

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Penelitian ini menggunakan *raw* data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2021 sebagai sumber data. Hasil penelitian menunjukkan secara rata-rata tingkat kemiskinan multidimensi anak pada tahun 2021 adalah 33,54 persen, yang mengindikasikan bahwa sejumlah besar anak masih menghadapi kemiskinan dalam berbagai dimensi kebutuhan dasarnya, secara umum dapat disimpulkan bahwa 3 dari 10 anak masih terdeprivasi pada minimal dua dimensi kebutuhan dasarnya. Artinya, kondisi kemiskinan anak di Indonesia dengan menggunakan pendekatan multidimensi masih tinggi dan perlu menjadi perhatian serius, mengingat masih banyak anak-anak menghadapi tantangan dalam memenuhi berbagai dimensi kebutuhan dasarnya.

Adanya ketidaksetaraan terlihat antara desa dan kota, di mana persentase kemiskinan multidimensi anak di desa lebih tinggi daripada di kota. Selain itu, terdapat variasi besar antara provinsi-provinsi, dengan kemiskinan anak tertinggi terjadi di Papua (70,92 persen) dan terendah di DKI Jakarta (13,76 persen). Selain perbedaan antar provinsi, terdapat juga variasi signifikan dalam tingkat kemiskinan multidimensi anak antara kabupaten-kabupaten. Kabupaten Deiyai memiliki tingkat kemiskinan yang mencapai 100 persen, sementara Kabupaten Sumbawa Barat memiliki tingkat yang lebih rendah yang hanya 3,95 persen.

Berdasarkan analisis multidimensi, anak-anak dalam kelompok usia 0-6 tahun mengalami deprivasi paling banyak pada dimensi kesehatan (48,45%) atau hampir lima dari 10 anak masih terdeprivasi dengan indikator utama yaitu kepemilikan jaminan kesehatan. Sementara itu, kelompok usia 7-17 tahun paling banyak terdeprivasi pada dimensi makanan (47,61%) atau sekitar 5 dari 10 anak dengan indikator konsumsi kalori kurang dari nilai *Minimum Dietary Energy Requirement* (MDER).

Dimensi yang juga perlu menjadi perhatian khusus pada kelompok usia 0-6 tahun adalah dimensi perlindungan dasar, karena 21,41% anak atau 2 dari sepuluh anak masih terindikasi belum memiliki akta kelahiran. Sementara pada kelompok usia 7-17 tahun dimensi lain yang juga perlu menjadi perhatian khusus adalah dimensi kesehatan karena hampir 3 dari 10 anak (28,23%) masih terdeprivasi pada dimensi ini.

Analisis multidimensi menunjukkan bahwa sejumlah besar anak mengalami deprivasi dalam satu atau lebih dimensi kebutuhan dasarnya. Pada kelompok usia 0-6 tahun, sekitar 37,01 persen anak terdeprivasi dalam satu dimensi kebutuhan dasar, 20,53 persen dalam dua dimensi, dan 6,90 persen terdeprivasi lebih dari tiga dimensi. Sementara pada kelompok 7-17 tahun sekitar 45,19 persen anak terdeprivasi dalam satu dimensi kebutuhan dasar, 22,72 persen dalam dua dimensi, dan 8,38 persen terdeprivasi lebih dari tiga dimensi.

Hasil regresi logistik menemukan variabel yang signifikan mempengaruhi kemiskinan anak. Variabel-variabel tersebut meliputi jumlah anak dalam rumah tangga, lapangan usaha KRT, wilayah tempat tinggal, status KRT dan usia anak. Selain itu, variabel interaksi antara jumlah anak dan lapangan usaha KRT, jumlah anak dan wilayah tempat tinggal, interaksi jumlah anak dan pendidikan terakhir KRT dan interaksi jumlah anak dan usia anak juga signifikan dalam analisis. Namun, dalam penelitian ini pendidikan terakhir kepala rumah tangga tidak memiliki pengaruh signifikan pada probabilitas anak mengalami kemiskinan multidimensi. Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar guna penelitian lebih lanjut tentang penelitian anak di Indonesia. Dengan merinci dampak dari masing-masing variabel demografi yang dianggap mempengaruhi kemiskinan anak multidimensi, kebijakan maupun program intervensi dapat lebih terarah dalam upaya mengurangi kemiskinan anak multidimensi di Indonesia.

B. Rekomendasi

Upaya untuk memberantas kemiskinan anak dan mencegah anak terdeprivasi pada kebutuhan dasarnya memerlukan formulasi dan kebijakan yang sangat sistematis dan komprehensif yang tidak memandang anak berasal dari

keluarga miskin saja tapi untuk semua anak sehingga rantai kemiskinan dapat terputus. Pada dasarnya tidak hanya anak yang berasal dari keluarga miskin saja yang berpeluang terdeprivasi dan jatuh pada kondisi miskin multidimensi tapi juga mereka yang berasal dari “golongan” dengan kategori tidak miskin berdasarkan pengukuran garis kemiskinan. Semua anak berpeluang mengalami miskin multidimensi tergantung karakteristik individu, karakteristik orang tua, karakteristik rumah tangga dan karakteristik wilayah dimana anak tinggal.

Berdasarkan hasil analisis, beberapa rekomendasi yang dapat dikemukakan adalah sebagai berikut:

1. Kelompok usia 0-6 tahun mengalami deprivasi terbanyak dalam dimensi kesehatan, oleh karena itu penting untuk memprioritaskan program-program kesehatan anak pada usia ini. Misalnya dengan mempermudah pengurusan pembuatan kartu jaminan kesehatan bagi setiap anak yang baru lahir. Pemerintah atau lembaga terkait dapat memperkuat cakupan program jaminan kesehatan untuk anak-anak dan memberikan akses yang lebih baik pada pelayanan kesehatan pranatal dan anak-anak, dan memastikan program-program tersebut memberikan akses yang sama terhadap semua anak terkait permasalahan jaminan kesehatan. Selain itu melakukan evaluasi berkala terhadap program jaminan Kesehatan anak nasional dan penerima bantuan program agar lebih efektif, mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat dan tepat sasaran.
2. Untuk mengatasi deprivasi pada dimensi makanan, program-program gizi anak seperti program stunting, atau program perbaikan gizi anak sekolah yang telah dilakukan agar ditinjau kembali agar lebih efektif dan tepat sasaran. Selain itu fokus utama harus diarahkan pada penyediaan makanan bergizi dan pendidikan gizi terutama meningkatkan kesadaran mengenai konsumsi pangan yang sehat.
3. Untuk mengurangi peluang anak mengalami miskin multidimensi, faktor-faktor demografi seperti karakteristik anak, karakteristik rumah tangga dan karakteristik orang tua serta karakteristik wilayah perlu menjadi pertimbangan dalam penyusunan program pengentasan kemiskinan anak. Misalnya, jika suatu daerah umumnya terdeprivasi pada dimensi pendidikan, kesehatan atau fasilitas air bersih dan sanitasi, maka membangun infrastruktur pendidikan, kesehatan

atau fasilitas air bersih dan sanitasi bagi daerah yang terdeprivasi lebih baik alih-alih hanya memberikan bantuan berupa bantuan tunai atau non tunai.

4. Penting untuk terus memantau dan mengevaluasi efektivitas kebijakan dan program yang telah diimplementasikan untuk mengurangi deprivasi yang terjadi pada anak-anak. Jika perubahan positif belum terlihat, perlu dilakukan peninjauan ulang dan penyesuaian kebijakan.
5. Berknaan dengan metode penelitian, penelitian ini menggunakan data susenas tahun 2021 yang relatif terbatas terkait cakupan variabel dan indikator-indikator yang digunakan dalam mengukur kemiskinan anak karena adanya kondisi pandemi Covid-19. Indikator-indikator yang dapat mewakili dimensi kesehatan balita misalnya imunisasi lengkap, atau indikator pendidikan pra-sekolah untuk mewakili dimensi pendidikan pada kelompok usia 3-6 tahun tidak dapat digunakan dalam penelitian ini. Oleh karena itu, untuk penelitian lebih lanjut dapat mempertimbangkan indikator-indikator tersebut dan indikator lain yang mungkin dapat mewakili dimensi-dimensi yang digunakan untuk lebih sepenuhnya hasil penelitian yang mengkaji tentang kemiskinan anak.
6. Terkait penggunaan data, data yang digunakan dalam penelitian ini belum mendukung anak-anak yang berasal dari mereka yang tinggal diluar rumah tangga seperti anak yang tinggal di panti asuhan ataupun juga anak jalanan. Untuk keragaman hasil penelitian lebih lanjut agar dapat mempertimbangkan kondisi tersebut sebagai pertimbangan.

