digunakan dalam penghitungan indikator ini adalah umur

pada saat awal tahun pembelajaran (*school age*). Namun merujuk pada umur anak yang berada pada rentang 0-17 tahun, maka untuk analisis MODA ukuran tingkat penyelesaian sekolah yang digunakan adalah tingkat penyelesaian SD penduduk umur 13-15 tahun dan tingkat penyelesaian SMP penduduk umur 16-17 tahun.

Sekitar **sembilan dari 100 anak** umur 16-17 tahun belum memiliki ijazah SMP.

Setiap anak usia sekolah diharapkan dapat mengakses pendidikan sesuai dengan jenjang umurnya. Akan lebih baik lagi jika anak tersebut dapat menyelesaikan jenjang pendidikannya hingga tuntas. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa masih terdapat 2,18 persen anak umur 13-15 tahun yang tidak/belum memiliki ijazah SD (Tabel 4.8).

Sementara itu, sebesar 8,96 persen anak umur 16-17 tahun tidak/belum memiliki ijazah SMP. Fakta tersebut menunjukkan bahwa capaian tingkat penyelesaian sekolah cenderung lebih rendah pada jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Tabel 4.8
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Tingkat Penyelesaian Sekolah Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Tingkat Penyelesaian SD								
Perkotaan	-	-	-	-	13-15 tahun	1,45	13-15 tahun	1,45
Perdesaan	-	-	-	-	13-15 tahun	3,15	13-15 tahun	3,15
Perkotaan dan Perdesaan	-	-	-	-	13-15 tahun	2,18	13-15 tahun	2,18
Tingkat Penyelesaian SMP								
Perkotaan	-	-	-	-	16-17 tahun	6,42	16-17 tahun	6,42
Perdesaan	-	-	-	-	16-17 tahun	12,34	16-17 tahun	12,34
Perkotaan dan Perdesaan	-	-	-	-	16-17 tahun	8,96	16-17 tahun	8,96

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Layanan pendidikan yang lebih sulit diakses membuat anak di perdesaan berpeluang lebih kecil untuk memperoleh pendidikan dibanding anak di perkotaan. Seperti yang terlihat pada Tabel 4.8, deprivasi tingkat penyelesaian sekolah pada anak umur 13-15 tahun maupun 16-17 tahun di perdesaan cenderung lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Fenomena tersebut didukung oleh Angka Putus Sekolah yang lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan untuk jenjang pendidikan kedua kelompok umur tersebut (BPS, 2022c). Angka Putus Sekolah untuk jenjang pendidikan anak umur 7-12 tahun (SD) di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (0,19 persen berbanding 0,09 persen). Pola yang sama juga terjadi untuk jenjang pendidikan anak umur 13-15 tahun (SMP) yaitu 1,37 persen di perdesaan berbanding 0,83 persen di perkotaan (BPS, 2022c). Penelitian yang dilakukan oleh Perdana (2015) menyimpulkan bahwa peluang anak pada kelompok umur 7-18 tahun di perkotaan untuk bersekolah lebih baik dibanding anak yang tinggal di perdesaan. Hal ini terjadi karena masih terdapat kesenjangan pembangunan fasilitas pendidikan oleh Pemerintah yang mana wilayah perdesaan jauh lebih tertinggal daripada wilayah perkotaan.

4.1.4 Dimensi Perlindungan Anak

Anak merupakan kelompok penduduk yang paling rentan dalam masalah sosial karena pada kelompok ini, mereka masih tergantung penduduk dewasa agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, secara optimal. Anak yang hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi tidak optimal dikatakan anak tersebut berpeluang mengalami kemiskinan. Kemiskinan anak tidak hanya dapat dilihat dari sisi tidak terpenuhinya kebutuhan dasar anak dari aspek moneter saja, namun mencakup aspek yang lebih luas dan bersifat multidimensi, salah satunya adalah terkait perlindungan anak. Menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 35 tahun 2014 tentang perubahan atas Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, perlindungan anak bertujuan melindungi anak dari segala bentuk ketidakefektifan, kekerasan dan diskriminasi. Ketiga unsur yang bisa menyebabkan anak terdeprivasi ini di Susenas meliputi indikator kepemilikan akta kelahiran, pernikahan usia anak, dan pekerja anak.

a. Akta Kelahiran

Setiap anak memiliki hak perlindungan yang dimulai dari dalam kandungan. Orang tua, keluarga, masyarakat, pemerintah dan negara merupakan pihak-pihak yang bertanggung jawab untuk memenuhi dan menjaga hak-hak setiap anak sesuai dengan hukum yang berlaku, sehingga setiap anak yang terlahir seharusnya sudah mendapatkan jaminan atas kehidupan dan perlindungan hak-hak anak. Salah satu bentuk jaminan atas kehidupan seorang anak oleh negara diberikan dalam bentuk akta kelahiran. Hal ini mengacu pada Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak pasal 27 ayat (1) Identitas diri setiap Anak harus

diberikan sejak kelahirannya. Sedangkan ayat (2) Identitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam akta kelahiran. Akta kelahiran bagi seorang anak berguna untuk mengakses layanan dasar seperti sekolah, kesehatan dan pencatatan administrasi kependudukan. Sehingga dapat dibayangkan jika seorang anak tidak memiliki akta kelahiran maka akses menuju pertumbuhan, perkembangan, dan partisipasi secara optimal akan terhambat.

Lebih dari sembilan persen anak umur 0-17 tahun tidak memiliki akta kelahiran.

Kepemilikan akta kelahiran merupakan salah satu dasar pemenuhan hak-hak anak sebagai warga negara. Namun, lebih dari sembilan persen anak-anak umur 0-17 tahun terdeprivasi karena tidak memiliki akta kelahiran. Dari kategori umur, ada 18,66 persen anak umur 0-4 tahun belum memiliki akta kelahiran, sedangkan pada umur 5-12 tahun dan 13-17 tahun persentase anak yang terdeprivasi mencapai sepertiganya. Semakin tinggi kategori kelompok umur anak menunjukkan semakin menurun persentase anak yang terdeprivasi terkait kepemilikan akta kelahiran. Jika menurut klasifikasi desa, persentase anak terdeprivasi menurut semua kategori umur di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan, di mana persentase tertinggi anak yang terdeprivasi di perdesaan mencapai 23,11 persen di kategori umur 0-4 tahun. Masih tingginya persentase anak yang terdeprivasi pada kepemilikan akta kelahiran di tahun 2022 harus menjadi perhatian pemerintah, karena target cakupan kepemilikan akta lahir dalam RPJMN 2020-2024 sebagai prioritas nasional adalah 100 persen atau semua anak sudah memiliki akta kelahiran di tahun 2024.

Tabel 4.9
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Akta Kelahiran Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	0-4 tahun	15,31	5-12 tahun	4,13	13-17 tahun	4,29	0-17 tahun	7,22
Perdesaan	0-4 tahun	23,11	5-12 tahun	8,67	13-17 tahun	9,20	0-17 tahun	12,69
Perkotaan dan Perdesaan	0-4 tahun	18,66	5-12 tahun	6,10	13-17 tahun	6,42	0-17 tahun	9,59

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

b. Pernikahan Usia Anak

Pernikahan di usia anak merupakan masalah serius yang dihadapi oleh negara berkembang termasuk Indonesia. Pada tahun 2017, Indonesia menempati urutan ketujuh dari sepuluh negara dengan pernikahan usia anak tertinggi di dunia (UNICEF, 2023a), dan urutan kedua setelah Kamboja di ASEAN (KPPPA, 2018). Perkawinan anak merupakan pelanggaran atas pemenuhan hak dan perlindungan anak sebagaimana amanah dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 yang diubah melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dan Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1990 tentang ratifikasi konvensi. Undang-Undang Perlindungan Anak tersebut menjelaskan bahwa perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Dusun Karang Sukup Desa Kunir Kidul Kecamatan Kunir Kabupaten Lumajang, perkawinan anak berdampak pada beberapa aspek, di antaranya: 1) aspek pendidikan, terutama bagi perempuan karena menghilangkan kesempatan mereka untuk menyelesaikan sekolah dan minimnya kesempatan untuk melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi; 2) aspek kesehatan, praktik ini membahayakan kondisi dari ibu yang menikah dini, risiko kematian bayi, bayi penyandang disabilitas, keguguran, dan lahir prematur. Hal ini disebabkan karena alat reproduksi remaja perempuan masih belum sepenuhnya matang. 3) aspek psikologis, perkawinan anak dapat menimbulkan pertengkaran yang berujung perceraian, anak telantar karena ibu belum siap, dan kurangnya keharmonisan dalam keluarga (Fitria, 2017).

Tabel 4.10
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pernikahan Usia Anak
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	-	-	10-12 tahun	0,00	13-17 tahun	0,38	10-17 tahun	0,14
Perdesaan	-	-	10-12 tahun	0,00	13-17 tahun	1,03	10-17 tahun	0,39
Perkotaan dan Perdesaan	-	-	10-12 tahun	0,00	13-17 tahun	0,66	10-17 tahun	0,25

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Anak yang terdeprivasi akibat pernikahan usia anak mencapai 0,25 persen, di mana anak yang tinggal di perdesaan lebih terdeprivasi dibandingkan anak yang tinggal di perkotaan. Ditinjau dari umur, anak umur 13-17 tahun lebih rentan mengalami pernikahan usia anak dibanding usia sebelum 13 tahun. Persentase anak kelompok umur ini yang terdeprivasi karena pernikahan usia anak sebesar 0,66 persen. Meskipun persentase ini kecil sekali, tetapi hasil SP2020 menunjukkan anak umur 13-17 tahun berjumlah 22,24 juta anak maka yang terdeprivasi akibat pernikahan usia anak adalah 14,68 juta anak. Angka ini cukup memprihatinkan, bahkan menurut KPPPA tahun 2022 di pengadilan agama atas permohonan dispensasi pernikahan usia anak mencapai 55 ribu pengajuan dan biasanya semua pengajuan ini dikabulkan (KPPPA, 2023). Masih adanya perkawinan anak adalah salah satu ancaman bagi terpenuhinya hak-hak anak. Tidak hanya memberikan dampak secara fisik dan psikis bagi anak-anak, perkawinan di usia anak juga dapat memperparah angka kemiskinan, *stunting*, putus sekolah hingga ancaman kanker serviks/kanker rahim pada anak.

c. Pekerja Anak

Anak-anak yang terpaksa bekerja membantu memperoleh pendapatan untuk meningkatkan ekonomi keluarga cenderung menjadi korban dalam lingkungan pekerjaannya, proses tumbuh-kembangnya terhambat secara wajar, dan bahkan mereka sering diperlakukan salah. Pekerja anak di mana pun, mereka akan menghadapi kondisi yang tidak menguntungkan, rentan terhadap berbagai bentuk eksploitasi, mudah terkontaminasi pengaruh buruk pekerja dewasa dan yang tidak kalah penting pekerja anak umumnya juga kehilangan akses untuk mengembangkan diri secara fisik, mental, dan intelektual.

Tabel 4.11
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Pekerja Anak
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	0-4 Tahun		5-12 Tahun		13-17 Tahun		0-17 Tahun	
	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%	Ref. Umur	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan	-	-	10-12 tahun	0,37	13-17 tahun	1,60	10-17 tahun	0,69
Perdesaan	-	-	10-12 tahun	1,01	13-17 tahun	2,91	10-17 tahun	1,34
Perkotaan dan Perdesaan	-	-	10-12 tahun	0,65	13-17 tahun	2,17	10-17 tahun	0,97

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Dari sisi umur, anak yang berumur 13-17 tahun lebih terdeprivasi karena bekerja dibandingkan dengan anak yang berumur 5-12 tahun. Fenomena ini terjadi pada anak-anak yang tinggal di perdesaan maupun di perkotaan. Anak yang tinggal di perdesaan lebih terdeprivasi karena bekerja dibandingkan anak yang tinggal di perkotaan pada semua kelompok umur.

4.1.5 Dimensi Perumahan

Kebutuhan akan perumahan atau permukiman layak merupakan salah satu standar hidup layak yang harus dipenuhi setiap penduduk. Perumahan atau permukiman layak bagi suatu rumah tangga menggambarkan tingkat kesejahteraan anggota rumah tangga di dalamnya. Dimensi perumahan menjadi dimensi yang representatif bagi kesejahteraan anak karena fungsinya sebagai fasilitas yang diperoleh anggota rumah tangga termasuk anak. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak menyebutkan bahwa kesempatan, pemeliharaan, usaha menghilangkan hambatan kesejahteraan rohani, jasmani, sosial, dan ekonomi pada anak hanya akan dapat dilaksanakan dan diperoleh bilamana usaha kesejahteraan anak terjamin. Hal ini bersesuaian juga dengan Konvensi Hak-Hak Anak PBB tahun 1989 terkait pemenuhan kebutuhan anak akan tempat tinggal yang layak. Oleh karena itu dalam mengidentifikasi hak-hak anak yang terdeprivasi digunakan dimensi perumahan.

UNICEF menggunakan indikator jenis lantai sebagai ukuran deprivasi kebutuhan hak anak dari dimensi perumahan (UNICEF, 2012; 2017). Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan SMERU (2013), BPS (2017) serta Dirksen dan Alkire (2021) menggunakan dimensi perumahan dalam mengukur hak anak akan kebutuhan perumahan atau permukiman yang layak huni. Selain itu berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman, rumah layak huni didefinisikan sebagai rumah yang memenuhi persyaratan keselamatan bangunan dan kecukupan minimum luas bangunan serta kesehatan penghuninya, yang mampu dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Beberapa penelitian tersebut menjadi dasar rujukan dalam pembentukan indikator pengukuran dimensi perumahan. Selain itu juga dipertimbangkan keberagaman budaya di Indonesia dalam penentuan indikator pengukur dimensi perumahan, sehingga jenis atap dan dinding rumah pada publikasi tidak digunakan. Selanjutnya dalam penentuan indikator pada dimensi perumahan yang merujuk pada indikator SDGs 11.1.1(a) terdiri dari dua indikator diantaranya indikator luas lantai per kapita dan jenis lantai terluas.

a. Luas Lantai per Kapita

Berdasarkan metadata indikator SDGs 11.1.1(a), individu dikatakan berada pada perumahan layak jika tinggal pada bangunan dengan minimum kecukupan luas lantai sebesar 7,2 m² per kapita atau per orang. Hal tersebut berbeda dengan Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2021 berkenaan dengan Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 2016

tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman yang menetapkan minimum kecukupan luas lantai sebesar 9 m² perkapita atau perorang. Oleh karena itu pada publikasi ini, hak anak dinyatakan terdeprivasi apabila anak tinggal pada bangunan tempat tinggal dengan luas lantai per kapita atau perorang kurang dari batas minimum yang ditetapkan dari indikator SDGs 11.1.1 (a) yaitu kurang dari 7,2 m² per orang atau per kapita.

Tabel 4.12
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Luas Lantai per Kapita
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Indikator	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
Perkotaan	13,95	12,61	11,65	12,71
Perdesaan	12,21	12,16	11,97	12,12
Perkotaan dan Perdesaan	13,20	12,42	11,79	12,46

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Berdasarkan indikator luas lantai per kapita bangunan tempat tinggal, secara umum persentase hak anak yang terdeprivasi lebih besar di wilayah perkotaan dibandingkan perdesaan dengan selisih sebesar 0,59 persen. Selanjutnya jika dibandingkan menurut

Anak yang terdeprivasi pada indikator luas lantai per kapita di daerah perkotaan lebih besar dibandingkan perdesaan.

kelompok umur, persentase anak terdeprivasi pada indikator luas lantai per kapita lebih besar dialami kelompok umur 0-4 tahun dibandingkan dibandingkan kelompok umur 5-12 tahun dan 13-17 tahun baik di wilayah perkotaan dan perdesaan. Hal ini menggambarkan anak umur 0-4 tahun berada pada bangunan tempat tinggal dengan jumlah anggota rumah tangga yang padat, sehingga tidak tercukupinya kebutuhan minimum ruang setiap penghuninya baik di daerah perkotaan dan perdesaan. Tidak terpenuhinya luas lantai minimum pada wilayah perkotaan berkaitan erat dengan biaya pembangunan rumah yang lebih besar di wilayah perkotaan dibandingkan wilayah perdesaan (Saunders, 1999; Lucci, Bhatkal, & Khan, 2018). Adapun dengan melihat kebutuhan tahapan perkembangan kognitif anak pada kelompok umur 0-4 tahun membutuhkan kebutuhan ruang untuk perkembangan sensorimotor (Teresa, 2016). Berbeda dengan anak pada kelompok umur 5-12 kemampuan motorik kasar anak lebih rendah dibandingkan anak pada kelompok umur 0-4 tahun, sehingga kebutuhan ruang lebih dibutuhkan untuk anak pada kelompok umur 0-4 tahun dimana banyak tidak terpenuhi di wilayah perkotaan dibandingkan perdesaan. Berkembangnya tempat bermain anak di perkotaan saat ini dapat mengatasi keterbatasan ruang yang ada di perkotaan.

b. Jenis Lantai Terluas

Kebutuhan anak pada dimensi perumahan tidak hanya mempertimbangkan ruang tetapi juga mempertimbangkan kesehatan yang dilihat dari jenis lantai perumahan. Jenis lantai perumahan terluas sebagai bagian dari indikator rumah layak SDGs 11.1.1(a) memiliki kriteria berbahan dasar bangunan marmer atau granit, keramik, parket atau vinil atau karpet, ubin atau tegel atau teraso, kayu atau papan, dan semen atau bata merah. Hak anak akan terdeprivasi apabila anak tinggal pada rumah dengan jenis lantai terluas dari bambu, tanah atau lainnya.

Tabel 4.13
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Jenis Lantai Terluas
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Indikator	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
Perkotaan	1,84	1,77	1,73	1,78
Perdesaan	6,33	6,81	6,50	6,60
Perkotaan dan Perdesaan	3,77	3,96	3,80	3,86

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Pada tahun 2022, persentase anak terdeprivasi pada indikator jenis lantai lebih besar pada wilayah perdesaan dibandingkan wilayah perkotaan pada setiap kelompok umur. Data Susenas Maret 2022 menunjukkan bahwa persentase anak yang tinggal di rumah dengan jenis lantai tanah sebesar 60,98 persen di daerah perdesaan. Hal ini menggambarkan anak pada wilayah perkotaan lebih terpenuhi akan kesehatan perumahannya tetapi tidak dengan kebutuhan ruangnya jika dibandingkan dengan anak pada wilayah perdesaan. Biaya pemenuhan kebutuhan kesehatan rumah menjadi hal penting di wilayah perdesaan dengan mempertimbangkan ketersediaan dari bahan bangunan di perdesaan. Semakin sulit ketersediaan akan bahan bangunan perumahan semakin besar biaya bahan bangunan (Saunders, 1999). Kondisi tersebut mengakibatkan perumahan pada wilayah perdesaan masih banyak yang berlantai tanah atau bambu dibandingkan keramik, ubin, atau teraso.

4.1.6 Dimensi Fasilitas

Salah satu hak anak yang diakui secara global sebagaimana tercantum dalam Konvensi Hak Anak yang disahkan pada tahun 1989 adalah tiap anak berhak mendapatkan standar kesehatan dan perawatan medis yang terbaik, air bersih, makanan bergizi, dan lingkungan tinggal yang bersih dan aman (UNICEF, 2019). Dari hak ini tersirat pentingnya pemenuhan fasilitas bagi anak, termasuk terkait dengan pemenuhan akses terhadap air, sumber air minum layak, sanitasi layak, serta lingkungan rumah yang sehat, yang salah satunya terlihat

dari penggunaan bahan bakar untuk memasak. Sejalan dengan komitmen pemenuhan hak anak akan hal-hal tersebut, komitmen global terkait sumber air minum, sanitasi, dan penggunaan bahan bakar utama untuk memasak juga terlihat dalam tujuan SDGs, khususnya pada Tujuan 6 dan Tujuan 7. Adapun di tataran nasional, sebagaimana terdapat dalam RPJMN 2020-2024, Pemerintah Indonesia menargetkan capaian hunian dengan akses air minum layak dan sanitasi layak masing-masing sebesar 100 persen dan 90 persen.

a. Air Minum Layak

Akses terhadap air diakui oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebagai salah satu hak asasi yang penting untuk dipenuhi (UN Water, 2022). Tidak adanya akses terhadap air bersih dapat membawa dampak negatif bagi anak, baik dari sisi kesehatan, nutrisi, pendidikan, dan berbagai aspek kehidupan lainnya (UNICEF, 2020b). Salah satu pemanfaatan air untuk kebutuhan sehari-hari adalah untuk minum. Oleh karena itu, sumber air atau sumber air minum pada khususnya, harus terjaga kelayakannya.

Tabel 4.14
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Air Minum Layak
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Indikator	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
Perkotaan	4,89	4,66	4,47	4,67
Perdesaan	15,24	15,72	15,61	15,56
Perkotaan dan Perdesaan	9,34	9,46	9,31	9,39

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Pada tahun 2022, persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum layak sebesar 91,05 persen (BPS, 2022). Hal ini berarti, dari 100 rumah tangga, 91 di antaranya telah memiliki akses terhadap sumber air minum layak. Sementara itu, persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi pada indikator air minum layak sebesar 9,39 persen. Atau dengan kata lain, sekitar sembilan dari 100 anak umur 0-17 tahun tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak. Perbandingan persentase antara mereka yang tinggal di daerah perkotaan dan perdesaan cukup besar, di mana persentase untuk daerah perdesaan lebih dari tiga kali persentase untuk daerah perkotaan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irianti dkk. (2016) terkait determinan sumber air minum rumah tangga di Indonesia.

Apabila dilihat menurut kelompok umur, persentase anak yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak untuk tiga kelompok umur yaitu 0-4 tahun, 5-12 tahun, dan 13-17 tahun tidak jauh berbeda. Disagregasi menurut kelompok

umur ini juga memperlihatkan adanya kesenjangan antara anak yang tinggal di daerah perkotaan dan perdesaan. Hal ini perlu mendapat perhatian dari pemerintah dan berbagai pihak yang berkepentingan, mengingat akses terhadap sumber air minum layak bukan merupakan “*privilege*” melainkan suatu hak anak yang perlu dipenuhi.

b. Sanitasi Layak

Seperti halnya dengan akses terhadap air, termasuk untuk air minum, akses terhadap sanitasi merupakan hak asasi yang penting untuk dipenuhi. Hal ini dikarenakan kedua hak asasi tersebut diperlukan untuk mempertahankan kehidupan yang sehat serta untuk menjaga martabat manusia (OHCHR, 2021). Dalam kaitannya dengan kesehatan anak misalnya, Torlesse dkk. (2016) menyatakan bahwa kombinasi jamban yang tidak layak dan air minum yang tidak diolah berkaitan dengan peningkatan peluang *stunting* di Indonesia dibandingkan dengan mereka yang mempunyai fasilitas yang layak.

Tabel 4.15
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Sanitasi Layak
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Indikator	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
Perkotaan	15,53	16,26	16,25	16,06
Perdesaan	22,42	23,26	23,32	23,05
Perkotaan dan Perdesaan	18,49	19,30	19,32	19,09

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Berbeda dengan deprivasi pada indikator air minum layak yang menunjukkan angka di bawah sepuluh persen, persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi pada indikator sanitasi layak sebesar 19,09 persen. Sekitar 19 dari 100 anak umur 0-17 tahun tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sanitasi layak. Adapun jika dibandingkan dengan capaian rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi layak, pada tahun 2022 sekitar 81 rumah tangga memiliki akses terhadap sanitasi layak dan sebaliknya, yang tidak memiliki akses sebanyak 19 dari 100 rumah tangga (BPS, 2022b).

Di daerah perdesaan, jumlah anak umur 0-17 tahun tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sanitasi layak mencapai 23 dari 100 anak. Adapun untuk daerah perkotaan, jumlahnya sekitar 16 dari 100 anak. Atau dengan kata lain, persentase anak umur 0-17 tahun yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sanitasi layak untuk daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Hal ini sejalan

dengan penelitian mengenai akses terhadap sanitasi layak di Indonesia yang dilakukan oleh Irianti dan Prasetyoputra (2021).

Apabila dilihat dari kelompok umur, persentase anak yang tinggal pada rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sanitasi layak untuk masing-masing kelompok umur tidak jauh berbeda. Namun demikian, sama halnya dengan yang terjadi pada indikator air minum layak, masih ada kesenjangan akses antara mereka yang tinggal di perkotaan dan perdesaan. Padahal seperti yang diketahui kedua hal ini merupakan hak dasar yang perlu dipenuhi karena sangat berpengaruh terhadap kesehatan anak. WHO dan UNICEF dalam UN (2021) menyebutkan bahwa sekitar 297.000 anak balita meninggal setiap tahun akibat penyakit diare karena sanitasi yang buruk, kebersihan yang buruk, atau air minum yang tidak aman.

c. Bahan Bakar Utama untuk Memasak

Selanjutnya dari segi bahan bakar memasak, WHO (2022) menyatakan bahwa proses memasak menggunakan api terbuka atau kompor yang tidak efisien dapat menyebabkan polusi udara rumah tangga yang berbahaya. Pada tahun 2020, polusi udara rumah tangga dianggap "bertanggung jawab" atas kematian 3,2 juta orang, termasuk lebih dari 237.000 kematian anak di bawah usia lima tahun. Dari informasi tersebut terlihat pentingnya pemenuhan bahan bakar yang aman untuk memasak.

Tabel 4.16
Persentase Anak yang Terdeprivasi Bahan Bakar Utama untuk Memasak
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Indikator	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
Perkotaan	4,76	5,21	5,93	5,29
Perdesaan	18,20	19,53	21,04	19,58
Perkotaan dan Perdesaan	10,53	11,44	12,49	11,48

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

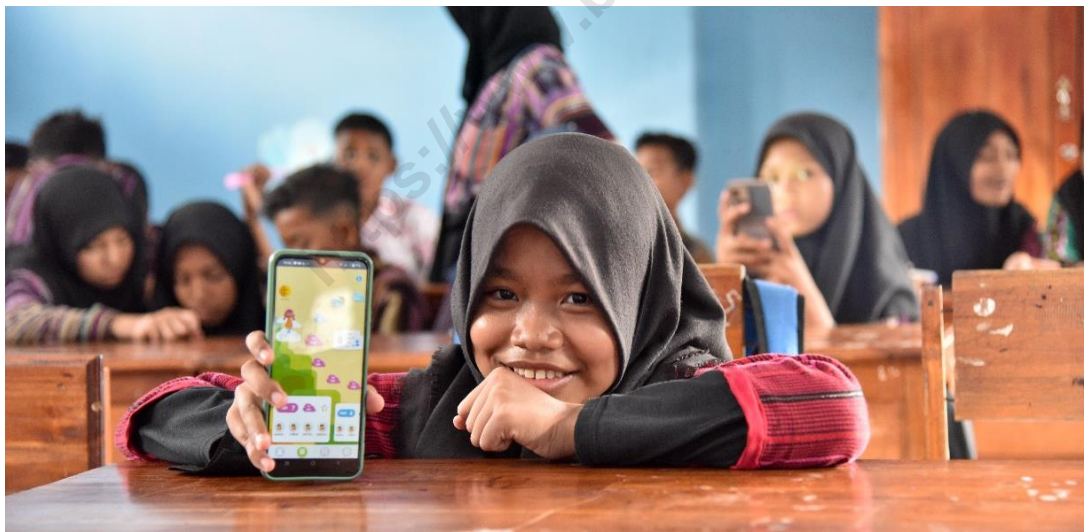
Persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi pada indikator bahan bakar memasak sebesar 11,48 persen. Dengan kata lain, sekitar 11 dari 100 anak umur 0-17 tahun tinggal pada rumah tangga yang menggunakan bahan bakar utama untuk memasak berupa minyak tanah, arang, kayu bakar, atau selain listrik/gas/tidak memasak. Dilihat dari klasifikasi desa, persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi di daerah perdesaan hampir empat kali persentase untuk daerah perkotaan. Di daerah perdesaan, sekitar satu dari lima anak umur 0-17 tahun memiliki kemungkinan terpapar polusi udara rumah tangga yang berbahaya akibat penggunaan bahan bakar memasak yang tidak sehat. Tabiri dkk. (2022) melalui

penelitiannya mengenai penggunaan bahan bakar memasak yang bersih di Ghana menyatakan bahwa status ekonomi serta pendidikan dari kepala rumah tangga merupakan beberapa kontributor utama yang menyebabkan adanya kesenjangan penggunaan bahan bakar yang bersih antara daerah perkotaan dan perdesaan.

Menurut kelompok umur, terlihat bahwa persentase anak yang terdeprivasi pada indikator bahan bakar memasak untuk masing-masing kelompok umur menunjukkan angka yang tidak jauh berbeda. Namun hal yang perlu diperhatikan, anak-anak cenderung menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah (WHO, 2018). Hal ini menyebabkan mereka lebih rentan terhadap risiko kesehatan yang terkait dengan tempat tinggal, termasuk paparan polusi udara rumah tangga akibat penggunaan bahan bakar memasak yang berbahaya bagi kesehatan.

4.1.7 Dimensi Informasi

Kemudahan dalam mengakses informasi adalah salah satu hak anak yang diakui dalam Konvensi PBB untuk Hak-Hak Anak (1989) dan juga dijamin oleh pemerintah Indonesia dalam UUD 1945 pasal 28F. Hak ini memberikan kesempatan yang adil untuk anak-anak dalam mengatasi ketimpangan pengetahuan, pendidikan, dan akses terhadap peluang.



© UNICEF/UN0799137/AI Asad

Di era digital saat ini, akses internet dan media digital lainnya memainkan peran utama dalam mengakses informasi. Namun, di Indonesia, masih terdapat kesenjangan digital yang mengakibatkan ketidakmerataan akses informasi di antara anak-anak yang tinggal dalam rumah tangga dengan latar belakang pendidikan, sosial, dan ekonomi yang berbeda. Anak-anak yang hidup dalam kemiskinan atau daerah terpencil sering menghadapi hambatan dalam mengakses internet dan memiliki telepon seluler yang memadai (Livingstone, 2018).

Adanya kesenjangan ini dapat mengakibatkan deprivasi hak anak dalam mengakses informasi.

Untuk mengidentifikasi deprivasi hak anak dalam mengakses informasi maka digunakan pendekatan pengukuran menggunakan indikator penguasaan telepon seluler dan akses internet. Meskipun indikator tersebut tidak mencakup semua aspek informasi, namun karena keterbatasan data, diharapkan indikator tersebut dapat memberikan gambaran awal tentang deprivasi anak dalam mengakses informasi.

a. Penguasaan Telepon Seluler

Telepon seluler sudah menjadi kebutuhan utama masyarakat selain sandang, pangan, dan papan dan tidak lagi menjadi barang mewah karena semakin banyak telepon seluler yang muncul dengan harga terjangkau. Seiring dengan perkembangan teknologi, fungsi telepon seluler tidak hanya sebatas sebagai alat komunikasi akan tetapi juga memberikan akses yang mudah dan cepat ke berbagai sumber informasi, termasuk internet, aplikasi (seperti aplikasi pendidikan, aplikasi video), pesan teks maupun panggilan suara.

Tabel 4.17
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Penguasaan Telepon Seluler Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	Kelompok Umur			
	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Perkotaan	1,07	1,04	0,77	0,97
Perdesaan	4,02	4,63	3,59	4,18
Perkotaan dan Perdesaan	2,34	2,60	2,00	2,36

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Walaupun telepon seluler sudah semakin banyak digunakan masyarakat, di Indonesia masih terdapat anak yang terdeprivasi pada indikator penguasaan telepon seluler. Pada tahun 2022, persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi pada indikator penguasaan telepon seluler sebesar 2,36 persen. Apabila dilihat dari masing-masing kelompok umur, persentase anak yang terdeprivasi tidak jauh berbeda. Akan tetapi, berdasarkan tabel 4.17 dapat diketahui bahwa masih terlihat adanya kesenjangan digital antara anak-anak yang tinggal di perkotaan dan perdesaan. Persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi di daerah perdesaan hampir empat kali lipat lebih besar dibandingkan daerah perkotaan. Hal ini mengindikasikan masih adanya ketidakmerataan dalam pembangunan infrastruktur teknologi dan informasi (TIK) di perdesaan yang menyebabkan rendahnya kepemilikan telepon seluler pada masyarakat perdesaan.

b. Akses Internet

Internet menyediakan akses ke berbagai macam informasi dari seluruh dunia dan dapat menjadi sarana belajar untuk anak. Selain itu, internet juga dapat dengan mudah diakses melalui berbagai media seperti teknologi *wireless fidelity (wifi)*, fasilitas di kantor/sekolah, bahkan melalui telepon genggam. Saat ini, pemerintah sedang gencar melakukan pembangunan jaringan internet ke berbagai pelosok negeri setiap tahunnya. Harapannya, dengan adanya kemudahan mengakses internet, seluruh anak terutama mereka yang tinggal di daerah termiskin dan paling terpencil mempunyai kesempatan yang sama dalam mengakses berbagai macam informasi layaknya anak-anak di daerah maju.

Tabel 4.18
Persentase Anak yang Terdeprivasi pada Akses Internet
Menurut Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2022

Klasifikasi Desa	Kelompok Umur			
	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Perkotaan	2,81	2,58	1,29	2,29
Perdesaan	10,64	11,74	6,64	10,05
Perkotaan dan Perdesaan	6,17	6,56	3,61	5,65

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Berdasarkan laporan BPS (2022), jumlah rumah tangga di Indonesia yang mengakses internet meningkat setiap tahunnya. Meskipun demikian, ternyata masih terdapat anak yang tinggal dalam rumah tangga yang tidak memiliki akses internet. Pada tahun 2022, jika dibandingkan menurut kelompok umur, persentase anak terdeprivasi pada indikator akses internet lebih

Sebesar 5,65 persen
anak umur 0-17 tahun
tinggal pada rumah
tangga yang tidak
memiliki akses internet.

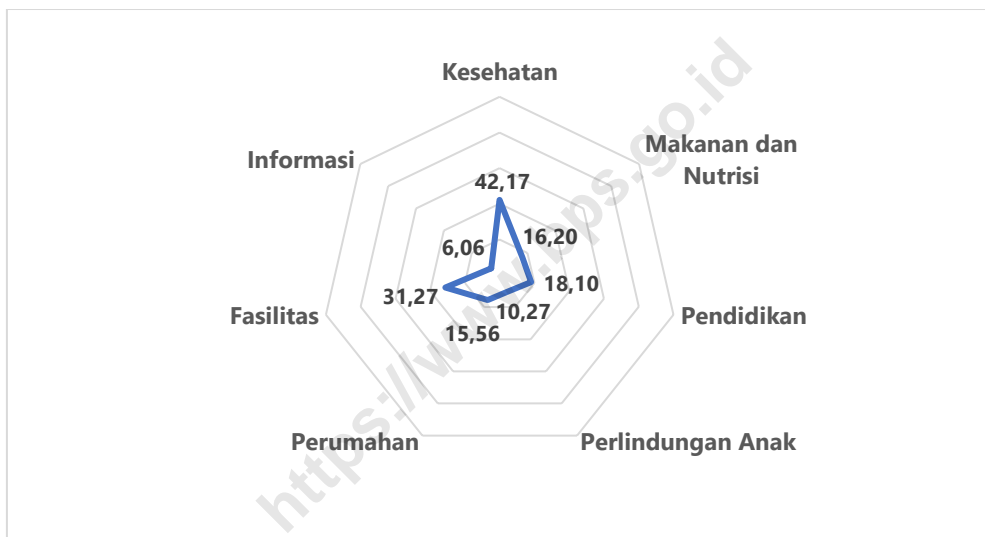
besar pada kelompok umur 0-4 tahun dan 5-12 tahun dibandingkan anak kelompok umur 13-17 tahun baik diperkotaan maupun di perdesaan. Selanjutnya, menurut klasifikasi desa, persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi di daerah perdesaan hampir lima kali lipat lebih besar dibandingkan daerah perkotaan. Tingginya deprivasi anak yang tinggal di rumah tangga perdesaan dalam

mengakses internet menunjukkan adanya kesenjangan digital akibat pembangunan infrastruktur teknologi dan informasi (TIK) yang kurang merata dan tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat yang lebih rendah di perdesaan (Dihni, 2022). Kesenjangan ini dapat menghambat kesempatan anak memperoleh pengetahuan, pendidikan, maupun akses peluang di mana kesempatan diambil oleh mereka yang memiliki akses internet, bukan oleh mereka yang paling membutuhkan.

4.2 Deprivasi Hak Anak pada Dimensi

Pada sub bab sebelumnya telah dijelaskan deprivasi anak menurut masing-masing indikator penyusun dimensi. Selanjutnya, kesejahteraan anak di Indonesia akan dianalisis menggunakan MODA yang dilakukan pada tujuh dimensi penyusun, yaitu dimensi kesehatan, makanan dan nutrisi, pendidikan, perlindungan anak, perumahan, fasilitas, serta informasi. Pada subbab ini, akan diulas tentang deprivasi anak pada level dimensi. Anak dikatakan terdeprivasi pada satu dimensi jika mengalami deprivasi pada setidaknya satu indikator dalam dimensi tersebut.

Gambar 4.1
Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi Menurut Dimensi, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

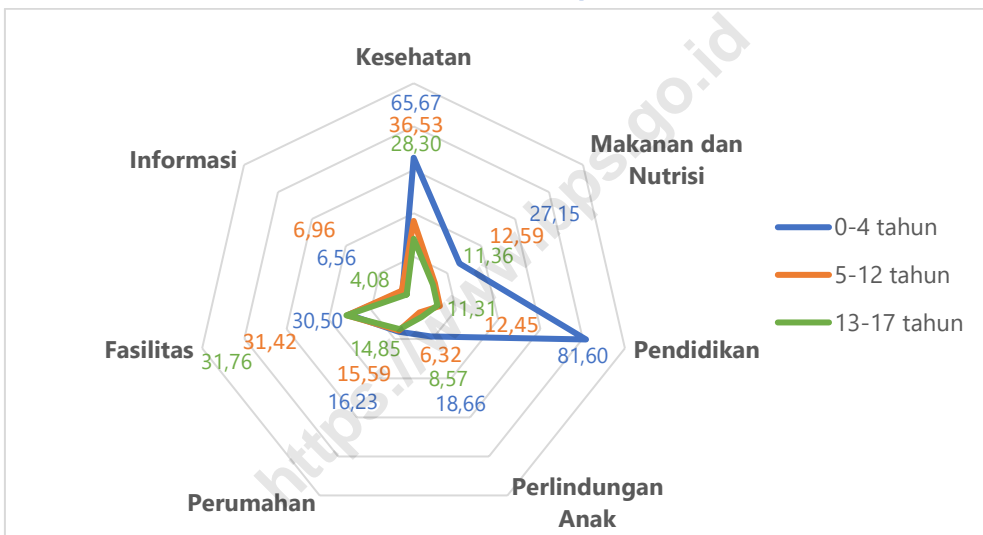
Anak umur 0-17 tahun paling tinggi terdeprivasi pada dimensi kesehatan, sebesar 42,17 persen (Gambar 4.1). Kesehatan merupakan salah satu hak anak yang cukup penting. Dalam Konvensi Hak Anak Versi Anak-Anak Pasal 6, disebutkan bahwa semua anak berhak atas kehidupan. Pemerintah perlu memastikan bahwa anak bisa bertahan hidup dan tumbuh dengan sehat (UNICEF, 2019). Pemerintah berkomitmen untuk memenuhi hak-hak anak dalam aspek kesehatan tersebut, di antaranya dengan penyediaan jaminan kesehatan anak dan pemberian imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan seperti yang diukur dalam penghitungan MODA. Namun demikian, capaian dimensi kesehatan belum terlalu menggembarakan. Dimensi dengan nilai deprivasi tertinggi selanjutnya adalah dimensi fasilitas. Tingginya nilai deprivasi pada dimensi fasilitas paling banyak disebabkan oleh indikator sanitasi layak (Tabel 4.15).

Dimensi dengan nilai **deprivasi tertinggi adalah dimensi kesehatan**, sebaliknya **yang terendah adalah dimensi informasi**.

Dimensi dengan nilai deprivasi terendah untuk anak 0-17 tahun adalah informasi, sebesar 6,06 persen. Dalam Konvensi Hak Anak Versi Anak-Anak Pasal 17 disebutkan bahwa tiap anak berhak mengakses informasi dan materi lainnya dari beragam sumber (UNICEF, 2019). Persentase deprivasi pada dimensi informasi yang sudah cukup rendah menunjukkan sebagian besar anak Indonesia

tinggal di rumah tangga yang menguasai ponsel dan memiliki akses internet, sehingga hak anak dalam mengakses informasi sudah terpenuhi dengan baik.

Gambar 4.2
Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi Menurut Dimensi dan Kelompok Umur, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Terdapat perbedaan pola deprivasi antar kelompok umur. Gambar 4.2 menunjukkan bahwa secara umum deprivasi hak-hak anak lebih banyak terjadi pada kelompok umur 0-4 tahun. Pada kelompok umur 0-4 tahun, persentase deprivasi tertinggi terjadi pada dimensi pendidikan, sedangkan terendah terjadi pada dimensi informasi. Deprivasi pada dimensi pendidikan untuk anak umur 0-4 tahun bahkan sangat tinggi mencapai 81,60 persen. Hal ini salah satunya dikarenakan masih rendahnya partisipasi anak umur 3-4 tahun pada pendidikan prasekolah. Pada kelompok umur 5-12 tahun, persentase deprivasi tertinggi terjadi pada dimensi kesehatan, sedangkan terendah terjadi pada dimensi perlindungan anak. Untuk kelompok umur 13-17 tahun, persentase deprivasi tertinggi terjadi pada dimensi fasilitas, sedangkan terendah terjadi pada dimensi informasi. Perbedaan pola deprivasi antar

kelompok umur dapat digunakan sebagai dasar intervensi kebijakan supaya lebih tepat sasaran.

Secara umum, pola deprivasi untuk keseluruhan dimensi hampir sama baik di daerah perkotaan maupun perdesaan. Dimensi kesehatan merupakan dimensi dengan nilai deprivasi tertinggi, sebaliknya dimensi informasi merupakan dimensi dengan nilai deprivasi terendah baik di daerah perkotaan maupun perdesaan. Meski demikian, terdapat beberapa dimensi dengan perbedaan nilai deprivasi yang cukup besar antardaerah perkotaan dan perdesaan, misalnya pada dimensi fasilitas. Anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi pada dimensi fasilitas di daerah perdesaan hampir dua kali lipat dibandingkan dengan anak di daerah perkotaan. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan pemenuhan hak anak pada dimensi fasilitas antara di daerah perkotaan dan perdesaan. Jika dilihat lebih detail pada dimensi fasilitas, perbedaan ini disebabkan oleh indikator bahan bakar untuk memasak (Tabel 4.16). Rumah tangga di daerah perdesaan lebih banyak menggunakan bahan bakar padat untuk memasak seperti kayu bakar, dibandingkan dengan di daerah perkotaan. Banyaknya penggunaan bahan bakar padat seperti kayu bakar di daerah perdesaan berhubungan dengan masyarakat yang mayoritas bekerja pada sektor pertanian sehingga mudah untuk mendapatkan kayu bakar. Selain itu, penggunaan kayu bakar di daerah perdesaan berhubungan juga dengan harga yang lebih murah (Dwiprabowo, 2010).

Tabel 4.19
Persentase Anak yang Terdeprivasi
Menurut Dimensi dan Klasifikasi Desa, 2022

Dimensi	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan dan Perdesaan
(1)	(2)	(3)	(4)
Kesehatan	36,99	48,94	42,17
Makanan dan Nutrisi	16,46	15,84	16,20
Pendidikan	17,49	18,89	18,10
Perlindungan Anak	7,71	13,64	10,27
Perumahan	14,21	17,33	15,56
Fasilitas	22,74	42,42	31,27
Informasi	2,63	10,55	6,06

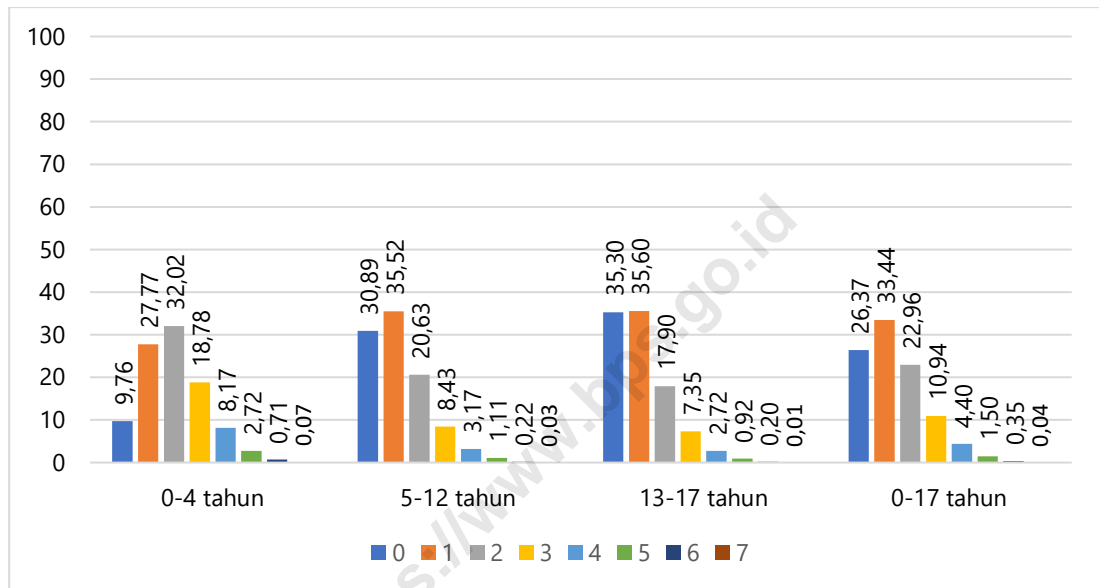
Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Terdapat beberapa dimensi yang nilainya tidak jauh berbeda antardaerah perkotaan dan perdesaan, misalnya untuk dimensi makanan dan nutrisi serta dimensi pendidikan. Hal ini menunjukkan pemenuhan hak anak pada kedua dimensi tersebut sudah cukup merata baik di perkotaan maupun di perdesaan.

4.3 Deprivasi Hak Anak pada Multidimensi

Deprivasi anak multidimensi memberikan gambaran anak yang mengalami deprivasi pada beberapa dimensi. Pada kehidupan sehari-hari, seorang anak seringkali mengalami deprivasi pada lebih dari satu dimensi. Semakin banyak dimensi yang terdeprivasi, tentu menggambarkan kondisi yang semakin buruk.

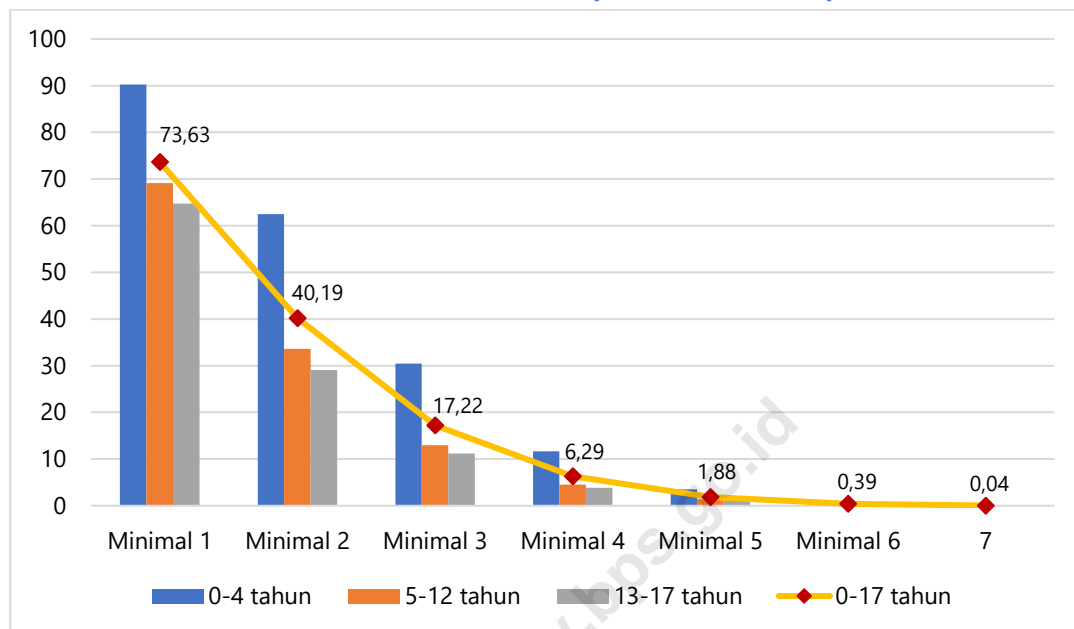
Gambar 4.3 Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Kelompok Umur dan Jumlah Dimensi yang Terdeprivasi, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Pada gambar di atas, dapat dilihat bahwa sebagian besar anak umur 0-17 di Indonesia terdeprivasi pada satu dimensi. Persentase anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi semakin kecil seiring dengan bertambahnya jumlah dimensi. Jika dilihat menurut kelompok umur, sebagian besar anak umur 0-4 tahun mengalami deprivasi pada dua dimensi yaitu sebesar 32,02 persen. Pada anak umur 5-12 tahun dan 13-17 tahun, sebagian besar anak mengalami deprivasi pada satu dimensi. Dari gambar juga dapat terlihat bahwa ada sebagian anak yang tidak mengalami deprivasi pada dimensi manapun. Semakin tinggi umur anak maka persentase anak yang tidak mengalami deprivasi pada dimensi manapun semakin besar. Dari fenomena di atas dapat disimpulkan bahwa semakin tua umur anak, maka semakin baik pula pemenuhan hak-hak anak.

Gambar 4.4
Persentase Anak yang Terdeprivasi
Menurut Kumulatif Jumlah Dimensi Terdeprivasi dan Kelompok Umur, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

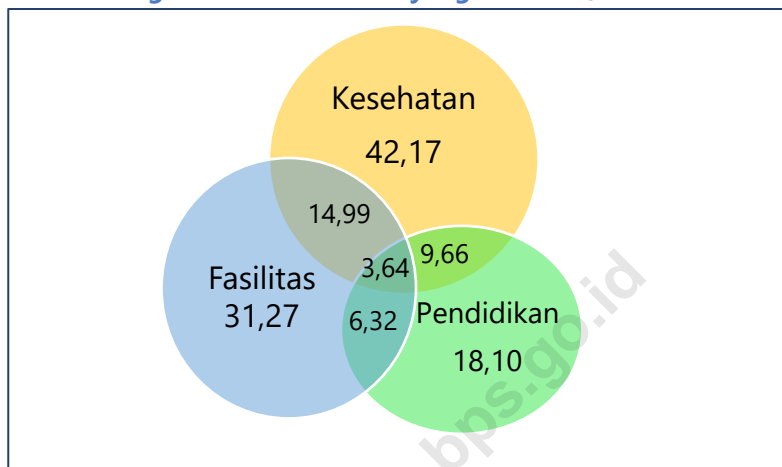
Gambar 4.4 menunjukkan sekitar 7 dari 10 anak umur 0-17 tahun terdeprivasi minimal satu dimensi. Deprivasi multidimensi bisa terlihat pada anak umur 0-17 tahun yang mengalami deprivasi minimal dua dimensi, yaitu sekitar 4 dari 10 anak. Semakin banyak jumlah dimensi, maka persentase anak yang terdeprivasi semakin kecil. Dari gambar juga terlihat bahwa deprivasi tertinggi terjadi pada anak umur 0-4 tahun untuk setiap jumlah dimensi dan akan menurun persentase deprivasinya pada kelompok umur yang lebih tua.

Sekitar 4 dari 10 anak mengalami deprivasi minimal pada dua dimensi (deprivasi multidimensi).

Deprivasi multidimensi salah satunya bisa ditunjukkan dengan diagram Venn seperti gambar di bawah ini. Diagram Venn di bawah ini menunjukkan deprivasi pada tiga dimensi dengan persentase deprivasi terbesar, yaitu dimensi kesehatan, fasilitas, dan pendidikan. Dimensi dengan persentase terdeprivasi terbesar adalah dimensi kesehatan, di mana terdapat 42,17 persen anak umur 0-17 tahun yang terdeprivasi di dimensi kesehatan. Terdapat beberapa anak yang terdeprivasi pada dua dimensi. Sebesar 2,83 persen anak umur 0-17 tahun terdeprivasi pada dimensi kesehatan dan pendidikan, sedangkan 4,40 persen anak umur 0-17 tahun terdeprivasi pada dimensi kesehatan dan fasilitas. Tidak hanya terdeprivasi pada

dua dimensi, ada juga anak-anak yang terdeprivasi pada tiga dimensi yaitu kesehatan, fasilitas, dan pendidikan sebesar 1,07 persen.

Gambar 4.5
Persentase Anak Umur 0-17 Tahun yang Terdeprivasi pada Tiga Dimensi Terbesar yang Beririsan, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Analisis kesejahteraan anak menggunakan MODA tidak hanya menghasilkan persentase anak terdeprivasi seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, tetapi juga persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan. Persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan merupakan persentase anak terdeprivasi yang sudah memperhitungkan intensitas deprivasi sehingga lebih sensitif terhadap perubahan jumlah dimensi yang terdeprivasi (BPS, 2017). Dengan demikian, persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan dapat digunakan untuk membandingkan nilai MODA antartahun dengan perbedaan jumlah dimensi yang digunakan.

Persentase anak umur 0-4 tahun yang terdeprivasi setidaknya pada satu dimensi sebesar 90,24 persen dengan persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan sebesar 28,46 persen (Tabel 4.20). Pada anak umur 5-12 tahun, 69,11 persen anak terdeprivasi setidaknya pada satu dimensi dengan persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan sebesar 17,41 persen. Sementara itu, 64,70 persen anak umur 13-17 tahun terdeprivasi setidaknya pada satu dimensi dengan persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan sebesar 15,75 persen. Dari sini dapat dilihat bahwa anak umur 0-4 tahun mengalami deprivasi tertinggi dibanding kelompok umur lainnya, dengan selisih persentase yang cukup tinggi. Namun, jika dilihat persentase anak terdeprivasi yang disesuaikan, selisih antara anak umur 0-4 tahun dan kelompok umur lainnya lebih rendah.

Tabel 4.20
Persentase Anak yang Terdeprivasi dan
Persentase Anak Terdeprivasi yang Disesuaikan
Menurut Ambang Batas dan Kelompok Umur, 2022

Ambang Batas/ Cut Off	Persentase Anak Terdeprivasi				Persentase Anak Terdeprivasi yang Disesuaikan			
	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
k \geq 1	90,24	69,11	64,70	73,63	28,46	17,41	15,75	19,95
k \geq 2	62,48	33,59	29,10	40,19	24,50	12,34	10,66	15,17
k \geq 3	30,46	12,97	11,20	17,22	15,35	6,44	5,55	8,61
k \geq 4	11,68	4,54	3,86	6,29	7,30	2,83	2,40	3,92
k \geq 5	3,51	1,37	1,14	1,88	2,63	1,02	0,85	1,41
k \geq 6	0,79	0,26	0,22	0,39	0,68	0,22	0,19	0,34
K=7	0,07	0,03	0,01	0,04	0,07	0,03	0,01	0,04

Keterangan:

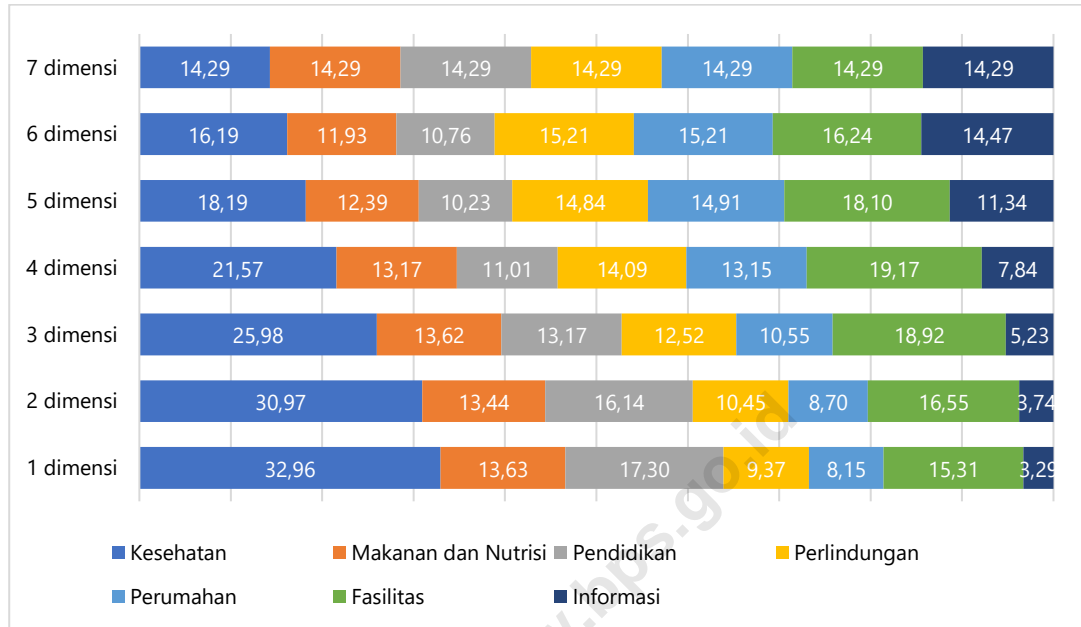
Cut off: jumlah dimensi

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Data di atas menunjukkan bahwa banyak anak yang mengalami deprivasi multidimensi atau mengalami deprivasi pada lebih dari satu dimensi. Untuk melihat sumber permasalahan yang terjadi pada deprivasi anak, perlu dilihat kontribusi masing-masing dimensi pada penyebab deprivasi multidimensi. Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa persentase anak terdeprivasi secara multidimensi yang terbesar ada pada kelompok umur 0-4 tahun, maka kita akan menganalisis lebih dalam kontribusi masing-masing dimensi pada deprivasi anak umur 0-4 tahun.

Dari Gambar 4.6 dapat dilihat bahwa secara umum dimensi yang memiliki kontribusi terbesar pada deprivasi anak umur 0-4 tahun adalah dimensi kesehatan, sedangkan dimensi yang memiliki kontribusi terkecil adalah dimensi informasi. Kontribusi dimensi kesehatan cukup besar dalam memengaruhi deprivasi pada anak umur 0-4 tahun jika dibandingkan dengan kontribusi dimensi lainnya. Pada anak yang mengalami deprivasi multipel dua dimensi, dimensi kesehatan memberikan kontribusi sebesar 30,97 persen, sisanya disumbang oleh deprivasi pada dimensi lainnya. Pada anak yang terdeprivasi sampai dengan tiga dimensi, lebih dari seperempatnya terdeprivasi pada dimensi kesehatan.

Gambar 4.6
Persentase Anak Umur 0-4 Tahun yang Terdeprivasi
Menurut Jumlah Dimensi dan Kontribusi Dimensi, 2022



Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Kontribusi dimensi pada anak kelompok umur 5-12 tahun dan 13-17 tahun yang terdeprivasi memiliki pola yang berbeda. Pada kelompok umur 5-12 tahun, kontribusi terbesar disumbang oleh dimensi kesehatan. Namun, selisih kontribusinya tidak jauh berbeda dengan dimensi fasilitas yang memiliki kontribusi terbesar berikutnya. Adapun kontribusi terkecil disumbang oleh dimensi perlindungan. Pada kelompok umur 13-17 tahun, kontribusi terbesar disumbang oleh dimensi fasilitas sedangkan kontribusi terkecil disumbang oleh dimensi informasi. Data terkait kontribusi dimensi pada deprivasi anak kelompok umur 5-12 tahun dan 13-17 tahun dapat dilihat pada Lampiran 2.

Deprivasi pada anak merupakan salah satu cara untuk menganalisis kesejahteraan anak Indonesia selain melihat dari angka kemiskinan moneterinya. Ulasan di atas menjelaskan bahwa masih banyak anak Indonesia yang mengalami deprivasi. Semua pihak terkait baik keluarga, masyarakat, dan pemerintah memiliki pekerjaan rumah untuk meningkatkan kesejahteraan khususnya kesejahteraan anak dalam rangka memenuhi hak-hak anak sesuai amanat dalam Konvensi Hak-Hak Anak.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Konstitusi mengamanatkan negara untuk mewujudkan anak-anak yang sejahtera, yaitu anak-anak yang tidak hanya bebas dari kemiskinan, tetapi juga terpenuhi hak-haknya. Pemenuhan hak anak merupakan pemenuhan hak asasi manusia dan mencakup atribut yang melekat pada dirinya seperti identitas, sampai kepada aspek pendidikan dan kesehatan.

Berbagai upaya negara untuk mewujudkan kesejahteraan anak membutuhkan dukungan data dan informasi yang relevan dan komprehensif. Publikasi ini disusun dalam rangka memberikan gambaran yang lebih lengkap terkait kondisi kesejahteraan anak-anak di Indonesia yang dianalisis menurut pemenuhan hak-hak anak pada tujuh dimensi, yaitu kesehatan, makanan dan nutrisi, pendidikan, perlindungan anak, perumahan, fasilitas, dan informasi.

Bab ini berisi kesimpulan yang disarikan dari temuan-temuan penting yang telah diuraikan dalam bab sebelumnya dan beberapa rekomendasi kebijakan.

5.1 Kesimpulan

Secara umum, persentase anak usia 0-17 tahun yang mengalami deprivasi setidaknya pada dua dimensi (*multiple deprived*) pada tahun 2022 sebesar 40,19 persen. Angka ini menurun signifikan jika dibandingkan kondisi tahun 2016, saat pengukuran kesejahteraan anak menggunakan MODA pertama kali dilakukan. Pada saat itu, persentase anak-anak yang mengalami *multiple deprivation* sebesar 64,95 persen.

Jika dilihat per dimensi, hampir setengah anak-anak (42,17 persen) mengalami deprivasi pada dimensi kesehatan. Nilai tersebut merupakan yang tertinggi dibandingkan persentase anak yang terdeprivasi pada enam dimensi lainnya. Besarnya proporsi anak yang mengalami deprivasi pada dimensi kesehatan terjadi karena masih besarnya proporsi anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan, terutama pada anak usia 0-4 tahun di perdesaan. Selain itu, masih ada sekitar empat dari sepuluh anak usia 0-4 tahun yang belum menerima Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) dan turut berpengaruh terhadap besarnya proporsi anak yang mengalami deprivasi pada dimensi kesehatan.

Hanya sekitar enam dari 100 anak yang mengalami deprivasi pada dimensi informasi. Nilai ini merupakan yang terendah di antara tujuh dimensi yang diukur menggunakan MODA. Hal

ini dapat terjadi di antaranya karena tingkat penguasaan masyarakat akan telepon seluler dan akses ke internet di Indonesia yang sudah baik sehingga hak anak untuk mengakses informasi dapat terpenuhi secara baik. Meskipun demikian, masih terdapat disparitas yang cukup besar antara wilayah perkotaan dan perdesaan yang terjadi karena tingkat penguasaan telepon seluler dan akses internet di perdesaan belum sebaik di perkotaan sehingga proporsi anak yang terdeprivasi di perdesaan (10,55 persen) lebih tinggi hingga empat kali lipat dibandingkan di perkotaan (2,63 persen).

Anak-anak usia 0-17 tahun juga banyak mengalami deprivasi pada dimensi fasilitas. Pada tahun 2022, sekitar 31,27 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi ini. Artinya, sekitar tiga dari sepuluh anak-anak belum terpenuhi haknya akan sumber air minum layak atau sanitasi layak ataupun tinggal di rumah tangga yang menggunakan bahan bakar tidak aman untuk memasak. Pada dimensi ini, proporsi anak-anak yang tidak memiliki akses ke sanitasi layak merupakan yang terbesar, terutama pada anak-anak di perdesaan. Masih rendahnya tingkat akses masyarakat ke sumber air minum layak dan sanitasi layak di perdesaan menyebabkan terjadinya disparitas yang mencolok antara wilayah perkotaan dan perdesaan. Pada dimensi fasilitas, persentase anak-anak di perdesaan yang mengalami deprivasi di perdesaan (42,42 persen) sekitar dua kali lebih banyak daripada di perkotaan (22,74 persen).

Persentase anak yang mengalami deprivasi pada dimensi pendidikan sebesar 18,10 persen dengan nilai deprivasi tertinggi terjadi pada pendidikan prasekolah. Pada tahun 2022, sekitar delapan dari sepuluh anak berusia 3-4 tahun tidak/belum pernah terdaftar pada pendidikan usia dini. Hal ini terjadi baik di perkotaan maupun perdesaan.

Pada dimensi makanan dan nutrisi, hampir setengah dari anak-anak usia 6-23 bulan (41,96 persen) belum mengonsumsi makanan secara beragam dan masih ada sekitar sepertiga anak-anak di bawah enam bulan yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Secara umum, 16,20 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi ini.

Sebanyak 15,56 persen anak-anak mengalami deprivasi pada dimensi perumahan, terutama pada indikator kecukupan luas lantai per kapita. Pada tahun 2022, sekitar 1 dari 10 anak tinggal di dalam bangunan tempat tinggal dengan luas lantai per kapitanya di bawah 7,2 meter persegi atau di bawah batas kecukupan lantai bangunan. Hal ini terjadi baik pada anak-anak yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan.

Sekitar satu dari sepuluh anak-anak di Indonesia pada tahun 2022 masih belum terpenuhi haknya pada dimensi perlindungan anak, terutama pada hak memiliki identitas berupa akta kelahiran. Masih ada sekitar 12,69 persen anak-anak di perdesaan dan 7,22 persen di perkotaan yang belum memiliki akta kelahiran.

5.2 Rekomendasi

Upaya pemerintah dan masyarakat dalam memenuhi hak-hak anak menunjukkan hasil yang cukup menggembirakan. Saat analisis MODA pertama kali dilakukan di tahun 2016, masih ada sekitar enam dari sepuluh anak yang mengalami deprivasi setidaknya pada dua dimensi (*multiple deprived*) yang diukur. Enam tahun berselang, pada 2022, nilai tersebut dapat diturunkan hingga sepertiganya menjadi hanya empat dari sepuluh anak yang mengalami *multiple deprivation*. Meskipun demikian, beberapa indikator masih perlu mendapat perhatian yang lebih serius dan upaya yang lebih gigih lagi. Berdasarkan temuan-temuan penting dari hasil analisis yang disampaikan pada bab-bab sebelumnya, dapat disarankan beberapa rekomendasi kebijakan sebagai berikut:

1. Pemenuhan hak-hak anak membutuhkan upaya dari semua pihak dari berbagai latar belakang. Pemerintah dapat mendorong keterlibatan yang lebih luas dari masyarakat dan membangun sebuah sistem yang mengintegrasikan berbagai upaya pengentasan kemiskinan dan peningkatan kesejahteraan anak.
2. Membangun sistem yang memastikan bahwa setiap bayi yang baru lahir langsung mendapatkan hak identitasnya berupa akta kelahiran dan otomatis terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan yang disediakan pemerintah.
3. Menjamin tersedianya dukungan bagi setiap ibu agar mampu memberikan ASI eksklusif dan menjamin ketersediaan serta keterjangkauan pilihan sumber makanan pendamping ASI yang beragam.
4. Memperluas layanan imunisasi yang dekat dan murah serta memperkuat implementasi imunisasi dasar lengkap sebagai syarat yang wajib dipenuhi sebelum anak masuk usia prasekolah maupun syarat penerima bantuan sosial pemerintah.
5. Memperluas jangkauan dan layanan pendidikan anak usia dini di perkotaan dan perdesaan termasuk penyediaan sumber daya manusianya.
6. Memperluas penyediaan sanitasi layak terutama di perdesaan dan menjamin ketersediaan serta keterjangkauan bahan bakar rumah tangga yang bersih dan aman.

Penyusunan rekomendasi di atas bersandar pada temuan-temuan yang diperoleh dari hasil analisis kesejahteraan anak menggunakan MODA dan tidak luput dari kekurangan. Dengan demikian, upaya bersama dari kelompok yang lebih luas dan berasal dari lebih banyak ragam ilmu dibutuhkan untuk penyempurnaannya. Tim juga merekomendasikan keberlanjutan dari analisis ini dalam rangka mendukung peningkatan kualitas upaya pemenuhan hak-hak dan peningkatan kesejahteraan anak-anak Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, A. P., & Adry, M. R. (2020). Analisis Determinan Partisipasi Sekolah di Provinsi Jambi. *Ecosains: Jurnal Ilmiah Ekonomi dan Pembangunan*, 9(1), 10-21. <https://doi.org/10.24036/ecosains.11549557.00>
- Bappenas. (2019). Background Study Visi Indonesia Emas 2045, Bappenas, 2019. Jakarta: Bappenas.
- BPS. (2017). Analisis Kemiskinan Anak dan Deprivasi Hak-hak Dasar Anak di Indonesia. Jakarta: BPS.
- BPS. (2022a). Berita Resmi Statistik No. 51/07/Th. XXV, 15 Juli 2022, Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2022. Jakarta: BPS.
- BPS. (2022b). Indikator Perumahan dan Kesehatan Lingkungan 2022. Jakarta: BPS.
- BPS. (2022c). Statistik Pendidikan 2022. Jakarta: BPS.
- BPS. (2022d). Statistik Telekomunikasi Indonesia 2021. Jakarta: BPS.
- BPS. (2023a). Berita Resmi Statistik No. 15/02/Th. XXVI, 6 Februari 2023, Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Triwulan IV – 2022. Jakarta: BPS.
- BPS. (2023b). Kesejahteraan Anak Indonesia: Analisis Kemiskinan Moneter 2022. Jakarta: BPS.
- Chairunisa. (2020). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Rendahnya Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Pontianak. Diakses dari <https://repository.unmuhpnk.ac.id/1708/1/BAB%20I%20DAN%20V.pdf>
- de Neubourg, C., Chai, J., de Milliano, M., Plavgo, I., & Wei, Z. (2012). *Step-by-Step Guidelines to the Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA)* (WP-2012-10). Diakses dari <https://www.unicef-irc.org/publications/695-step-by-step-guidelines-to-the-multiple-overlapping-deprivation-analysis-moda.html>
- de Neubourg, C.hris, Marlous de Milliano, M., and & Plavgo, I. Ize Plavgo. (2014). Lost (in) dimensions: Consolidating progress in multidimensional poverty research. Innocenti Working Paper No. 2014-04. Florence: UNICEF Office of Research
- Dihni, V. A. (2022). Persentase Penduduk yang Menggunakan Internet Berdasarkan Kategori Wilayah (2021). Diakses dari <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/07/13/gambaran-kesenjangan-akses-internet-di-kota-desa-skala-global>

- Dirksen, J., & Alkire, S. (2021). Children and multidimensional poverty: Four measurement strategies. *Sustainability*, 13(16), 9108.
- Dwiprabowo. H. (2010). Kajian kebijakan kayu bakar sebagai sumber energi di pedesaan Pulau Jawa. *Jurnal Analisis Kebijakan Kehutanan*, 7(1), 1–11. Diakses dari <http://ejournal.forda-mof.org/ejournal-litbang/index.php/JAKK/article/view/266>
- Fitria, L. (2017). *Dampak Pernikahan Usia Dini bagi Perempuan di Dusun Karang Sukup Desa Kunir Kidul Kecamatan Kunir Kabupaten Lumajang Tahun 2017*. Tesis. Universitas Islam Negeri Kiai Haji Achmad Siddiq Jember.
- Hadiwidjaja, G., Paladines, C., & Wai-Poi, M. (2013). The Many Dimensions of Child Poverty in Indonesia: Patterns, Differences and Associations. In *Child Poverty and Social Protection Conference* (pp. 63-83).
- Irianti, S., & Prasetyoputra, P. (2021). Rural–Urban Disparities in Access to Improved Sanitation in Indonesia: A Decomposition Approach. *SAGE Open*, 11(3). <https://doi.org/10.1177/21582440211029920>
- Irianti, S., Prasetyoputra, P., & Sasimartoyo, T. P. (2016). Determinants of household drinking-water source in Indonesia: An analysis of the 2007 Indonesian family life survey. *Cogent Medicine*, 3(1), 1151143. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2016.1151143>
- Karnila, A., & Bantas, K. (2019). Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Pemberian ASI Eksklusif pada Anak 0-5 Bulan di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia) Tahun 2017. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia Vol*, 3(2).
- Kementerian Kesehatan. (2016). Jaminan Kesehatan Nasional. Diakses dari <https://promkes.kemkes.go.id/?p=5799>
- Kementerian Kesehatan. (2022a). Cakupan Imunisasi Anak Rendah Akibat COVID-19, Pemerintah Atasi dengan Bulan Imunisasi Anak Nasional. Diakses dari <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220418/0639676/cakupan-imunisasi-anak-rendah-akibat-covid-19-pemerintah-atasi-dengan-bulan-imunisasi-anak-nasional/>
- Kementerian Kesehatan. (2022b). Menkes Budi Ajak Orang Tua Imunisasi Anak. Diakses dari <https://www.kemkes.go.id/article/view/22080300006/menkes-budi-ajak-orang-tua-imunisasi-anak.html>
- KPPPA. (2018). Pencegahan Perkawinan Anak, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, 2018. Diakses dari <https://dp3ap2kb.jogjakota.go.id/assets/instansi/dp3ap2kb/files/pernikahan-anak-3801.pdf.pdf>
- KPPPA. (2023). Kemen PPPA : Perkawinan Anak di Indonesia Sudah Mengkhawatirkan (Siaran Pers Nomor: B-031/SETMEN/HM.02.04/01/2023). Diakses dari

<https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/4357/kemen-pppa-perkawinan-anak-di-indonesia-sudah-mengkhawatirkan>

- Kurniawati, W. & Rachmayanti, R. D. (2018). Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN pada Sektor Informal di Kawasan Pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6 (1), 33. <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/5141>
- Livingstone, S. (2018). Children's rights in the digital age: A download from children around the world. *Global Kids Online Research Synthesis*, UNICEF Office of Research-Innocenti.
- Lucci, P., Bhatkal, T., & Khan, A. (2018). Are we underestimating urban poverty? *World development* 103, 297-310.
- Nengsi, A. W. (2019). Analisis problematika anak usia 3-5 tahun belum mendapatkan pendidikan di PAUD. *Al Fitrah: Journal of Early Childhood Islamic Education*, 2(2), 300-308.
- OHCHR. (2021). OHCHR and the Rights to Water and Sanitation. Diakses dari <https://www.ohchr.org/en/water-and-sanitation> pada 13 Juni 2023.
- Perdana, N. S. (2015). Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap aksesibilitas memperoleh pendidikan untuk anak-anak di Indonesia. *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan*, 21(3), 279-297. <https://doi.org/10.24832/jpnk.v21i3.191>
- Republik Indonesia. (1979). Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (1999). Undang-Undang Nomor 20 tahun 1999 tentang Pengesahan *ILO Convention No. 138 Concerning Age for Admission to Employment* (Konvensi ILO Mengenai Usia Minimum untuk Diperbolehkan Bekerja). Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2002). Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2003a). Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2008 tentang Wajib Belajar. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2003b). Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2003c). Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman. Jakarta: Sekretariat Negara.

- Republik Indonesia. (2012). Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 80 Tahun 2013 tentang Pendidikan Menengah Universal. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 137 Tahun 2014 tentang Standar Nasional Pendidikan Anak Usia Dini. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2016). Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak Menjadi Undang-Undang. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2019). Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2021). Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2021 berkenaan dengan Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Riska, A.C., Ali, K., & Farida, B.Y. (2017). Studi Analisis Ketahanan Pangan Rumah Tangga Miskin Perkotaan dan Perdesaan di Sulawesi Selatan. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Robasa, E., & Arcana, I. M. (2022). Pengaruh Faktor Sosial Demografi terhadap Kemiskinan Anak di Indonesia Tahun 2021. In Seminar Nasional Official Statistics (Vol. 2022, No. 1, pp. 333-342).
- Salsabila, A., & Budyanra, B. (2022). Determinan status partisipasi Pendidikan Anak Usia Dini di Pulau Jawa tahun 2019. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 17(1), 61-76. <https://doi.org/10.14203/jki.v17i1.677>
- Santrock, J. W. (2011). *Educational psychology fifth edition*. McGraw-Hill.
- Saunders, P. (1999). Budget standards and the poverty. *Australian Economic Review*, 43-61.
- Septikasari, Majestika. (2018). Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhinya (Edisi Pertama). Yogyakarta: UNY Press.
- SMERU. (2013). The 2013 Update of Multidimensional Child Poverty in Indonesia.
- Syamsidar, S. (2014). Peranan Pendidikan dalam Memerangi Keterbelakangan. *Al-Irsyad Al-Nafs: Jurnal Bimbingan dan Penyuluhan Islam*, 1(1). Diakses dari https://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/Al-Irsyad_Al-Nafs/article/view/2549

- Tabiri, K.G., Adusah-Poku, F. & Novignon, J. (2022). Economic inequalities and rural-urban disparities in clean cooking fuel use in Ghana. *Energy for Sustainable Development*. 68. <https://doi.org/10.1016/j.esd.2022.05.001>
- Teresa. (2016). *Child Development and Education*. Boston. Diakses dari <https://paudpedia.kemdikbud.go.id/>.
- TNP2K. (2015). *Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Diakses dari https://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Final_JKN_Perjalanan%20Menuju%20Jaminan%20Kesehatan%20Nasional%20-%20Copy.pdf
- Torlesse, H., Cronin, A. A., Sebayang, S. K., dan & Nandy, R. (2016). Determinants of stunting in Indonesian children: Evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction. *BMC Public Health*, 16(669). doi: 10.1186/s12889-016-3339-8.
- UN Water. (2022). Human Rights to Water and Sanitation. Diakses dari <https://www.unwater.org/water-facts/human-rights-water-and-sanitation> pada 13 Juni 2023.
- UN. (2021). Water. Diakses dari <https://www.un.org/en/global-issues/water> pada 13 Juni 2023.
- UNICEF. (2012). Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). UNICEF.
- UNICEF. (2017). Understanding Child Multidimensional Poverty in Egypt. UNICEF.
- UNICEF. (2019). Konvensi Hak Anak: Versi Anak Anak. Diakses dari <https://www.unicef.org/indonesia/id/konvensi-hak-anak-versi-anak-anak> pada 12 Juni 2023.
- UNICEF. (2020a). Situasi Anak di Indonesia – Tren, Peluang, dan Tantangan Dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. Jakarta: UNICEF Indonesia. Diakses dari <https://www.unicef.org/indonesia/id/laporan/situasi-anak-di-indonesia-2020>
- UNICEF. (2020b). Water. Diakses dari <https://www.unicef.org/wash/water> pada 13 Juni 2023.
- UNICEF. (2023a). Child marriage data. Diakses dari <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- UNICEF. (2023b). *The State of The World's Children 2023 "For Every Child, Vaccination"*. <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2023-full-report-English.pdf>
- Utami, N.H & Mubasyiroh, R. (2020). Keragaman Makanan dan Hubungannya dengan Status Gizi Balita: Analisis Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI). *Journal of The Indonesian Nutrition Association*, 43(1):37-48.
- WHO. (2010). "Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 3 Country Profiles"
- WHO. (2018). WHO Housing and Health Guidelines. Geneva: WHO.

- WHO. (2021). *Implementing The Immunization Agenda 2030: A Framework for Action through Coordinated Planning, Monitoring & Evaluation, Ownership & Accountability, and Communication & Advocacy*. Diakses dari https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030_frameworkforactionv04.pdf?sfvrsn=e5374082_1&download=true
- WHO. (2022). Household Air Pollution. Diakses dari <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health> pada 13 Juni 2023

<https://www.bps.go.id>

CATATAN TEKNIS

Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013).

Berbagai macam jenis jaminan kesehatan yang tercakup pada sumber data yang digunakan (Susenas Maret 2022) adalah Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan baik itu Penerima Bantuan Iuran (PBI) atau non PBI), jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah (jamkesda), jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh swasta (asuransi swasta), serta jaminan kesehatan yang disediakan oleh perusahaan/kantor.

Seorang anak dikatakan terdeprivasi apabila tidak memiliki jaminan kesehatan apapun.

Imunisasi Dasar Lengkap

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi).

Anak disebut menerima imunisasi dasar lengkap apabila menerima imunisasi BCG sebanyak satu kali, DPT sebanyak tiga kali, polio sebanyak empat kali, Hepatitis B sebanyak empat kali, dan imunisasi campak sebanyak satu kali. Dalam pengumpulan data Susenas, pertanyaan mengenai pemberian imunisasi ditanyakan pada anak berumur kurang

dari lima tahun. Umumnya seorang anak menerima imunisasi lengkap setelah berusia 12 bulan. Oleh karena itu, referensi umur pada indikator ini adalah 12-59 bulan.

Seorang anak dikatakan terdeprivasi apabila tidak memperoleh imunisasi lengkap.

Angka Rawan Pangan

Penghitungan angka rawan pangan didekati dengan konsumsi kalori. Konsumsi kalori dibutuhkan untuk menghasilkan energi yang bisa digunakan untuk hidup dan berkembang. Indikator dalam dimensi ini adalah persentase anak menurut kelompok umur yang tinggal di rumah tangga yang mengalami rawan pangan, yaitu rata-rata konsumsi kalori per kapita kurang dari 1400 kkal per hari. Penyediaan data rata-rata konsumsi menggunakan data Susenas Konsumsi dan Pengeluaran (Susenas KP) yang memuat komoditas makanan yang dikonsumsi oleh rumah tangga sampel selama seminggu terakhir dari hari pencacahan. Jumlah kalori yang dikonsumsi merupakan konversi dari banyaknya komoditas makanan yang dikonsumsi rumah tangga dikali dengan konversi kalori di setiap komoditas. Rata-rata jumlah kalori didapatkan dari jumlah kalori yang dikonsumsi oleh rumah tangga dibagi jumlah anggota rumah tangga. Salah satu keterbatasan dalam penyediaan indikator ini adalah penghitungan rata-rata konsumsi kalori per kapita tidak mempertimbangkan umur dan jenis kelamin masing-masing anggota rumah tangga.

Anak yang tinggal di rumah tangga rawan pangan didefinisikan sebagai perbandingan antara jumlah anak yang tinggal di rumah tangga yang mengalami rawan pangan terhadap jumlah anak pada kelompok umur dan periode yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Dalam penghitungan indikator ini, kelompok anak dibedakan menjadi tiga kelompok umur yaitu 0-4 tahun, 5-12 tahun dan 13-17 tahun. Meskipun menurut standar angka kecukupan energi bahwa kebutuhan energi (dilihat dari rata-rata konsumsi kalori) berbeda menurut kelompok umur dan jenis kelamin anak, namun dalam penyajian indikator ini

rata-rata konsumsi kalori tidak membedakan jenis kelamin dan kelompok umur anak. Hal tersebut menjadi keterbatasan dalam penyajian indikator ini.

ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi yang memiliki banyak manfaat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu, ASI dianjurkan untuk diberikan secara eksklusif selama 6 (enam) bulan dan kemudian dilanjutkan hingga anak berumur 2 (dua) tahun dengan disertai makanan tambahan pendamping ASI yang sesuai. Pemberian ASI merupakan salah satu cara efektif dalam meningkatkan kesehatan bayi. Selain aman dan bersih, ASI juga terdiri atas antibodi yang melindungi dari berbagai penyakit dan menyediakan semua energi serta nutrisi yang dibutuhkan bayi setidaknya pada enam bulan di awal kehidupan.

Penentuan deprivasi hak anak dalam dimensi makanan dan nutrisi menggunakan indikator persentase bayi umur 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif. Seorang anak dikatakan terdeprivasi bila tidak mendapatkan ASI eksklusif. Indikator pemberian ASI eksklusif dihitung dari perbandingan antara jumlah bayi umur 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif terhadap jumlah bayi umur 0-5 bulan seluruhnya pada periode yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Pengukuran deprivasi hak anak pada indikator ini hanya dilakukan pada anak di kelompok umur 0-4 tahun karena periode pemberian ASI eksklusif ada pada kelompok umur tersebut. Kelompok umur 5-17 tahun tidak disertakan dalam pengukuran deprivasi untuk indikator ini.

Minimum Dietary Diversity (MDD)

Keragaman makanan anak telah terbukti berhubungan positif dengan rata-rata kecukupan mikronutrien dari makanan (WHO, 2010). Keragaman makanan dapat diukur menggunakan Skor Minimum Dietary Diversity (MDD). Manfaat dari pengukuran MDD untuk menggambarkan

kualitas makanan bayi dan anak kecil dan praktik pemberian makanan pendamping yang tepat pada tingkat populasi.

Skor keragaman makanan minimum/Minimum Dietary Diversity (MDD) untuk anak umur 6-23 bulan adalah indikator tingkat populasi yang dirancang oleh Organisasi Kesehatan Dunia/World Health Organization (WHO) untuk menilai keragaman makanan dan minuman sebagai bagian dari praktik pemberian makan bayi dan anak kecil (PMBA) di antara anak-anak umur 6-23 bulan. Indikator ini merupakan salah satu dari delapan indikator yang dikembangkan oleh WHO untuk menyediakan ukuran yang sederhana, valid, dan handal untuk menilai praktik PMBA di tingkat populasi. Indikator MDD juga merupakan komponen dari indikator diet minimum yang dapat diterima, dan merupakan indikator gabungan.

Data untuk menghitung indikator ini berasal dari Susenas. Dalam rangka mendapatkan data yang dibutuhkan, responden diminta untuk memberi informasi terkait apakah anak mengkonsumsi makanan selama 24 jam dari delapan kelompok makanan. Delapan kelompok makanan tersebut meliputi: (1) ASI; (2) Sereal, akar dan umbi; (3) Makanan dari kacang-kacangan; (4) Produk turunan susu; (5) Daging, Ikan; (6) Telur; (7) Buah dan sayur sumber vitamin A; (8) Buah atau sayur lainnya.

Indikator yang digunakan dalam pengukuran deprivasi hak anak dalam dimensi makanan dan nutrisi salah satunya yaitu Minimum Dietary Diversity (MDD) anak umur 6-23 bulan. Dari penghitungan indikator tersebut didapatkan persentase anak umur 6-23 bulan yang mengonsumsi setidaknya lima dari delapan kelompok makanan dan minuman selama sehari kemarin, yang dihitung dari jumlah anak umur 6-23 bulan yang mengonsumsi setidaknya lima dari delapan kelompok makanan dan minuman selama sehari kemarin terhadap jumlah anak umur 6-23 bulan pada periode yang sama dan dinyatakan dalam persen.

Partisipasi prasekolah 3-6 tahun

Perbandingan jumlah penduduk umur 3-6 tahun yang terdaftar atau pernah terdaftar dalam pendidikan usia dini (TK/BA/RA, PAUD) pada tahun ajaran berjalan terhadap penduduk umur 3-6 tahun, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Angka Partisipasi Sekolah (APS)

Persentase penduduk yang bersekolah (tanpa mempertimbangkan kelas dan jenjang pendidikan) terhadap total seluruh penduduk.

Tingkat Penyelesaian Sekolah

Persentase penduduk yang menamatkan pendidikan pada suatu jenjang pendidikan tertentu sesuai kelompok umur referensi pada jenjang pendidikan tersebut. Kelompok umur referensi menurut UNESCO adalah 3-5 tahun di atas batas usia kelas terakhir pada usia dari tiap jenjang pendidikan (BPS, 2022). Untuk indikator nasional di Indonesia, kelompok umur referensi adalah 1-3 tahun di atas batas usia kelas terakhir pada usia dari tiap jenjang pendidikan. Sebagai contoh tingkat penyelesaian SD dihitung sebagai persentase penduduk umur 13-15 tahun yang minimal telah tamat SD.

Kepemilikan Akta Kelahiran

Akta Kelahiran adalah Identitas diri setiap anak yang harus diberikan sejak kelahirannya. (Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, Pasal 27).

Anak dikatakan memiliki akta kelahiran jika orang tua/pasangan/responden menjawab; ya, dapat ditunjukkan dan ya, tidak dapat ditunjukkan (Susenas Maret 2022).

Seorang anak dikatakan terdeprivasi apabila orang tua/pasangan/responden menjawab tidak memiliki akta kelahiran dan tidak tahu (Susenas Maret 2022).

Pernikahan Usia Anak/Perkawinan pada Usia Anak

Perkawinan pada usia anak adalah anak usia 10-17 tahun yang pada saat pencacahan berstatus kawin atau cerai hidup atau cerai mati, baik yang mendapatkan surat nikah maupun tidak, namun sah menurut hukum/adat/agama (di definisikan kembali dari buku 4, Susenas Maret 2022).

Seorang anak dikatakan terdeprivasi apabila anak usia 10-17 tahun berstatus kawin, atau, cerai hidup, atau cerai mati.

Pekerja Anak

Konsep pekerja anak yang digunakan adalah konsep yang sudah disesuaikan oleh BPS (2022) yaitu:

1. Anak yang berumur 5-12 tahun yang bekerja minimal 1 jam per minggu
2. Anak yang berumur 13-14 tahun yang bekerja lebih dari 15 jam per minggu; dan,
3. Anak yang berumur 15-17 tahun yang bekerja lebih dari 40 jam per minggu.

Karena keterbatasan data yang dapat diperoleh dari Susenas, konsep pekerja anak yang digunakan tidak mempertimbangkan bentuk pekerjaan terburuk untuk anak.

Seorang anak dikatakan terdeprivasi apabila :

1. Anak yang berumur 5-12 tahun yang bekerja minimal 1 jam per minggu termasuk sementara tidak bekerja.
2. Anak yang berumur 13-14 tahun yang bekerja lebih dari 15 jam per minggu; dan,
3. Anak yang berumur 15-17 tahun yang bekerja lebih dari 40 jam per minggu.

Luas Lantai Perkapita

Dalam Undang-Undang No. 1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman, rumah yang layak huni dan terjangkau didefinisikan sebagai rumah yang memenuhi persyaratan keselamatan bangunan dan kecukupan minimum luas bangunan serta kesehatan penghuninya, yang mampu dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Berdasarkan indikator SDGs 11.1.1(a) kecukupan luas tempat tinggal (sufficient living space) yaitu bangunan dengan luas lantai perkapita $\geq 7,2$ m²

Hak anak akan terdeprivasi apabila anak tinggal pada rumah dengan luas tempat tinggal (sufficient living space) yaitu bangunan dengan luas lantai perkapita $\leq 7,2$ m².

Jenis Lantai Terluas

Berdasarkan indikator SDGs 11.1.1(a) jenis lantai bangunan tempat tinggal layak berbahan dasar bangunan marmer atau granit, keramik, parket atau vinil atau karpet, ubin atau tegel atau teraso, kayu atau papan, dan semen atau bata merah.

Hak anak akan terdeprivasi apabila anak tinggal pada rumah dengan jenis lantai terbuat dari bambu, tanah atau lainnya.

Kepemilikan akses terhadap layanan sumber air minum layak

Kepemilikan akses terhadap layanan sumber air minum layak tidak hanya ditentukan sumber air utama yang digunakan oleh rumah tangga untuk minum, namun juga sumber air utama yang digunakan untuk mandi/cuci/dll.



Kepemilikan akses terhadap sanitasi layak

Rumah tangga menggunakan fasilitas tempat buang air besar secara sendiri atau bersama dengan rumah tangga lain tertentu, atau di Mandi Cuci Kakus (MCK) komunal, di mana jenis kloset yang digunakan berupa leher angsa dan tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki septik atau Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Adapun untuk yang tinggal di daerah perdesaan, tempat pembuangan akhir tinja juga dapat berupa lubang tanah.

Penguasaan Telepon Seluler

Jika dalam rumah tangga, minimal ada satu anggota rumah tangga yang memiliki dan menggunakan telepon seluler untuk mencari atau mendapatkan informasi maka diasumsikan seluruh anggota rumah tangga juga terpapar informasi yang diperoleh.

Hak anak akan terdeprivasi apabila anak tinggal di rumah tangga yang tidak menguasai telepon seluler.

Akses Internet

Jika dalam rumah tangga, minimal ada satu anggota rumah tangga yang mengakses internet untuk mencari atau mendapatkan informasi maka diasumsikan seluruh anggota rumah tangga juga terpapar informasi yang diperoleh.

Hak anak akan terdeprivasi apabila anak tinggal di rumah tangga yang tidak mengakses internet.

<https://www.bps.go.id>



LAMPIRAN

<https://www.bps.go.id>

Lampiran 1
Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Dimensi dan Kelompok Umur, 2022

Dimensi	0-4 Tahun	5-12 Tahun	13-17 Tahun	0-17 Tahun
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Perkotaan				
Kesehatan	58,95	30,95	25,14	36,99
Makanan dan Nutrisi	26,40	13,22	11,95	16,46
Pendidikan	82,27	11,91	9,23	17,49
Perlindungan Anak	15,31	4,27	5,83	7,71
Perumahan	15,46	14,13	13,11	14,21
Fasilitas	22,23	22,87	23,02	22,74
Informasi	3,13	2,90	1,68	2,63
Perdesaan				
Kesehatan	74,60	43,78	32,43	48,94
Makanan dan Nutrisi	28,16	11,77	10,58	15,84
Pendidikan	80,68	13,16	14,01	18,89
Perlindungan Anak	23,11	8,98	12,13	13,64
Perumahan	17,26	17,50	17,12	17,33
Fasilitas	41,48	42,54	43,15	42,42
Informasi	11,11	12,24	7,21	10,55
Perkotaan dan Perdesaan				
Kesehatan	65,67	36,53	28,30	42,17
Makanan dan Nutrisi	27,15	12,59	11,36	16,20
Pendidikan	81,60	12,45	11,31	18,10
Perlindungan Anak	18,66	6,32	8,57	10,27
Perumahan	16,23	15,59	14,85	15,56
Fasilitas	30,50	31,42	31,76	31,27
Informasi	6,56	6,96	4,08	6,06

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

Lampiran 2

Persentase Anak yang Terdeprivasi Menurut Kontribusi Dimensi dan Kelompok Umur, 2022

Jumlah Dimensi Ter-deprivasi	Kesehatan	Makanan dan Nutrisi	Pendidikan	Perlindungan	Perumahan	Fasilitas	Informasi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Anak Umur 0-4 Tahun							
1	32,96	13,63	17,30	9,37	8,15	15,31	3,29
2	30,97	13,44	16,14	10,45	8,70	16,55	3,74
3	25,98	13,62	13,17	12,52	10,55	18,92	5,23
4	21,57	13,17	11,01	14,09	13,15	19,17	7,84
5	18,19	12,39	10,23	14,84	14,91	18,10	11,34
6	16,19	11,93	10,76	15,21	15,21	16,24	14,47
7	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29
Anak Umur 5-12 Tahun							
1	29,98	10,33	10,22	5,19	12,80	25,79	5,71
2	25,66	10,46	10,49	6,49	13,81	25,86	7,23
3	20,71	10,45	10,69	9,16	15,49	23,56	9,95
4	16,78	10,23	10,93	12,24	16,31	20,92	12,58
5	14,07	10,40	12,22	14,08	16,10	18,60	14,54
6	13,23	12,22	13,45	14,91	15,30	16,26	14,63
7	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29
Anak Umur 13-17 Tahun							
1	25,68	10,30	10,26	7,77	13,47	28,82	3,70
2	20,67	10,37	11,82	10,09	14,67	27,43	4,95
3	16,37	10,08	13,53	13,37	15,53	23,93	7,18
4	13,06	9,56	14,37	16,05	16,14	20,80	10,02
5	10,59	10,62	15,04	16,17	16,16	18,59	12,83
6	11,23	13,87	14,93	15,40	15,26	16,23	13,09
7	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29

Sumber: BPS, Susenas Maret 2022

DATA

MENCERDASKAN BANGSA

<https://www.bps.go.id>



BADAN PUSAT STATISTIK

Jl. dr. Sutomo No. 6-8 Jakarta 10710

Telp : (021) 3841195, 3842508, 3810291-4, Fax : (021) 3857046

Homepage : <http://www.bps.go.id> E-mail : bpshq@bps.go.id